



M.F.C. Bucuresti

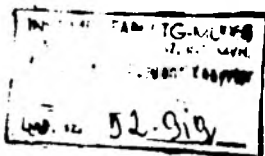
O LĂMURIRE

Non licet omnibus adire Corinthum.

Am fost preveniți — și o deprimantă experiență ne-a încredințat de temeinicia avertismentului: a întreprinde în România, cu mentalitatea specifică nouă — bun, de soiul e numai ceea ce poartă pecetea de importățiune străină — și într'o limbă a cărei sferă de difuziune e din nenorocire redusă la un contur ce se confundă cu înseși hotarele geografice ale țării; a întreprinde, sub atari auspicii, ni s'a atras atențiunea, publicarea unei opere de anvergura „Tratatului complect de Medicină Legală” e, privit sub unghiul posibilităților de desfăcere, dacă nu o nebunie, în orice caz un act de o temeritate care frizează inconștiența. Și de fapt am greșit socoteala când, pătrunși de valoarea lucrării cu care dotăm literatura științifică indigenă, ne-am închipuit, în naivitatea noastră, că ne putem bizui și pe îmbrățișarea păturii intelectuale, căreia îi e destinată cartea, și pe sprijinul efectiv și eficace al cărmuirii. Da, ne-am înșelat amar. Pe de o parte, cu toată inovațiunea ce constituie volumul I — eram îndrituiți să ne așteptăm ca, judecându-se după această primă parte, să se spună despre lucrarea noastră: „materiam superat opus”, — cu toată această originalitate, zicem, n'am izbutit să scuturăm indiferența corpului medical, a studenților în medicină și în drept, a baroului, a magistraturii, a administrației. Pe de altă parte, n'am reușit să trezim interesul Statului pentru o sforțare românească deosebit de prețuită de forurile competente de dincolo de granițe.

Dacă ne mârhește toropeala intelectualilor de specialitate, în schimb — acum, după lecția căpătată — nu ne mai miră de loc atitudinea stăpânirii, deși, dela războiu încoace, se pot, fără exagerare, evalua la miliarde sumele, budgetar și extra-budgetar, alocate capitolului vag definit al propagandei culturale. Pentru că, în definitiv, „Tratatul complect de Medicină Legală” nu poate întru nimic contribui la acțiunea de formare a unei conștiințe electorale. Și doar... de minimis non curat praetor.

29 MAY 2004



25.0

Fatal eră, în atari condițiuni, ca povârșească puterile noastre, în cari aportul de iluzii, multe și frumoase iluzii — repede, în ască să covârșească și formau iluzii. Mărturisim, cu decepțiunea în suflet pentru noi, cu un adânc sentiment de rușine pentru țară, că am pierdut partida: non licet omnibus adire Corinthum. Trebuia să ne gândim că, în epoca materialismului brutal și a utilitarismului cu orizontul mărginit de astăzi, publicarea unui tratat ca al nostru e un costisitor lux de idealism intelectual, care se plătește din pungă proprie. Și, astfel, clădind pe un teren instabil, nu numai că n'am dat ascultare sfatului unui om înzestrat cu un sănătos simț practic, dar încă am comis eroarea de a nu porni măcar cu o cât de șubredă balanșă între actioul iluziilor și pasioul palpabil al cheltuelilor de făcut. Orbire care a uimit și pe autorii străini, cum, între altele, dovedește această reflecție a Profesorului Balthazard, în comunicarea de prezentare a volumului I, într'una din ședințele Academiei de Medicină din Paris: „Nous félicitons notre collègue d'avoir osé entreprendre et d'avoir mené à bien, dans les conditions économiques actuellement si difficiles, la publication d'un gros traité de médecine légale, entreprise qui a rebuté les médecins légistes français, depuis l'apparition des monographies médico-légales de Brouardel”. Și tot Balthazard, într'o scrisoare cu caracter personal, își exprimă regretul că n'am publicat tratatul în limba franceză. De o făceam, e neîndoios că succesul de librărie îi eră asigurat; dar noi am fost călăuziți de considerațiunea că lucrarea noastră se adresează și la un însemnat contingent de medici, magistrați, avocați și studenți din provinciile realpite la patria-mumă și cari nu posedă în chip satisfăcător limba franceză, ei fiind mai familiarizați, în materie de limbi străine, cu maghiara, germana ori limba rusească.

Da, îndrăzneala nu ne-a lipsit, — dar norocul nu ne-a ajutat; iar mijloacele săcătuite nu ne îngăduie să perseverăm în jertfa ad gloriām.

* * *

Ne-am desmeticit: reducem din amploarea proiectată a lucrării, concentrând într'unul singur, tomul de față, materia ce urma să fie tratată în două volume.

Multa paucis. Nu sacrificăm nimic, nici din ansamblul faptelor medicale, nici din planul de tratare. Practicăm o simplă exciziune în ce privește dezvoltarea sub raportul interpretării de domeniul filozofiei dreptului și al documentării jurisprudențiale.

Lacuna aceasta, oricât de simțitoare ar fi ea, pierde întrucâtva din însemnătatea ei, dacă ținem seama de împrejurarea că ne aflăm în preziua nu numai a unei simple modificări de redac-

șiune a unor texte de cod, ci a unei radicale revizuiri a concepției și principiilor de drept și dreptate atât în domeniul civil cât și în acel al represiunii penale. Impresiunea, dovedită neîntemeiată, că această reformă urmă să se înlăptuiască încă în cursul anului 1929 și că astfel ne va fi cu puțință să acomodăm tratarea medicală a materiei cu noua legiuire, ne-a făcut să temporizăm cu tipărirea volumului II.

Indată după realizarea reformei codurilor civil și penal (și a procedurilor respective) vom expune, într'un supliment de câteva pagini, schimbările interesând practica expertizelor medico-legale

Autorul



Prof. S.C. Băntușan

BIBLIOTECA
FACULTĂȚII DE MEDICINĂ

Inregistrat la No. 835

19

DIVIZIUNEA I OMUL VIU

PARTEA I

COPILUL CONCEPUT ȘI COPILUL NĂSCUT

CAP. I

CONCEPȚIUNEA

„*Infans conceptus pro nato habetur,
quoties de ejus commodis agitur; quoties
de commodis ipsius partus quaeritur.*”

(DIGESTE)

Printr'o ficțiune a dreptului civil — pe care civilizațiunea modernă, în preocuparea-i de a chezăși soliditatea structurii societății, bazată pe trăinicia și moralitatea nucleului familial, și-a însușit-o din vechiul drept roman — se acordă ființei în fapt inexistente a rodului zămislierii (*qui in utero est*) nu o quasi-personalitate, ci o personalitate legală și o capacitate legală întreagă. Atât numai că, până la naștere, caracterul personalității și al capacității e prezumtiv: născut *viu*, fructul concepțiunii capătă și atributul existenței în fapt; născut *mort*, devin *ipso facto* caduce și prerogativele vremelnic recunoscute până în clipa ușurării mamei, deoarece „*qui mortui nascuntur, neque nati, neque procreati videntur*” (Digeste).

Și aceste drepturi intangibile ale individului numai zămislit nu sunt numai proclamate printr'o vagă enunțare de principiu, ci formal și precis stipulate în diverse dispozițiuni privitoare pe de o parte la *filiațiunea* legitimă, iar pe de alta la *capacitatea de a succede, de a primi prin act de donațiune între vii sau pe cale de legat testamentar*.

A. — Filiațiunea și capacitatea de a moșteni

I. Filiațiunea legitimă a fructului concepțiunii e consfințită prin următoarele texte ale Codului Civil:

1. Filiațiunea paternă: a) *Art. 286*: „Bărbatul este tatăl copilului conceput (zămislit) în timpul căsătoriei”. — *Art. 287*: „Bărbatului nu-i va fi iertat să nu recunoască de al său pe copil, sub cuvânt de nepuțință trupească; nu va putea a nu-l recunoaște nici chiar pentru cauză de adulteriu (preacurvie)”. — b) *Art. 288*: „Bărbatul nu va putea tăgădui paternitatea copilului născut înainte de 180 zile dela celebrarea căsătoriei, în următoarele cazuri: 1. Dacă a știut mai înainte de căsătorie că femeia e însărcinată”... — c) *Art. 289*, hotărând că legitimitatea copilului, născut după 300 zile dela desfacerea căsătoriei, *va putea fi contestată*, lasă, prin chiar această *latitudine*, deschisă calea demonstrației că *pruncul poate fi și fructul unei zămisliri legitime*. — d) În aplicarea ce se face dispozițiunii din *art. 292* („Filiațiunea copiilor legitimi se dovedește prin actele de naștere trecute în registrele stării civile”), i se dă o interpretare mai largă, admițându-se ca element de convingere și dovada simpliei concepțiuni legitime: „Persoana care reclamă o filiațiune trebuie să dovedească (între altele) concepțiunea sau nașterea în timpul căsătoriei”. (Cas. S. I. 1 Octombrie 1875; Cas. S. I. 5 Octombrie 1921). — e) *Art. 301*, proclamând că „acțiunea pentru reclamarea stării civile este neprescriptibilă în privirea copilului”, statornicește între altele, dreptul administrării dovezii că interesatul a fost conceput în limitele fixate de lege pentru sarcina legitimă. De acest drept se bucură și eventualii moștenitori ai copilului decedat (*art. 302 și 303*). — f) Printr'o derogare expresă dela principiul suveran statornicit prin dispozițiunea sumară cuprinsă în *art. 307*: „cercetarea paternității este oprită”, legiuitorul face o singură excepție și aceasta bazată tot pe elementul concepțiunii: „În caz de răpire, când epoca răpirii va corespunde cu aceea a zămislirii copilului, răpitorul va putea fi declarat, după cererea părților interesate, de părinte al copilului”. Să se noteze, că aci nu mai e vorba de o simplă recunoaștere (de bună voie sau silită), ci de o consacrare *de plano* a filiațiunii paterne legitime, în înțelesul *art. 286*, asemuind astfel copilul conceput de femeia răpită cu copilul conceput de femeia soție legitimă a răpitorului.

Iar jurisprudența, printr'o largă și umană interpretare a legii, nu numai în litera ci și în spiritul ei, recunoaște femeii seduse — pe care o asimilează cu femeia răpită — dreptul la despăgubiri civile:

„Seducțiunea, chiar în afară de manopere dolosive, constituie un quasi-delicț și poate da loc la acțiune în daune pe temeiul *art. 998*, c. c., atunci când îngreuiază sarcinile femeii seduse și când nu există nici o îndoială în privința prejudiciului cauzat. În asemenea caz seducătorul nu se poate pune sub scutul *art. 307* din c. c., acest articol având de scop a îndepărta șantajul femeii, iar nici de cum a asigura impunitatea libertinajului”. (*Trib. Ilfov*, S. I, 2 Octombrie 1912).

Interpretarea aceasta e aceea a unei vechi jurisprudențe franceze: „Fără ca prin aceasta să se aducă vreă știrbire principiului care interzice cercetarea paternității, un individ poate fi condamnat să plătească daune-interese fetei pe care a sedus-o, pentruca aceasta să poată face față greutăților de întreținere a copilului”. (Casația franceză, 1864).

2. Filiațiunea maternă: *Art. 308*. „Cercetarea maternității este primită”. Filiațiunea maternă poate înlesni copilului să-și stabilească și filiațiunea paternă, dacă el sau acei cari au sarcina apărării intereselor lui pot face dovada

că a fost conceput în termenele admise de lege pentru proclamarea acestei din urmă filiațiuni

*
*
*

Dar *filiațiunea legitimă (paternă și maternă)* e recunoscută copilului și în caz de anulare a căsătoriei, pentru bigamie de exemplu (când se face dovada buneicredințe, fie a ambilor soți — art. 183 c. c., fie numai a unuia din soți — art. 184 c. c.). Și această filiațiune e consfințită de jurisprudența noastră:

„Viciul bigamiei atrage nulitatea căsătoriei, totuși efectele acestei căsătorii nu sunt totdeauna nule, *in cece privește pe copii*, deoarece legiuitorul i-a atribuit toate efectele unei căsătorii putative, atunci când a fost contractată de bună-credință, atât în privința soților *cât și în privința copiilor*”. (Trib. Constanța, 1910).

3. *Filiațiunea copiilor naturali.* — a) Art. 304: „Copiii născuți sau *concepuți* afară din căsătorie vor fi legitimați prin căsătorie, făcută după naștere între tatăl și mama lor, când aceștia îi vor fi recunoscut fie prin actul de naștere, fie prin act autentic anterior căsătoriei, fie prin actul chiar de căsătorie”. — b) Art. 305: „Legitimarea se poate face chiar în folosul copiilor încetați din viață, cari au lăsat după dânsii descendenți și atunci aceștia se bucură de efectele ei”. — După Dimitrie Alexandresco, chiar individul pus sub un consiliu judiciar poate să recunoască un copil natural, numai cu condițiunea să se constate că e în stare a-și da seama de însemnătatea unui atare act. — c) Art. 306: „Copiii, legitimați prin căsătoria urmată după nașterea lor, vor avea aceleași drepturi ca și cum ar fi fost născuți din această căsătorie”.

Această legitimare a copilului conceput înainte de căsătorie, cu toate drepturile legale ce decurg din ea, e consfințită și printr-o decizie a Casației noastre până și în favoarea copilului rod al unei *concepțiuni adulterine sau chiar incestuoase*:

„Dispozițiunile art. 304 c. c., potrivit cărora se pot legitimă prin căsătorie subsecventă copii născuți sau *concepuți* în afară de căsătorie, se aplică indiferent dacă numa, în *momentul concepției* aceluia copil, era căsătorită sau necăsătorită, deoarece în legislațiunea noastră, în deosebire de cea franceză, nu se face nici o distincție între copii naturali *adulterini* sau *incestuoși*, toți fiind puși pe aceeași linie”. (Cas. S. I, decizia No. 919 din 18 Decembrie 1912, Buletinul p. 2118).

Comentatorii calificați ai dreptului civil admit recunoașterea unui copil numai zămislit, și această concluzie o trag din dispozițiunile principiale privitoare la succesiune și capacitatea de a primi donațiuni, dispozițiuni după cari rodul concepțiunii *pro nato habetur*. Ca o atare filiațiune să poată căpăta investirea legală, copilul ce urmează să se nască trebuie legalmente identificat prin: a) indicarea mamei; b) constatarea sarcinii acesteia; c) fixarea epocii probabile sau aproximative a nașterii. Deasemenea e considerată ca o dovadă completă a filiațiunii declarația făcută de femei și înregistrată în actul de căsătorie, că în acel moment e însărcinată și când bărbatul nu face nici o obiecțiune, — deci, fără chiar existența unui act autentic anterior căsătoriei ori a unei declarații formale și din partea soțului că recunoaște rodul concepțiunii.

II. *Capacitatea de a moșteni și a primi donații e recunoscută copilului numai conceput prin următoarele dispozițiuni:*

1. După art. 654, persoana capabilă de a moșteni „trebuie *neapărat* să existe în momentul deschiderii succesiunii”, iar „*copilul conceput este consi-*

derat că există". De unde urmează, că un copil *conceput la moartea ascenden-
tului*, deși născut după acest deces, se socotește ca fiind în viață în momentul
impărțelii, adică i se rezervă partea succesorală pentru eventualitatea că se
va naște viu.

2. *Art. 806.* — „Este capabil de a primi prin donațiune între vii *oricine
este conceput* în momentul donațiunii. — Este capabil de a primi prin testament
oricine este conceput la epoca morții testatorului”.

Legiuitorul a ținut însă să asigure beneficiul întâităii copilului legitim
care ar fi conceput în urma sau în timpul donațiunii făcute unei terțe per-
soane, chiar când acest copil conceput e un *postum*, adică se naște după
moartea tatălui sau a mamei sale. Donațiunea, deși investită cu toate formele
legale, devine caducă. (*Art. 836 și 837*: cazurile de revocabilitate a donațiunilor).

3. Drepturile copilului numai conceput anulează pe acelea ale persoanei
adoptate. Aceasta se deduce din tălmăcirea dispozițiunii art. 309, după care
„nu pot adopta decât persoanele de ambele sexe și cari la epoca adopțiunii
nu vor avea nici copii nici descendenți legitimi”, — înțelegându-se prin copil
și simplul rod al zămislirii. Astfel că, dacă în timpul îndeplinirii formelor
legale de adopțiune se constată sarcina soției, actul de adopțiune
devine caduc. Aceiași interpretare trebuie dată și unei jurisprudențe
a Casației noastre, când pentru justificarea nulității unei adopțiuni,
invoacă existența unui copil — și s'a văzut că ajunge să fie conceput
ca un copil să fie considerat că există — în momentul adopțiunii: „Fiind astfel
stabilit că părintele despre a cărui succesiune este vorba avea un copil legitim,
este evident că adopțiunea nu putea să aibă nici o valoare”. (*Casația S. I.*
decizia No. 129 din 17 Februarie 1913). Nulitatea se poate deci pronunța și după
săvârșirea actului adopțiunii, dacă se face dovada că, la epoca adopțiunii,
copilul legitim era deacum conceput.

4. Drepturile la succesiune ale copilului legitim numai conceput decurg și
din dispozițiunile privitoare la efectele absenței în privința averii ce absentul
posea în ziua dispariției sale, pentrucă *art. 106* vorbește despre „acei cari
ar fi moștenitorii săi, în ziua când el a dispărut (s'a făcut nevăzut)...” — și
copilul conceput e un moștenitor legal (*art. 654*).

5. Tot pentru asigurarea unei filiațiuni legitime copilului numai zămislit
și deci pentru apărarea patrimoniului său, legiuitorul, prin *art. 210 și 278*,
interzice văduvei (prin decesul soțului ori prin divorț) de „a trece în a doua
căsătorie decât după 10 luni de la desfacerea prin moarte, sau anularea căsă-
toriei precedente, afară dacă a născut în acest interval”. Pentrucă, născut în
termenul de 10 luni solare, adică 300 zile — limita maximă admisă de lege
pentru nașterile tardive — copilul e considerat ca fruct al concepțiunii legi-
time cu primul bărbat și astfel se bucură în chip automatic și de un statut
personal și de capacitatea de a moșteni. Născut după termenul maxim de 10
luni, filiațiunea lui legitimă în raport cu primul bărbat poate fi contestată și
chiar neadmisă de tribunale; în schimb îi rămâne dobândită filiațiunea legi-
timă a celui de al doilea soț, pentrucă atunci când femeia e legal măritată și
în același timp însărcinată, legea nu concepe existența unui copil fără tată
legitim. Iar în cazul când legitimitatea e recunoscută și de primul soț (sau
moștenitorii lui) și de bărbatul de al doilea, copilul (sau mama copilului
numai zămislit) își alege filiațiunea ce-i convine: „Când o persoană se bucură
de două filiațiuni legitime, este în drept să aleagă de tată pe acela pe care-l
crede de cuvântă”. (*Trib. Covurlui*, 18 Noembrie 1922).

6. Tot din preocuparea de a garanta drepturile rodului legitim al zămis-
lirii, legiuitorul a creat numeroase îngrădiri și cazuri de nulitate în materie
de liberalitate (donațiuni între vii și legate testamentare).

Așă, donațiunile între vii se revoacă în caz de naștere (*recte* zămislire) de copii în urma donațiunii (*art. 829*): „O rentă constituită de un bărbat, în profitul unei femei cu care a avut relațiuni de o natură deosebită, poate fi revocată, dacă donatorul a dobândit un copil legitim posterior donațiunii”. (*Trib. Ilfov, 1901*). În caz de acțiune în justiție din partea femeii interesate, expertiza medico-legală are de demonstrat: a) dacă pruncul e în adevăr al soției donatorului (substituire de copil, incapacitate de a concepe); b) dacă donatorul e apt de a fi părintele copilului (*impotentia fecundandi*, absență, despărțire de fapt).

Limitarea părții disponibile pentru actele de liberalitate, dacă la moartea donatorului sau a testatorului rămâne un copil legitim (*art. 841*).

În contra aplicării dispozițiunii din *art. 843*, văduva poate cere să facă dovada c'a rămas grea.

În sfârșit, *art. 652* și *677* consacră drepturile la moștenire ale copilului natural nerecunoscut (copilul numai zămislit); ca unul ce, potrivit *art. 308*, are filiațiunea maternă prin chiar lege statornicită, în ce privește succesiunea mamei, aceea a ascendenților și a colateralilor acesteia, copilul natural e asimilat cu copiii legitimi ai mamei (*art. 652*).

Dreptul acesta e, pe cale de interpretare jurisprudențială, extins și la succesiunea deschisă a fratelui sau surorii de mamă (frați uterini): „Copilul natural are drept de moștenire în averea fratelui și surorii sale de mamă, *deși legea nu spune expres aceasta*, căci dispozițiunile *art. 677* din c. c. nu sunt restrictive”. (*Cas. S. I, 1897*). Jurisprudența aceasta e confirmată și de o decizie ulterioară a Curții Supreme: „Copilul natural este în drept a moșteni pe sora sa ieșită dintr'o căsătorie legitimă”. (*Cas. S. I, 17 Septembrie 1908*).

Deatunci, tribunalele s'au conformat acestei jurisprudențe: „Din moment ce, după dispozițiunile *art. 652* și *677* c. c., copilul natural este considerat față de mama sa ca un copil legitim, intențiunea legiuitorului a fost de a asimila succesiunea copiilor naturali cu aceea a copiilor legitimi, astfel că copiii naturali au vocațiune la succesiunea fraților morți fără posteritate”. (*Trib. Muscel 1913*).

Legiuitorul în dubla-i grijă, pe de o parte de a feri edificiul social — legat în încheieturile sale prin cimentul moral al filiațiunii legitime — de orice știrbire de natură a-i pricinui un zdruncin primejdios, iar pe de alta de a asigura perpetuarea speciei și deci continuarea instituției familiei, nu s'a mărginit la crearea acelei ficțiuni legale a personalității și capacității copilului numai zămislit, ci a stabilit și *sanțiuni penale* pentru orice încercare de suprimare a ființei simplei zămisliri.

Din această sollicitudine pentru individul ce nu e încă născut dar are sorți să se nască, a izvorit acțiunea de reprimare care-și găsește expresia legală în *art. 240* c. p. (avortul provocat prin lovirea sau rănirea mamei) și *art. 246* c. p. (avortul criminal).

B. — Dovada medico-legală a concepțiunii

Dispozițiunile din codul civil mai sus analizate pot necesita adesea aplicațiuni medico-legale, deoarece nu arareori se ivesc

împrejurări când, fără să se mai aștepte ușurarea femeii, omul artei e chemat să constate realitatea concepțiunii. — În această privință vom menționa și curiozitatea *sarcinii imaginare*. Literatura medico-legală — cităm din cea mai recentă (*Spinuer* 1919, *Liepmann* 1923, *Hofstaetter* 1924) — înregistrează numeroase cazuri de atari sarcini: femeia, deși nu prezintă nici un simptom de turburare mentală, totuși, sub imperiul obsesiunii ce-și are obârșia pe de o parte în intreruperea patologică a menstruației, cu o indispoziție subiectiv confundată cu aceea care caracterizează gestațiunea, iar pe de alta într'o capricioasă rotunjire mai mult sau mai puțin pronunțată a formelor, se auto-sugestionează că a rămas grea.

Verificarea gravidității în genere se poate face și cliniceste și cu ajutorul **radiografiei**. Perfecționarea acestui din urmă mijloc va înlătura posibilitatea de eroare în diagnosticul clinic, în deosebi în ce privește confuzia între fătul neînsuflit (din prima jumătate a vieții uterine) și fătul mort în uter pe de o parte, și o tumoare, pe de alta. Obstetrica, de ale cărei cunoștințe se servește în ocurență medicina-legală, poate contă pe această desăvârșire, date fiind progresele, lente e adevărat dar de netăgăduit, realizate dela prima comunicare a lui *Varnier* și *Vaillant* (1896: cele dintâi imagini roentgeniene ale scheletului foetal în uter, obținute la clinica Baudeloque din Paris), — experiențe, din ce în ce mai concludente, continuate de *Bouchacourt* (1900), *Fochier* (1901), până ce, în 1910, *Potocki*, *Delherm* și *Laquerrière* (la Paris), *Fabre*, *Barjon* și *Trillat* (la Lyon) izbutiră să înregistreze nu numai umbre mai mult sau mai puțin interpretabile, ci adevărate radiografii fetale.

Interesul cel mare ce acest mijloc de verificare a rodului concepțiunii îl prezintă pentru medicina legală stă în avantajul că expertul, cu ajutorul razelor X, poate obține o imagine uterină a scheletului fetal cu o anticipație de 15—20 zile asupra indicațiilor ce le pot da semnele clinice ale vieții fetale, în *prima jumătate a termenului de gestațiune*.

* * *

Grație acestui procedeu, se pot obține rezultate de o necontestată valoare diagnosticală pentru: 1. confirmarea vieții fătului încă înainte de sfârșitul celei de a 2-a luni a gestațiunii; 2. determinarea vârstei fătului în prima și a doua jumătate a gestațiunii; 3. verificarea morții fătului în uter cu mult înainte de expulzare; 4. identificarea concepțiunii gemelare și a superfetațiunii; 5. identificarea concepțiunii extra-uterine; 6. constatarea anomaliilor fetale; 7. diferențierea fătului de o tumoare. (*Pentru detaliile acestui procedeu, vezi mai departe: cap. „Sarcina“, vol. II).*

NAȘTEREA

Pentru ca persoana ipotetică a rodului zămislirii să se poată efectiv bucura de privilegiile ce principal ii sunt atribuite prin ficțiunea legală a existenței sale, trebuie ca fătul să se nască viu, indiferent de durata vieții extra-uterine: „Pentru a succede, ajunge ca copilul să se nască viu, fără a fi nevoie a se cerceta timpul cât a trăit în urmă” (*Curtea de Apel din București 1892*). Căci după cum tălmăcește și Alexandresco, singura rațiune a personalității prezumtive e de a preîntâmpina inichitatea ca, prin faptul unei nașteri tardive, copilul să fie eventual desbrăcat de drepturile ce i s'ar fi cuvenit, dacă se naștea mai devreme.

A. Dovada vieții extra-uterine

Urmează dar că prima probă de administrat, după nașterea copilului, e că acesta a manifestat o viață extra-uterină. Demonstrație de o însemnătate capitală pentru că, întocmai ca și în celelalte perioade ale vârstei, și în momentul expulzării fătului din uter se poate întâmpla să ne aflăm numai în fața unei *morfi aparente* și astfel să considerăm *născut mort* un copil care în realitate a trăit. Avem cazul clasic (citată de *Brouardel*): un făt de 6 luni și jumătate, declarat de către moașă *născut-mort* la 11 dim., a fost găsit viu la 4 și jumătate d. a., în mijlocul cârpelor cu cari fusese înfășurat. Un caz identic a fost verificat de noi (București, 1923): un locuitor dela periferie s'a dus la oficiul de stare civilă să prezinte copilul „născut mort”. În așteptare să-i vie rândul la biroul de înregistrare, a pus copilul la picioarele lui. jos pe scânduri. Trecuse ca la o oră — și deodată părintele vede că „mortul” începe să se miște. Copilul ne-a fost adus și am constatat că e normal dezvoltat și perfect viabil.

Deaccia socotim ca o inadvertență a legiuitorului nostru (legea privitoare la actele stării civile din 21 Februarie 1928), care.

la art. 61 al acestei legi, prescrise că „pe actul de naștere (al copiilor născuți morți, cari trebuiesc declarați în termenul scurtat de 24 ore în loc de 3 zile) se va face mențiunea *născut mort*“. Trebuia să ne însușim dispozițiunea din decretul-lege francez din 14 Iulie 1806 care, în grija de a nu prejudicia eventuale interese legitime, hotărăște că, atunci când i se declară un copil născut mort „*l'officier de l'état civil n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie, afin de ne pas préjuger de la question de savoir s'il y a eu vie ou non*“. Ori dispoziția din art. 724 c. c. italian și art. 25 c. c. austriac, după care, în caz de îndoială, copilul născut la termen e presupus, până la dovada contrarie, a se fi născut viu, pentrucă, odată ajuns la maturitate și născut în condițiuni normale, se admite că fătul a putut să trăiască. Apoi, după cum observă și Alexandrescu, faptul că un copil a fost declarat mort nu poate face dovada că s'a născut mort, pentrucă moartea a putut să se producă între naștere și ora declarației.

Din fericire există, în chiar legea din 21 Februarie 1928, un corectiv: „Actele stării civile trecute în registru sunt crezute până la înscrierea în fals, pentru tot ce ofițerul stării civile încredințează c'a avut loc în prezența sa“ (art. 22). Așa dar, o expertiză medico-legală, făcută înainte sau după înmormântarea celui declarat *născut mort*, poate administra dovada dacă fătul cu adevărat s'a născut viu ori mort.

I. Limita pentru nașterea copilului viu

Art. 286 (al. 2) c. c. (filiațiunea legitimă), hotărînd că „bărbatul însă va putea să nu recunoască de al său pe copil, dacă dovedește că în cursul timpului cuprins între a 300-a zi și între cea a 180-a, mai înaintea nașterii copilului, a fost în imposibilitate fizică de a coabita cu soția sa...“, urmează că limita inferioară legală a vârstei intra-uterine, pentru nașterea unui copil viu, e de 180 zile.

Limită arbitrară — pentru fixarea căreia sfetnicii lui Napoleon s'au inspirat dela *Galien*, sec. II a. Chr. și *Zacchias*, secolul XVII d. Chr., după care nașterea cea mai precoce a unui copil viu nu poate fi anterioară celei de a 182-a zi dela zămislire, — pentrucă, după cum vom vedea îndată la „nașterile precoce“, se pot naște vii și se poate întreține vitalitatea și la feți născuți înainte de a 180-a zi dela concepțiune (cuveusele).

Limită ce se poate artificial obține: O femeie, având interes să se ușureze cu o întârziere de 48 ore (ca să evite o naștere anticipată celei legate de a 180-a zi) a izbutit să asigure copilului său statutul personal legal, prin aceea că a stat liniștit culcată în pat și a pus să i se administreze mai multe clisme ce conțineau o cantitate de laudanum (*Brouardel*).

Nașterile precoce

Observațiunile mai vechi confirmă posibilitatea nașterii unui copil viu la o dată cu mult sub limita legală de 180 zile:

175 zile: Fortunatus Licetus (mort la 80 ani).

147 zile: Un copil a respirat și a scos țipete destul de tari (*Snik*).

150 zile: Un copil care a trăit câteva zile (*Velpeau*); un copil care a trăit 30 minute (*Carter*); Mareșalul Richelieu, recunoscut viabil de către Parlamentul din Paris: 3 copii viabili (statistica lui *Bonn*); copilul a trăit 3 ore și jumătate (*Tompson*); copilul a trăit 24 ore (*Rittel*). În deosebi impresionant este cazul citat de *Mahon*: născut cu ochii închiși, pipernicit, copilul a rămas timp de 4 luni în amorțire aproape completă (nu înghițea lapte, nu elimina nici o materie); apoi a început să se hrănească, „desvoltându-se în așa măsură că, la 16 ani, întrecea în vigoare pe adolescenții de o vârstă cu el”. *Davies*, la două avorturi, a notat mișcări ale membrilor — și, după legislația noastră, aceste mișcări sunt suficiente spre a atesta viața.

158 zile: copilul n'a deschis ochii decât a doua zi și a continuat să trăiască, sfrijit însă (*Barker*).

162 zile: a trăit 4 zile (*Kopp*).

165 zile: dintre 3 feți avortați (toți dând semne de viață), unul a trăit 5 ore (*Taylor*); a trăit câteva clipe (deși la autopsie, docimasia pulmonară a fost negativă — vezi „Viața fără respirație” Vol. I, p. 504 — *Tourdes*); copilul, extras din membrane și încălzit, a respirat regulat și a trăit 3 ore (*Maisonneuve*). Un caz și mai concludent: în 1922 (București) o tânără primipară a născut un copil de 5 luni și jumătate, care a trăit 24 ore (*Minovicci*).

167 zile: a trăit 8 ore și jumătate (*Christison*).

178 zile: copilul a trăit 8 zile (*Fleischmann*).

Aceste observațiuni oricât de fantaziste ar putea ele să pară legiitorului, sunt coroborate de altele mai noi:

1. *D'Outrepont* a constatat viața la feți născuți între a 135-a și a 140-a zi.
2. Copii născuți în a 175-a zi pot fi menținuți în viață.

II. Semnele vieții

Elementele constitutive ale diagnosticului vieții la noul născut, în chiar momentul expulzării lui din uter, sunt două: 1) stabilirea respirațiunii pulmonare (cu țipătul); 2) dispariția circulației fetale. După cum însă se va vedea (*cap. „Pruncuciderea, vol. II*), ambele aceste dovezi nu îmbracă un caracter de certitudine, ci numai unul de probabilitate.

Respirația extra-uterină (cu corolarul ei; abolirea circulației fetale) e incontestabil o dovadă a vieții, nu însă eliminatoare. Copilul se naște în stare de moarte aparentă, inima îi bate normal, dar toate eforturile medicului de a stabili respirația rămân infructuoase: se va deduce de aci că fătul nu s'a născut viu? Expertul, conchizând, numai din absența semnelor respirației, la însăș absența vieții, ar comite eroarea celor vechi cari, conform preceptului din dreptul ro-

man. considerau ca născuți morți pe copiii pentru cari nu s'a putut face dovada respirației. (*Qui mortui nascuntur nequz nati, neque procreati videntur, quia nunquam liberi appellati potuerunt*). Circumspecțiune cu atât mai necesară, cu cât medicina legală cunoaște cazuri de *respirație fără vieață*, observație pentru întâia oară făcută de *Benedict* (1812), și pe care o găsim utilizată în jurisprudența franceză: „Pentru ca un copil să fie considerat c'a trăit, trebuie să se stabilească de acei cari revendică moștenirea lui, că el a respirat în mod *complect*, o simplă mișcare a corpului nefiind o probă suficientă a vieții extra-uterine, *un început de respirație putând uneori fi provocat printr'o mișcare convulsivă*“ (Trib. Narbonne, Curtea de Apel din Montpellier).

Dacă nici respirațiunea *chiar complectă* — semn indicat în deosebi de *Chaussier, Marc, Orfila, Casper* și alții — nu poate constitui o dovadă peremptorie a vieții extra-uterine, cu atât mai puțin ar trebui să considerăm ca atribute ale acestei vieți alte semne de o valoare și mai discutabilă. Agitațiunea membrelor, mișcarea pieptului, micile inspirațiuni, suspinurile, palpitațiile inimii și ale arterelor — observă cu drept cuvânt *Leroy* — nu pot fi luate drept o dovadă de vieață trăită după expulzarea fătului din uter. Pulsațiile arteriale ale cordonului ombilical, mișcările membrelor, contractările diafragmei pot dura, fără viață complectă, timp de 1—2 ore, — dar de fapt ne aflăm în prezența ultimelor acte ale vieții fetale care se stinge. Interpretare confirmată de cazul *Hôtellicier* citat de *Briand — Chaudé*: femeia a murit însărcinată în a 4-a lună; s'a practicat operația cesariană și s'a extras un făt feminin bine constituit. În procesul-verbal dresat imediat după intervenția sa, chirurgul declară că, după ce a făcut ligatura cordonului și a curățat gura de mucusul care o astupa, „a simțit o bătae manifestă în regiunea inimii și o căldură ce traducea în chip evident vieața copilului“. Șase martori atestază că au simțit și ei bătăile cordului, c'au văzut fătul mișcând un braț și că în adevăr a „trăit“ câteva minute.

Consultați, mai mulți medici legiști, în cap cu *Orfila* și *Marc*, contestă cu hotărîre că semnele în chestiune ar putea fi tălmăcite ca o manifestare a vieții extra-uterine, în înțelesul fiziologic. *Casper* nu tăgăduiește posibilitatea unei așa zise vieți *post partum* fără respirație, dar aceasta nu e vieață adevărată.

Și cu toate acestea, jurisprudența noastră acceptă aceste mișcări convulsive drept dovadă a vieții, pentru că în legislația noastră, în deosebire de codul civil francez — care pretinde copilului ca, la naștere, să fie viu și *viabil*, — nu se precizează ce se înțelege prin termenul „*viu*“.

III. Diferențierea nașterii precoce de nașterea la termen

Codul civil fixând la 180 zile minimul vieții intra-uterine — care, în anume împrejurări, constituie și un maxim (*art. 288*) — pentru noul născut (*partitus immaturus sed non vitalis*) apt a căpăta filiațiunea legitimă și capabil de a primi donațiuni și a moșteni, urmează necesitatea de a se stabili mijloacele de identificare a produsului unei nașteri precoce, în comparațiune cu un copil născut la termen (9—10 luni solare), sau aproape de termen. Identificarea aceasta — necesară și pentru copilul în viață, și pentru cel care, născut viu, n'a supraviețuit ușurării mamei — se face prin: constatări deduse din habitusu-l exterior, dezvoltarea generală a corpului (pentru copilul viu); examenul scheletului, starea viscerelor (pentru copilul mort).

1. Copilul viu

Intâiu constatăm (prin auscultare) stabilirea unei *respirații complete și bătăile regulate ale inimii*.

a) La noul născut *respirația* e accelerată (cu o alură mai mare ca dublă ca la adult): 40 respirațiuni pe minut; pe măsură ce copilul crește, numărul respirațiunilor scade (30 la 1 an, 25 la 2 ani; 20 la 10 ani; 16 la vârsta adultă).

b) *Circulația* e și ea mai vie la noul-născut decât la adult; se numără până aproape 140 pulsații pe minut (ca și la făt), iar în primii ani ai vieții numărul pulsațiilor scade la 120 și chiar la 110.

c) *Temperatura* noului-născut e, în medie, de 37°2, ceva mai ridicată ca temperatura vaginală a mamei.

d) Prima *micțiune* poate să se producă în chiar momentul nașterii, pentrucă funcția urinară se stabilește înainte de expulzare. Cantitatea de urină, mică în primele zile, crește repede și, ținând seama de proporții în ce privește greutatea totală a corpului, ea e cu mult mai mare la prunc decât la adult: peste 100 gr. în 24 ore la kilogramul de greutate corporală, la prunc: numai 20—25 gr. de kilogram, la adult; în schimb densitatea e mai mică: 1,002 în loc de 1.020. Reacțiunea e neutră.

e) *Deglutiția* e un semn pozitiv al vieții; dar, neconstată, nu constituie un indiciu de moarte, deoarece absența deglutiției, în funcțiune de accidente sau de vicii de conformație, poate fi remediată prin intervenția omului artei sau prin hrănirea cu sonda.

f) Din punctul de vedere al *înfățișării exterioare* avem de notat:

1. *Pielea*, albă, rozată, elastică, acoperită cu un strat de sebum (în deosebi gros la nivelul regiunii cervicale, la acela al articulațiilor, al sub-siorilor, al regiunii inguinale) și cu puf menit să dispară în curând. — la

copilul la termen sau aproape de termen, e. dimpotrivă, de un roșu murdar, sbărciță, fără strat grăos subcutanat. acoperită cu peri, la fătul de 6 luni (dar și la cel de 7. 8 și chiar 8 luni și jumătate).

2. *Părul capului*, colorat și lung de 2—3 cm., la fătul matur, e mai spălăcit, mai rar și mai scurt la fătul nașterii precoce.

3. *Unghiile*, tari, cornoase, depășind buricele degetelor dela mâini și mai scurte la degetele picioarelor — la fătul matur, sunt mai moi, mai scurte la noul născut precoce.

4. *Cartilajele urechii și ale nasului* sunt mai pronunțate la fătul matur decât la cel născut înainte de termen.

5. *Capul* — cu cât fătul se apropie de maturitate—e. în ce privește volumul, mai armonizat cu trupul: suturile craniene se apropie, oasele craniului câștigă în consistență, iar fontanelele se micșorează. Media circonferinței capului copilului la termen e de 35 cm. (băeți) și 34 (fete).

6. *Ochii*. — Membrana pupilară persistă la copilul de 180 zile și atinge maximum de dezvoltare în luna a 7-a, când, spre sfârșitul acesteia, începe să dispară; în luna a 8-a nu mai există nici urmă.

Un semn de o deosebită importanță e acela al *desfacerii pleoapelor* care nu se observă niciodată în luna a 6-a, ci abea în a 7-a.

7. *Sistemul dentar* ne oferă, ca element de identificare, prezența punctelor de osificare a dinților de lapte la fătul ajuns la maturitate.

8. *Talia* copilului la termen sau aproape de termen variază după statisticele de observațiuni, în cari diferă și limitele inferioară și superioară: 40—52 cm. (*Casper*); 45—48 cm. (*Debergie*); 44—60 cm. (*Brouardel*); 46—58 cm. (*Tardieu*); 50—60 cm. (*Tarnier*); 49—51 cm. (*Hecker și Schroeder*); 40—65 cm. (*Elsaesser*), *Chaussier* indică media de 48,7 cm., iar *Thoinot* pe cea de 50 cm. — *Tourdes* fixează următoarele lungimi pentru viața fetală (în centimetri): 2 (1 lună), 4 (2 luni), 8 (3 luni), 16 (4 luni), 22 (5 luni), 28 (6 luni), 34 (7 luni), 46 (8 luni) și 48 (9 luni). — *Casper* recomandă următorul calcul ingenios pentru stabilirea vârstei unui făt, începând cu a 5-a lună de viață intra-uterină: se împarte numărul (în centimetri) reprezentând lungimea ta liei prin 5. Așa, fătul având o lungime de 28—30 cm., vârsta lui obținută prin acest calcul, va fi de 6 luni solare. — *Mediile* lui *Hecker*: la 24 săptămâni corespunde o talie de 28 cm.: la 25—28 săptămâni (175—196 zile) o talie de 35—39 cm.: la 29—32 săptămâni, o talie de 39,7—42 cm.; la 33—36 săptămâni o talie de 45—46 cm.: la 37—40 săptămâni, o talie de 47—49,6 cm.

Diferența de talie între 25 și 28 săptămâni fiind de 4 cm. (adică 1 cm. de săptămână), urmează că talia fătului de 26 săptămâni (182 zile) va fi de 36 cm., iar aceea a fătului de 180 zile, ceva mai mică.

9. *Circonferința toracelui* e, în medie, de 35 cm. (băeți) și 32 (fete), la fătul matur.

10. *Organele genitale*. — Numai la fătul masculin matur testiculele (cari la 5 luni sunt sub rinichi, iar la 6 în fosa iliacă) au terminat alunecarea în scrotum, care e roșu, sbărcit. — La fătul feminin matur, crăpătura vulvară e închisă, iar buzele mari maschează buzele mici și clitorisul.

11. *Cordonul ombilical* e de obicei înserat puțin dedesubtul jumătății corpului, numai foarte rar deasupra acestei jumătăți. — Lungimea lui variază între a 6-a și a 10-a lună lunară (adică luna de 4 săptămâni) dela 37—51 cm. (*Lacassagne*). După *Négrier*, lungimea aceasta (la fătul matur) e de 43—67 cm.; după *Tarnier* poate ajunge până la 116 cm.; după *Chantreuil*, până la 120; *Kirgnistel* a înregistrat un cordon de 160 cm., iar *Neugebauer*, unul de 178 cm.

12. *Grutatea totală a corpului*. — *Tourdes* fixează următoarea scară pe-

tru creșterea greutatei, în raport cu vârsta fătului: 4 gr. (1 lună), 20 gr. (2 luni), 50 gr. (3 luni), 100 gr. (4 luni), 300-400 gr. (5 luni), 600-700 gr. (6 luni), 1.500 gr. (7 luni), 2.000 gr. (8 luni), 3.200 gr. (9 luni). Mediile lui *Hecker* diferă de cifrele lui *Tourdes*: 676 gr., 1.170 gr., 1.571 gr., 1.942 gr. și 2.323 gr., pentru începuturile lunilor a 6-a, a 7-a, a 8-a, a 9-a, și a 10-a (lunile de 4 săptămâni=28 zile). La fete, greutatea e ceva mai mică. — Cifrele acestea sunt date numai ca mijloc de orientare, pentru că sunt și excepții: făt de 9 luni cântărind numai 1.500 gr., după cum s'au văzut feți depășind cu mult limita maximă normală de 3.200 gr. (*Stoltz* a înregistrat între 4.436 și 4.625 gr.; *Moriceau* între 4.985 și 5.436 gr., iar *Voigtel*, un făt de 7.248 gr.). *Thourot* fixează media normală între 3.000 și 3.500 gr., iar ca limită inferioară 2.000 gr., și numai excepțional (nașteri gemelare sau cazuri patologice) greutatea fătului matur poate fi sub 2 kgr.

În definitiv, nu există criteriu sigur, decât pentru diferențierea unui copil născut înainte de termen de unul născut la termen sau aproape de termen. Semne certe pentru identificarea unui făt viu exact de 180 zile, așa cum cere legea, nu sunt. — E locul să notăm observațiunea lui *Teissier* (raportată de *Becquel* în „Le Monde Médical“): un făt de numai 174 zile (socotite exact din noaptea concepțiunii și până la naștere) — cu talia de 31 cm. și greutatea de 900 gr., cu mijlocul corpului corespunzând liniei mijlocii a sternului, cu ochii închiși, fața acoperită cu puf, pielea de un roșu purpuriu, — a trăit, a învățat să sugă și să înghită.

În ce privește copiii sarcinilor multiple, trebuie să observăm că șansele de viață sunt mai mici pentru fiecare din gemenii (sarcină dublă) născuți la 180 zile, cu atât mai vârtos în sarcina triplă. Mende a văzut unul din feți supraviețuind în sarcina *quadruplă*.

2. Copilul mort

Pentru stabilirea vârstei unui făt născut viu, dar mort imediat după naștere, ne folosim, în afară de indicațiunile de mai sus în ce privește habitus-ul exterior, de măsurătorile scheletului și de examinarea viscerelor (*vezi, mai departe, cap. „Pruncuciderea“, vol. II*).

IV. Diferențierea între fătul născut mort și fătul mort după naștere

1. Născut mort

Distingem două cazuri medico-legale: 1) *moartea datează, de vreme mai mult sau mai puțin îndelungată, încă din uter*; 2) *moartea survenită în timpul facerii*.

a) **Fătul mort în uter.** — Caracteristica unui astfel de făt de cel puțin 6 luni (vârsta legală minimă ce ne interesează, când e vorba de aplicarea dispozițiunilor codului civil, în ce privește fi-

liațiunea și capacitatea de a primi donațiuni și de a moșteni) e starea de *macerațiune*, care începe după a 5-a lună a vârstei fetale. (Pentru diagnosticul *macerației*, vezi mai departe: cap. „*Pruncuciderea*“, vol. II).

b) Fătul mort în timpul facerii. — Moartea poate fi datorită: 1) asfixiei intra-uterine; 2) comprimării capului; 3) unei hemoragii ombilicale; 4) hemoragiei placentare (Pentru studiul *fiecăreia din aceste cauze*, vezi mai departe: cap. „*Pruncuciderea*“ vol. II).

2. Moartea naturală după naștere

În prealabil ținem să stabilim că e capabil de a trăi după naștere și fătul nematur (de 180 zile), chiar dacă a fost scos prin practicarea cesarienei, atâta timp cât n'a existat o boală congenitală sau o leziune datorită intervenției obstetricale, care să fi constituit o piedecă la stabilirea respirației.

Deasemenea poate fi viu copilul *produs al unei nașteri postume*, adică spontan expulzat din uter, după moartea mamei. În această privință avem observația clasică a lui *Pinard*: O femeie, care se găsea în ultima lună a gestațiunii și în perioada facerii — capul copilului fiind de acum în vulvă — moare. Fătul s'a născut viu. Explicația: îndată după stabilirea procesului putrefacției, gazele abdominale, prin presiunea exercitată asupra uterului, concură la expulzarea fătului.

Cauzele morții naturale, după naștere, pot fi: 1) o boală preexistentă; 2) fracturi ale craniului din timpul sarcinii; 3) vicii de conformațiune; 4) leziuni suferite în timpul facerii; 5) leziuni suferite după naștere; 6) asfixia accidentală după naștere; 7) ruperea cordonului; 8) expulzarea simultană a fătului și a anexelor, expulzarea în bloc a oului. (Pentru dezvoltarea *fiecăreia din aceste cauze*, vezi mai departe: cap. „*Pruncuciderea*“, vol. II).

B. Viabilitatea

La noi, chestiunea viabilității nu poate fi pusă expertului, pentrucă ea nu figurează în codul civil. Lacună ce, însă, nu poate fi interpretată ca o scăpare din vedere, dat fiindcă ne aflăm în prezența unei omisiuni voite, autorii legislației noastre civile eliminând cu tot *dinadinsul*, din traducerea textului corespunzător al codului Napoleon, condițiunea viabilității noului născut. Legiuitorul nostru pare a se fi inspirat pe deoparte de vechile noastre legiuri

(Codul Caragea și Codul Calimach), iar pe de alta din teoria doctrinară a lui *Savigny, Wangerow, Mühlenbruch*, după care nici dreptul roman nu pune o atare condiție (interpretare care, împotriva documentării contrare a lui *Windscheit, Puchta, Goeschen*, a triumfat și în codul german: „*Die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit der Vollendung der Geburt*“ — copilul născut la termen fiind privit ca născut viu). Iar *Alexandresco*, în stricta interpretare a legiurii în ființă, proclamă și el că «pruncul care se naște viu, adică a respirat cât de puțin, este o persoană în puterea cuvântului, chiar dacă ar fi o ființă diformă, de exemplu un monstru. Orice ființă omencască născută vie, chiar dacă nu are aptitudinea necesară spre a putea trăi, este o persoană în sensul juridic al cuvântului: «*Jeder Mensch* (și am văzut că, prin *Mensch*, legiuirea germană înțelege pe oricine se naște viu — N. A.) *ist rechtsfähig* (Codul saxon); „*Kein Mensch ist rechtslos* (Codul Cantonului Zürich); „*Jedermann ist unter den von den Gesetzen vorgeschriebenen Bedingungen fähig Rechte zu erwerben*» (Codul austriac). — Doctrină conformă și cu jurisprudența noastră: «*Pentru a succede este destul ca copilul să se nască viu, fără a fi nevoie a se cerceta timpul cât a trăit în urmă, căci legiuitorul nu pune nici o limită*». (*Curtea de Apel din București, 19 Septembrie 1892*).

Omisiunea viabilității, am spus-o, e voită; fie-ne însă îngăduit de a nu o socoti și chibzuită. Și lipsa noastră de entuziasm pentru această derogare dela codul francez, care a servit de model legiuitorului român, pare a fi împărtășită și de marele comentator al dreptului nostru civil, de oarece *Alexandresco* — cu o nuanță de ironie caustică — trage concluzia că «persoană în puterea cuvântului e chiar un monstru», relativ la care, în altă parte, observă că și după canoane nu poate fi botezat. Noi credem că suprimarea condițiunii «*vitae habilis*» e o greșeală, pentrucă dacă, din considerațiunea necesității de a nu se zgudui prea des temelile societății organizate, prin intentare de acțiune în divorț pe chestia neviabilității (copilul născut înainte de 180 zile), admitem ocolirea chestiunii vitalității, nu putem însă subscrie la o violentare a legilor biologice, atunci când copilul neviabil e declarat apt de a moșteni și de a lăsa moștenire, sau când, prin simplul fapt al existenței lui efemere (codul nostru consideră ca manifestare a vieții o simplă mișcare respiratorie), anulează o adopțiune, chit ca, după moartea lui timpurie, părinții să facă noi formalități pentru aceeaș adopțiune olată declarată validă. („Dacă însă copilul s'a născut viu, adopțiunea va fi invalidată, chiar dacă acest copil nu era viabil. — Comentarii ale lui *Alexandresco* la art. 309 c. c.).

Condiția viabilității e pusă și de dreptul roman — cu toată

interpretarea contrarie mai sus pomenită —, pentrucă numai aceasta poate fi tălmăcirea principiului: «*Idem est non nasci et non posse vivere*». Cu alte cuvinte: e asimilat cu un copil care nu s'a născut (născut mort, persoană inexistentă) pruncul care nu poate trăi, adică, după definiția lui Tardieu «nu prezintă o dezvoltare generală, o conformație și o stare de sănătate, cari să nu fie incompatibile cu continuarea definitivă a vieții». Și nu e viabil, pentrucă «fie că i-a lipsit o parte însemnată din perioada gestațiunii, fie că natura nu l-a înzestrat, la nici o epocă a sarcinii, cu forța necesară pentru a trăi; fie, însăfârșit, că, depărtându-se și mai mult dela căile ei ordinare, natura i-ar fi refuzat formele omenești cele mai esențiale» (*Duranton*). Concepție de *perfecte natus* pe care o găsim adoptată de codurile francez și italian, iar codul spaniol, nu atât de categoric, fixează totuși condițiuni minime pentru acordarea personalității civile: *copilul trebuie să aibă la nașterea chip de om și să fi trăit cel puțin 24 ore*.

Și, biologiceste, un copil mai mic de 196—200 zile, chiar perfect conformat, nu poate fi considerat ca viabil, dacă nu există posibilitatea de a-i întreține viața, fie pe calea hrănirii forțate, fie cu ajutorul cuveusei. Pentrucă trebuie să recunoaștem — datele statistice ale lui Laferrrière ne-o arată cu o elocvență impresionantă — cuveusa face adevărate minuni:

Supraviețuirea copiilor precoci:

	6 luni	6 $\frac{1}{2}$ luni	7 luni	7 $\frac{1}{2}$ luni	8 luni
<i>Fără cuveusă</i>	0%	21,5%	59%	54%	78%
<i>Cu cuveusă</i>	30%	53%	60%	78%	85,9%

Semnele caracteristice viabilității firești la vârsta minimă: dispariția membranei pupilare sau persistența numai a unor resturi ale ei.

Vitalitatea, neajutată artificial, a copiilor de 196—200 zile: durata vieții e în genere de maximum 15 zile. Sunt și excepții: 4 luni și 8 zile (*Annan*); un an (*Rüttel*); 11 ani (*Thoinot*); 17 ani (*Belloc*); vârsta adultă (*Capuron*).

C. Viciile de conformație. — Monștrii

De chestiunea medico-legală a vieții și viabilității noului născut se leagă, în chip natural și logic, aceea a caracterizării monstruozițiilor (viciile de conformație și monștrii propriu ziși). Fi-rește, menținându-ne în domeniul interpretării științifice, nu vom pomeni decât cu titlu de curiozitate născocirile celor vechi: o femeie a născut succesiv un elefant, un șarpe, o pisică, un câine

(*Pliniu cel Bătrân*); sau mitul cu femeia din Sagont care, în anul 219 a Chr., a născut un elefant atât de dezvoltat, că animalul, speriat de zgomotul bătăliei (asediul orașului de către Anibal) s'a grăbit să se refugieze îndărăt în sânul mamei lui...

Ceeace prezintă interes pentru medicina legală, e de a se ști dacă monstrul sau copilul atins de un viciu de conformație se poate naște viu și poate fi viabil, și dacă, în caz de monstruoziitate dublă viabilă, produsul nașterii trebuie considerat ca unul sau ca doi indivizi.

Există o bogată literatură teratologică în care, în afară de caracterizare, găsim și o explicație mai mult sau mai puțin ingenioasă a monstruoziităților. Suntem astăzi departe de teoria lui Ambroise Paré, după care „nașterea monștrilor e un semn al mâniei lui Dumnezeu, o manifestare a influenței constelației gemenilor sau a apariției cometelor în timpul concepțiunii”, sau de părerea după care „monștrii sunt un produs al raporturilor sexuale în timpul menstruației”, — fără să mai vorbim de credința populară, după care „monstrul e produsul unei împerecheri între om și animal”.

I. Etiologia monstruoziităților

După școala lui *Geoffroy de Saint-Hilaire*, originea monstruoziităților trebuie atribuită unor modificări ale circulației și ale nutriției intra-uterine. *Babeș*, în magistrala-i interpretare a proceselor anatomo-patologice, dă o explicație științifică de o rară tărie de argumentare:

Monstruoziitățile pot avea ca origine următoarele cauze: 1) ereditatea și atavismul; 2) compresiunea exercitată asupra embrionului (mai ales când lichidul amniotic e în cantitate insuficientă), fie pe cale de traumatism direct, fie pe aceea a existenței unei tumori uterine; 3) elementele toxo-infecțioase. — Îndeosebi pentru dezvoltarea unei monstruoziități duble prin spintecare, traumatismul trebuie să se producă în primele 5 luni ale gestațiunii: după această perioadă, efectele traumatismului se traduc prin altfel de anomalii congenitale. Omul, explică *Babeș*, se poate naște cu o predispoziție patologică, — predispoziție care, în cele mai multe cazuri, e reprezentată printr'o anomalie organică (d. ex.: ficat sau rinichi atrofiați, deformați, lobulați sau indurați, hipoplasici sau hipogenetici) datorită sifilisului congenital. — Anomalia poate fi uneori ereditară în chiar o lungă serie de descendenți: de exemplu polidactilia ori transmisiunea naevilor materni. Iar obârșia acestei predispoziții trebuie căutată în aberațiunile primei celule (maternă sau paternă) cari provoacă dezvoltarea anormală a embrionului. Acest proces patologic, în perioada embrionară, are un caracter sau ereditar sau atavic, și un caracter de diferențiere

în ce privește sexul fătului (mame sănătoase pot da naștere la fete normale și la băieți cu anomalii grave).

Reluând vechea concepție despre dezvoltarea și perfecționarea speciilor prin aceea că indivizii, în lupta lor pentru existență, înlocuiesc organele absente, insuficient dezvoltate sau rău formate, prin altele capabile de a-i ajuta în funcțiunile vieții. *Babeș* o verifică pe monstruozițiile omenești (feți maturi examinați):

1. Insuficiența de dezvoltare a bazei craniului (cu absența creierului) e compensată prin dezvoltarea excesivă a extremităților (uimăi cu câte 4 degete) acoperite cu păr.

2. Din cauza aderenței membranelor fetale de baza craniului, fața nu s'a dezvoltat, palmele lipsesc, labele picioarelor sunt spintecate; aderențe între degetele membrelor (ca la perisodactili sau didactili); în plus, prezența unei adevărate cozi.

3. În urma unei scleroze parțiale a bazei craniului, absența feței e compensată prin excesiva dezvoltare a membrelor (tipul maimuțelor antropoide cu câte 6 degete).

4. Retracțiunea regiunii anterioare a bazei craniului cu ciclopie: compensația: câte 6 degete reduse la muguri mici rotunzi, cu unghiile abea pronunțate; partea anterioară a sfenoidului prezintă o spintecătură cu direcțiunea înainte, sub forma unui cioc de pasăre, în care se prclungește o parte a creierului.

5. Scurtimea extraordinară a membrelor. — mărimea extraordinară a capului.

II. Clasificarea monstruozițiilor

Babeș deosebește trei clase de monstruoziții caracterizate prin: 1) o lipsă parțială în dezvoltarea fătului (*monstruozițiile prin defect*); 2) confuzia în planul de dezvoltare a diverselor organe (*per fabricam alienam*); 3) dezvoltarea excesivă totală sau parțială a organismului; duplicitatea sau chiar triplicitatea (*prin esces*).

A. Monstruozițiile prin defect

Oprirea generală a dezvoltării sau lipsește ceva în dezvoltarea fătului. — lipsă datorită unui traumatism sau unei piedici la dezvoltare (presiune sau substanță toxică). În seria filogenetică — observă *Babeș* — dezvoltarea slabă a extremităților poate da naștere la o dezvoltare mai mare a capului și a creierului; din contră stingherirea dezvoltării creierului și a feței va putea fi compensată printr'o dezvoltare excesivă a picioarelor.

a) Intreg organismul. — 1. *Nonosomia*: capul mare, trunchiul mare, extremitățile mici. Uneori oprirea dezvoltării e proporționată și atunci avem piticul normal.

2. *Dermatocelul congenital*: capul, trunchiul și membrele insuficient dezvoltate și acoperite cu o piele abundent cutată, așa că întreg fătul pare înfășurat într'un sac.

b) Capul. — 1. *Acefalia*: absența totală a capului; restul organismului foarte rudimentar.

2. *Cranioschisis*: capul seamănă cu acela al unei broaște (indeosebi prin poziția ochilor); absența gâtului. În locul creierului absent, niște ridicături (reprezentând baza craniului) acoperite cu o membrană cu aspectul catifelei roșii.

3. *Emicrania*: frontalul, occipitalul și parietalele rudimentare; creierul atrofiat (formând uneori hernii prin spintecăturile craniului) sau absent.

4. *Aprosofia* și *astomia*: absența feței și a cavității bucale. Incompatibile cu viața.

5. *Agnatia*: lipsa totală a maxilarului inferior; urechile, cu totul în jos, se ating în regiunea mediană — *sinotie*. — Ca o varietate, avem *microagnatia*: o foarte pronunțată atrofiere numai a maxilarului inferior.

6. *Ciclopia*: un singur nerv optic cu un singur ochiu (contopirea ambilor ochi sau doi ochi într-o singură orbită). Nasul, deasupra liniei mediane, formează un fel de trompă.

7. *Cheiloschisis* = buza de iepure.

8. *Cheilo-gnato-palato-schisis*: nasul și gura formează o singură cavitate imensă ce se întinde până la ochi și urechi. În majoritatea cazurilor, *viața exclusă*.

9. *Encefaloceli* și *meningoceli*: lipse în regiunea fontanelor, în regiunea etmoidului, pe unde proemină creierul sau meningele. — O varietate: lipse în interiorul creierului, *porencefalia*.

10. *Microcefalia*: sudarea precoce a oaselor craniului și, consecutiv, oprirea dezvoltării masei encefalice. — *Cretinismul* e datorit unei opriri în dezvoltarea craniului, consecutivă unei creșteri insuficiente în lungime a bazei acestuia.

11. *Hidrocefalia congenitală* — compatibilă cu viața.

c) Coloana vertebrală. — *Spina bifida*, prin care proemină substanța nervoasă sau numai meningele în mult lichid, producând *hidro-meningocelul* în partea anterioară sau în cea posterioară a coloanei vertebrale. — Uneori, o duplicare a măduvei.

d) Trunchiul. — 1. *Acardiacus*, absența inimii: frecvent în nașterile gemelare, al doilea făt fiind normal. (Gemenii se dezvoltă ori în două ouă, ori într'un singur ou spintecat: în acest din urmă caz vom avea o singură placenta cu 2 cordonae și unul din gemeni, insuficient hrănit, va fi acardiac). — *Acardiacul amorf* nu are nici o formă precisă: o masă rotundă ori ovală (ca o tumoare) acoperită cu păr și care, în interiorul ei, conține părți osoase, câteodată cartilajii și mușchi.

2. *Ectopia cardiacă*: absența pielii în regiunea toracică și spintecarea sternului (*toraccoschisis*), prin care proemină *inima*. — Rar compatibilă cu viața.

3. *Ectopia stomacului și a intestinelor* — proeminarea acestor organe printr'o spintecătură în regiunea epigastrică. Incompatibilă cu viața.

4. *Hernia ombilicală congenitală*, datorită neînchiderii cordonului ombilical. Incompatibilă cu viața.

5. *Ectopia vesiceii urinare*: o pierdere de substanță a pielii în regiunea spintecată a simfizei.

6. *Inversiunea vesiceii*: din cauza absenței simfizei, spintecătura se prelungeste și pe partea anterioară a vesiceii.

7. *Atrezia anusului*: prezența unei membrane obturatoare de o grosime variabilă.

8. *Absența ficatului, a splinei, a unui plămân*. Incompatibile cu viața.

9. *Lipsa unuia din rinichi ori fuziunea celor doi rinichi*, constituind un

rinichiu unic, mare, în formă de potcoavă, cu concavitatea în sus. Compatibilă cu vieaja.

10. *Acornus*: cap și creier rudimentare; absența totală a trunchiului; imediat sub regiunea gâtului (de care e prins cordonul ombilical) se observă numai niște prelungiri, adevărate zdrențe organice.

e) *Membrele*. — Amputațiunea extremităților se produce într'un timp mai înaintat al sarcinii, prin fire amniotice, sau printr'o ansă a amniosului.

1. *Analia*, absența totală a membrilor. — 2. *Peronel*, atrofia tuturor extremităților. — 3. *Micromel*; extremitățile bine dezvoltate dar foarte mici. — 4. *Abrachus*: lipsa ambelor brațe. — 5. *Monobrachus*, lipsa unui singur braț. — 6. *Apodia*: lipsa ambelor picioare. — 7. *Monopos*: lipsa unui picior. — 8. *Adactilia* (absența totală a degetelor); *oligodactilia* (lipsa parțială a degetelor); *sindactilia* (lipirea degetelor). — 9. *Agenezia*: absența membrului superior. — 10. *Focomela*, *sirena* sau *simpus*: prin lipirea membrilor inferioare, partea inferioară a corpului seamănă cu aceea a focii. — Varietăți: *simpus monomelus* — la extremitatea membrilor inferioare fuzionate, e o singură labă de picior; *simpus dipus* — 2 labe la extremitatea membrilor inferioare fuzionate; *simpus apus* — absența labei piciorului și prezența numai a unui singur sau a două degete. — 11. *Atitudinile picioare ale membrilor inferioare*. — 12. Piciorul *valgus*, dacă e mai pronunțat, poate fi considerat ca o dezvoltare incompletă din perioada embrionară.

B. Monstruozițiile „per fabricam alienam”

1. *Transpoziția cordului*. — 2. *Situs inversus*: inversarea tuturor organelor, așezate astfel cum s'ar vedea pe imaginea în oglindă (*această anomalie nu cauzează nici o turburare funcțională diverselor aparate, după cum o dovedește cazul descris de Minovici și Jupara, cu un individ care a trăit 55 ani*). — 3. *Hermafroditismul*.

C. Monstruozițiile prin exces

Deosebim: 1) dezvoltarea generală excesivă; 2) vicii de conformație; 3) dedublări parțiale sau totale.

a) *Dezvoltarea generală excesivă*. — *Gigantismul*: scheletul și sistemul muscular extraordinar hipertrofiat.

b) *Vicii de conformație*. — 1. *Acromegalia*: creșterea excesivă a nasului, a maxilarului inferior, a mâinilor, picioarelor (totdeauna cu vegetațiuni osoase pe scheletul acestor regiuni). Putem avea mărirea de volum a capului (*macrocefalia*), a limbii (*macroglosia*), a urechilor (*macrotia*), a degetelor (*macroactilia*).

2. Uneori notăm o *desvoltare excesivă a pielei, a fesutului conjunctiv, a vaselor, a părului*.

3. *Polidactilia*: degete supranumerare; *sindactilia*: lipirea degetelor.

4. *Polimastia*: dezvoltarea mai multor glande mamare (4—5 glande) prin axile, pe părțile laterale ale toracelui și ale abdomenului, în regiunea inguinală și mai rar pe spate. — *Hipermastia*: creșterea excesivă a glandelor mamare la un bărbat care, în restul organismului, nu prezintă nici o altă particularitate a tipului feminin.

5. *Dedublarea organelor genitale externe* se explică prin absența unirii genitivelor genitale din dreapta și din stânga, pe linia mediană.

6. *Vertebre supranumerare* — *monștrii cu coadă* (un număr mai mare de

vertebre sacrale; la unii coada e formată numai din piele. țesut conjunctiv și grăsime).

7. *Coaste supranumerare*. — *Mușchi supranumerari*.

8. *Spline, rinichi, capsule suprarenale, pancreasuri accesorii*. — *Formațiuni de lobi accesorii în corpul tiroid, plămâni și ficat*.

9. *Papiraceul*. — În gestațiunile generale, cu o singură placentă, se întâmplă ca unul din embrioni să se oprească din dezvoltarea normală, pentru a se anemia și atrofia, luând un aspect de hârtie. — În alte gestațiuni, găsim 2 embrioni legați printr'un singur ombilic.

c) *Dedublări parțiale*. — 1. *Diprosopie*: fătul cu 2 fețe. Varietăți: a) *dioftalmos*, numai cu 2 ochi; b) *trioftalmos*, cu 3 ochi (frunte comună, ochiul din mijloc are 2 pupile); c) *tetraoftalmos*, cu 4 ochi, cu 2 nasuri și două guri. (Babeș a studiat conformația unui *diprosopus tetraoftalmos cu pes varus*).

2. *Dicefalus*: un corp cu 2 capete. — Varietăți: a) *dicefalus dibrachus* (2 capete și 2 mâini); b) *dicefalus tribrachus* (2 capete și 3 brațe); c) *dicefalus tetrabrachus* (2 capete și 4 brațe). Dicefalul Ritta-Christina (mort în 1829) a trăit 8 luni și jumătate.

D. Monștrii dubli

Rezultați din împreunarea a doi embrioni. Fuziunea e de regulă limitată numai la o regiune:

a) *Intr'un punct al toracelui*: 1) monstrul dublu feminin, surorile hinduse *Rodica* și *Dodica*, separate, în 1902, prin secționarea benzii fibro-cutanate care constituia legătura; 2) frații siamezi *Cheng* și *Heng* (născuți în 1811 și morți în 1874) cari n'au consimțit la intervenția chirurgicală pentru despărțirea lor și cari s'au însurat cu două surori, lăsând o posteritate de 22 copii bine constituiți.

b) *Intr'o porțiune comună a scheletului coloanei vertebrale, cu independența relativă a basinelor*: cazul monstrului dublu feminin *Millie-Christine*, — monstru compozit studiat de *Tardieu* și *Broca* în 1874.

c) *In regiunea capului (cefalopagus sau craniopagus)*: doi feți legați numai prin creștetul capului. Corpurile nu sunt totdeauna dispuse simetric, deși pe aceeași linie: fața ventrală a unuia poate corespunde cu fața dorsală a celuilalt. Cele două cranii formează o cavitate unică, dar cele două creere sunt distincte. Dintre cazurile verificate: 1) cefalopagul prezentat în 1705 Academiei de Științe din Paris; 2) cefalopagul semnalat de *Albrecht* (1734); 3) monstrul citat de *Villeneuve* (1829); 4) cefalopagul dela *Versailles* (1869).

Dintre speciunile de monștrii dubli, cele mai bine studiate sunt:

1. *Piopagus*: 2 corpuri cari n'au comune decât regiunile lombară și sacrală.

2. *Ischiopagus*: 2 brațe, un basin comun și 3 sau 4 picioare.

3. *Ianiceps* sau *sincefalus*: doi feți cu un cap și un trunchiu comune; capul are 2 fețe (una la dreapta și alta la stânga; deobicei numai una din fețe e bine dezvoltată).

4. *Dipagus*: un singur cap, 2 trunchiuri și 4 extremități inferioare.

5. *Craniopagus* sau *cefalopagus*.

6. *Prosopotoracopagus*: craniu deosebit; maxilarele inferioare, gâtul și toracele contopite; 4 extremități inferioare.

7. *Toracopagus*: 2 feți aderenți prin torace; uncori perfect de bine dezvoltate; deși la unii din acești monștri nu există decât o legătură subțire, totuși această parte de contact conține peritoniu, părți din ficat, vase mari.

8. *Rachiopagus*: 2 feți aderenți într-o regiune a coloanei vertebrale.

E. Monștrii paraziți

O dedublare, în care unul din feți, insuficient dezvoltat, formează numai un apendice al celuilalt.

1. *Un monstru cu 3 picioare*: doi embrioni legați în regiunea basinului și restul unuia din ei a rămas în urmă cu dezvoltarea și nu prezintă decât un picior. — *O varietate*: nu numai un picior supranumerar, ci apendicele e format dintr'un cap sau din două extremități (brațe sau picioare).

2. *Epignatus*: embrionul nedezvoltat e prins de baza craniului fătului normal și iese prin gura acestuia. Prin inserțiunea lui pe cerul gurii fătului principal, parazitul poate împiedeca respirația și să suprime funcțiunea vieții.

3. *Engastrius*, embrion parazit în interiorul abdomenului (un cap și mâini rudimentare sau o masă de forma unei tumori).

F. Monștrii tripli

Trei gemeni complect dezvoltate; uneori cu o singură membrană amniotică; alte ori, fiecare cu amniosul și chorionul său separat. Îndeobște, unul sau doi dintre gemeni sunt insuficient dezvoltate. *Babeș*, descrie un caz de facere gemelară triplă, în care fiecare făt e acefal.

III. Teratomele

Aceste tumori congenitale, a căror origine e o turburare în dezvoltarea embrionului, formează, precum am spus, tranziția între tumoarea propriu zisă și monștri.

1. *Klebs* distinge două forme de teratome: *exogene* și *endogene* (după cum se găsesc în exteriorul sau în interiorul fătului).

2. Unele teratome sunt *histoide*: formate din țesuturile derivate din mesenchim.

3. *Teratomele organoide*: structură complicată; aspect de organ.

4. *Teratomul cu forma fetală*: conține mai multe organe aparținând unui făt incomplect.

5. *Kiste dermoide*. — În regiunea ovarilor și în aceea a testiculelor se formează niște simple kiste, în interiorul cărora găsim uneori un os aducând cu un maxilar, alteori, dinți, osișoare, cartilaje, păr — o adevărată *incluzie fetală*.

În ce privește starea civilă a monștrilor, *Debierre* și *Lacassagne* sugerează o modificare a dispozițiilor privitoare la actele de stare civilă și anume: un monstru cu două trunchiuri, dar cu un cap, să fie înscris în registru ca un singur individ; un monstru cu 2 capete și un singur trunchiu, să fie privit ca doi indivizi.

CAP. III

SEXUL — HERMAFRODISMUL

„*Quæritur hermafroditum cui comparamus? et magis puto ejus sexus aestimandum, qui in eo praevalet.*”

(DIGESTE)

Atât vechea dispozițiune (art. 45 c. c.) cât și cea nouă (art. 58 din „Legea privitoare la actele stării civile“ din 21 februarie 1928) impun în momentul declarării nașterii și obligația indicării sexului noului născut, însă sunt mute asupra eventualității unui sex insuficient caracterizat. După cum copilul trebuie declarat născut viu sau născut mort — și am văzut câte neajunsuri pot izvorî din indicațiunea pripită: „născut mort“ —, tot așa pruncul e înscris neapărat cu mențiunea: „de sex masculin“ ori „de sex feminin“. Și cum nici articolele abrogate din codul civil (84—86) nici noua lege a actelor de stare civilă nu îngăduie o rectificare ulterioară a greșitei calificări în privința sexului individului, urmează că, legalmente — deși cu prețul unei oarbe nesocotiri a abaterilor riguros verificate dela legile biologice — indicațiunea din clipa nașterii are puterea unei peceți indelebile, pe care nu-i mai este iertat puberului ori adultului s'o șteargă, spre a o înlocui cu alta conformă cu *realitatea* de mai târziu. Și această monstruoșitate legală de a se atribui persoanei, cu capacitatea civilă recunoscută încă din clipa zămislirii, un caracter fiziologic pe care nu-l are într'o perioadă mai mult sau mai puțin înaintată a vieții post-uterine (ce ironie: te face om când nu ești decât un glămățuc embrionar, ca mai apoi, când cu adevărat ești om, să te facă neom!), — această aberațiune legală, zicem, a primit consființirea unor solemne hotărâri judecătorești: „Nu se poate rectifica un act de naștere, când se tinde a se schimba chiar sexul, căci prin aceasta se schimbă însăși substanța intrinsecă a actului“. (*Trib. Fălciu*, 1897). Iar articolul 40 din legea din 1928 precizează că rectificarea actelor de stare civilă nu va putea fi cerută, dacă rectificarea „*are de urmare schimbarea statutului civil*“.



Fig. 1. — Pseudo-hermafroditul feminin B. G., internat într'un spital din București ca femeie și surprins de personalul de supraveghare, pe când avea raporturi sexuale cu o bolnavă din același spital.

bat decât femeie" dreptul de a institui moștenitor un copil.

Cu uimire constatăm că, din codul civil german modificat în 1900, a dispărut dispoziția după care „la vârsta de 18 ani împliniți, hermafroditul are dreptul să-și aleagă sexul: după aceeașă alegere (eventual coroborată cu concluziile unei expertize medicale) îi sunt fixate drepturile pe viitor“. Expunerea de motive a modificării justifică această suprimare prin posibilitatea (?!) ce o are medicul de a fixa la naștere sexul copilului. Dar cum să facă aceeașă constatare când, după cum se va vedea din exemplele spicuite din literatura

Așa dar, dacă pruncul hermafrodit a fost declarat băiat sau fată, ca băiat sau fată e osândit să trăiască până la moarte, chiar dacă în momentul pubertății sau mai târziu s'au accentuat în chip neîndoiios caracterele specifice ale unuia din cele două sexe. Și câtă prevedere înțeleaptă, izvorâtă din cunoașterea adâncă a naturii capricioase, se oglindește în preceptul vechiului drept roman, pe care l-am adoptat ca *motto* al acestui capitol: Care va fi statutul civil al hermafroditului? „...*Magis puto ejus sexus aestimandum, qui in eo praevaleat*“. Și, consecvent acestui principiu, Digestele recunoșteau hermafroditului „dacă este mai mult băr-



Fig. 2. — Pseudo-hermafroditul B. G., aspectul genitalilor externe examinate și fotografiate la Institutul Medico-Legal din București.

hermafroditismului. diferențierea sexului precumpănitor se izbește de multe ori de greutăți insurmontabile, chiar după declararea pubertății! Așa. *Steinmann* citează cazul unui băiat care, la 16 ani, avea deacum al 3-lea statut civil. în ce privește sexul: 1) la naștere a fost considerat *fată*, cu numele de *Theresia*; 2) la 10 ani, în urma unui examen medical, a fost recunoscut *băiat*; 3) la 16 ani, e examinat de *Steinmann* care-l constată *fată* (habitus exterior femenin, menstruație regulată, pe vulvă nu se decelează prezența unor testicule, chiar atrofiate).

În observația lui *Steinmann* notăm două erori succesive și făcute la interval de 10 ani, de doi medici (primul care a moșit copilul; al doilea, care l-a cercetat la vârsta de 10 ani). Dar sunt înregistrate cazuri când comisiuni medicale s'au înșelat, individul rămânând fără sex determinat. Concludent e cazul hermafroditului *Marie-Dorothee Derrier*, care ulterior a luat numele de *Charles Doerge*: 1) *Huffeland* și *Mursinna* îl proclamă fată; 2) *Starke* și *Merten*, dimpotrivă, atestază că e băiat; 3) *Metzger* și *Weissenbach* dau o soluție tangențială: *nu aparține nici unui sex*.

Rigiditatea aceasta a legii, de a nu admite rectificarea sexului, are urmări dezaastroase pentru societate, a cărei structură morală și legală e chemat s'o garanteze codul civil și s'o apere, prin asprimea sancțiunilor, codul penal. — urmări pe cari le putem defini prin: 1) *educația nefirească a copilului* cu corolarul poziției sociale false pentru individ; 2) *exibițiuni scandaloase* (cazul, raportat de *Home*, al unei femei care, în schimbul unei taxe, prezenta publicului drept penis o procidentă de câțiva centimetri a colului uterului); 3) *căsătoria anti-naturală*, cu corolarul imensului prejudiciu moral și material pricinuit bărbatului sau femeii, după declararea nulității căsătoriei, pentru constatarea „eroarei asupra persoanei fizice“ (art. 162 și 163 c. c.); 4) *acțiunea de contestare a valabilității căsătoriei* (cu corolarul contestării stipulațiilor contractului de căsătorie), când cei interesați constată, după moartea unuia din soți, eroare de sex; 5) *caducitatea dispozițiilor testamentare și a actelor de liberalitate pe cale de donațiuni între vii* (când se stipulează că ele sunt făcute în favoarea unui individ — copil numai conceput ori născut, puber sau adult — de sex determinat; 6) *contestarea recunoașterii unui copil natural*, dovedindu-se că pseudo-bărbatul era de fapt femeie și deci incapabil de a procrea; 7) *inexistența seducerii* (pentru care codul civil face excepția sub raportul cercetării paternității); 8) *actele de desperare* (cazurile de sinucidere citate de *Tardieu*, *Chesnet* și alții) ale hermafroditului care, căsătorit, își vede risipit visul de dragoste, dela chiar primul contact nupțial, sau sinuciderea femeii care rămâne nemângăiată de a nu putea trăi maritalmente cu alesul inimii; 9) *gravele urmări ale intervențiilor chirurgicale*.

bazate pe diagnosticul cronat al sexului hermafroditului; 10) eroarea în ce privește îndatorirea serviciului militar.

1. O statistică a lui *Neugebauer*: din 49 căsătorii, 46 au fost contractate între bărbați adică 46 pretinse femei de fapt bărbați (pseudo-hermafrodiți cu aparență feminină), iar 3 între femei, adică 3 pretinși bărbați erau de fapt femei (pseudo-hermafrodiți cu înfățișare masculină).



Fig. 5. — Pseudo-hermafroditul feminin A. L., examinat și fotografiat la Institutul Medico-Legal din București.

lui *Virchow*, *Rokitanski*, *Schulze* și *Billroth*. — Iată două tipuri, atât de caracterizate de *Ambroise Paré*: „*la lubricité des douteux qui paillardaient de l'un et l'autre sexes*”.

8. O „fată” de 27 ani, elevă a Școlii de Bele-Arte, se îndrăgostește de una din colegile ei și cere o rectificare a stării civile, spre a se putea căsători. Examinată, se confirmă că e bărbat (*Haberda*).

9. O moașă, căsătorită, dată în judecată pentru siluirea lăuzelor ei (*Martini*,

2. *Anne Grandjean*, se căsătorește (în 1764, la Grenoble) ca bărbat; denunțată, e expusă la stâlpul infamiei, cu o tăbliță purtând inscripția: „Profanator al tainei căsătoriei”.

3. *Neugebauer* examinează o fată de 21 ani care, însoțită de tatăl logodnicului ei, venise să-i ceară, să-i scoată „ceea ce o jena” la buzele mari. Și medicul constată că lucrul care o jena era... un penis hypospad. Deci bărbat cu o perfectă înfățișare feminină.

4. *Magnan* și *Pozzi* (în comunicarea făcută în 1911, la Academia de Medicină din Paris) expun cazul unui hermafrodit căsătorit ca bărbat și pe care *Pozzi* l-a operat de... un sarcom al oarului stâng.

5. *Pozzi* a identificat pe un bărbat hypospad, care dela 18—20 ani avusese amante, iar „la 30 ani devenise amanta unui bărbat, pe care-l iubea foarte mult, dar pe care, la intervale, îl înșela cu... femei”.

6. *Polailon*, *Guermontprez*, *Neugebauer* și *Hofmann* au identificat sexul masculin a numeroase prostituate.

7. *Rosina Götlich*, bărbat hypospad, făcea când pe prostituata feminină, când pe cea masculină (*Hofmann*). — *Hohmann* (și *Katharina* și *Karl*) — bărbat hypospad, cu întreaga conformație anatomică masculină, cu excepția sânilor de femeie — a practicat până la 38 ani prostituția ca femeie, cu deosebitul element de atracție pentru detracați că era înzestrat cu o barbă abundentă; apoi, a plecat la New-York unde, după ce avu raporturi sexuale cu femei, se însură și deveni tatăl legitim al unei fetițe. Cazul acesta, care pe vremuri a făcut senzație, a fost obiectul unui interesant studiu, bazat pe observațiile

10. Două prostituate alsnciene, considerate drept femei (una până la 46 și cealaltă până la 60 ani) erau de fapt hermafrodiți bărbați cari dela naștere fuseseră declarați fete (*Tourdes*).

11. O femeie, de 43 ani, măritată, cade dela o înălțime de 4 metri și efectul uluitor e apariția a câte unei tumori dureroase în ambele regiuni inguinale: coborîrea testiculelor. De fapt un hypospad penoscrotal care, în timpul celor 18 luni de viață conjugală, n'a putut avea măcar o singură dată un adevărat raport sexual cu soțul legitim. Un caz asemănător e relatat de *Paré*: hermafroditul Marie Germain, crescut ca fată, sare, la vârsta pubertății, un șanț și, în urma acestui efort, au apărut organele genitale virile.

12. Declarat la naștere ca fată și hotezat cu numele de Josephina, dela vârsta de 4 ani, pe baza atestării unui medic că e un cryptorchid, hermafroditul e considerat ca băiat și i se schimbă numele în Joseph. La 18 ani începe să-i crească barba, bea, fumează și, ca fecior de casă, are amantă: de două ori contractează blenoragia. La 25 ani Joseph Marzo vrea să se însoare. În realitate (rezultatul autopsiei ulterior practicată de *Crecchio*) era o femeie.

13. *Tardieu* raportează cazul hermafroditului Alexina B.: după apariția testiculelor, o sentință judecătorească i-a restabilit sexul adevărat.

14. Un tânăr American, de 25 ani, se prezintă la vot. E denunțat că nu poate fi bărbat, de vreme ce practică prostituția feminină. E examinat și un medic îl declară bărbat: un al doilea, femeie. Părerăa celui dintâiu prevalează și hermafroditul votează (la acea epocă femeile din Statele-Unite nu se bucurau încă de exercițiul drepturilor politice). Câteva zile după aceasta, se află că hermafroditul a avut menstruație și că din nou a avut raporturi sexuale cu diverși bărbați: era femeie.

15. *Neugebauer* citează cazul a doi hermafrodiți căsătoriți ca femei (căsătorii sterile), al căror sex masculin a fost constatat pentru unul cu ocazia celui de al doilea „măritiș”, pentru celalt, cu prilejul celui de al treilea „măritiș”.

16. *Mahon*: Marguerite Malaure vine la Paris în 1695, îmbrăcată bărbătește și se afirmă, sexualicește, când ca bărbat, când ca femeie. *Saviard*, care „o” examinează, constată un viciu de conformație, pe care-l înlătură printr-o ușoară intervenție chirurgicală și „fata” rămâne deabinelea băiat.

17. Declarat la naștere fată, hermafroditul continuă a fi considerat ca femeie până la 49 ani, când, îndrăgostindu-se de o fată, se însoară cu ea și devine succesiv tatăl a doi copii (*Hufeland*).

18. Intervențiile chirurgicale ajută și ele la restabilirea adevăratului sex: la 52 pretinse femei, supuse herniotomiei, s'a găsit testicule în hernie: la 6 pretinși bărbați, s'a găsit în hernie un uter (*Neugebauer*).

19. Și noi, oficios sau direct de cei interesați sesizați, am avut de cercetat numeroase cazuri de hermafrodisim. Vom pomeni pe cel mai recent: în 1930 ni se prezintă un tânăr care declară că, până la 15 ani, „a fost fată cu adevărat”, iar dela această epocă i-au apărut atributele genitale masculine cu



Fig. 4. — Organele genitale externe ale pseudo-hermafroditului feminin Florica—Florin examinate și fotografiate la Institutul Medico-Legal din București.

toată capacitatea lor funcțională. Examenul a confirmat noua stare. Hermafroditul, fără să mai aștepte o îngăduință legală de nesperat, s'a imbrăcat bărbătește și și-a masculinizat numele: *Florin* din *Florică*.

Aceste exemple — de fapt numai o infimă parte din totalul cazurilor verificate — justifică incriminarea ce facem legiuitorului din 1928 care nesocotește consecințele faptului de a ignora realitatea sexului nedeterminat până la o anumită răspântie a vieții individului. (Realitate confirmată de sentințe în procese răsunătoare: într'un singur an, în 1912, *Ungar* a avut de expertizat 5 hermafrodiți urmăriți în penal; un alt caz — un atentat la pudorea hermafroditului cu aparență feminină, săvârșit de propriul părinte al acestuia — a ajuns până la Casația austriacă). Argumentarea noastră militează pentru o dispoziție adițională la art. 58 din „Legea actelor de stare civilă“, prin care să se proclame dreptul pentru individ sau cei interesați de a putea rectifica, la orice epocă a vârstei, mențiunea din actul de naștere, în ce privește sexul. Cerem *pentru orice epocă*, pentru că e dovedit (multe din cazurile mai sus citate o probează), că și perioada pubertății (propusă mai întâiu de *Debierre* și însușită de *Lacassagne*) dă de multe ori greș în afirmarea sexului adevărat. Rectificarea să se facă pe baza concluziunilor unei comisiuni de expertiză medico-legală, iar în caz de indecizie, hermafroditul să aibă latitudinea de a-și alege sexul, cu pecetea căruia va trebui deacum să moară, *sub poena falsi*, așa cum glăsuia vechiul cod civil bavarez. Această alegere să fie lăsată și hermafroditului adevărat, adică individului bisexual. E în interesul moralei, al ordinii publice ca să se preîntâmpine falsificarea, la adăpostul mutismului legii, a vieții sociale; să se înlătore o cauză de nenorocire, de scandal uneori tragi-comic cum a fost cazul cu călugărul *Issoire* care, în chilia lui, a născut un copil și pe care *Bauhin* l-a trecut la nemurire în faimosul vers: „*Mas, mulier, monachus, mundi mirabile monstrum*“. Și doar e și nedrept și o patentă erezie științifică de a se considera hermafroditul drept un monstru în adevărata accepțiune a termenului, după cum a proclamat-o și *Zacchias*: „*Monstra non sunt, nec pro monstris a legibus habentur*“. Paria arbitrar decretat de o legiuire neisprăvită, hermafroditului i se potrivește maxima în care *Montesquieu* își oglindește scepticismul: „*Il faut pleurer les hommes à leur naissance, et non pas à leur mort*“.

Rolul expertului

Prin simpla enunțare de mai sus a urmărilor nedeterminării sexului, am și indicat rolul medicului-legist și greutatea hotărâtoare a rezultatului expertizei, atât în ce privește individul în viață, cât și după moartea lui. În adevăr, necropsia repară adesea eroarea

care a dăinuit o viață întreagă. Și identificarea se face pe baza atât simplă a diferențierii sexuale, după următoarea schemă comparativă:

		Bărbat	Femeie
I. <i>Organele externe</i> (nutrite de ramura externă a arterei hipogastrice).	1. <i>Tuberculul genital.</i>	a) penisul	a) clitorisul
	2. <i>Șanțul genital.</i>	b) partea spongioasă a uretrului	b) buzele mici
	3. <i>Cutele genitale</i> (inchise sau deschise).	c) scrotum	c) buzele mari
II. <i>Organele mijlocii</i> (nutrite de ramura internă a arterei hipogastrice).		a) porțiunea membranoasă a uretrului	a) vestibulul
		b) deschizătura utriculului prostatic la nivelul crestei uretrale.	b) himenul
		c) colul utriculului.	c) vaginul
		d) utriculul prostatic	d) uterul
III. <i>Organele profunde</i> (nutrite de artera spermatică ori de artera utero-ovarică, provenind direct din aortă).	1. <i>Partea periferică.</i>	a) hydatidul pediculat al lui Morgagni	a) trompa
	2. <i>Canalul excretor.</i>	a) corpul inominat al lui Giraldeș	c) rudimentar
		b) canalul deferent	
		c) Capul și corpul epididimului. Vasul aberrans	
	5. <i>Canaliculele.</i>	a) Canaliculele aferente și seminifere	a) Organul lui Rosenmüller
4. <i>Glandele genitale.</i>	a) Testiculele	a) ovarele	

În ce privește *prostata* e de observat că și la femei există dispoziția pentru formarea acestei glande (*Sachs*, 1921).

Caracteristicile fiecăreia din aceste părți ale organelor genitale:

A. La bărbat: 1. *Penisul* diferă, sub raportul lungimii și al grosimii, după rasa căreia aparține individul: penisul Negrului, de exemplu, e de o lungime isbitoare, chiar în stare de flaciditate; la penisul semitului lipsește prepuțul (poate lipsi și la un individ de altă rasă, în urma unei operațiuni). Penisul poate lipsi cu totul (la castrați). Penis hypospadiac (meatul uretral pe fața inferioară a membrului); penis epispadiac (meatul pe fața superioară a membrului). Penis spintecat și penis dublu.

2. *Testiculele* pot lipsi cu totul (cryptorchizii și castrații parțiali sau totali) sau să se noteze absența unui singur testicul (monorchizii).

B. La femei: 1. Înălțimea *vulvei* diferă după rasă. Vulvă aproape lipită.

2. *Vaginul*, sub raportul adâncimii, variază și el după rasă (la Negrese, profunziunea e de 16 cm., pe când la celelalte rase, dimensiunea maximă e de 11 cm.).

3. *Clitorisul* e mai mare la Negrese și semite. La unele popoare clitorisul e excizat, pe când la altele (triburile de pe marginea golfului Guineei) se obține lungirea clitorisului cu ajutorul unor mici greutateți atârinate de o sfoară prinsă la baza organului.

4. *Absența himenului* (situat dedesubtul uretrei) e o excepție și atunci poate fi datorită unei opriri în dezvoltare (cazurile citate de *Roze*). Orificiul himenal e în același timp orificiul vaginului. (Himen dezvoltat în absența vaginului. — observația comunicată de *Pozzi*, în 1884, la Academia de Medicină din Paris).

Orice abatere dela dispoziția și conformația organică naturală constituind o aberație sexuală, expertul urmează să-i stabilească gradul și valoarea din punctul de vedere al funcțiunei fiziologice. Eventualele malformațiuni *Babeș* le explică prin teoria generală a „rătăcirii unui simplu germene dintr'un organ într'altul, dând naștere la o dezvoltare revoluționară a acestui germene unic împotriva scopului organului”. Hermafrodismul, e după marele anatomo-patolog, produsul unei asemenea turburări în dezvoltarea organelor genitale, creind fie tipul anomaliei *prin defect*, fie tipul anomaliei *per fabricam alienam*, fie însfârșit, tipul anomaliei *prin exces* (la același individ și organe masculine și organe feminine). După cercetările mai noi (*Biedl*, 1922), procese patologice ale glandelor embrionare pot provoca *abia după naștere* (un cuvânt mai mult în sprijinul tezei noastre în ce privește posibilitatea rectificării mențiunii sexuale) o transformare a caracterelor sexuale. *Goldschmidt* (1920) atribuie hermafrodismului ca origine formarea unei glande intersexuale; iar, după naștere, individul poate să se afirme fie ca hermafrodit, fie ca invertit.

1. Examenul individului viu

Acest examen are de obiect: 1) anamneza (eventuala ereditate sau atavismul), starca psihică, înclinațiunea sexuală; 2) înălțarea generală, vocea; 3) examenul somatic superficial și examenul local, adică al regiunii genitale.

În prealabil ținem să relevăm fragilitatea concluziilor ce se pot trage din examenul unui copil, deoarece această cercetare e forțamente limitată la organele genitale, copilul neprezentând caracterele fizice generale particulare adultului hermafrodit. Chiar atunci când copilul a atins pubertatea, certitudinea nu ne-o poate da nici radiografia, ci numai (în caz de operație) laparotomia. În adevăr, îndeobște, atunci când genitalele externe ale unui *bărbat* sunt insuficient dezvoltate, întreg individul are caracterul efeminării: glas mai mult pitigăiat, o predispoziție la îngrășare, creșterea excesivă a glandelor mamare (adesea cu secrețiune lactară), basinel mărit. Iar atunci când genitalele externe ale unei *femei* aduc cu acelea ale unui bărbat (în deosebi un clitoris excesiv dezvoltat), hermafroditul are vocea îngroșată, sistemul pilos de o caracteristică abundență masculină (barbă, mustăți, păr pe piept), mamele atrofiate, basinel mic.

În general s'a observat că, în măsura în care organele externe seamănă mai mult cu cele masculine, în aceeași măsură genitalele interne și glandele genitale sunt feminine și vice-versa.

Aceiaș greutate ca la copii o întâmpinăm la examenul bărbaților atinși de *infantilism* sau *feminism* (Lorain), ori de *embrio-*

nism (Lacassagne și Etienne Martin). — Stigmatul *infantilismului* — caracteristic unei bruște stagnări a creșterii în perioada pubertății — sunt: statura mică, pipericită; atrofia penisului și a testiculelor; în schimb glandele mamare hipertrofiate și basiful mărit. *Embriionismul* (al cărui reprezentanți tipici sunt orbii și surdo-muții congenitali) își are obârșia într-o turburare a nutrițiunii din epoca intra-uterină și aplică individului pecetea definitivă a unor aberațiuni trofice.



Fig. 5. — Organele genitale externe ale unui pseudo-hermafrodit masculin, examinate și fotografiate la Institutul Medico-Legal din București.

I. ANAMNEZA. — a) Ereditatea și atavismul: hermafrodisim moștenit în linie directă ori prin salt (2 surori hermafrodite, *Tourdes*; 2 gemeni hermafrodiți, *Nuegele*).

b) Starea psihică: depresiune morală (datorită conștiinței anomaliei fiziologice), inteligență greoaie — *hermafrodisimul moral* al lui *Casper*.

c) *Inclinațiunea sexuală* e un indiciu foarte șubred și, ca atare, susceptibil de numeroase cauze de eroare: 1. *Inversiunea sexuală*, pederastia (activă și pasivă) și tribadismul. — 2. *Acelaș hermafrodit are aptitudini pentru coitul masculin și se pretează la coitul feminin*. (La aceștia coitul feminin e practicat fie în uretrul dilatat, fie în vaginul lor rudimentar, *Rosina Göttlich*, bărbatul hypospad care figurează printre exemplele noastre și care făcea și pe bărbatul și pe femeia, avea o predilecție pentru rolul de femeie, inclinațiune pe care *Hofmann* o explică prin insuficiența spasmului orgasmic, din cauza micimii penisului). — 3. *Inclinațiunea poate fi rezultatul creșterii miciate* (băiat crescut ca fată sau viceversa) și simțul sexual și pornirile sexuale nu sunt în funcțiune exclusivă de prezența și desăvârșita dezvoltare a respectivelor glande sexuale (exemplul copiilor ouaniști la cari, dată fiind impubertatea lor, aceste glande sunt foarte departe de a avea capacitatea de funcționare fiziologică. — întocmai ca puii de animale cari, deși incomplet dezvoltați sub raportul sexualității, totuși fac încercări de coit). Investigațiile noastre personale ne-au incredințat că unii dintre castrații parțiali (la cari penisul e conservat) deși sunt lipsiți de testicule, dau dovadă și de capacitate de coit și de o adevărată frenezie erotică, iar femeile lor se declară mai mulțumite ca înainte de castrare, deoarece erecțiunea e mai durabilă.

II. *INFĂȚIȘAREA GENERALĂ* nu poate constitui un criteriu sigur, pentru că nu orice bărbat e caracterizat prin umeri largi și o musculatură dezvoltată.

Mai e considerațiunea, bazată pe o constatare de fapt, că, pe măsură ce îmbătrânește, femeea capătă o tot mai accentuată înfățișare masculină.

a) Nici din *prezența sau absența mamelelor mărite* nu se poate trage o concluzie (ele lipsesc la hermafroditul Marzo, dovedit femece și în schimb sunt voluminoase la Hohmann, dovedit bărbat). Și apoi, e frecvent cazul de umflare a glandelor mamare cu secrețiune de lapte (Hexenmilch, lapte de vrăjitoare) la nouii-născuți de ambele sexe.

b) Tot atât de puțin peremptoriu e argumentul tras din abundența sau sărăcia *sistemului pilos*: sunt femei cu barbă și mustați mai mult sau mai puțin abundente, după cum sunt bărbați spâni (în genere scopiți a căror castrare datează dinainte de epoca pubertății). Hermafroditul Marie Madeleine Lefort, dovedit femece, avea o barbă lungă de 55 cm. Un alt hermafrodit, la care mustața și barba, respectabile, accentuau întreaga-i alură bărbătească, a fost identificat de *Hofmann* a fi femece. Prezența sau absența perilor din jurul anusului deasemenea nu constituie un element de convingere, deși în genere acești peri se identifică numai la bărbat.

c) Nici *dimensiunile basinelor* (cu toate că *Schroeder* susține că basinel n'ar căpăta caracterele feminine decât prin dezvoltarea organelor genitale conținute în basinel mic) nu sunt întotdeauna decisive; și *Josephina Marzo* și hermafroditul identificat de *Hofmann*, ambii femei, aveau basinel caracteristic masculin.

d) *Vocea*, în genere mai îngroșată la bărbat și mai subțire la femece, poate și ea induce în eroare: *Josephina Marzo* avea o voce răgușită, net bărbătească. Scopiții din contra — cu cari trebuie asimilați hermafrodiții la cari testiculele sunt atrofiate — au vocea pițigăiată de femece.

III. EXAMENUL REGIUNII GENITALE se face cu individul întâiu în picioare și apoi culcat.

a) *Conturul suprafeței păroase a pubisului*. — După *Casper*, la femece marginea superioară e o linie orizontală: la *bărbat*, din contra, perii pubieni se urcă până la ombilic. *Schultze*, cel dintâiu, a combătut certitudinea acestui semn, pe baza unor observații personale: din 100 femei, 5 aveau părul până la ombilic, iar la examinarea a 120 soldați, a găsit numeroase contururi feminine. *Ruggieri* notează, la o femece, păr pe întreg abdomenul, iar *Hofmann*, la o tânără femece oacheșă, o linie păroasă până între sâni. *Josephina Marzo* avea conturul masculin.

b) *Organele genitale externe*. — În genere, notează *Thoinot*, 90 la 100 dintre hermafrodiți sunt bărbați; prezența buzelor mici, considerată de *Klebs* ca un semn neîndoișor, nu constituie o dovadă certă, precum prezența unei vulve, a unui vagin (natural și rudimentar, sau artificial, creat prin coit repetat) nu exclude deloc caracterul masculin al hermafroditului. — *Kolisko* (1922), observă că părțile genitale secundare seamănă cu atât mai mult cu acele ale sexului opus, cu cât și părțile externe se abat dela tipul propriu-zis. — Să trecem la descrierea acestor organe:

1. *Clitoris hipertrofiat și penis atrofiat*: cel mai lung clitoris observat (7 cm.) n'a atins niciodată dimensiunea medie a unui penis normal în stare de flaciditate (8—10 cm.); clitorisul e mai subțire ca penisul și i lipsesc glandul, prepuțul și frâul. Cateterismul ajută la determinarea direcțiunii canalului și a naturii lichidului scos de sondă. — Bifurcația penisului e consecutivă extrofiei vesicii.

2. *Vagin și scrotum spintecat*: în buzele spintecăturii scrotale (uncori adâncă de 6—8 cm.) se simt două tumori (testiculele), lipsesc buzele mici cari, împreună cu un himen rudimentar, indică sexul feminin. Cu ajutorul sondei, ne încredințăm, dacă avem aface cu un vagin adevărat (indiferent de lărgimea lui)

comunicând cu un uter, pentru a evita o gravă cauză de eroare, mulți hermafrodiți bărbați fiind cryptorchizi, s'ar putea confunda tumorile testiculare cu ovare: dimpotrivă, la hermafrodiți femei ovarele herniate, coborând în buzele mari, pot fi confundate cu testicule atrofiate.

c) **Organele genitale mijlocii.** — 1. Tușul rectal servește la identificarea prostatei.

2. Tușul vaginal sau rectal, injecțiunile ajută la identificarea uterului.

d) **Organele genitale interne.** — 1. Prezența testiculelor se stabilește pe cale de secrețiune, luându-se însă în prealabil precauțiunea de a verifica dacă, anterior examenului, hermafroditul în chestiune nu s'a pretat unui coit feminin, în care caz urmele de spermă ar putea fi dela un alt individ. — *Cauză de eroare:* din absența secrețiunii spermatice nu se poate conchide și la absența testiculelor, pentrucă diverse malformațiuni interne pot zădărnici scurgerea: atrofierea testiculelor, absența, impermeabilitatea sau terminarea în fund de sac a (canalelor deferente).

2. *Prezența ovarelor* — dacă nu e caz de hernie ovarică — nu poate fi descoperită decât prin menstruație. Dar absența acesteia din urmă nu constituie o dovadă a sexului contrar, deoarece, ca și pentru absența secrețiunii testiculare, pot exista cauze de împiedecare a menstruației: absența sau imperforarea uterului, ori o cauză patologică. — Să notăm, însă, cazurile raportate de Schantz și Cecherelli, cu privire la coexistența menstruației și a lichidului spermatic, la acelaș individ. — Acestea sunt, firește, excepțiuni foarte rare, în genere, prezența spermei e o indicație a sexului masculin, iar prezența hemoragiilor sexuale denotă, cu o foarte mare probabilitate, sexul feminin, fără însă a proba și existența ovarelor.

Vom încheia cu observația că *identificarea lichidului spermatic și a sângelui menstrual nu se poate face la copii înainte de vârsta pubertății.*

Modele de observații

1. **Celebrul hermafrodit Marie-Madeleine Lefort** (mort la vârsta de 65 ani) e examinat la 16 ani. — Prezența, la părțile sexuale, a unui corp conoid lung de 27 mm., în stare de flaciditate și susceptibil de a se lungi puțin în stare de erecțiune. Deasupra acestui corp (clitorisul), un gland imperforat, pe trei sferturi din circumferința lui acoperit cu un prepuț și găurit în interior de un canal deprimat, la partea inferioară a căruia se vedeau 5 găuri mici. Dedesubtul clitorisului, o crăpătură cu două buze scurte, înguste, subțiri, acoperite cu peri; în intervalul dintre buze, o altă crăpătură foarte superficială. La rădăcina clitorisului, o deschizătură rotunjită. O sondă, introdusă în aceste cavități, nu pătrunde în vesică, ci se îndreaptă spre anus, paralel cu perineul și cu ea se atingea fundul membranei groase care împreună cele două buze vulvare. Sonda, îndreptată înapoi, pătrunde într'un canal scurt, ce părea a fi vaginul, și era oprită de un obstacol pe care tușul rectal îl indica a fi uterul. Nicăeri nu se simțea prezența unor testicule. (Béclard, 1815).

2. **Copil de 2 ani și jumătate.** — Aparență feminină normală. Buza din dreapta a vulvei (deplasată spre dreapta) e foarte mică în comparație cu buza din stânga. Intre buzele desfăcute se văd, în situație normală: clitorisul, deschizătura centrală a buzelor mici și un himen cu 3 orificii, prin care sonda pătrunde într'un canal (vagin). Tușul rectal identifică prezența uterului și a anexelor sale. Vesica e enormă, ajunge până la nivelul ombilical. În stânga, lângă vulva feminină, se văd organele genitale masculine, cu un penis perforat. Scrotumul, prin jumătatea lui dreaptă, ține loc de buză mare stângă,

și în această buză se percepe existența unui mic corp mobil (glandă genitală?) (*Haberda*).

3. **Hermafrodit de 24 ani.** — Laringe proeminent, voce de tenor. Sâni mari și tari. Dela 16 ani. creșterea anormală a jumătății drepte a scrotului și de atunci, la fiecă 5—4 săptămâni. era apucat, în această regiune, de dureri mari cu iradiațiuni sacrale. Dela 22 ani, această criză era însoțită de un flux sanguin periodic, scurgându-se prin uretră și printr'o fistulă scrotală. De câțiva ani avea raporturi — însoțite de erecțiuni și ejaculațiuni — și cu băieți și cu fete. *Organele genitale* externe: penis normal, tare incurbat, cu șanț la extremitatea inferioară, prins între două bureleuri scrotale; jumătatea dreaptă a scrotului spinterat, cu un testicul în partea inferioară, avea mărimea unui cap fetal, pe când jumătatea din stânga era normală și în ea se simțea prezența unui corp asemănător testiculului cu epididimul lui.—*Billroth*, care a practicat intervenția chirurgicală, a găsit în bureleul scrotal drept un uter, o trompă și un ovar kistic (*Klotz*, 1879).

2. Examenul cadavrului

Examenul exterior se face la fel ca pentru individul viu.

Necropsia permite o cercetare mai sigură în ce privește organele genitale medii și interne.

a) **Testiculele**, în primii ani ai vieții hermafroditului, pot fi prinse la nivelul inelelor, iar la pubertate se lasă în jos pe canalul inguinal. Uneori, testiculele atrofiate înțepenesc în basîn, între beșică și rect. Să se evite o identificare greșită a testiculelor: ovare alunecate prin canalul inguinal, ganglioni limfatici, saci herniari și chiar ligamentul rotund atunci când se termină printr'o umflătură.

b) **Buzele mici** nu se găsesc niciodată la hermafroditul la care se constată o oprire în dezvoltarea penisului sau a perineului.

c) Ca particularitate se observă prezența unor **glande embrionare anormale**, datorite unei umflături cum ar fi umflătura capsulelor supra-renale — hyperplasia scoarței sau tumoare. Prezența acestor glande nu e însă întotdeauna identificată la hermafrodiții pseudo-bărbați. Ele mai pot fi datorite unei tumori a glandei pineale (*Halban*, 1925).

Rezultate de autopsie:

1. **Bărbat de 52 ani.** În abdomen: 2 testicule ectopiate, o trompă, un uter bicorn și un vagin (*Winkler*, 1895).

2. **Bărbat.** Organele genitale externe cu aspect masculin normal. Uter complet dezvoltat cu trompe și ligament lat, testicule. — toate în scrotumul drept: scrotumul stâng gol (*Meckel*).

3. **Individ de 45 ani.** Organele genitale externe normal masculine. Testiculele, atrofiate, cu epididimii și canalele deferente, reținute în cavitatea abdominală; vagin, uter și trompă, normale (*Luksch*).

4. **Femeie de 25 ani.** vulva bine dezvoltată, buzele mici atrofiate, clitoris mic, vagin strâmt: absența uterului, a ovarelor și a trompelor; testiculele mici, flasce, cu epididimi, în ambele regiuni inguinale; canalele deferente dădeau în vesiculele seminale, excepțional de voluminoase; canalele ejaculatoare dădeau în vagin (*Maschka*).

5. *O bătrână de 80 ani, măritată*: genitalele externe perfect feminine; vagin adânc de 5 cm. terminat în fund-de-sac; nici uter. nici ligament uterin. nici trompe, în schimb: testicule lipite la inelele inghinale, ovoide, cu volum normal; canale deferente; vesicule seminale fără canale ejaculatoare (*Ricco*).

6. *Bărbat de 62 ani*: penis de mărime mijlocie, cu hipospadias balanic; scrotum gol; în basin. 2 ovare, 2 trompe uterine cu pavilionul mic deschizându-se în uter. iar acesta în comunicație cu un vagin de 5 cm., terminându-se în uretra masculină. la care era anexată o prostată (*Tardieu*).

7. *Marie Madeleine Lefort (65 ani)*: Cap de bărbat. cu barbă lungă de 35 cm. Mamelele atârând ca la o femeie bătrână. Deschizătura subpeniană ducea la un canal membranos de 6 cm., un fel de cloacă primind totodată sângele menstrual (apariția primei menstruații la 8 ani) și urina: în partea posterioară, 2 orificii. unul (superior) dând în vesică. celalt (inferior) constituind orificiul extern al vaginului. Acesta din urmă ducea la un uter adânc de 51 mm., și conținând mai mulți fibromi: ovarele și trompele normale. (*Rezultatul autopsiei, practicată după 49 ani dela examinarea hermafroditului ca adolescent de către Béclard, confirmă diagnosticul pus de acesta*).

8. *Josephina Marzo (la 40 ani)*: înfățișarea masculină; nici mamele. nici areole. Penis de 6 cm., (10 cm. în stare de erecție), cu gland și prepuț. Meat urinar sub gland, la originea corpurilor cavernoși. Absența scotumului. Răsfărângerii cutanee analoge cu buzele mari și mici. Corpi cavernoși normali. Uretru anterior scurt. dar normal; bulb al uretrului și prostată normale. Pe partea posterioară. uretrul în comunicație cu vesica. ca în starea normală; dar. în plus, constituie debușul vaginului (lung de 6 cm.). Uterul. adânc de 7 cm., are lărgimea maximă de 4,5 cm., uter de multipară; trompele. ovarele normale și normal situate. Absența corpului galben.

9. *Până la 18 ani femeie; apoi până la moarte (50 ani), bărbat*. Corp peniform cu gland imperforat. spintecat pe fața inferioară (rigolă). cu corpi cavernoși. Sub membru un canal reprezentând vaginul. În interior: uter triunghiular (adânc de 3,5 cm.) cu trompe, iar în dreapta un ligament lat fără ovar. Pe aripoara mijlocie a ligamentului un organ al lui Rosenmüller. În stânga ligamentul lat e înlocuit printr'un cordon traversând canalul inghinal. Acest cordon, format din trompă și din ligamentul rotund. dă într'o pungă cu pereți groși, situată dedesubtul și în afara buzei mari stângi. În partea aceasta a fost identificat. la microscop. de către Robin, un testicul (*Follin*).

5. Diferențierea hermafrodiților

Intersexualitatea — această deconcertantă realitate pe care, cu toată tangibilitatea ei. Codul Civil se încapățânează s'o ignoreze — își trage originea denumirii de hermafroditism din mitul grecesc. după care nimfa Salacis, furioasă de indiferența (frigiditatea, am spune noi astăzi) ce i-o arăta Hermafrodit, născut din Hermes și Afrodita. i-a implorat pe zei cu atâta stăruință, până ce aceștia au încuviințat contopirea corpului ei cu acela al ingraturului. În legenda aceasta găsim și primul tip al hermafroditului complet — ca unul ce e înzestrat cu toate atributele ambelor sexe, — tip admis de *Zacchias* („Dacă există la un individ ambele sexe, el nu se poate căsători. nu poate intra în tagma călugărească. nu poate fi martor, nu poate moșteni un fief. nu poate fi avocat. medic. profesor“). dar

mai mult sau mai puțin contestat de *Tardieu* și *Legrand du Saulle*. Investigațiunile științifice ale lui *Waldeyer*, *Meyer* și *Heppner*, au fost reluate în anii din urmă de *Knud Sand* (1919) și *Steinach* (comunicările din 1919 și 1920) cari au reușit, pe cale experimentală (castrarea precoce a unor mamifere și apoi prin grefă) să creeze un tip de hermafrodit complet — și somatic și psicho-sexual, cu perioade alternante de masculinizare și de feminizare. Singura obiecțiune ce se mai face, e aceea cu privire la importanța și rolul ce *Steinach* atribuie celulelor interstițiale.

Dar avem dovezi indiscutabile de dată și mai recentă: 1. observația din 1927 a lui *Christoph Fitket* și *Hooge*, publicată în numărul din Decembrie 1927 al revistei «*Annales d'anatomie pathologique*»: un tânăr hermafrodit de 25 ani, la care, cu ocazia unei duble intervenții chirurgicale, s'a constatat bisexualitatea nu numai externă, dar și medie și internă; 2. observația lui *Brindeau* (1950):



Fig. 6. — Organele genitale externe ale unui pseudo-hermafrodit masculin, examinate și fotografiate la Institutul Medico-Legal din București.

la autopsia unui nou născut declarat fată s'a constatat prezența testiculelor, a unui uter și a două trompe.

Existența acestei bisexualități nu implică însă și *potentia bisexualis*, adică hermafroditul adevărat să fie capabil și de a fecunda o femeie și de a fi, la rândul său, fecundat de un bărbat; nu e posibilă funcționarea concomitentă a testiculelor și a ovarelor la același individ, ci sau numai unele se bucură de exercițiul funcțiunii fiziologice, sau și unele și altele sunt sterile. După caracterizarea lui *Tandler*, hermafroditul, chiar bilateral, nu e unul *biologic* (cu o dublă activitate funcțională), ci unul pur *morfologic*.

* * *

Din observațiunile mai sus publicate se vede că în primul loc, în ce privește natura și gradul anomaliei, trebuie să deosebim trei specii de hermafroditism: 1) *tubular* — intersexualitate interesând numai cūile genitale (părțile genitale externe și medii); 2) *glandular* (intersexualitate interesând numai părțile genitale interne); 3) *tubularo-glandular* (în caz de intersexualitate completă).

Primele două specii constituie clasa *hermafrodiților parțiali*, numiți și *pseudo-hermafrodiți*, iar ultima specie e aceea a *adevăraților hermafrodiți*.

A. HERMAFRODISMUL PARȚIAL are și el 2 diviziuni, după atributele sexuale cari, aparent, predomină:

a) *Pseudo-hermafroditul masculin* (femea cu aparență de bărbat) sau *gynandroidul*, care se poate prezenta sub forma unora din aceste 5 varietăți: 1. *hipertrofia clitorisului cu meat urinar la baza lui, urme de canal*; 2. *imperforare sau atresie vaginală*: lipirea buzelor mari; 3. *coexistența acestor două prime categorii de anomalii*; 4. *coborârea ovarelor, prezența lor în buzele mari*; 5. *gynandroidul complex* în care existența în plus a unora din semnele sexualității masculine nu alterează caracterul sexualității feminine.

b) *Pseudo-hermafroditul feminin* (bărbat cu aparență de femea) sau *androgynoidul* prezintă și el 5 varietăți: 1) *imperfecțiunea penisului*; mic, gland spintecat, *hypospadias exagerat*; 2) *scrotum spintecat* cu testicul în fiecare buză a spintecăturii; 3) *coexistența acestor două categorii de anomalii*; 4) *testicondie în plus*: simplă, dublă, temporară, permanentă; 5) *androgynoidul complex* în care prezența în plus a câtorva semne ale sexualității feminine nu alterează caracterul sexualității masculine.

B. HERMAFRODITUL ADEVĂRAT (*digamia*: *coexistența organelor genitale ale ambelor sexe*) se prezintă în una din următoarele trei varietăți:

a) *bilateral*: câte un testicul și un ovar de o parte și de alta;

b) *unilateral*: un testicul și un ovar într-o parte, numai un testicul sau numai un ovar în cealaltă parte;

c) *lateral*: numai un testicul într-o parte și numai un ovar în cealaltă.

C. — Se mai poate întâlni specia HERMAFRODISMULUI NEUTRU (*agamia*) cu două varietăți:

a) *Absența sexualității*, adică identificare anatomică dubioasă: din cauza absenței testiculelor sau a ovarelor, funcția fiziologică e abolită.

b) *Persistența stării embrionare*: sexualitatea nu s'a diferențiat.

TĂGADA PATERNITĂȚII ȘI A MATERNITĂȚII

„Pater is est quem nuptiae demonstrant“

Dărnicia excesivă pe care Codul Civil, prin inscripția de pe frontispiciul legiurii care hotărăște despre filiațiunea legitimă (aliniațul I al art. 286: „Bărbatul este tatăl copilului conceput în timpul căsătoriei») o arată copilului numai zămislit, se topește, micșorându-se până la evaporare, de îndată ce ficțiunea embrionară devine o persoană reală. Ceeace, printr'o simplă enunțare de principiu i se dă înainte de naștere, i se poate lua copilului de îndată ce s'a născut: restul articolului 286 și articolele 287—290 consfințesc dreptul părintelui, iar art. 291 pe acela al moștenitorilor acestuia de a despuia copilul de legitimitatea nașterii sale. Și astfel, această legitimitate ne apare ca o rară nestimată, zăvorită într'o boltă blindată, apărată și aceasta de concentrice centure de ziduri chinezești, în cari, numai grație unei minuni de interpretare a judecătorului uman, becisnicile puteri ale pruncului pot practica o spărtură. Ne-greșit, n'ar fi de făcut nici o obiecție, dacă în măsura în care străjuește porunca sacrosanctă a filiațiunii legitime, ar chezășii și dreptul nu mai puțin sfânt al copilului la personalitatea și capacitatea legală, cari trebuie să fie atributele oricărei ființe omenesti, de îndată ce a trecut de pragul porții de intrare a vieții. Această garanție, însă, nu există, deoarece legiuitorul nostru, pasișând codificarea anacronică de acum 125 ani a lui Napoleon, n'a cumpănit valoarea premizelor, pe baza cărora temutul Cesar, în omnipotența și omniștiența lui, a tăiat nodul gordian al controverselor de ordin medical, hotărînd limitele de posibilitate fiziologică a paternității.

Căci, pe ce se bizue legiuitorul, când cu o suverană încruntare, decretează minimul și maximul gestațiunii legitime: 180 și 300 zile?

„Bărbatul însă va putea să nu recunoască de al său pe copil, dacă dovedește că, în cursul timpului cuprins între a 300-a zi și între aceea a 180-a, mai înaintea nașterii copilului, a fost în imposibilitate fizică de a coabita cu soția sa, fie din cauză de depărtare, fie din orice alt accident.

„În caz când s'a făcut cererea de divorț, bărbatul va putea să nu recunoască de al său pe copilul născut după 300 zile dela intentarea acțiunii de divorț, sau mai înainte de revenirea soției la domiciliul conjugal sau împăcarea soților“ (art. 286, al. I și II).

„Legitimitatea copilului născut după 300 zile dela desfacerea căsătoriei va putea fi contestată” (art. 289).

Care e baza științifică a hotărârii în ce privește aparența sarcinii, când acordă bărbatului dreptul de tăgadă a paternității atunci când, înainte de căsătorie, n'a știut că femeea e însărcinată? (art. 288, al. II). Dar sunt observații riguros controlate de femei cari și-au ignorat sarcina (precum vom demonstra, vorbind despre menstruație), după cum pot fi sarcini imaginare și sarcini simulate, sau sarcini cari să urmeze unui proces de tumoare, care a putut fi luat drept început al gestațiunii.

Da, pe ce se întemeiază acest imperativ al termenelor fatale de 180 și 300 zile — imperativ pe temeiul căruia copilul e desbrăcat de patrimoniul ce dreptul roman îi asigură încă din momentul zămislirii, tocmai pentru eventualitatea unei nașteri tardive? Ce l-a îndrituit pe legiuitor să ridice în fața judecătorului bariera de 180 și bariera de 300, peste cari, cu toată convingerea-i intimă, să nu poate trece fără o flagrantă violare a textului legii? Și apoi, textul nu strălucește prin crearea de garanții în ce privește sinceritatea dovezilor invocate în sprijinul tăgadei paternității:

1. La ce anume depărtare trebuie să se fi aflat bărbatul, pen-truca, în înțelesul art. 286, să poată ridica incidentul de „imposi-bilitate fizică de a coabita cu soția sa”? Codul englez e clar în acea-stă privință: bărbatul absent din țară mai mult de 9 luni poate dezavua progenitura.

2. Ce se înțelege prin termenul atât de elastic de „accident” din acel articol? Luxarea unui braț sau a unui picior, de exemplu, e o cauză absolută de piedecă la coabitare?

3. Care e chezașia de sinceritate a mărturiei că, după intro-ducerea acțiunii de divorț, bărbatul n'a mai avut raporturi sexuale cu soția sa? Adică, e absolută nevoie ca în prealabil femeea să se fi întors la domiciliul conjugal? Dar de ce n'am admite posibilitatea unor atari raporturi și la un domiciliu extra-conjugal (la noul domi-ciliu al femeii sau aiurea), în timpul preliminarilor „împăcării” (despre care vorbește acelaș art. 286), — preliminarii ce pot preceda fie unei reconcilierii fie unei rupturi definitive, părțile neputând cădea de acord?

Dar, înfățișat, legea e lege și în cadrul fixat de ea câtă să examinăm chestiunea paternității, prin prizma medicinei legale.

Dreptul de tăgadă decurgând, pe deoparte din epoca nașterii, iar pe de alta din imposibilitatea fizică de coabitare, urmează că problema filiațiunii legitime trebuie rezolvată mai întâiu în funcțiune de durata sarcinei, și apoi, în funcțiune de realitatea fecundării.

I. DURATA SARCINII

Limitele de 180 și 300 zile, am spus-o, au fost arbitrar fixate de Bonaparte, care a prezidat deliberările Consiliului de Stat. (S'a susținut de unii că dinadins Micul Caporal a creat atâtea posibilități de tăgadă a paternității, spre a avea mai târziu un cât mai mare contingent de bastarzi, dintre cari — cu momeala unei cariere militare — să-și poată mai lesne recruta legiunile).

Care e temeiul științific al acestor două margini?

A. Termenul de 180 zile

Despre copilul născut în limita celor 180 zile ne-am ocupat pe larg la capitolul nașterii (copilul viu) și am documentat, că nu sunt excluse nașteri de copii vii înainte de acest termen. Observațiunile din ultimii cinci-spre-zece ani arată că un copil *matur*, adică având toate caracterele unui copil la termen, se poate naște și sub 275 zile, cifra minimă stabilită de *Nüremberger* (1918) pentru durata fiziologică a sarcinii.

Vom stăruii numai asupra caracterului aleatoriu al semnelor pentru diferențierea unui copil de 180 zile de unul de 160 sau 170 zile, după cum tot atât de inconstante sunt semnele maturității pruncului născut la termen. Cert este, însă, că situația testiculelor (cari la un copil de 6 luni solare nu se pot găsi încă în scrotum), persistența membranei pupulare și maturitatea unghiilor sunt semne întrucâtva concludente. Un alt semn al quasi-certitudinii îl găsim în greutatea *placentei* care, la un copil precoce, e cu mult sub 550 gr. Cât despre dimensiuni și greutate, aceste indicii sunt de multe ori înșelătoare: *West* citează cazul a doi gemeni, cari, deși născuți la termen, erau, sub acest raport, inferiori unui copil de 7 luni (unul cântărea 680 gr. și celalt 1.360 gr.).

B. Termenul de 300 zile

Există un temei biologic pentru înălțarea acestei bariere contra copilului postulant la un loc în cetățuia filiațiunii legitime?

Inspiratu-s'au autorii codului din postulatul atât de șubred al lui Buffon: „Les foetus des animaux, comme des vaches, des brebis, n'ont qu'un terme pour naître, le temps de leur séjour dans le ventre de la mère est toujours le même” — „*Des animaux*“)? Dar această fixitate n'a admis-o, cu trei sute de ani înainte de era creștină, nici Aristotel, după cum a contestat-o și Pliniu, și după cum, mai târziu, la începutul secolului XIX, aveau să-i dovedească neseriozitatea *Spencer*, *Teissier* și alții, pe temeiul unor argumente trase din fiziologia comparată și cari, pentru femee, admit o prelungire medie de 28 zile peste termenul normal al gestațiunii.

Sau, poate, din doctrina hipocratică — 10 luni ca durată maximă a sarcinii? Suntem de acord, cu condițiunea însă ca să se introducă și amendamentul explicației, ce tot Hipocrat o dă pentru nașterile tardive, pe cari nu le neagă: „Toate femeile cari au crezut c'au dus sarcina mai mult de 10 luni, au fost induse în eroare de un *calcul greșit: ele s'au crezut gravide din momentul încetării menstruației. Femeile* — conchide părintele medicinei — *sunt întotdeauna afirmative și nimic, nici fapta, nici vorba n'ar putea să le convingă că ele habar n'au de ce se petrece în propriul lor trup*“. În această observație avem însăș cheea enigmei (pentru unii), a pretenșii imposibilități (pentru legiuitor) a nașterii tardive; ne vom servi de ea pentru argumentul tras din calcularea duratei gestațiunii. Detaliu care însă i-a scăpat lui *Zacchias* care, în calculul său, bazat pe argumentul teologic (intervalul dintre Buna-Vestire și Crăciun), fixează limita sarcinii normale la 275 zile (9 luni lunare și 25 zile) și numai excepțional la 10 luni și 10 zile (290 zile).

Și, pentrucă vorbim de cei vechi, să pomenim și de un edict al împăratului roman *Adrian*, care proclamă legitim „un copil de 11 luni (luna de 28 zile), deci de 508 zile, născut de o femeie cinstită“.

Nu înțelegem să cădem nici în păcatul partizanilor unei prelungiri fanteziste a gestațiunii: 12 luni (Facultatea din Lipsca, 1638), 12 luni și 15 zile (Facultatea din Giessen, 1688); 13 luni (*Heister*); 11 luni (*Geoffroy*); 12 luni (*Antoine Louis* care — susținut de 23 medici, de consultațiunile facultății și a 47 autori — proclamă, în 1766, că „nu numai e posibil, dar e și demonstrat că termenul nașterii poate întârzia peste a 12-a lună“). Ce să mai spunem de *Dalignac*, care susține că propria lui soție, cu durata sarcinei de el însuș controlată, a născut un copil la 11 luni, iar alți doi la 13 luni și jumătate? Exagerări cari au dus la elucubrații de calibrul celeia înregistrată de *Gassendi*, în 1605, pe temeiul raportului unui medic din Montpellier, al unor sarcini, la aceeaș femeie, de 14, 18 și 22 luni, sau nerozia înregistrată de *Petit* (1755) a unei sarcini de 3 ani, atestată de doi medici și de un notar. Enormități cari întâmpinau și mai multă crezare în plin evul-mediu, ceea ce a făcut pe *Rabelais*, medic și el, să arunce, într'un pasaj din „*Gargantua*“, săgeata înveninată a sarcasmului său atât împotriva prostiei pretenșelor somități științifice (cari admiteau gestațiunea peste 11 luni) cât și contra virtuții văduvelor consolabile: „..... *moyennant lesquelles lois, les femmes veuves peuvent se donner licence à tous en-viz et toutes restes deux mois après le trepas de leur mari....., car, si au troisième moi elles engrossissent, leur fruit sera héritier du defunt*“.

De această cinste feminină, care cu atâta desinvoltură în-

fruntă legile naturii, se ocupă și *Fodéré* care, comentând o hotărîre a Curții din Rouen pentru legitimarea unui copil de 11 luni și 1 zi, ne servește un întreg pomelnic de nașteri *declarate* legitime, dintre cari una după o gestațiune de 1 an și 3 zile dela moartea soțului. Iar *Louis*, tăgăduind sinceritatea anchetelor asupra „purtării ireproșabile a femeii“ conchide: „Virtutea feminină e ceva prea precar, spre a putea servi ca bază concluziunilor noastre“.

Din nenorocire, circumspecțiunea aceasta se traduce la alții, cum e *Metzger*, printr'o severitate excesivă: „E ilegitim — spune el — copilul născut după a 280-a zi dela moartea sau plecarea soțului, ori după ultimul raport sexual pozitiv constat“. *Casper*, deși mai îngăduitor, nu mai crede în cinstea femeii după o ușurare care a depășit a 300-a zi a sarcinei. *Stolz*... consimte la o zi în plus — 301, dintre cari 6 constituie maximumul pentru durata durerilor, în facerile extrem de laborioase; limită prin nimic justificată, pentru că se cunosc cazuri controlate, în cari primele dureri s'au manifestat trecător chiar cu mai mult de o lună înaintea facerii (*Fodéré, Klein*). „La primul copil — notează *Fodéré*, relatând cazul propriei sale soții — durerile facerii au apărut la 9 luni, dar totul s'a redus la o abundentă evacuare de serozitate. Soția mea s'a întremat și n'a născut decât după trecere de 40 zile“ — ceea ce ar face 310 zile. — *Velpeau* și *Moreau* raportează și ei sarcini de 310 zile, verificate prin notarea zilei de încetare a ultimei menstruații, prin primele mișcări ale copilului după luna a 4-a și un început de dureri la sfârșitul lunii a 9-a. *Elsaesser*, într'o statistică de 260 cazuri de nașteri tardive, calculează la aproape 3 la 100 numărul gestațiunilor cari trec de 308 zile. *Michaelis*, într'un singur an (1818), a înregistrat la spitalul din Kiel, 19 nașteri după 300 zile de sarcină. *Mongomery* și *Merriman* raportează sarcini de 308 zile. *Simpson* de 313, *Murphy* de 313, iar *Taylor* de 325—325. Iar tribunalele engleze au recunoscut legitimitatea filiațiunii la copii născuți după o sarcină de 308 zile; instanțele americane au legitimat fructul upei gestațiunii de 317 zile.

C. Calculul gestațiunii normale

Aceste durate nu trebuie să pară exagerate, pentru că toate sunt calculate pe baza încetării ultimei menstruații — ceea ce face că (după cum vom explica mai departe, se pot scădea 21—30 zile la cari se mai adaugă 4—6 zile de dystocie) durata reală a gestațiunii, chiar a celei mai lungi admise de justiție (cea de 317 consacrată de tribunalele americane) e redusă la 281 zile. Durată neexagerată, pentru că nici până astăzi, cu toate luminile noi ce le dau fiziologia și obstetrica, tot nu s'a ajuns la un acord asupra epocii la care urmează să se închee o sarcină normală. Controversă

firească, pentru că mari și variate sunt oscilările fiziologice cari influențează asupra duratei sarcinei. Oscilații cari explică fluctuațiile extrem de sensibile în centrul cărora se află indicațiunea 275—280 zile (59—40 săptămâni) ca vârstă intra-uterină a copilului considerat născut la termen. Cu atât mai mult că unii (*Mattei, Duncan și Reid*) depășesc această cifră, admițând 285—295.

Cari sunt datele necesare calculării, cu o mai mare sau mai mică aproximație, a duratei fiziologice a gestațiunii? Doi sunt termenii de bază ai acestei socoteli: a) momentul concepțiunii; b) momentul ușurării.

1. Momentul concepțiunii (inceputul sarcinii) nu trebuie confundat cu însuș momentul aparent al fecundării, care suferă de obicei o întârziere de 1—3 zile. Argumentarea: fecundarea oului se face fie pe ovar, fie în trompă, fie în uter, așa că spermatozoidul — a cărui vitalitate în mucusul uterin atinge 3-4 zile — se poate afla în situația de a aștepta ruptura vesiculei, coborârea sau maturitatea oului.

Dar inceputul sarcinei mai e în funcțiune de *epoca ultimei menstruații*. Or, studiile și observațiile coroborante pledează pentru fixarea momentului variabil al concepției între prezua apariției ultimului period și a 2-a zi după încetarea acestuia. — Nu există unitate de vederi asupra momentului mai prielnic împregnării: unii îl fixează la 7, alții la 8, alții la 10—12 zile după încetarea ultimei menstruații. Perioada de predilecție pentru concepțiune diferă după concluziile trase din serii de observații. După *Zangenmeister*, datele concepțiunii se grupează, în ordinea de frecvență: în intervalul dintre a 5-a și a 11-a zi dela reparația menstruației: în intervalul dintre a 12-a și a 18-a, zi; în intervalul dintre a 19-a și a 25-a zi; în cursul menstruației; după a 26-a zi dela reparația acesteia. *Schickel* — 1927 rezumă observațiile sale printr'o formulă mult mai simplă: cele mai multe concepțiuni se produc în prima săptămână care urmează menstruației, apoi frecvența e destul de importantă și în săptămâna următoare. — dar zămisirea poate avea loc în orice moment. la o femeie susceptibilă de fecundare.

Menstruația apărând de regulă la fiecare 4 săptămâni, avem astfel un interval neutru de 27—29 zile, la care se adaugă perioada de 1—5 zile (care desparte fecundarea de concepție). Ținând seama și de fructificarea intermenstruală, pierderea periodică de sânge putându-se produce și după zămislire, se pune problema identificării ovulului fecundaț, pentru că acesta ar putea aparține fie acestui din urmă period, fie menstruației precedente care nu s'a mai produs. Dar acest ovul își poate avea originea și într'o ovulație intermediară, în intervalul care desparte două menstruații. Ar urma ca răstimpul de fructificare să fie de 15—30 zile, care trebuie scăzut din durata aparentă a sarcinii.

Ipoteza aceasta găsește o confirmare în două observații experimentale: 1. o alienată internată, care n-a avut cu soțul ei decât raporturi sexuale exact notate la intervale de 3 luni, a născut la 290 zile. deci cu o întârziere de 15 zile (*Desormaux*); 2. o primipară, la care s'a notat exact momentul ultimului coit. a născut la 309 zile, din cari scăzându-se 1—3 zile (intervalul dintre împregnare și concepție) rămâne întârzierea de vreo 30 zile.

Toate calculele bazate pe menstruație, oricât de ingenioase ar fi ele, n'au însă decât o valoare relativă, pentru că nu odată se întâmplă ca natura să le dărâme, prin refuzul ei de a da drum periodicului flux sanguin: 1. O țărăncă

de 32 ani, voinică și sănătoasă, a născut în trei rânduri, fără a fi fost vreodată menstruată (Casper); 2. O femeie sănătoasă a făcut 6 copii, iarăși cu totală absență a menstruației, care n'a apărut decât după a 6-a facere (Löroy).

Sau ciudățenia contrară: *persistența menstruației în timpul sarcinii*: menstruație regulată la fiecare sarcină până în luna a 7-a.

2. Momentul ușurării, ținând seama de calculele de mai sus, nu poate, nici în condițiuni fiziologice normale, să se producă în maximum 295—305 zile, așa cum vrea vechea școală medico-legală.

Pentru că, dacă e adevărat că funcțiunea menstruală stă mereu la pândă și profită de cea mai neînsemnată meteahnă spre a se afirma fie prin avorturi firești, fie prin nașteri premature, e însă tot atât de verificat că numeroase cauze determinate pot contribui la o întârziere a ușurării mamei.

a) În capul acestor cauze vom pune firește pe cea mai curent admisă: durata parturii. Durerile facerii pot ține 1—6 zile, deci încă un interval care trebuie adăugat la limita inferioară și scăzut din limita superioară, astfel cum sunt ele fixate de cod pentru momentul nașterii. Căci altfel s'ar comite inchi-tatea de a se tăgădui paternitatea unui copil a cărui expulzare, începută la termen, a suferit o întârziere de chiar numai o zi. Pe când o anticipație de o zi lipsește de beneficiul legitimității pe copilul născut în a 179-a zi, paternitatea din contră e atribuită fătului care s'a născut în dureri ce au ținut 6 zile, dar la termenul fixat de lege.

Precum am văzut (notațiunea lui *Fodéré*) există și false dureri: acestea se pronunță prin scurgeri seroase cari greșit sunt luate drept apele amniotice, dar nu persistă, deoarece colul întredeschis se reînchide la loc, iar ușurarea efectivă nu se produc decât cu o întârziere de 21—28 zile.

b) Această suspendare a parturii se explică de unii printr'un efort al celei de a 10-a epoci menstruale (efort mai sus pomenit), de alții printr'o insuficiență uterină, care paralizează funcțiunea fiziologică a acestui organ la termenul normal al expluzării (anemia, debilitatea generală, tumori fibroase, cancerul, dezvoltarea excesivă a fătului, cu flexibilitatea redusă a craniului copilului).

c) Conformația basinului.—Chiar la un basin normal, expulzarea fătului poate întârzia până la a 308-a zi dela oprirea ultimei menstruații. Și aceasta din cauza dimensiunilor și greutateii neobicinuite a copilului: în sarcina de 9 luni, fătul câștigă, în ultima lună a gestațiunii, 7—8 cm. ca lungime și aproape 1 kgr. ca greutate; dacă parturiția întârzie cu 3—4 săptămâni și nu intervine nici o cauză patologică pentru oprirea dezvoltării, copilul poate ajunge până la 60 cm., cu un diametru biparietal până la 11 cm., (diametrii basinului netrecând de 11—13 cm.) și cu o greutate de 4.200—5.000 gr. și chiar mai mare.

d) Insuficiența nutrițiunii fătului, din cauza suprabundenței apelor amniosului.

e) Suprimarea morbidă a menstruației care poate ține 2—3 luni, interval care astfel greșit se socoate în durata gestațiunii, — oprirea menstruației fiind îndeobște luată drept un semn al începutului sarcinii.

f) Moartea copilului în uter. — E adevărat că de regulă fătul matur mort e expulzat cel mai târziu de prima menstruație de după încheerea timpului gestațiunii, dar sunt și observații controlate de întârziere a fătului mort, cu mult peste a 10-a lună.

g) La multipare se observă de obicei nu numai un interval mai lung între două sarcini succesive, dar și nașteri întârziate: la primipare, dimpotrivă, perioada de repaus între prima și a doua gestațiune e mai scurtă, precum mai precipitată e și parturiția (particularitate notată și de *Hippocrat*).

h) Vârsta și a femeii și a bărbatului: aceeași femeie și cu același bărbat a născut la 270 zile îndată după nuntă, la vârsta de 17 ani, și la 284 zile, la vârsta de 48 ani (observația lui *Clay*).

i) Să mai notăm, numai cu titlu de curiozitate, o diferențiere de sex: părerea (susținută de Buffon și combătută de *Stoltz* și alții), cum că fetele s'ar naște mai târziu ca băieții. — De altfel, și *Sellheim* (1928), pe baza unei statistici de 7.000 nașteri, confirmă teoria naturalismului francez numai în ce privește copilul matur: un copil de sex feminin nu are caracterele maturității (talia de 45—55 cm.) decât cu 3 zile mai târziu ca un copil de sex masculin.

D. Determinarea duratei legale a sarcinei

În lumina celor expuse să arătăm că, în stricta interpretare a articolelor 286, 288 și 289 c. c., calculul *de die ad diem* (adică din momentul concepțiunii și până în momentul ușurării parturientei) se face pe ziua de 24 ore, începând dela 12 noaptea. După autori — observă *Alexandresco* — punctul de plecare al socotelii e acela al momentului în care zămislirea a putut să se producă, adică dela ora celebrării căsătoriei sau dela ora desfacerii însoțirii (moartea bărbatului sau transcrierea hotărârii de divorț). Dar câte zile vor intra în socotula duratei gestațiunii? După părerea generală, gestațiunea efectivă cea mai scurtă cuprinde 179 zile întregi (fără a se mai număra ziua celebrării cununiei), plus fracțiunea zilei nașterii, care completează limita de 180 zile. Cât despre gestațiunea cea mai lungă (în ipoteza articolului 289), ea cuprinde 299 zile întregi (fără a se mai număra ziua desfacerii căsătoriei) plus fracțiunea zilei nașterii, care pentru copil (la declararea nașterii) se calculează la o zi întreagă, și completează astfel termenul de 300 zile. În acest sens a statuat și jurisprudența: „Părintele murind la 19 Martie 1866 la 2 dimineața, prima zi legală după decesul lui a început la ora 12 în noaptea de 19 spre 20 Martie, iar a 300-a zi a trebuit să expire la ora 12, în noaptea de 15 spre 14 Ianuarie 1867, iar copilul, născându-se la 13 Ianuarie, la ora 8 și jumătate dimineața, e legitim”. — *Casația franceză*, 1869.

E. Indicațiuni accesorii

1. Dimensiunile și greutatea copilului, în minus sau în plus față de cifrele admise pentru copilul precoce și copilul la termen (după cum e vorba de legitimitatea unui copil de 180 zile sau aceea a unui de 300 zile), nu sunt concludente *Koerberle* — 1862 indică un făt de 320 zile cu 3.650 gr.; *Cailletet* — 1874, unul de numai 305 zile cu peste 7.000 gr., *Kjoelsch* unul de numai 240 zile, cu 4.280 gr. și o lungime de 51 cm., iar *Heyn* — 1924 notează o mamă de 19 ani care a născut un copil de 50 cm., și 2.980 gr., după 229 zile dela primul coit exact notat). După *Pinard*, copilul a cărui mamă nu s'a obosit în ultimele 3 luni ale gestațiunii e mai dezvoltat decât fătul femeii care a muncit și umblat mult, iar *Schultz* (1920) dovedește cu o bogată statistică faptul, că o sarcină

prelungită nu condiționează neapărat un copil mai dezvoltat ca unul la termen sau aproape la termen. O statistică mai recentă (*Sellheim*, 1928), referitoare la 1.000 copii maturi, indică următoarele limite: 213 zile și 334 zile pentru un copil matur cu talia de 48—52 cm., și greutatea de 3.000—3.500 gr. Limitele acestea sunt calculate din ziua stabilită a concepțiunii. — Tot *Sellheim* ne dă o pildă de maturitate precoce cu adevărat neobicinuită: o primipară are primul raport sexual la 1 Aprilie 1927, iar la 1 Noembrie acelaș an (adică după 214 zile) naște un copil matur (51 cm., și 3.700 gr.).

Dezvoltarea fătului mai e influențată de tratamentul radiologic, în timpul sarcinii, ceace determină o prelungire a duratei acesteia. Iar dacă se naște la termen, copilul e atins de ceace se numește *atrofia radiologică*: copilul la termen cu 1.620 gr., cu pete pigmentare cafenii, vestigii ale radio-dermitelor intra-uterine și pe cari le-a mai avut și după trecere de 2 ani, când nu avea decât 4.050 gr. la 64 cm. — talia și greutatea unui copil normal de numai 2 luni. Cauza: mama copilului, primipară la 40 ani și atinsă de un fibrom al uterului, a fost tratată, în primele 4 luni ale sarcinii, cu razele X, timp de 16 ședințe. (Comunicarea lui *Georges Schreiber* în 1925, la Academia de Medicină din Paris).

În ce privește *gemenii*, aceștia au de regulă jumătatea greutateii fătului unic născut la termen.

Mai e de notat că, în primele 3—4 zile dela naștere, copilul (prin eliminarea meconiului, evaporarea apei prin piele, prin influența căldurii ambiante) pierde ca la 200 gr., din greutate. Detaliu interesant pentru aprecierea vârstei copilului viu sau mort.

2. *Semnele morfologice* au făcut obiectul unui foarte interesant studiu comparativ al lui *Nadeshine* (publicat în „Analele de Medicină Legală” din Karkow): la 100 copii examinați, a găsit la 49 ereditatea maternă, la 38 ereditatea paternă, iar la 15 nici un indiciu de ereditate. Cele mai frecvent verificate au fost *viciile de conformație*:

a) *Ectrodactilie*: 1) absența congenitală a 3 degete și 3 metacarpieune, corespunzând mijlocului dela fiecare mână; 2) aceeaș malformațiune însă numai la una din mâini (ambele cazuri comunicate de *Dr. Bojovici*).

b) *Ciung de ambele mâini* — viciu de conformație ereditar transmis în cursul a 4 generațiuni și la copii de ambele sexe (*Buizard*, 1928).

c) *Polydactilie, sindactilie* (la mâni sau picioare). În tribul arab Foldes, la care se fac numai căsătorii consanguine, polydactilia e moștenită din tată în fiu, iar copilul, care se naște fără un deget suplimentar, e repudiat ca unul ce ar fi fost făcut cu un bărbat aparținând unui alt trib. — S'a mai notat *atavismul*: polydactilie transmisă dela bunic la nepot (*Tourdes*).

d) *Hypospadi*: 1) tată hypospad, 2 fii hypospazi (*Tourdes*); 2) o femeie cu tată hypospad a născut 2 băieți hypospazi (*Michel*); 3) copil, tată și bunic (după tată) hypospazi (*P. Frank*).

e) *Triorchidia, buza-de-iepure, epispadi*. — S'a observat, în transmiterea ereditară a viciilor de conformație, că tatăl sau mama nu le trec decât copiilor de sexul respectiv: un epispad, fiu de epispad, a procreat 2 fete normale și numai fiul epispad — *Ritter*.

f) *Bolile ereditare*: ftizia, sifilisul, epilepsia, alienația mintală.

g) *Liniile papilare*, cărora *Carrière* (1924) le contestă orice valoare ereditară, sunt însă considerate ca un semn al paternității, din punctul de vedere al numărului și al formei lor (eliptice sau circulare) după părerea lui *Bonnevie* și a lui *Nuernberger* (1925). Noi suntem de opinia lui *Carrière*, pentru că nu se poate să existe marele număr de coincidențe cari caracterizează identitatea impresiunii digitale. *Locard* ne servește o observație făcută la membrii a cinci

generațiunii din una și aceeași familie, și fiecare din ei are dispoziția personală a liniilor papilare. *Abundo* admite o singură excepțiune: familiile de idioti la cari desenurile (tip degenerativ) sunt foarte sărace și nu oferă decât câteva elemente de comparație. *Henkel* (1928) nu atribuie nici el o valoare deosebită semnelui papilar pentru caracterizarea paternității, dar îl recomandă ca o certitudine pentru identificarea copilului, spre a se preîntâmpina o eventuală substituție, și condamnă ca a leatorii indicațiunea dată de amprenta piciorului copilului (amprentă care nu redă decât cutele tălpii).

h) *Pata mongolă* — pata albastră bătând în violet care și are sediul fie pe umeri, fie în regiunea sacrală și caracteristică neamurilor asiatice — susținută de *Comby* (1920), e combătută de *Zartl* (1921) și *Haberda* (1927).

i) *Asemănarea în înfățișarea generală, voce, gesturi, ticuri, atitudine*, cari însă nu se pronunță decât mai târziu, pe măsură ce copilul se desvoltă. Criteriul asemănării e cu un lux de argumente recomandat de *Zachias* care nu admite ca „imaginăția femeii să poată produce o asemănare cu bărbatul pe care-l iubește, numai prin faptul că se gândește la el în momentul coitului cu soțul legitim”.

j) *Culoarea pielii* e considerată de unii ca un indiciu de paternitate, în caz de *suprafecundare*: o femeie a născut doi gemeni, dintre cari unul alb și unul negru. Semn contestat de *Casper* (unul din gemeni, mulatru la naștere, a devenit alb la 11 ani) și de *Siebert* (1921).

3. *Grupele sanguine*. — *Hirszfeld* a stabilit că prezența sau absența în sânge a unor anumiți anticorpi normali corespunde unor factori ereditari particulari și diferiți dela individ la individ, adică acești anticorpi sunt constituționali și individuali. Cu alte cuvinte există, în ce privește sângele, o constituție serologică în armonie cu constituția morfologică și neuro-humorală și care se desvoltă printr'o serogeneză progresivă. Iar *Lattes*, în extraordinar de fecunda și contribuție la studiul individualizării sângelui, relevă, în ultima i lucrare de sinteză („L'individualità del sangue“) că sângele, prin proprietățile naturale ce posedă, dă, pentru determinarea modului individual de acțiune, aproape toate reacțiunile serologice cunoscute: iso-aglutinarea, isolisa, etero-aglutinarea, eterolisa, fixarea complementului, reacțiunea opsonică, precipitarea și flocluțiunea.

Dintre toate aceste proprietăți, aceea care, în afară de interesul biologic și clinic, prezintă și unul medico-legal e, firește, proprietatea iso-aglutinării care, după *Furukata* (Japonia) pare a fi fost cunoscută cu aproape 700 ani înainte, în China, deoarece, în tratatul „*Sen-en-roku*“ (1247), se vorbește și de proba amestecului de sânge dela două persoane diferite, pentru stabilirea înrudirii.

Din observarea fenomenului isoaglutinării (în timpurile mai noi pentru întâia oară caracterizat de *Creite*, în 1869, care a descoperit hemaglutininele în serurile normale), hematologia, grație lucrărilor intensive ulterioare, a ajuns să identifice pentru sângele uman patru grupe distincte prin reacțiunile lor de aglutinare a globulelor roșii (*Landsteiner*, *Jansky* și *Moss*). Aglutinarea se face prin punerea în contact a hematiilor unui individ cu plasma unui alt individ: globulele roșii se înfrățesc constituind mari aglutinații cari se disting macroscopic. Aglutinarea aceasta e o dovadă a incompatibilității unui sânge uman determinat pentru un alt sânge uman. Așa că, atunci când fenomenul nu se produce, deducțiunea de făcut e că cele două porțiuni de sânge confruntate aparțin aceluiaș grup sanguin. De unde posibilitatea de determinare a afinității sau repulsiunii între sângele a doi indivizi. Deoarece și sângelui — ca semn distinctiv transmis prin ereditate — se aplică ingenioasa *lege de prevalență a*

lui Mendel constant verificată. urmează că isoaglutinarea e un mijloc de încercat pentru stabilirea paternității.

(*Legea mendeliană*: Indivizii din prima generație — ieșită din încrucișarea a două animale sau plante diferențiate printr'un semn distinctiv — posedă mai toți semnul unuia din generatori: *semnul dominant*, în opoziție cu stigmatul nemoștenit dela celalt generator, *semnul recesiv*. În a doua generație, apare și acest al doilea semn, în proporție de 1/4 față de semnul dominant (3/4). În a treia generație, semnul recesiv rămâne constant, (adică tot la 25% din progenitură), iar semnul dominant nu se mai vede decât la 1/3 din progenitură. În generația a 4-a, semnul dominant apare iarăș mai accentuat, în proporția de 2/3. *Legea Mendeliană* se aplică numai la un stigmat izolat și nu există nici un caracter de dependență între semnul dominant și semnul recesiv).

Am spus că proba iso-aglutinării (bazată pe constatarea că proprietățile iso-aglutinante normale nu sunt identice la toți indivizii) constă în interpretarea compatibilității de aglutinare a patru grupuri sanguine; acestea sunt:

Grupul I, sânge ale cărui hematii nu sunt aglutinate de serurile grupelor 2, 3 și 4, dar al cărui ser aglutinează hematiile acestor din urmă trei grupe.

Grupul II, sânge ale cărui hematii sunt aglutinate numai de serurile grupelor 1 și 3, dar al cărui ser aglutinează numai hematiile grupelor 3 și 4.

Grupul III, sânge ale cărui hematii sunt aglutinate numai de serurile grupelor 1 și 2, dar al cărui ser aglutinează numai hematiile grupelor 2 și 4.

Grupul IV, sânge ale cărui hematii sunt aglutinate de serurile grupelor 1, 2 și 3, dar al cărui ser nu aglutinează hematiile nici unuia din celelalte 3 grupe.

Fixarea iso-aglutininelor umane făcându-se printr'un aglutinogen, numit reagen, grupurile sanguine pot fi caracterizate și prin prezența sau absența acestui reagen și vom avea:

Grupul I, nici un aglutinogen, adică O.

Grupul II, aglutinogenul A.

Grupul III, aglutinogenul B.

Grupul IV, aglutinogenii A și B.

Să mai notăm că există și sânge uman — incomplet, intermediar—care nu intră în nici unul din aceste patru grupuri. Se mai înregistrează fenomene de pseudo-aglutinare, cași procese de auto-aglutinare. Pseudo-aglutinarea e o gravă cauză de eroare; numai examenul microscopic poate diferenția o reacțiune ade-vărată de una falsă.

Raportul de ereditate între grupurile sanguine ale părinților și acele ale copiilor (constatat mai întâiu de *Langer*, 1905 și *Ilektoen*, 1907) a fost demonstrat de *Dungern* și *Hirszfeld* (1910) și confirmat de *Ottenberg* (1921). Iar *Latte*, care a aprofundat studiul aplicațiilor medico-legale ale fenomenului iso-aglutinării, a ajuns, în ce privește filiațiunea, la următoarele concluziuni verificate: 1. transmisiunea ereditară a grupului sanguin e o certitudine; 2. această transmisiune se face conform legii Mendeliene, iar proprietățile iso-aglutinante A și B joacă rolul de caractere dominante.

Există dar o *individualitate sanguină* (pe care *Hamburger* o interpretează ca semnul existenței unei corespondențe fixe între substanțele aglutinante ale serului sanguin — aglutininele și acele ale hematiilor — aglutinogeni), individualitate care, după cercetările mai recente ale lui *Weidemann* (1928) rămâne nealterată și după moarte. În 50 cazuri (examinarea sângelui înainte și după moartea individului), a notat faptul constant al acestei persistențe, cu observația că proprietatea de grupare a globulelor sanguine e mai rezistentă la putrefacție decât isohemoaglutinina serului.

Deoarece la copil nu poate fi indentificat nici un aglutinogen care să nu se găsească și la unul din părinți, urmează că, în ce privește transmisibilitatea ereditară, vom avea următoarele combinațiuni posibile, după grupurile sanguine ale părinților:

Părinții: I (O) + I (O); copilul I (O)

Părinții: II (A) + II (A); copilul I (O) și II (A)

Părinții: III (B) + III (B); copilul I (O) și III (B)

Părinții: I (O) + II (A); copilul I (O) și II (A)

Părinții: I (O) + III (B); copilul I (O) și III (B)

Părinții: II (A) + III (B); copilul poate aparține oricăruia din grupurile sanguine.

Deasemenea copilul poate aparține oricăruia din grupuri, atunci când numai unul din părinți se clasează în grupurile II și III (AB).

Astfel că, fenomenul, isoaglutinării permite depe acum, în cazuri de căutare a paternității, aplicațiunii medico-legale de oarecare greutate.

Problema paternității rămâne însă insolubilă, atunci când proba e pozitivă numai de partea mamei.

Schiff (1926), relevază o cauză de eroare: se poate întâmpla ca mai mulți bărbați puși în cauză, pentru stabilirea paternității, să prezinte același tip de sânge; în orice caz nu se poate conta nici măcar pe 20 la sută de probă pozitivă.

Investigațiile ulterioare au confirmat această cifră. Astfel, *Haselhorst* (1928), din 4000 examene, n'a putut obține proba pozitivă decât în 750 cazuri (aproape 19%). *Raestrup* (1928), care a putut obține, la Institutul Medico-Legal din Leipzig, indicațiuni prețioase în 24% din cazuri, dar certitudinea numai în 10%, observă că, atunci când copilul aparține grupului B, dovada filiațiunii se poate face mai lesne. *Schiff*, în urma unor noi experiențe (în 1929) a ajuns la următoarele concluzii: 1) *Eliminarea paternității* se poate obține în maximum 24% din copiii aparținând grupului AB; 19% pentru copiii din grupul B; 8% pentru grupul A și 3% pentru grupul O. 2) *Eliminarea maternității*: 16% dacă mama aparține grupului O; 8% pentru grupul B; 4% pentru grupul A; procentul de eliminare e nul pentru mamele aparținând grupului AB.

Augsberger crede a putea rezolva și problema paternității în caz de suprafecundare sau de superfetație: dacă mama aparține grupului I (O), unul din copii grupului II (A) și cellalt grupului III (B), iar soțul legitim unuia din grupurile II (A) și III (B), atunci trebuie admis și existența unui al doilea tată din grupurile III (B) sau II (A).

Stabilirea compatibilității sanguine și determinarea grupului sanguin se fac prin una din metodele următoare: *Levaditi-Walsh* (1914), *Epstein-Ottenberg*, *Douris*, *Nürnbergger*, *Jeanbran-Girand* (metode directe); *Turmer*, *Rous* (1916), *Beth-Vincent* (metode indirecte).

Lattes (în comunicarea făcută, în 1927, la Institutul Internațional de Antropologie) atrage atenția asupra diverselor cauze de eroare în interpretare: 1) falsă aglutinare provocată de microbii din sânge; 2) aglutinarea prin acțiunea frigului (la o temperatură de 0° până la - 4°).

4. Ca un ultim semn al indentificării biologice vom releva lucrarea lui *Derbieux*: proprietățile antiserului cu sperma de om, care posedă o mare putere precipitantă cu serul sanguin al părintelui prezumtiv sau cu acela al copilului.

Experiențele în această direcție au fost reluate de *Krainskaja-Ignatova* care a stabilit că: 1) sperma posedă semnele proprii grupului sanguin al individului respectiv; 2) aceste proprietăți de grup se identifică nu numai în sperma din chiar momentul ejaculării ci și în petele spermatică.

F. Expertiza medico-legală

1. În cadrul celor două limite fixate de lege, medicul legist, ținând seama de capriciile naturii (*Lobstein*, la un total de 712 parturiente moșite, a notat nașteri tardive în proporția de 1 la 67, iar alții au notat nașteri premature cu mult înaintea celei de a 180-a zi), va admite *de plano* posibilitatea unei întârzieri peste a 300-a zi și a unei anticipări asupra celei de a 180-a zi, fără însă a accepta o naștere tardivă peste a 320-a zi.

2. Va da o deosebită atenție și datei impregnării femeii, după o ușurare imediat anterioară. E în general admis, că femeea care nu și alăptează pruncul, poate fi fecundată după a 6-a săptămână dela facere (după a 4-a numai în caz de avort), când se ivește din nou menstruația.

Se cunosc însă și cazuri de fecundare anticipată: prima ovulație e posibilă în primele 2 sau 3 săptămâni *post partum*, chiar în a 10-a zi a lăuzii: impregnare după 7 zile dela facere (*Waeber*, 1918); coit imediat după ușurare (*Jens Paulsen*); coit la începutul durerilor facerii ori în a 4-a zi de lăuzie (*Blumenreich*); impregnare imediat după naștere (*König, Novak*, 1921).

3. Va căuta să stabilească, pe cât posibil mai exact, data când, pentru întâia oară, femeea a simțit mișcările fătului, având drept criteriu faptul în genere verificat că, la o primipară, aceste mișcări se pronunță la 4 luni și jumătate, pe când la o multipară mult mai de vreme, la 4 și chiar la 5 luni și jumătate.

4. Nu va uita să examineze și anexele, atunci când are posibilitatea, o placentă sub 500 gr. fiind minimul pentru un copil la termen, normal, iar una de aproape 350 gr. neputând aparține unui făt de 180 zile. Degenerescența grăsoasă sau atrofia vilozităților placentare, notate în 7 cazuri de *Tourdes* și *Morel*, sunt un semn de probabilitate a nașterii tardive. Deasemenea, caducitatea cordonului ombilical.

5. Urmând să stabilească vârsta copilului și după criteriul dezvoltării lui intra-uterine, va ține seama de indicațiile date, în ce privește suprafecundarea. Gemenii dintr'un singur ou sunt de același sex, au comune chorionul și o placentă simplă. — O femeie naște doi gemeni biomfalieni — o placentă, 2 amnioase, 2 cordoane. Dezvoltare aproape egală. Unul e emicefal.

Nașterile multiple (mai mult de doi gemeni) — cari sunt produsul unor repetate fecundări după ultima menstruație — au fost observate în mai multe rânduri. Feșii însă sunt, de regulă, inegal dezvoltați ceace se explică că unul sau unii cresc în dauna celorlalți într'un spațiu atât de redus cum e cavitatea uterină.

Trigemeni (după *Voigt*, în proporție de 1 la 8.000 nașteri gemelare sim-

ple): 1 Tus-trei în ouă separate, unul cu dezvoltarea normală a copilului la termen, iar ceilalți doi piperniciți (ca feții de 4 și 5 luni). — 2 O femeie a născut 2 fete (2150 și 2720 gr.) și un băiat (2950 gr.), tus-trei vii (*Pinard*).

Quadrigeni: (în proporție de 1 la 3.700.000 nașteri simple): 1. O femeie (Catinca Gavrilaş, Jud. Iași) a născut 4 copii (2 băieți și 2 fete), morți la câteva minute după naștere (*Bogdan*). — 2. O femeie de 57 ani (mamă a 7 copii și fără a mai fi avut o sarcină gemelară) naște succesiv 4 fete bine conformate și vii: una de 1600 gr., alta (după 4 ore), de 2.000 gr., a treia (după o altă oră) de 2.300 gr., și a 4-a (după o altă oră) de 3.000 gr. O placenta unică foarte mare și cu 4 cordonate separate („*Revue gynécologique et obstétricale*, 1905). — 3. Austriaca Scheinberg, moartă acum douăzeci de ani, a dat naștere la nu mai puțin de 69 copii și numai cu faceri multiple: de 4 ori câte 4 gemeni, de 7 ori câte 3 și de 16 ori câte 2.

Naștere quintuplă: 5 băieți vii, în greutate fiecare de 2.000 gr., morți după 48 ore („*Lyon Médical*”, 1899).

6. **Superfetația**, adică o nouă concepțiune la un interval relativ mai lung dela prima fecundare și nu în timpul aceleiaș ovulației (1—5 zile). Combătută de *Ruge* (1918) pe considerațiunea că „în timpul sarcinii nu mai e posibilă o nouă ovulație”, superfetațiunea e dimpotrivă afirmată de alții, bazați pe observația lui *Hofmeier*: nașterea a doi gemeni maturi, dintre cari unul într'o stare de macerare înaintată, iar al doilea viu. Cu patru săptămâni înainte de expulzare, femeia a avut dureri false. Probabil, explică *Hofmeier*, că la aceea epocă a murit fătul născut macerat, iar copilul viu a fost conceput la 3—4 săptămâni după zămisirea celui mort. Iar *Breiski* ne servește observațiunea și mai concludentă: în placenta unui făt dezvoltat normal s'a găsit un embrion bine conservat (de 6 săptămâni), cu decidață proprie.—*Generali*: o femeie naște la 17 Februarie, un băiat matur; la 14 Martie naște un al doilea băiat tot la termen; la autopsie s'a găsit un *uter dublu*. (Această anomalie a uterului didelf, foarte rară, a fost verificată și acum în urmă: ambele utere — fiecare cu câte o trompă și un ovar — împreunate print'r'o fâșie de țesut care le solidarizează la nivelul colurilor: două coluri și un singur vagin — *Max Thoreck* — Chicago, 1929). Apoi sunt cazurile de superfetație comunicate de *Mayer* și *Rennert*: o sarcină intrauterină și una tubară (făt de 5 luni în uter și embrion de 6 săptămâni în trompă).—O femeie naște un bicefal (unul din capete alb, celalt negru); avusese, la interval de o săptămână, raporturi sexuale cu soțul ei și cu un Negru. (*Prus*, 1848).

Hofmann explică superfetația fie prin continuarea sau reapariția menstruației în timpul sarcinii, fie prin existența unui uter dublu.

De notat însă, că nu va fi superfetație atunci când un făt insuficient dezvoltat și mort sau chiar în stare embrionară e expulzat înaintea celui alt gemene (care a mai rămas în uter să se

desvolte până la maturitate): într'un atare caz avem ceea ce se numește *avort parțial*.—Se poate întâmpla și cazul următor: fătul matur și fătul nedesvoltat și mort în uter sunt expulzați simultan și atunci un criteriu de apreciere e gradul de macerare a fătului mort. Deaceea se impune mamoșului sau moașei datoria ca, imediat după ușurarea femeii, să facă o explorare a uterului, spre a se încredința dacă organul sau trompa nu continuă a fi gravide.

Dacă expulzarea nu e simultană, ci între aceea a unui făt și expulzarea celuilalt e un interval mai mare de câteva ore, și dacă a doua expulzare a depășit termenul legal (după decesul soțului sau transcrierea sentinței de divorț), expertul va avea să se pronunțe asupra legitimității celui de al doilea copil.

Deasemenea va avea să se rostească în cazul când o femeie născând un copil mort, prezintă, ca născut tot de ea, un al doilea copil expulzat după un interval mai mare. Există bănuială de substituție (*art. 275 c. p.*).

7. **Sarcina simulată**; femeia văduvă (prin deces ori prin divorț), având un interes de moștenire, prezintă un nou-născut strein drept al ei. Expertul va avea de examinat pe însăș mama, spre a se încredința că prezintă semnele unei parturițiuni recente.

8. **Femeia văduvă gravidă înaintea expirării celor 10 luni de văduvie** (impuse prin *art. 210 și 278 c. c.*).—Al cui va fi copilul născut după 6 luni (180 zile) dela celebrarea celei de a doua căsătorii și totodată înainte de 10 luni (300 zile) dela desfacerea celei dintâi? Și *Alexandresco* răspunde că soluția o vor da tribunalele, pe baza expertizei medicale (constituția copilului, durata gestațiunii, semnele morfologice, etc.).

9. **Absența soțului** (*art. 286 c. c.*).—Comentând această cauză de tăgadă a paternității, *Alexandresco* observă că internarea bărbatului într'o casă de sănătate în timpul în care zămislirea a putut să aibe loc (intervalul de 121 zile care separă gestațiunea cea mai scurtă de cea mai lungă), e o prezumție pentru tăgada paternității. Expertul, după ce în prealabil va fi constatat data internării, va avea să se convingă și de absența oricărui semn de identificare comun copilului și smintitului. Expertiza, în cazul alienației mintale a soțului, poate să se producă și cu aplicarea *art. 290 c. c.* (termenul maxim pentru intentarea acțiunii de tăgadă), de oarece, pe cale de interpretare, termenul legal (una sau două luni, după cum smintitul e internat în țară ori în streinătate) acordat alienatului curge abia din ziua când a putut să aibă cunoștință despre nașterea copilului.

10. **Copilul fruct al seducerii**.—*Art. 307 c. c.* permite cercetarea paternității «la caz de răpire, când epoca răpirii va corespunde cu aceea a concepțiunii». Deasemenea, după unii comentatori, violul

(art. 264 c. p.), trebuie considerat ca o *răpire momentană* și deci poate da loc la cercetarea paternității (urmând numai ca, în conformitate cu art. 286 c. c., judecata să verifice momentul concepțiunii). Dar dacă nașterea se produce după 300 zile dela ziua răpirii, în ipoteza admisibilă că primul raport sexual n'a avut loc chiar în ziua răpirii, ci după câteva zile sau chiar o săptămână sau câteva săptămâni, e loc de expertiză pentru ca medicul să fixeze durata gestațiunii și să indice eventualele semne morfologice de identificare. Pentrucă, fără a merge atât de departe ca *Vicq d'Azur*, care deschide un credit nelimitat femeii în genere, atunci când e vorba de seducerea unei fecioare trebuie să ne călăuzim de maxima „*Virgini paturienti creditur*“, care e baza legiferării în ce privește cercetarea paternității în țări ca Elveția, Statele-Unite, Anglia.

* * *

Misiunea expertului e considerabilă, nu numai întru apărarea drepturilor copilului dar și atunci când soțul, absent sau divorțat, ține să se încredințeze de realitatea paternității lui. Toată greutatea judecății stă în mâinile medicului legist.

Din cauza limitelor imutabile de 180 și 300 zile, expertului român ca și celui francez i se cere o mai mare efortare decât celui englez, de exemplu, căruia i se lasă latitudinea de a invoca orice cauză medicală de creștere a duratei fiziologice a sarcinii. În intervenția lui pentru evitarea unei nedreptăți are, însă, sprijinul umane interpretări a instanțelor judecătorești:

I. Nimic nu demonstrează că nașterea tardivă n'ar putea fi datorită uneia din acele împrejurări extraordinare, unuia din acele capricii ale naturii a căruia victimă să nu fie copilul. (*Curtea de Apel din Limoges*, 1840).

II. „Numai adulterul nu este indesculțitor pentru a se face dovada de nepaternitatea bărbatului, căci se poate întâmpla ca bărbatul să fie tatăl copilului, cu toate că soția i-a fost infidelă“. (*Trib. Ilfov*, 25 Febr 1887).

III. Pentru eventualitatea când, pentru rațiuni tenebroase, fecioara răpită, remăritându-se cu un bărbat altul decât răpitorul, ar conveni să atribute soțului legitim (cu consimțământul acestuia) paternitatea copilului născut la termenul legal minim (180 zile) socotit dela epoca răpirii, însă înainte de a 180-a zi dela celebrarea cununiei, deci conceput în epoca răpirii, se poate cu temeiu invoca o jurisprudență a Casației noastre: „*Prezumpția pater is est...*“, în virtutea căreia copilul născut sau conceput în timpul căsătoriei (prin analogie, la epoca răpirii — Nota noastră) are de tată pe bărbatul mamei sale, este stabilită de lege numai în favoarea copilului și în interesul său, astfel că această prezumpție de legitimitate (*paternitatea prematură a soțului legitim în cazul nostru* — Nota noastră) nu poate fi invocată decât de copil sau de moștenitorii săi, când au interes s'o facă, iar nu și de către alții, în contra interesului copilului“. (*Casația S. I. Dec. 1912; Cas. S, I, 50 Septembrie 1913*). Adică, în ipoteza, că soțul legitim al fecioarei răpitate n'a recunoscut copilul, răpitorul sau rudele lui nu pot cere justiției să proclame o paternitate legitimă inexis-

tență, spre a preveni proclamarea paternității reale, aceea a răpitorului, atunci când copilul sau curatorii lui ar reclama-o. Expertul va demonstra, că pruncul n'a putut fi conceput în timpul mai scurt de 190 zile dela celebrarea căsătoriei și puțin timp după răpire.

IV. Declarațiunea publică făcută la ofițerul stării civile, despre nașterea copilului din tată legitim, exclude ideea de orice fraudă, de orice ascundere de naștere (*Trib. Ilfov*, 1895). — Importanța obligațiunii legale pentru mamă ori moașă (atunci când soțul lipsește sau e în imposibilitate de a o face singur) de a declara nașterea copilului.

V. „Mențiunea făcută într'un act de naștere că copilul este născut din tată necunoscut nu are nici o valoare, *dacă mama lui e o femeie măritată*, actul de căsătorie al soților stabilind singur calitatea de copil legitim". (*Trib. Mușcel*, 7 Mai 1923). Expertul are numai să demonstreze că nașterea a avut loc în termenul legal.

VI. „Dacă bărbatul cunoștea nașterea copilului și totuși nu l-a dezavuat în termen (art. 287 c. c.) în timpul cât a trăit, deoarece fiind presupus c'a renunțat la acest drept, moștenitorii lui nu l-ar mai putea exercita" (*Cas. S. I.*, 1914).

VII. Acțiunea în tăgadă a paternității nu poate fi intentată decât de tată și nu poate fi opusă pe cale de excepție de către o persoană streină (*Trib. Coorului*, 18 Noembrie 1922).

II. IMPOTENȚA — STERILITATEA

«Moindre mal serait point de coeur que
point de génitoires». RABELAIS

Pentru un neinițiat, care pentru întâiași dată ar căuta să se documenteze asupra temeiurilor legale dela noi pentru tăgada paternității, consultarea codului civil, literalmente, l-ar lăsa buimac. Căci dacă, la o cetire superficială, nu dă decât o singură dată peste impotența — desemnată pe înțelesul tuturor sub indicația „neputință trupească” — ca inadmisibilă întru susținerea acțiunii în desavuare (la începutul *art. 287*), adâncind însă textul, o regăsește de câteva ori, travestită când sub haina „imposibilității de coabitare” când sub aceea de „întrunire între soți”. De data aceasta însă, pentru a da pecetea legală argumentului tras din această bicisnicie de către bărbatul, de bună ori rea credință, care cere tribunalului să consfințească repudierea progeniturii cu care l-a dăruit soția. (Și e indiferent dacă pretendentul la numele și avera soțului e deacum născut ori abia pe drum, pentru că dreptul de tăgadă a paternității se poate exercita și în timpul sarcinii).

În adevăr, după ce edictează că „bărbatului nu i va fi iertat să nu recunoască de al său pe copil, sub cuvânt de neputință trupească” — și aceasta „nici chiar pentru cauză de adulteriu (prea-curvie)”, vine imediat cu un corectiv care anulează tot cece precede: „afară numai când nașterea i se va fi tănuuit, la care caz va

fi admis a propune *toate faptele proprii a justifica că el nu este tatăl copilului*" (art. 287).

E clar și categoric — nu e așa? „Neputința trupească” nu e un motiv de renegare, dar *totuș este unul*, de vreme ce bărbatului i se îngăduie dovada impotenței, că doar absența funcțională constituie neapărat unul din „*toate faptele*” proprii a lumina judecata. Căci, atunci când soțul legitim nici plecat n'a fost, nici internat în balamuc n'a fost, nici în pușcărie n'a stat, nici sechestrat n'a fost în momentul zămislirii, e dela sine înțeles că femeea are interes de a'i tăinui sarcina nelegitimă. Și numai *cu administrarea dovezii impotenței*, un atare bărbat va putea să demonstreze că el nu poate fi tatăl copilului.

Și tot impotența ca rațiune majoră a repudierii o recunoaște legiuitorul, când permite bărbatului să facă dovada că „*a fost în imposibilitate fizică de a coabita cu soția sa, fie din cauză de depărtare, fie din orice alt accident*” (art. 286, al. II). A *coabita* înseamnă a fi apt de a-ți îndeplini datoriile conjugale (*cohabitation = acte par lequel le mariage est consommé, acte nommé aussi copulation ou coït*. — Dicționarul Littré-Robin). Iar suprimarea unei funcțiuni fiziologice, cum e aceea a fecundării, constituie cel mai caracterizat „*accident*” care pune pe soțul legitim în stare de inferioritate patentă față de complicele la actul de adulter. — Și mai departe (tăgada pe motiv de divorț): „*Acțiunea nu este admisă, dacă în fapt a existat coabitare între soți*”; adică: soțul, în răstimpul judecării cererii de despărțenie, a fost apt de a procrea. E neîndoios că și autorii codului civil această tălmăcire i-au dat termenului „coabitare”, căruia puteau foarte bine să-i indice echivalentul mai accesibil priceperii vulgului românesc „raport sexual”, care în nici un caz nu e mai tare decât cuvântul „preacurvie” pe care l-a pus în paranteză după „adulter”, întru lămurirea norodului (căruia nu-i este îngăduit să invoace scuza necunoașterii unei legi promulgate).

Dar sinonimia între *coabitare* și *raport sexual* o găsim și într'o jurisprudență a tribunalelor noastre:

„In acțiunea de dezavuare, imposibilitatea de *coabitare* între soți trebuie să fie atât de perfectă, încât să fie imposibil a se presupune că soții au putut avea împreună *relații sexuale* cel puțin odată în perioada concepțiunii. Prin urmare, chiar dacă soții au trăit separat și este dovedit în fapt că soția a trăit în concubinaj, sau a avut relații incidentale cu alt bărbat, fără a înceta însă relațiile și cu soțul ei, acțiunea în desavuare a soțului trebuie respinsă, căci există *posibilitatea fizică* ca el să fie tatăl copilului”. (Trib. Oradea-Mare, 18 Noembrie 1921).

Înțelesul acesta i-l dă mai explicit însuș codul civil (art. 287, al. II): „Necunoașterea nu va putea fi primită când a existat în *faptă întrunirea între soți*”.

Să nu se socoată prea temerară poziția luată de Trib. Oradea-Mare de a zice lucrului pe adevăratul lui nume, pentrucă alte tribunale, în cap cu Curtea de Casație, au mers și mai departe, dând termenului vag de „cruzimi” interpretarea de *impotență* („căsătorii pot, fiecare în parte, cere desfacerea căsătoriei pentru excese, cruzimi sau insulte grave ce-și va fi făcut unul altuia” — *art. 212*):

1. . . „Deci violează *art. 212* Curtea de Apel care respinge cererea de divorț pe motiv că, după interpretațiunea ce se face într'un sens general *art. 212*, crede că neputința bărbatului nu intră în nici unul din cauzele determinate de lege” (*Cas., S. II, decizia No. 150 din 16 Octombrie 1871, B. p. 251*).

2. „Deși *impotența* unuia din soți, parțială sau totală, temporară sau perpetuă, nu e prevăzută ca atare în codul civil actual ca o cauză de despărțenie sau de anulare a căsătoriei (numai pentru evitare de numeroase scandaluri), nu e mai puțin adevărat că, *dovedită*, ea poate fi considerată ca o *cruzime* pentru soțul apt, expunându-l din partea celui neputincios la diferite turmente și suferințe morale și trupești și chiar la adevărate brutalități, *cruzimi*, ce sunt prevăzute ca cauză de separațiune” (*Trib. Iași, S. II, 19 Martie 1890*).

3. „*Neputința bărbatului*, constatată încă dela începutul căsătoriei, constituie o *cruzime* pentru soție, deci este un motiv de divorț” (*C. A. Galați, S. II, 1901*).

Pe când *art. 286* și *287* vorbesc numai de *impotența bărbatului*, *art. 212* (... „*cruzimi* ... ce-și va fi făcut unul altuia”) pune și chestiunea inaptitudinii femeii pentru coit.

Și dacă *impotența*, sub perdeaua atât de puțin transparentă a „*cruzimii*”, e motiv de divorț (unul din soți, bărbatul sau femeea, nerăspunzând scopului căsătoriei: conviețuirea a doi indivizi de sex deosebit, spre a asigura trăinicia așezământului familiei, prin procreare), cum i s'ar putea contesta puterea operantă în materie de tăgadă a paternității, atunci când i se zice, mai pe șleau, „*imposibilitate fizică de coabitare*”, „*inexistența întrunirii între soți*”?

Firește, era în câștig și morala și echitatea socială dacă, în loc să creeze artificial motive de controversă, legiuitorul nu ocolea cuvântul, lăsând ideea întreagă, neemasculată pentru cine știe să talmăcească un cuvânt. S'o fi spus, cum face codul austriac (*art. 158*) după care tăgada paternității soțul o poate susține cu administrarea dovezii „c'a fost incapabil de a *procrea* copilul”; sau cum specifică foarte lămurit codul german (*art. 1598*): „Nu e legitim copilul, dacă împrejurările arată că femeea n'a putut fi *fecundată* de bărbat”.

Nu se poate concepe imoralitatea legală care ar consta în a atribui soțului *impotent* o paternitate, de care îi dai voe celui *potent* să se lepede, numai pe temeiul atât de șubred al unui calcul de zile, care nici odată nu va fi exact, din cauza unor imponderabile biologice și fiziologice. Ar fi și o contradicție flagrantă de neadmis într'un statut social.

Impotența fiind dar o cauză primordială a tăgădei paternității, urmează ca, în lumina aplicațiunilor medico-legale, să studiem această infirmitate și la bărbat și la femei. Și aceasta, pentru că justiția cere expertului să se rostească nu numai asupra facultății procreatoare a bărbatului, dar și asupra aceleia a femeii, în eventualitatea unei substituiri de copil, prin demonstrarea imposibilității fiziologice pentru femeie de a fi conceput copilul pe care vrea să-l atribue soțului sau răpitorului. Expertiza femeii se mai impune în caz de cercetare a maternității, admisă de cod. Avem dar de examinat o impotență masculină și una feminină.

A. Impotența bărbatului

Ea se manifestă sub 2 forme: 1) incapacitatea de a îndeplini actul coital (*impotentia coeundi*); 2) incapacitatea de a fecunda (*impotentia fecundandi*). — În prima formă găsim două varietăți: a) *absența sau insuficiența erecțiunii*; b) *imposibilitatea intromisiunii*.—A doua formă se prezintă sub trei aspecte diferite: a) *imposibilitatea intromisiunii*; b) *aspermatism și dispermatism*; c) *azoospermie*.

Impotența e congenitală sau dobândită, absolută sau numai relativă, definitivă sau numai temporară, în: absența totală a erecțiunii, ejacularea premergătoare intromisiunii penisului, imposibilitatea acestei intromisiuni și în azoospermie (absența spermatozoidelor din lichidul spermatic).

Impotența e absolută în dubla absență a erecțiunii și a spermatozoidelor (*impotentia coeundi et fecundandi*), precum și în absența totală sau parțială a organelor externe și interne (penisul și testiculele).

I. Impotentia coeundi din cauza absenței sau insuficienței erecțiunii

1. Absența totală a erecțiunii; 2) insuficiența erecțiunii; 3) absența definitivă; 4) absența temporară și episodică.

A. ABSENȚA TOTALĂ A ERECȚIUNII:

1. *Absența penisului, congenitală* (foarte rară: cazul observat de Riecke) sau *dobândită*: accident, mutilare criminală (instrument tăios sau mușcătură de om), săvârșită în stare de luciditate sau într'un acces de alienație mentală, mutilare datorită unei mușcăături de animal, mutilare cu caracter etnic, mistico-religios (castrații). Absența dobândită mai poate avea ca origine o intervenție chirurgicală, de exemplu caz de gangrenă a membrului; totuși Riecke a observat un caz de *potentia coeundi*, cictul, rămas depe urma gangrenei, în erecțiune atingea 2½—3 cm. și era capabil de copulare (*Casația austriacă*, în 1916, a declarat impotent pe un bărbat cu penisul de 2 cm.).

2. **Constituția neuro-psichopatică și consecutivă nevrosei traumatice,** esecelor sexuale, masturbației cronice (Jean-Jacques Rousseau e un specimen caracteristic al impotenței datorite neurasteniei acute). Slăbirea neurastenică până la suprimarea erecției poate avea de cauză frigiditatea sau chiar numai pasivitatea femeii față de bărbatul care, în dragostea lui pentru dânsa, nu poate concepe un act de infidelitate.

3. **Frigiditatea bărbatului,** care poate fi congenitală. (În 1901 *Casația austriacă* a anulat o căsătorie pe motivul frigidității soțului).

4. **Inversiunea sexuală** întrucât e demonstrat că invertitul a pierdut cu totul facultatea erecției în prezența femeii.

5. **Mizeria fiziologică consecutivă bolilor cronice** (de natură microbiană, diatesică — diabetul, sau acelea cari interesează direct nevraxul). Tuberculoza pulmonară face excepție: numeroase cazuri de tuberculoși cari a avut raporturi sexuale chiar cu câteva ore înainte de moarte.

În bolile de nutrițiune, turburările potențiale sunt de atribuit unor anomalii ale glandelor endocrine: boala lui Basedow, morbul lui Addison.

Pentru leziunile nevraxului (tumorile, hemoragiile cerebrale, scleroza multiplă a creierului și a măduvei spinării), hidrocefalia sau un traumatism al capului (fractura bazei craniului), mielita, *tabes impotenția coeundi* nu e absolut constatată. În adevăr, în paralizia progresivă, instinctul sexual poate fi, la început, exaltat; *potentia coeundi* poate exista chiar în paralizia avansată, dar în cazul acesta rolul activ îl joacă femeia. Cât despre *tabes*, e azi demonstrat că el nu prea interesează funcțiunea coitului. De notat și *priapismul* trecător în unele boli cronice ale măduvei.

Efectele traumatismului măduvei diferă după sediu: *impotență condiționată* pentru regiunea cervicală și toracică; *impotență absolută*, pentru regiunea lombară superioară. Zdruncinarea sau o boală a porțiunii sacrale a măduvii provoacă erecțiunea, cu toată insensibilitatea penisului. Dar chiar în mizeria fiziologică generală se înregistrează excepții surprinzătoare.

6. **Bolile mintale** suprimă uneori erecțiunea (*idioția și imbecilitatea congenitală*) dar câteodată o și exaltă. În *cretinism* (în afară de anomalii de dezvoltare, datorite turburărilor funcționale ale glandei tiroide), din cauza opririi în dezvoltarea organelor genitale, funcțiunea coitului e suprimată. Nu urmează, însă — după cum cu drept cuvânt observă *Wagner-Jauregg* — că între inteligență și *potentia coeundi* ar exista un raport direct de cauză la efect. Există intelectuali superiori, flegmatici și lipsiți de energie, la cari funcțiunea erecțională e suprimată.

7. **Fractura bassinului** suprimă erecțiunea, cu toate că *libido* persistă.

8. **Alcoolismul cronic acut, morfinomania.**

9. **Bătrânețea înaintată** ar fi o cauză de suprimare a erecției, dar sunt atâtea excepțiuni, cunoscute de noi personal, încât nu se poate fixa o limită de vârstă, ci trebuie examinat fiecare caz în parte, după gradul de slăbire a organelor genitale externe, iar *Tourdes* admite erecția și la un centenar dacă s'a păstrat bine. *Casper* citează cazul unui octogenar care, cu tot cancerul testicular, a avut erecțiuni fecundante.

10. **Copilăria.** — Erecțiunea, fără senzație sensuală, nu numai precede pubertății, dar ea se observă și la sugaci, chiar la copiii de o zi. Copii, chiar numai de 12 ani, sunt capabili de coit.

B. INSUFICIENȚA ERECȚIUNII

1. **Neurastenicii din prima perioadă,** la cari o slabă erecțiune se manifestă prin spermatooree, poluții nocturne.

2. La indivizii prea grași — dystrofia adiposo-genitală: polysarcia, bărbajii flegmatici, lipsiți de energie.

C. ABSENȚA ERECTIONALĂ DEFINITIVĂ

1. Depresiunea nervoasă generală. acțiunea inhibitrice a toxinelor sau a otrăurilor, distrugerea directă a centrilor erecțiunii.

2. Infiltrațiunile patogenice cronice ale corpilor cavernoși.

D. ABSENȚA ERECTIONALĂ TEMPORANĂ ȘI EPISODICĂ

1. Impotența novicilor, sub imperiul nesiguranței de a reuși coitul de deflorare. (Stare psihică descrisă și de Montesquieu în *Essais*). Sau impotența soțului stătut, în momentul când e să reia raporturile cu o femeie dorită, dar care de obicei îl ține la distanță. Sau a amantului prea aprins la care se produce „pana” tocmai în momentul psihologic, însfârșit, influența amenințării că i se va face farmece.

2. Bolile infecțioase febrile, bolile cronice neacute, intoxicațiile. Sunt și excepții.

3. Bolile locale: *blenoragia cronică* și *prostatita cronică*.

4. Intoxicația cu CO. — Tipic e cazul raportat de *Fodéré*: un bărbat de 40 ani a rămas impotent timp de 6 luni, cu toate eforturile soției pe care totuși o iubea la nebunie.

5. Scârba ce ți-o inspiră femeia (vârstă, slujenie, infirmitate, averșiune de ordin moral) sau dimpotrivă, aberațiunile de înclinațiune tocmai pentru femeie bătrâne urâte, cu oribile defecte fizice. (1. Impotență bruscă în chiar noaptea nunții, printr-o fecioara eră acoperită, dela săni până la genunchi, cu deși peri negri, lănoși — *Strassmann*; 2. impotent cu soția lui de o rară frumusețe și ardent cu femeile bătrâne ori marcate printr-un viciu de conformație, diformitate naturală ori accidentală, chiar cu un viciu cum ar fi ectopia beșicii udului).

6. Scârba ce ți-o inspiră numai vederea regiunii genitale a femeii, în schimb erecțiunea provocată de atingerea altor părți ale corpului femeii, sau chiar ejacularea la o simplă desmierdare.

7. Masoșismul, sadismul, fetișismul.

* * *

Din descrierea diverselor forme și grade ale absenței erecționale, se vede că această infirmitate poate fi *congenitată* sau *dobândită*, *absolută* sau *relativă*.

II. Impotentia coeundi din cauza imposibilității de intronisiune a penisului în vagin.

Această impotență este în funcțiune de gradul de dezvoltare a membrului (lungime și volum), de vicii de conformație ale acestuia, de tumori ale scrotumului.

1. Lungimea penisului.

a) Penisul atins de un excesiv grad de infantilism, care se poate observa și în gigantismul infantil sau gigantismul eunochoid. Atrofia penisului se poate produce și mai târziu, în urma turburărilor în domeniul glandelor endocrine, după cum o dovedește, între altele, observația lui *Epsstein*: la un

bărbat de 52 ani. în urma unei tumori hypofisare, s'a notat atrofierea genitalelor, cu degenerare grăsoasă, căderea perilor pubisului, întocmai ca la castrați. De remarcat că nu orice pitic e impotent: funcțiunile genitale lipsesc numai la piticii chondro-dystrofici și rachitici, și nu la toți. Uneori penisul e numai un rudiment: o mică escrescență cutanată, fără corpi cavernoși și fără gland, transpusă pe perineu.

b) Penisul ciuntit: consecință a unei mutilări criminale sau mistice, a unei automutilări, a unei operații chirurgicale sau a unui accident.

2. Volumul penisului.

a) Elephantiasis al penisului. Dimpotrivă s'a observat că penisul hipoplastic (infantilism, eunochoidism, castroid), sub influența crecțiunii, poate dobândi un volum suficient intromisiunii.

b) Indurația corpilor cavernoși.

3. Anomaliile penisului și ale scrotumului.

a) Spintecarea penisului — formă foarte rară. Potentia coeundi nu e exclusă, prin împreunarea celor două jumătăți, formându-se un penis simplu.

b) Penisul dublu exclude coitul, chiar când cel de al doilea e mai mic; ablațiunea acestuia din urmă permite coitul.

c) Spintecarea glandului permite coitul.

d) Glandul cu excrescențe cutanate (un caz observat de *Sfrassmann* în 1929: gland cu excrescențe cutanate, în formă de coarne).

e) Glandul dublu exclude coitul.

f) Penisul accesoriu, fixat pe perineu, poate numai stingheri, nu însă suprima coitul.

g) Ruptura traumatică a penisului suprimă coitul.

h) Absența glandului reduce coitul, pentru că fricțiunile glandului au mare importanță pentru provocarea orgasmului și la bărbat și la femeie.

i) Scrotum spintecat: o cută cutanată transversală acoperea penisul ca o perdea, așa că la erecție membrul venea în jos (*Lichtenstern*).

j) Angiospasmus al penisului.

k) Epispadias: uneori o dezvoltare rudimentară a penisului.

l) Hypospadias: uneori o dezvoltare rudimentară a membrului.

m) Deformarea penisului în momentul tentativei de intromisiune, din cauza tracțiunii exercitate, în timpul erecției, de cicatricile consecutive unei mutilări ori gangrenei.

n) Elephantiasis scrotal, hernia scrotală, laterală, hernia scrotală ireductibilă bilaterală maschează penisul și acesta, deși în stare de crecțiune, nu se poate introduce în vagin.

o) Synochos. — penisul sudat cu scrotumul.

p) Lungimea exagerată a frâului, care e cauza unei senzații dureroase, în momentul tracțiunii.

III. Impotentia fecundandi din cauza imposibilității de intromisiune

În afară de cazurile mai sus descrise, ea mai poate fi datorită unui viciu de conformație a organelor genitale externe și medii ale femeii. În caz de orificiu himenal prea strâmt, membrana ori e incizată ori e scoasă cu totul.

IV. Impotentia fecundandi datorită aspermatismului și dispermatismului.

A. Aspermatismul (absența ejaculării) se prezintă sub două forme:

1. *Aspermatismul funcțional* consecutiv unei obstruări a căilor de excrețiune a lichidului seminal de compoziție normală. A nu se confunda obstruarea cu *micimea excesivă a meatului* care nu împiedică ejacularea.

2. *Aspermatismul involutiv* — absența ejaculării sub o influență psihică și aceasta cu toate că nu există nici o obstruare în căile de excrețiune, dovadă poluțiunile.

B. Dispermatismul e acea formă a impotenței în care lichidul seminal se risipește înainte de a ajunge la destinație, adică ejacularea e premergătoare intromisiunii.

* * *

Aspermatismul real și dispermatismul își au de obicei originea în leziuni ale canalelor excretoare. În caz de leziune medulară, ejacularea întârzie sau lichidul seminal iese numai în picături. Ablatiunea unei părți a peretelui vesicular, a prostatei și a ambelor vezicule seminale, stingherește ejacularea. Neurastenia sexuală se manifestă, nu numai prin absența completă a ejaculării, ci și prin spermatooree, poluțiuni dese și ejacularea prematură cu încetarea rapidă a erecțiunii. Deflorarea e anevoioasă, aproape imposibilă, chiar dacă același penis poate pătrunde în genitalele unei femei deja deflorate.

1. Obstruarea pereților canalului sau existența unor tumori învecinate.

2. Absența ambelor canale deferente și a canalului ejaculator.

3. Blenoragia.

4. Hypospadias (care, după sediul meatului, poate fi *balanic*, *penian*, *peno-scrotal*, *scrotal*, *perineal*), după cum poate fi însoțit de aspermatism sau dispermatism, tot așa poate să nu constituie o piedecă la fecundare. Interesantă e observația lui *Guder*: un individ, cu meatul în scrotum, era logodit; când, aflând despre aceasta, viitorii socri au voit să strice logodna, fata era deacum însărcinată. Mai e dubla observație a lui *Labalbary*: meatul la rădăcina frâului, în șanțul glandului; cu toate acestea penisul pătrundea destul de adânc, pentru ca ejacularea să se facă direct spre orificiul uterului. Un atare hypospad tată a doi copii; un altul tată a 5 copii.

5. Epispadias, cu orificiul uretral pe fața superioară a penisului, uneori chiar sub șvfmfiză (cu ectopie vesicală). *Hofmann* citează cazul tipic al unui polițist care, deși însurat de două ori și a avut numeroase raporturi sexuale, uu și-a fecundat soțiile: urina pe vine ca o femeie.

V. Impotentia fecundandi din cauza absenței spermatozoizilor: azoospermia, sterilitatea masculină

Azoospermia, fie de origină fiziologică fie de una patologică, se poate constata, la microscop, numai cu spermă recent și normal

ejaculată, iar nu prin stoarcere prin apăsarea, pe cale rectală, a vesiculelor seminale. Se recomandă puncțiunea testiculelor.

După unii, absența spermatoizilor s'ar putea afirma și macroscopic, după consistența apoasă, mult pigmentată sau coloidală a lichidului spermatic, ceea ce nu putem admite ca mijloc de demonstrație medico-legală.

1. Azoospermia poate fi și temporară, datorită epuizării trecătoare a vesiculelor seminale, după un coit repetat la orice vârstă. Sunt și excepții: identificarea unor spermatozoizi cu mișcări foarte energice în lichidul seminal examinat după ejacularea ultimă, în urma unor numeroase ejaculări, repetate în cursul aceleiaș zile, chiar la interval de numai o oră.

2. Autopsiile au arătat că, întocmai ca marasmul senil, bolile lungi și istovitoare reduc ori opresc cu totul formarea spermatozoidelor. La tuberculoșii tineri nu se găsesc spermatozoizi.

3. Există și o azoospermie congenitală, după cum avem și una dinadins provocată sau sterilizarea cu forța a criminalilor, epilepticilor și idioților, care se practică în unele țări ca Statele Unite și Elveția și despre care ne ocupăm mai pe larg la cap. VI.

Acțiunea nocivă absolută a razelor X, cu hotărîre afirmată de *Stiede* (1921) și *Markovitz* (1925), noi o contestăm. *Strassmann* (1922) citează un caz în care această acțiune a rămas inofensivă; iar *Patzelt* (1925) a observat o regenerare a epiteliului seminal pe care o explică prin aceea, că nu toate canalele seminale sunt distruse prin tratamentul roentgenian.

Nu contestăm însă faptul că unii lucrători din industria roentgeniană devin sterili. Deasemenea tratamentul terapeutic supra-dozat cu razele X poate provoca oligospermie, necrospermie și chiar azoospermie, dar numai temporar.

A. **Azoospermia fiziologică** e specifică sau copilului impuber sau individului mai curând sau mai târziu epuizat de greutățile vieții și de povara anilor:

1. La copii, azoospermia ține până la pubertate, a cărei epocă de apariție variază (*Tourdes*, consultat într'o afacere de recunoaștere a filiațiunii legitime, în care, în momentul concepțiunii, părintele copilului n'a avut decât 13 ani și jumătate, a conchis afirmativ, un adolescent de această vârstă putând fi puber și deci capabil de a fecunda. — *Brouardel* merge mai departe și admite facultatea procreației la un băiat de 12 ani: era vorba de un neapolitan. — *Klose* a demonstrat paternitatea unui băiat de 9 ani). — Cu toate aceste exemple invocate, *Schaufest* (1924) contestă precocitatea puterii fecundante, pe considerațiunea că, abia în momentul vârstei fiziologice a pubertății, testiculul capătă însușirea de a fabrica spermă.

Deși vârsta pubertății oscilează între 13 și 18 ani, se notează și excepții. La autopsia unui băiat de 14 ani (mort de meningită purulentă cu habitus complect infantil și cu puf abia vizibil pe pubis), *Hofmann* a găsit în testicule, și în vesiculele seminale spermatozoizi vitali, în schimb nu i-a găsit la alți doi

băieți de câte 15 ani, cu pubisul bine dezvoltat. Facultatea de procreare a băiatului ar fi și în funcțiune de o dezvoltare fizică precoce.

La copiii cu creșterea rapidă a scheletului, cu erupția timpurie a dinților, se manifestă caracterele sexuale secundare, cu toate semnele virilității și cu secrețiune de spermă, chiar la 2 ani. E vorba de copii bolnavi, cu simptomele unei tumori cerebrale, care pornește dela glandula pineală și duce la distrugerea acestui organ ce, în chip normal, exercită o influență moderatoare asupra dezvoltării testiculelor. Sau ne aflăm în prezența unor tumori ale capsulelor suprarenale; sau, în sfârșit, e vorba de o formă hipertrofică a țesutului testicular intersecretor al glandei pubertății. Mulți din acești copii mor curând.

2. La bătrâni. — Dreptul roman fixa la 60 ani limita capacității de fecundare, iar *Zacchias* a admis vârsta maximă de 70 ani.

Examenul comparativ al spermei, luată din vesiculele seminale, a dat următorul rezultat: la 37 (8 sexuagenari, 20 septuagenari, 9 octogenari) prezența spermatoizilor tot atât de vitali ca la un adult (*Duplay*, 1852). *Dien* (1864) a examinat sperma a 105 bătrâni de 64—97 ani și a găsit spermatozoizi la: 8 din 14 (64—70 ani); 22 din 49 (70—80 ani); 10 din 38 (80—90 ani); absența completă a spermatozoidelor la 4 bătrâni de 90—97 ani. Spermatozoidul a fost identificat în sperma unor bătrâni de 87—91 ani (*Simmonds*), 92 ani (*Cordes*), 102 ani (*Florence*). *Haberda* a găsit spermatozoizi la un bătrân cachetic de 82 ani și la unul de 89 precum și la cadavre de oameni complect epuizați, cu atrofia tuturor organelor și a țesuturilor. (*Casația austriacă* a declarat fecundant pe un bătrân de 74 ani).

B. Azoospermia patologică e de origine testiculară, epididimară și funiculară.

1. Originea testiculară.

a) Anorhidia — absența ambelor testicule — poate fi *congenitală* (foarte rar notată) ori *dobândită*, consecutivă fie *castrării*, fie unei *afecțiuni patologice* (îmbolnăvirea, comprimarea interioară).

b) Castrarea poate fi: I. *consimțită* (secta religioasă a scoپیților, corporația eunucilor, acei cari se supun unei operațiuni chirurgicale ineluctabile); II. *inconștientă* (auto-mutilarea alienaților deliranți); III. *auto-mutilarea conștientă* (1. din cauza frigidității soției, un bărbat de 51 ani și-a amputat penisul dela rădăcină; un altul, de 55 ani, pentru acelaș motiv, și-a spintecat scrotum-ul și smuls testiculele; la nici unul din ei nu s'a notat vreo psihoză caracterizată — *Szkotnicky*, 1928; 2. un bătrân de 70 ani, atins de priapism, și-a amputat penisul — *Boriss*); IV. *criminală* (gelozie, răzbunare); V. *accidentală* (rănire involuntară cu armă de foc, schiodire în războiu, accidente).

Din punctul de vedere al funcțiunilor genitale, e de făcut deosebirea între *castratul complect* (ablațiunea și a penisului și a testiculelor) și *castratul parțial* (numai suprimarea testiculelor).

În *ablațiunea totală* nu există nici o posibilitate de fecundare.

În *ablațiunea parțială* (numai a testiculelor) se disting două

specii: castrarea înainte de pubertate și castrarea după vârsta pubertății.

Anterioară pubertății: azoospermie absolută. Ea poate avea ca origine o mușcătură de animal: un băiat de 15 ani căruia, la vârsta de 6 luni, un câine i-a mâncat penisul, scrotumul și un testicul (*Fritsch*).

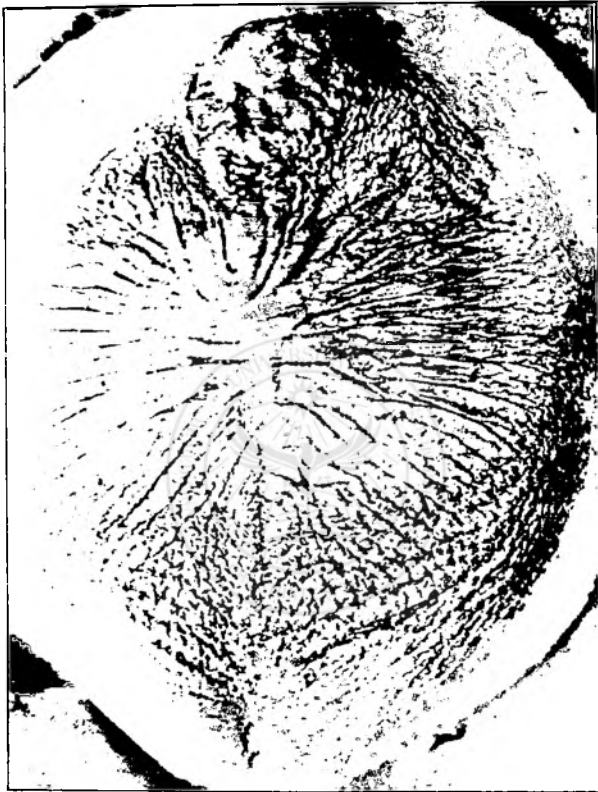


Fig. 7. — Scopit cu „pecetea mare”: castrarea completă, examinat și fotografiat la Institutul Medico-Legal din București.

Posterioară pubertății: persistența temporară a erecției și, posibilă, a spermatogenezei.

Despre persistența erecției e concludentă observația (în curs de 29 ani) făcută de *Casper* asupra aceluiaș individ (extirparea chirurgicală a ambelor glande): a avut erecțiuni normale până la 2 ani după operație; erecțiunile au devenit mai rare, dar și după 10 ani mai putea avea, din când în când, raporturi sexuale; apoi func-

țiunea erecțională slăbi și mai mult, până la dispariția completă. Persistența aceasta a facultății erecționale e confirmată și de observațiile noastre proprii asupra scopiților cu *pecetea mică* (cruțarea penisului), dar n'am putut nota o durată atât de mare ca aceea indicată de Casper. La unii, erecțiunea încetează chiar după numai câteva luni.

În ce privește persistența spermatogenezei, aceasta e și azi discutată, cu toată afirmația lui Taylor că a observat pe un castrat care, după cicatrizarea rănii, și-a fecundat soția. Încercările experimentale pe animale au identificat spermatozoidul în lichidul spermatic numai un timp foarte scurt: 9 zile (*Mazzasa*) și 31 zile (*Obolensky*). Aceste experiențe confirmă observația lui Krahmer: o poluție la 12 zile dela castrarea unui om, ceea ce se explică prin faptul că sperma, existând înainte de castrare în vesiculele seminale, poate să mai rămână acolo intactă un timp variabil, dar în orice caz foarte scurt. De aceea trebuie să conchidem că fecundarea mai e posibilă, dar

într'un scurt interval dela castrare, cu condiția însă ca testiculele să fi fost sănătoasă, cu funcțiunea spermatogenetică normală. E astfel stabilit că suprimarea testiculelor duce la regenerarea prostatei, a vesiculelor seminale și a glandelor lui Cooper.

A. SCOPIȚII — tagmă mistico-religioasă, în care castrarea e considerată ca adevărata mărturisire a credinței creștine și ca singurul mijloc de a-ți asigura un loc în Raiu. Nu beau alcool, nu fumează. Datând din 1757 și întemeiată în Rusia de Andrei Selivanoff, despre care adepții cred că n'a murit și, un al doilea Messia, se va urca într'o zi pe tronul tuturor Rusiilor, secta aceasta a „oamenilor lui Dumnezeu”, cum își zic ei, poate să numere astăzi câteva mii de „călugări veritabili”: cifra exactă e greu de stabilit, pentru că ne aflăm în fața unei confrerii secrete, din care fac parte și femei.

În treacăt vom pomeni, că primele secte creștine de adepți ai castrării au fost fondate de Origen și Leonțiu din Antiochia, prin interpretarea ce au dat-o

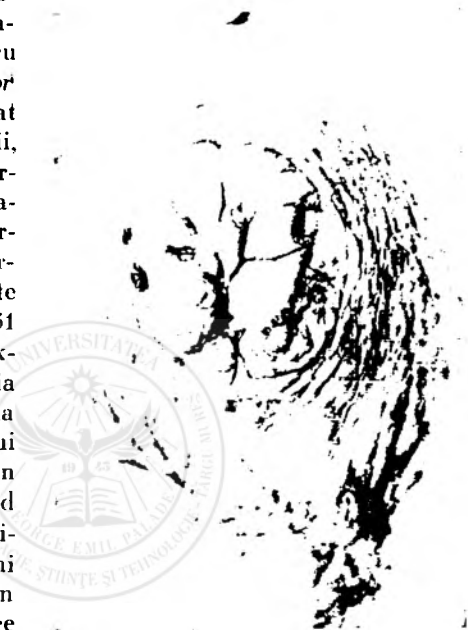


Fig. 8. — Scopit cu „pecetea mare”: castrare completă cu cicatrice mari; examinat și fotografiat la Institutul Medicolegal din București.

cuvintelor evangelistului Mateiu: „Dacă ochiul tău drept e pentru tine un prilej de a păcătui, scoate-l și aruncă-l departe; dacă mâna ta dreaptă e pentru tine prilej de a păcătui, taie-o și arunc'o departe de tine, pentrucă e mai folositor pentru tine ca unul singur din mădularele tale să piară, decât întreg trupul tău să fie sortit gehenei“. Secte de castrați au existat și în America: dar, în urma asprelor sancțiuni aplicate, acțiunea de prozelitism a fost repede paralizată. Castrațiunea a existat și în culturile neamurilor semitice și pŕgâne (preoții Cybelei).

Contribuțiuni de o deosebită valoare la studiul scopiilor în România constituie monografiile lui *Pittard* (1903), *Walter Koch* (1921).

1. Bărbații: unii cu *pecetea mică* (ablațiunea testiculelor — „cheia iadului“): alții cu *pecetea mare* (suprimarea și a penisului „cheia prăpastiei“ — prăpastia fiind genitalele femeii). Instrumentele întrebuițate pot fi: un fier înroșit în foc, un cuțit de bucătărie, un briciu, o coasă, o seceră, un satâr. Oprirea hemoragiei se face cu piatra acră, sulfrat de cupru, iar pansarea cu untdelemn, ceară, diverse alifii cu formule secrete. Pentru evitarea retențiunii urinare și a stricturilor cicatriciale, se introduce, imediat după castrare, un dop subțire de zinc în orificiul uretral.

2. Femeile. — Sau exciziunea ovarelor, sau numai ciuntiri cari să reducă posibilitatea coitului: tăierea clitorisului și a buzelor mici, ca astfel să se producă o străntare cicatricială a orificiului vaginal; extirparea sau spintecarea mameloanelor, sau ablațiunea parțială a mamelor.



Fig. 9. — Scopii cu „pecetea mică“: castrarea incompletă — numai ablațiunea testiculelor; examinat și fotografiat la Institutul Medico-Legal din București.

către unchiul său). U rinează des, mai

Regula tagmei considerând drept un păcat capital desgolirea regiunii genitale mutilate față de un „necredincios“, cu mare greutate ne-a fost cu puțință să facem observațiile de mai jos (luând totodată și clișee fotografice):

I. *Pecetea mare*: 1. Castrat la 14 ani (de propriul său părinte, care nu s'a castrat decât abia la 60 ani). Nu are nici o pornire sexuală. — 2. La 18 ani. Din penis subsistă un ciot. N'are porniri sexuale. — 3. Auto-castrare la 26 ani („porunca evangheliei“): întâiu penisul, apoi testiculele. N'a avut nici înainte raporturi sexuale. — 4. La 12 ani: întâiu testiculele, apoi penisul din care subsistă un ciot. — 5. A fost însurat și s'a castrat după nașterea celui de al 3-lea copil. — 6. La 18 ani, de propriul său tată care, ținând cu stânga întreg aparatul genital, l-a tăiat cu dreapta dintr'o singură lovitură de cuțit. — 7. Cu briciul. A zăcut 3 săptămâni.

II. *Pecetea mică*: 1. La 9 ani. Penisul infantil, n'are erecție. E furios că l-au făcut neom: bea vin și nu se ține de regulile sectei. — 2. La 15 ani (de ales noaptea, întotdeauna cu dureri.

3. **Caracteristicile comune:** 1. pielea veștedă, palidă; 2. părul capului bogat; 3. spân sau barbă rară numai la bărbie și la comisurile gurii; 4. peri rari pe trup și la subsiori; 5. regiune, păroasă pubienă de tip feminin; 6. sprincene stufoase; 7. față sbârcită; 8. o foarte mică dezvoltare a nivelului farin-gian limfatic; 9. glanda tiroidă extrem de atrofiată că abea e perceptibilă; 10. lungimea neobicinuită a membrilor superioare și inferioare; 11. localizarea grăsimii la pleoapele de sus. la mamele (gynecomastia), în regiunea epigastrică, pe pubis și trochanteri; 12. vocea pițigăiată.

Observațiile noastre coroborează pe acele ale lui *Pittard*, în ce privește dezvoltarea fizică: 1. castrarea întârzie sau reduce creșterea absolută și relativă a bustului, capului, frunții, feței (lateral și în înălțime); 2. intensifică sau accelerează creșterea absolută și relativă a taliei în genere. a membrilor inferioare și superioare și, probabil, și a urechii. în particular.

4. **Tipurile:** I. tip comun (statură mijlocie); II, statură de uriaș slab; III. tip hypofisar: a) afromegal; b) cu adipozitate hipofisară. La unii o *cifosă a regiunii dorsale* a coloanei vertebrale. *Radiografia capului:* șeaua turcească și sfenoidele normale; în schimb, la unii, atrofia oaselor capului.

* * *

B. EUNUCII — al 3-lea sex (cum i-a botezat Balzac) — formau, la vechii Romani, trei clase: a) *spadones* — suprimarea unui singur testicul (erau capabili de fecundare și aveau voie să se însoare); b) *thadai* sau *thasiai* — cu ablațiunea ambelor testicule. (După *Juvenal* aveau mare căutare la vechile Romane, pentru că raporturile cu ei nu erau legate de primejdia sarcinei; se întâmpla însă și contrariul, deoarece, în momentul castrării, unele vase seminale scăpau distorsiunii); c) *eunucii veritabili* (castrarea complectă).

c) **Monorchidia** (absența unui testicul) nu implică azoospermia.

d) **Cryptorchidia** (testiculele neaparente, necoborîte în scrotum) e relativ rară (la examenul a 10.000 recruți, *Marshall* n'a dat decât peste un singur caz).

În ce privește funcțiunea spermatogenetică, părerile continuă a fi împărțite. Deoparte, noi, alături de *Taylor* (4 cryptorchizi cu progenituri) și *Beigel* (spermatozoizi, în cantitate normală, în lichidul seminal al unui cryptorchid de 22 ani) proclamăm facultatea fecundării; de alta, *Zacchias*, *Curling*, *Liegeois*, și alții tăgăduesc existența acestei funcțiuni la cryptorchizi. Alții, însăfârșit (*Felizet*, *Brama*) admit excepții. (*Voltaire* era de partea celor dintâi: comentând în batjocură deciziunea din 1665 a Papei Sixt V, prin care se interzicea însurătoarea cryptorchizilor, observă că Franța a numărat trei frați, membrii ai familiei regale, dintre cari unul cu 3 testicule, unul numai cu un singur testicul; iar al treilea, fără nici unul aparent, era cel mai fecund dintre tus-trei).

Triorchismul e rar.

e) **Ectopia testiculară** implică sterilitatea: excepțional, putem înregistra o putere procreatoare trecătoare.

f) **Degenerarea grăsoasă** (în alcoolismul acut și în obesitatea precoce): *azoospermie de regulă verificată*.

g) **Atrofia testiculelor:** 1. *congenitală*; 2. *senilă*; 3. *oprirea dezvoltării glandelor* (datorită fie infantilismului, fie unei afecțiuni patologice sau unei turburări mintale).

1. **Atrofia congenitală** e foarte rar observată.

2. **Atrofia senilă**, cu excepția senilității organice precoce, apare de regulă după 60 ani.

3. **Atrofia infantilă** e în legătură cu întreaga oprire a dezvoltării fizice a individului. Dar această atrofi e se poate observa și la bărbatul normal dezvoltat (*Aschoff* 1919).

4. **Atrofia, având ca origine turburările mentale**, se observă la idioti.

5. **Tumorile cerebrale** împiedecă dezvoltarea glandei embrionare. — **Leziunile nervului spermatic sau leziunile centrilor nervoși** (de care e legat nervul spermatic): de obicei porțiunea inferioară a măduvei spinării uneori o porțiune mai ridicată, alteori cerebelul. — **Cachexia malarică** (*Borelli*).

6. **Masturbația precoce** (*Ilbert*): atrofia testiculelor și a prostatei la un onanist de 29 ani).

7. **Inflamațiile sifilitice sau traumatice**. — **Comprimarea continuă exercitată de tumori: hydrocele și varicocele, mari hernii scrotale.**

8. **Elephantiasis al scrotumului**. — **Spintecarea nervului spermatic**, — **Orchita bilaterală.**

9. **Intoxicațiile** provoacă atrofia testiculară bilaterală. — **Bolile infecțioase** (tifosul, variola, oreionul epidemic).

10. **Frecări intensive ale testiculelor**. — **Purulența testiculelor după răniri cutanate sau superficiale ale părților genitale.**

11. **Diareele epuizante la copii.**

12. **Tromboza arterei spermatiche interne** care pentru testicul, are importanța unei endarterii.

2. Originea epididimară și funiculară.

Azoospermia de această dublă origine își are geneza în epididimita dublă, în funiculita blenoragică, cari au de consecință obliterarea bilaterală a epididimului, așa că lichidul ejaculat e secretat numai de vesiculele seminale, de prostată și de glandele lui Cooper.

Azoospermia consecutivă blenoragiei e de o deosebită frecvență: 25—75% din cazurile de sterilitate masculină (*Neisser*); 75—80% (*Finger, Fürbringer*).

Sunt și asemenea azoospermii temporare, prin desobstrucțiunea epididimului (*Gosselin* citează cazul unui individ care, după 10 ani, și-a putut fecunda soția).

B. Impotența femeii

Zicem dinadins impotența și nu sterilitatea femeii, pentru că sunt două noțiuni cu sfere de volum diferit: o femeie, deși are organele interne apte la fecundare, rămâne totuș stearpă din cauza unui viciu de conformațiune care poate fi o piedecă la *coit* și la

impregnare, — și atunci firește că e exclusă și posibilitatea concepțiunii. Așa dar, deși, sub raportul funcțiunii concepționale e perfectă, femeia e totuș sterilă, din cauza stării ei de inferioritate din punctul de vedere al primelor două faze ale fecundării: *coitul* și *impregnarea* — și astfel e lovită de neputința trupească de a zămisli.

Urmează dar să privim sterpiciunea femeii prin două prisme: 1) aceea a coitului; 2) aceea a impregnării și a concepțiunii.

1. Impotenția cocundi.

Poate avea o întreită origine: una psihică, una nervoasă și una anatomică.

A. *Impotența psihico-nervoasă*. — 1. *Femeii îi e scârbă de bărbatul în genere* și deși, cedând unor presiuni, e formal și legal măritată, ea se opune totuș cu îndârjire la îndeplinirea actului coital. Și această aversiune se manifestă sub diverse forme:

a) *Misticismul*: e incredințată că săvârșește un păcat prin satisfacerea pornirilor trupești și că adevărata ei menire era să se ducă la mănăstire.

b) *Frigiditatea acută*: deși normal conformată, nu simte nevoia raporturilor sexuale.

c) *Masturbația inveterată*: socoate superior acest mijloc de provocare a orgasmului.

d) O formă și mai gravă a inversiunii, *safismul, tribadismul*: femeia e una din faimoasele și, din nenorocire, atât de numeroasele „prizoniere” cari găesc voluptatea supremă în practicile homosexuale.

2. *Femeii îi e scârbă numai de bărbatul ei*, fie pentru că i-a fost impus de familie, fie că l-a luat în silă, din considerațiuni materiale sau morale. Preferă să se sinucidă, decât să consimțâ la datoria maritală. Și bărbatul se resemnează, căutându-și compensația în raporturi extra-conjugale.

3. *Nu'i e scârbă de bărbat, ci numai de raportul sexual normal*: deprinderi anterioare sau numai sugestii perverse (confidențe primite, cititul sau exhibițiuni obșcene) o fac să fie rebelă la coitul natural și să ofere soțului compensația infamă a unor satisfacțiuni în contra naturii.

4. *O formă nervoasă particulară*, oricât de ciudată ar părea dar totuș identificată, face ca femeia, chiar cu dorința de a se supune legii sexuale, să aibă, în momentul hotărîtor, accese cari să o aducă într-o stare de inerție aproape cataleptică. Numai dacă are inconștiența brutei ori pasiunea necrofilului, bărbatul se va atinge de o femeie într-o astfel de stare. Bine înțeles că expertul, într'un atare caz, se va interesa îndeaproape și de mentalitatea bărbatului.

Observația tipică a lui Virchow: O femeie care, în momentul coitului, cădea într'un adânc somn comatos. Pe orificiul mitral s'a găsit o cicatrice, a

cărei atingere provoca instantaneu starea hipnotică; după excizarea cicatricei, femeea s'a vindecat.

B. Impotența de origine anatomică are două feluri de cauze:

1) un viciu de conformațiune a părților genitale externe; 2) absența acestor părți. Și una și alta *congenitale* sau *dobândite*.

a) *Viciile de conformație* interesează vulva, vaginul și basiful.

I. Vulva: 1. *atrezia*, congenitală sau dobândită (cicatrice consecutivă unei răniri, arsuri, gangrenei sau unor boli infecțioase: scarlatina, difteria, tifosul);

2. *sudarea buzelor mari*;

3. *elephantiasis al buzelor mari*;

4. *herniile labiale*;

5. *prezența unor vegetații*;

6. *vulva infantilă*.

O interesantă observație de *atrezie vulvară dobândită*: o femeie e în durerile facerii și *Tarnier* găsește vulva sudată, cu excepția unui orificiu minuscul. În timpul inciziunii, dă peste un dop de pușcă. Explicația: după ce rămăsese grea, o variolă confluentă îi provoacă o atrezie vulvară; amantul ei, un soldat, dilata regulat intrarea cu ajutorul unui dop de armă, dop care, într-o seară, i-a scăpat din mână și a alunecat mai departe, așa că rămas închis de buzele apropiate (*Brouardel*).

II. Himenul: 1. *himen imperforat*; 2. *himen cribriform* (aspectul unei site); 3. *himen prea gros și cu orificiul prea strâmt* (deci cu o rezistență invincibilă, afară numai dacă se recurge la o inciziune chirurgicală).

III. Clitorisul: hipertrofia acestuia.

IV. Vaginul: 1. *Micimea organului*.

2. *Vagin deviat*.

3. *Vaginul dă în vesică, în rect, cu un singur orificiu*. Sunt și excepții; însă în toate coitul nu se face normal, ci prin uretra dilatată, dar acest fel de coit poate avea ca urmare o ruptură a uretrei. — *Observații clasice*: a) femeie însărcinată în urma coitului prin rectul în comunicație cu vaginul, a cărui intrare era obliterată (*Rossi*); b) femeie în ultima lună a sarcinii, cu himenul imperforat, iar vaginul dădea în uretră, la 5 cm., dinapoia meatului urinar, prin care ieșea sânge (*Strassmann*); c) menstruație și coit prin rect; femeea expulzează prin anus un copil bine conformat (*Louis*).

4. *Atrezie intrării vaginale* poate fi congenitală (din cauza unei malformațiuni a basifului, în cazuri de rachitism, osteomalacie) sau dobândită (retracțiunea consecutivă castrării femeii prin exciziunea buzelor mici, sau atrofiei senile a vaginului). — *Observație*: o rachitică, al cărei vagin era abea permeabil degetului, a trebuit să divorțeze spre a nu mai îndura tortura tentivelor infructuoase ale soțului (*Wandelstadt*).

5. *Obliterarea vaginală congenitală* datorită uneori unui himen secundar: O tânără țărancă zdravănă e inaccesibilă coitului. Auricularul, trecut prin orificiul himenului îngroșat, dă peste o a doua membrană, mai moale, inserată în treimea superioară a vaginului (*Olenin*).

6. *Obliterarea vaginală dobândită* (rănire accidentală, arsură, rănire obstetricală, procese infecțioase, tumori de vecinătate). — *Observație*: fistulă vesico-vaginală dela prima facere; femeea urina printr'un orificiu permeabil numai extremității sondei.

b) *Absența congenitală a vaginului*: foarte rară.

c) *Absența vaginală dobândită*, în urma operațiilor plastice. Și atunci, tot pe cale operatorie, se pot crea vaginuri artificiale din ampula rectului, din flexura sigmoidală, etc.

d) *Atrofia vaginală*: vagin rudimentar, în forma unui scurt fund-de-sac natural sau produs. artificial, prin repetate coituri vestibulare.

e) *Vaginismul* (studiat mai întâiu de *Simpson* și *Sims*) e o stare patologică manifestată prin contractura mușchiului *constrictor cunni* și a mușchilor din planșeul basinului. Originea acestor crampe — cari se înregistrează mai ales la primul contact marital al femeilor tinere și se produc la o simplă atingere — trebuie căutată: în prezența unor excoriațiuni, eroziuni, eriteme ale mucoasei genitale; în masturbări anterioare; în prezența unor fisuri ascunse ale intrării vaginale; în cauze de ordin psihic ori de natură nervoasă. (Tribunalele austriace au admis, în două rânduri — 1902 și 1916 — vaginismul ca motiv de nulitate a căsătoriei). După *Fritsch*, vaginismul poate duce la alienație mintală.

f) *Înfeptarea coapselor*: din cauza unei scurtări congenitale a aductorilor dela coapse, femeia nu le putea desface pe acestea din urmă. Numai dacă femeia se pretează, coitul natural e posibil a posteriori.

II. Impotentia concepiendi (sterilitatea)

Cauza unică este aceea a absenței impregnării care, am arătat, precede cu 1—3 zile faza finală a actului conjugal: zămislirea.

Impregnarea poate fi împiedecată de cauze generale (constituție slăbită, boli venerice), sau de cauze locale (himenul, uterul cu anexe, ovarele).

A. **Cauzele generale.** — 1. *Mizeria fiziologică* e în genere o cauză de inaptitudine la germinare.

2. *Infecțiunile septice, tuberculoza.*

3. *Bolile venerice*: a) salpingita dublă; b) sifilisul.

B. **Cauzele locale.** 1. *Viciile de conformațiune ale genitalelor externe*, cari constituie o piedecă la coit, nu exclud întotdeauna impregnarea:

a) O femeie cu 3 himene suplimentare a rămas grea, iar expulzarea fătului s'a făcut după incizarea acestor bariere (*Fristo*).

b) Sarcini cu toată existența unui himen tare, calos, cu aspectul sitel.

c) Sarcină cu intrarea vaginală atât de strâmtă, că abea a pătruns prin ea o pană de gâscă.

d) Sarcină cu absența unei părți a vaginului.

2. *Absența și atrofia uterului.*

3. *Imperforarea, atresia colului.*

4. *Deplasarea uterului* care are de efect de a devia colul din drumul ejaculării.

5. *Cancerul fibromul uterului*. Sunt și excepții de fecundare.

6. *Catarul acut al mucoasei uterine*.

7. *Impermeabilitatea trompelor*, consecutivă unei inflamații duble, unor aderențe, unor tumori, unui proces tuberculos. Sunt și excepții de fecundare.

8. *Aplicarea permanentă a pesarelor*. (Excepții de fecundare).

C. *Cauze de origine ovariană*. — 1. Firește că în primul loc se pune *absența ovarelor*, care poate fi *congenitală* (o fată de 20 ani, observată de *Beneke*) sau dobândită — *ovariotomia* (s'au observat, însă, și sarcini cu dublă ovariectomie — *Robertson, Badlehner, Schatz*).

2. *Tumori ovariene* (excepțiuni de sarcină la tumoare unilaterală și la tumori bilaterale).

3. *Atrofia ovarelor cu distrugerea foliculilor lui Graaf*, provocate de o aplicațiune intensivă a razelor X. *Werner* (1921) însă susține că sunt și excepții, dar copilul se naște cu vicii de conformație. — *Atrofia ovariană* mai poate fi de natură organică (infantilism, status thymo-lymphaticus).

4. *Ovulația*. — În teorie, ovulația și menstruația sunt fenomene sincronice, dar observații autentice dovedesc și numeroase abateri dela această lege de interdependență a cărei imuabilitate *Reichert* (1924) o afirmă împotriva evidenței excepțiilor notate:

a) Sarcini la femei niciodată menstruate (vezi exemplele date la „Calculul duratei gestațiunii”, vol. II, pag. 48—51).

b) Sarcini la femei cu menstruația temporar suspendată (vezi în în acelaș loc).

c) Sarcini la femei după complectă suprimare a funcțiunii menstruale — menopausa. Chiar dacă, numai ipotetic, am admite teoria lui *Reichert*, și încă nu s'ar putea trage o linie de demarcație fixă între vârsta susceptibilă de fecundare și între aceea irevocabil osândită la sterilitate. Nici chiar limita inferioară (40 ani) și cea superioară (50 ani) pentru instalarea menopauzei, limite în genere acceptate (după *Hofmann* limita superioară ar fi de 40 ani, iar excepțiile n'ar trece dincolo de 7%—8%, iar după *Schaeffer*, media menopauzei ar fi de 47 ani), nici chiar limitele de 40 și 50 ani nu sunt respectate de natura atât de capricioasă. Dovadă statistica lui *Hogg*, care face autoritate pentru ginecologi și obstetricieni, în care relevăm:

Din 57 femei observate, a notat *menopauza definitivă*: câte 1 caz la 23, 34, 35 și 37 ani; 5 cazuri la 38 ani; 10 la 40; 2 la 41; 6 la 42; 3 la 43; 5 la 45; 3 la 46; 9 la 47; 2 la 48; 3 la 49; 2 la 50 și 2 la 55 ani cu depășirea limitei superioare.

Cât despre sarcinile post-menopauziene, cu depășirea chiar a limitei superioare (50 ani), în afară de observațiile deja relevate (vezi „Calculul duratei gestațiunii”), avem numeroase alte exemple oferite chiar de adepții maximumului vârstei: 1. O femeie de 59 ani (deacum străbunică) a născut un copil viu — *Hofmann* (deși *Pomini* — 1925 nu admite ca, după 50 ani, funcțiunea con-

cepțională a femeii să se poată traduce altfel decât prin avortarea unui mol hidatiform, adică un ou complex degenerat, fără embrion sau cu un embrion atrofiat). Statistica lui *Veerman* (10.000 observații): 12 nașteri de copii vii între 50—55 ani. *Rensudin*: facere la 61 ani, după ce menopauza se instalase la 49 ani. *Puech*: menopausă de 6 ani, însărcinată la 46, menstruația reapare în timpul sarcinii; după facere, menopausă definitivă. *Ruttel*: naște la 50 ani, după o sterilitate de 19 ani și o menopausă de 2 ani.

Nu, nu există o epocă sigură pentru diagnosticarea menopauzei definitive. Instructivă în această privință e atitudinea lui *Cerf*: Consultat de tribunal, dacă se poate admite sterilitatea unei femei (35 ani) la care se instalase deacum menopauza (femea cerea autorizația de a vinde niște titluri de rentă, grevate de obligația de restituire în caz de naștere a unui nou copil), a răspuns: *chiar verificată, menopauza nu e o garanție contra unei eventuale zămisliri*. După cum e temerar să se susțină că menstruația și ovulația nu sunt posibile înainte de vârsta pubertății: a) o fetiță menstruată la 2 ani, însărcinată la 8, — iar menopauza definitivă la 25 (*Blumenbach*); b) menstruată la 10 ani, însărcinată la 11 (*Taylor*).

d) Printre menopauzele precoce trebuie notată aceea cunoscută sub numele special de amenoreea morfinismului, de regulă notată în intoxicația cronică a morfinomanelor și opiomanelor.

e) Deși ovarele sunt complet alterate sau aproape inexistente, se poate totuși înregistra sarcina, atunci când sau există ovare supranumerare sau persistă resturi din țesutul ovarian.

f) Menstruația nu e un indiciu de aptitudine la fecundare, pentru că există menstruație fără ovulație: 1. Statistica lui *Gauthier*, din 41 fetițe impubere observate, la 19 menstruația a apărut în primul an al vieții, iar la 9 în al doilea. — 2. Autopsiile multor femei *moarte în timpul menstruației* au dovedit absența corpului galben. — 3. Menstruație cu toată ablațiunea complexă a ambelor ovare și *cu toate că în pedicul nu s'a găsit absolut nici o urmă de țesut ovarian*. Să mai pomenim de cazul legendar (observat de *Krieger*): menstruată la 20 ani, primul copil la 47, ultimul la 60; o primă reinstalare a menopauzei la 75 ani spre a ține până la 98; a doua menopausă până la 104 ani, epocă la care iarăș se instalează menstruația... (a întrecut chiar capacitatea concepțională a biblicii Sara).

* * *

Din cele expuse, vedem că expertul — în afară de cazurile neîndoios incompatibile cu concepțiunea — trebuie să fie de o extremă prudență în diagnosticarea sarcinii, atunci când e vorba de stabilirea paternității ori a maternității. Pe cât nu e exclusă sarcina unei impubere, a unei pubere nemenstruate ori a unei adulte în perioada menopauzei, tot pe atât poate fi exclusă concepțiunea după instalarea menstruației.

III. TĂGADA MATERNITĂȚII

Problema nu se pune decât în trei ipoteze. Primele două: sau femeia își abandonează pruncul, sau ea ori terții au interes de a tăgădui această maternitate a cărei cercetare e formal îngăduită de *art. 508 c. c.* Și aceasta chiar când mama s'ar înscrie în falș con-

tra menționării numelui ei în actul de naștere, atunci când această mențiune a fost făcută de una din persoanele desemnate de „Legea actelor de stare civilă”, printre cari mamoașul sau moașa. („Actul de naștere, care arată cu precizie mama, face deplină dovadă despre maternitate” (*Trib. Covurlui, 1922*). — Obârșia interesului de tăgadă trebuie căutată în art. 677 c. c., după care „copiii naturali au dreptul la succesiunea mamei lor”.

Ipoteza a treia: Copilul e declarat ca fiind al unei femei care în realitate nu l-a născut. În cazul acesta avem a face cu o înșelăciune și pretinsa mamă e admisă să se înscrie în fals, ca, pe baza unei expertize medico-legale, să facă dovada că n'a putut naște la epoca declarării copilului. Dovadă care poate fi administrată, fie prin absența oricărei urme de parturiție recentă, fie prin constatarea unei imposibilități fizice de a mai putea concepe. Menopauza nu e determinantă (femei cu menopausă la 42 ani; la 46 rămâne grea: după o nouă menopausă de 3 ani, rămâne iarăși însărcinată — *Barker*). Vârsta până la 50 ani e un indiciu nesigur (*Barker* citează chiar cazul unei femei care a născut la 51 și 52 ani, iar *Hofmann* una la 59 ani).

Expertul trebuie să țină seama și de posibilitatea maternității precoce, literatura medicolegală abundând în astfel de exemple, dintre cari cităm câteva din cele mai caracteristice: 1) la 8 ani (*Küssmaul, Carus*); 2) 9 ani (*Ruttel*); 3) 9 ani și jumătate (incest citat de *Vibert*); 4. la 10 ani (*Rowlet*); 5. 10½ ani (*Mac-mara*); 6. la 10 ani și 8 luni (*De Cortis*); 7. între 11 și 12 ani (incesturi notate de *Brouardel, Fox, Villard, Horowitz, Minorici*); 8) dela 12 la 14 ani numeroase sarcini; 9) O femeie naște pentru întâia oară la 12 ani, trăește până la 75 și în acest interval face 14 copii (*Minorici*). — Cazuri în care ambii părinți sunt precoci.

IV. FECUNDAREA ARTIFICIALĂ

Contestată încă în ce privește eficacitatea, combătută ca primejdioasă pentru sănătatea femeii (pericol de infecție), discutată sub raportul autenticității și calității lichidului spermatic al bărbatului căruia urmează să se atribue paternitatea rodului zămislirii; repudiată de tribunale ca o gravă jignire adusă tainei căsătoriei (... „făcând să concure la actul însuș al generațiunii și pentru săvârșirea lui directă, în ceea ce are mai întim, un intermediar între soț și soție” — extras din considerentele unei sentințe a *Trib. Bordeaux, 25 August 1883*), — metoda aceasta de fructificare a femeii nu e aplicabilă decât dacă soțul, care suferă de *impotentia coeundi*, a păstrat, în schimb, intactă și normală funcțiunea spermatogenetică.

Bazată pe experiențele lui *Spallanzani* (trei millionimi dintr'un strop de spermă ajuns pentru fecundarea unui ou de broască) care, în 1780, a reușit

să fecundeze o cățea, cât și pe experiențele ulterioare ale lui *Rossi* și *Coste* (1856), fecundarea artificială a femeii a fost pentru întâia oară încercată de *Girault* (imediat după menstruație, sperma e introdusă în colul uterului, pe calea insuflării, cu ajutorul unei sonde uretrale) care numai în 2 din 12 cazuri a obținut succes („*Abeille Médicale*, 1869). La rândul lor, *Sims* și *Gigon-Senior* (prin întrebuințarea unei seringi speciale și practicarea injecției a doua zi după oprirea fluxului menstrual) au înregistrat câteva rezultate pozitive.

Dar marea notorietate n'a dobândit-o procedeul decât în urma răsunetului făcut de teza lui *Gigon-Junior* (1871), prin refuzul inițial al Facultății de a o admite, în urma protestului lui *Pajot*. Dar nu trecu mult și același *Pajot* deveni partizanul a ceea ce calificase ca „o practică scârboasă”, recomandând utilizarea *fecundatorului*. Adept al ei s'a declarat și *Tourdes*, iar *Lacassagne* merge chiar mai departe proclamând „nu numai dreptul dar și datoria medicului de a recurge, în unele cazuri, la această ultimă resursă”, care n'ar fi indispensabilă decât în 2%—3% cazuri, marea majoritate a căsnicilor sterpe avându-și originea în însăși sterilitatea femeii.

Procedeul a fost perfecționat de *Sinety*: în primele zile după menstruație câteva picături de spermă sunt introduse într-o seringă de sticlă (pentru injecțiuni uterine), la vârful căreia e adaptată o canulă de cauciuc, care e împinsă până în fundul uterului femeii, aceasta fiind așezată pe marginea patului, cu colul descoperit. După injectarea a 2—5 picături, canula e lăsată în uter timp de 2—3 ore, iar femeia trebuie să stea culcată 24 ore.

* * *

Am văzut obiecțiunile ce se fac procedeului:

1. *Din punctul de vedere al moralității* e, firește, o chestiune de apreciere; în nici un caz însă, oricare ar fi părerea noastră intimă, nu putem subscrie la enunțarea principială a tribunalului din Bordeaux anume, că: „asemenea procedee câtă a nu depăși domeniul științei, spre a trece în acela al practicei”, pentrucă și fecundația artificială e o cucerire a ingeniozității minții omenești, întru corectarea naturii rebele. Rămânând închise în turnul de fildeș al laboratorului, investigațiile științifice n'ar mai răspunde menirii lor. *Leblond*, comentând zisa sentință, observă că fecundarea artificială nu e mai imorală ca intervenția chirurgicală pentru dilatarea orificiului mitrei.

2. *Succesele* sunt în funcțiune de calitatea lichidului seminal — identificarea spermatozoizilor vii — pe deoparte, iar pe de alta de capacitatea de concepțiune a femeii.

3. E dela sine înțeles că *practicianul va refuza să injecteze de exemplu sperma unui sifilitic, a unui tuberculos, a unui alienat*.

4. Deasemenea va renunța la intervenția sa medicul care în prealabil se va fi incredințat de *existența unei imflamații cronice*, cum e pelvipertonita, ori a unor formațiuni neoplastice ale uterului sau ale anexelor.

5. Trebuiesc mari precauțiuni, pentru *evitarea unei infecții* și, poate, că e mai recomandabil ca sperma să fie depusă numai în

vagin, lăsând spermatozoidului sarcina de a-și netezi singur calea până la destinație.

6. Nu putem îndeajuns stărui asupra garanțiilor de *autenticitate a secrețiunii seminale*. E absolut necesară prezența bărbatului, spre a fi sigur că sperma lui și numai a lui îi va fructifica soția. E dela sine înțeles că operația nu se poate întreprinde, decât cu consimțământul expres al celor doi interesați.

Toate aceste garanții sunt indispensabile, spre a se preîntâmpina fraude cari, după caracterizarea plastică a lui *Tourdes*, ar avea drept țintă un ade-vărat „furt de paternitate”. Și doar, am arătat cât de mari sunt interesele legate de dovada unei filiații legitime.

Și încercări de mistificare s'au și făcut multe, inspirate din publicarea observațiilor lui *Eustache* — câteva succese obținute pe o cale cu mult simplificată: după ejaculare, femeia, cu propriul ei deget muiat în spermă, să ungă orificiul colului. Sau inspirate din următoarea observație a lui *Prüssmann* (1910): A moșit o femeie de 28 ani, măritată de 5 ani și care, dela vârsta de 6 ani, în urma unui accident de trăsură, suferea de o obstrucție cicatricială a vulvei până la perineu. Numai în treimea inferioară stângă a cicatricei era un orificiu (pentru eliminarea urinei) al unui canal lung de 19 cm. care ducea până la uter. Un coit propriu zis fiind imposibil, spermatozoizii și-au făcut singuri drum la mîtră. Precum tot atât de impresionante sunt observațiile lui *Grandini* (bărbatul, cu mâna umedă de spermă, a atins genitalele femeii) și *Hirsch* (coit *inter femora*, numai vulva stropită cu spermă): în ambele observații se notează fecundarea. Dar Casația germană (1908) a refuzat recunoașterea filiației legitime pentru un copil, a cărui mamă susținea că a luat din lichidul de pe cearșaf al unei poluțiuni a soțului ei impotent și l'a introdus în vagin.

V. MISIUNEA EXPERTULUI

Repetăm: e foarte greu, de multe ori strivitor, mandatul dat de justiție omului artei, spre a o lumina într-o chestiune de paternitate implicând și pe aceea a maternității, ori numai într-una de simplă maternitate. Și aceasta, fie în împrejurări normale, fie în cazuri de tăgadă a paternității cu invocarea vârstei (impubertatea), a impotenței congenitale ori dobândite a răpitorului. Deasemenea poate avea de determinat legitimitatea unui copil, conceput sau născut postum, ori recunoscut *in extremis*, atunci când părintele prezumtiv se lupta cu moartea.

1. În primul loc va determina vârsta individului a cărui paternitate e discutată. Observația lui *Zacchias* — puterea fecundantă a bărbatului e la apogeul ei în perioadele extreme ale virilității (pubertatea și vârsta de 60 ani fixată de dreptul roman) — această observație e întemeiată, ca una ce a fost verificată timp de aproape trei sute de ani. Virilitatea e mai des constatată la bărbați mai în vârstă decât la tineri cari abea au pășit pragul pubertății. Și zicând „virilitate”, înțelegem aptitudinea de a împregna femeia. — susceptibilă de a germina. — pentru că nu trebuie confundată *potentia*

coeundi a impuberului cu *potentia fecundandi* care e în funcțiune de maturitatea testiculară. Cât despre adulți, *potentia coeundi* și *conseroarea spermatozoizilor vitali în lichidul spermatic* sunt în funcțiune de vigoarea fizică, de păstrarea facultăților mintale și mai ales de starea organelor genitale.

2. Deaceca expertul va face examenul somatic și psihic atât al bărbatului cât și al femeii. Va face și un minuțios examen local (în caz de deces, autopsia completă îi va da toate elementele de documentare).

De notat că, în genere, *hermafrodiții* sunt considerați ca impotenți; bine înțeles, se va stabili, în măsura posibilului, sexul adevărat al individului anormal, deoarece există observații de hermafrodiți — unii capabili de a fecunda alții apti la împregnare.

3. În ce privește examenul lichidului seminal, îi recomandăm să nu uzeze decât de spermă ejaculată în prezența lui. Numai în cazuri excepționale va putea recurge la o stoarcere sau puncție a testiculelor, pentrucă, după cum cu drept cuvânt observă *Posner* și *Pincus*, deși se identifică spermatozoizi, nu e exclusă posibilitatea ca individul să fie atins de aspermatism. Ținând seama și de posibilitatea unei azoospermii temporare, expertul va repeta examenul microscopic al spermei din nou ejaculate în prezența lui, la un interval de câteva zile (1—2 săptămâni). Indicii pentru fixarea epocii la care s'a pronunțat azoospermia le poate găsi în stabilirea datei aproximative la care s'au declarat: blenoragia, inflamația testiculelor, bolile microbiene verificate a fi o cauză de sterilitate masculină, acțiunea intensivă a razelor X, mizeria fiziologică extremă, abuzul de stupefiante, intoxicația cronică prin vaporii de benzină.

4. Relativ la paternitatea atribuită *in extremis*, e de observat că nu e de conceput ca un bărbat suferind de o boală infecțioasă gravă, de o paralizie consecutivă unei hemoragii cerebrale, unui traumatism al capului, unei embolii a unei artere cerebrale, sau un bărbat atins de hidropisie, mai mult sau mai puțin generalizată, să poată îndeplini actul coital.

5. S'a insistat și asupra elementului sensualității, adică: nu ajunge un coit complet, ci e nevoie și de existența bilaterală (și la bărbat și la femeie) a senzației de voluptate. Contestăm necesitatea absolută a acestui element, pentrucă atât în măritişurile impuse cât și mai ales în siluirile violente, în care deci femeia nu numai că opune rezistență, dar e toată scuturată de un fior de repulsiune, s'au văzut fecundări dela primul contact.

6. La formularea concluziunilor sale, indiferent de speța ce a avut de examinat, expertul nu se va pronunța decât ținând seama de toate acele capricii ale naturii pe cari le-am descris și exemplificat și nu va nesocoti posibilitatea fecundării artificiale.

PERVERSIUNEA SIMȚULUI GENITAL

În chip logic și firesc se leagă de chestiunea paternității și a maternității aceea a perversiunii simțului genital, de oarece în prealabil se pune întrebarea: un individ (bărbat sau femeie), la care se constată una din formele aberațiunii sexuale — și vom vedea că sunt destul de variate — e el capabil de îndeplinirea funcțiunii biologice a reproducțiunii? Cu alte cuvinte, bărbatul și femeia, la cari se constată o deviere a simțului genezic, sunt ei susceptibili de paternitatea ori maternitatea copilului ce li se atribuie? Examenul principalelor tipuri de perversiune a simțului genital ne va ușura soluțiunea problemei.

I. Masturbarea

Din nenorocire, aceasta e forma cea mai răspândită a satisfacerii artificiale a pornirii sexuale și se întâlnește la ambele sexe și la toate vârstele: inconștient la copilul mic, conștient dela vârsta prepubertară până la adânci bătrânețe, onanismul e una din cele mai grozave plăgi sociale.

Inveterată, masturbarea duce cu timpul la *impotentia coeundi* la bărbat; la indiferența, dacă nu chiar la repulsiunea față de raportul bisexual la femeie, pentru care manoperele onanistice constituie un surogat al funcțiunii firești. *Nu exclude însă cu totul și îndeplinirea poruncii naturale, bărbatul mai putând avea, intermitent, o erecție mai mult sau mai puțin suficientă, iar femeia suportând, cu mai mare sau mai mică resemnare, legea firii.* Astfel că numai în forma paroxistică a onanismului se poate admite o completă anihilare a facultății de fecundare din partea bărbatului și de concepțiune din partea femeii (cu excepția, pentru aceasta din urmă, în cazurile de coit normal realizat prin violentare ori surpriză).

* * *

În ce privește diagnosticul, putem afirma că el e foarte greu, dacă nu chiar cu neputință de stabilit, — și aceasta, din pricina absenței unei formule simptomatologice de strictă interpretare științifică. (Vezi și „Diagnosticul atentatului la pudoare“, vol. II).

1. La bărbat. — Erectilitatea mai pronunțată (în prima perioadă), turgeșcența glandului (cu mucoasa violacee), roșeața și tumefacția buzelor meatului uretral, turburări ale sistemului nervos, ale mecanismului nutriției sunt greșit considerate ca semne ale onaniei — la *adult*, pentrucă ele pot foarte bine caracteriza un coit

natural excesiv (abuz prin desfrâu ori efect al hiperesteziei sexuale — satiriasis permanent, intermitent, periodic).

În schimb, caracteristică și mai mult sau mai puțin concludentă e simptomatologia masturbației la *impuberi* și *adolescenți*: congestionarea și semi-erecțiunea aproape instantanee a penisului cu volumul crescut la simpla atingere (în cursul examenului), turgescența glandului (de culoare violacee), roșeața buzelor resfrânte în afară ale meatului uretral, volumul crescut al testiculelor sensibile la presiune, scrotumul mărit și de culoare brună, punctul mamar dureros la presiunea exercitată asupra mamelor. — La *copiii* de ambele sexe, masturbația poate avea o cauză cerebrală (imbecilitate, idioție) ori una de alt ordin: phimosis, balanită, oxyuri în anus sau în vagin; scărpinarea dându-le o senzație voluptoasă, se deprind să se masturbeze.

2. La femeea nubilă și adultă semnele, după *Martineau*, ar fi: mărirea volumului și erectilitatea clitorisului, turgescența glandului acestuia, lungirea buzelor mici, roșeața mucoasei vulvare, slăbirea tensiunii himenului. Dar toate aceste semne nu sunt caracteristice, pentrucă: *volumul clitorisului* diferă, congenital, dela femeie la femeie; *erectilitatea* lui poate fi datorită unei excitabilități mai mari; *turgescența glandului* poate avea ca origine sau o inflamație mai veche ori mai recentă, sau o mai mare frecvență a raporturilor sexuale; *roșeața mucoasei vulvare* poate avea diverse cauze cu totul străine masturbației; *laxitatea himenului*, în marea majoritate a cazurilor, are ca origine structura, conformația membranei sau coituri normale; *nimfele lungite*, flasce, s'au observat la fete și femei cari n'au practicat niciodată masturbația.

3. La *impubere* semnele acestea — în deosebi erectilitatea clitorisului și turgescența glandului — ar putea fi concludente. *Tobler* (în „Münchener Medizinische Wochenschrift“, 1903) notează o hipertrofie musculară a coapsei și pulpei drepte la o fetiță de 6 ani care, dela vârsta de 2 ani, se masturba cu piciorul drept îndoit și adus la nivelul vulvei.

II. Pederastia

Afară de cazurile cu adevărat excepționale — în cari, printr'un viciu de conformație, există o comunicare congenitală directă între rect și vagin — *actul pederastic etero-sexual exclude posibilitatea fecundării femeii*.

Păcat aproape originar — despre coitul anal se pomenește și în Biblie (locuitorii Sodomei au încercat să abuzeze de cei doi îngeri cari, după ce vestiseră pe Abraham că Sara va rămânea grea, veniseră la Lot) — pederastia e de timpuriu cunoscută și în lumea veche (*ephebophilia* în Grecia clasică: „*Alcibiades ineunte adolescentia amatus est a multis more Graecorum*“ — Cornelius

Nepos; *pedicatio* la vechii Romani, pentru combaterea căreia s'a promulgat *Lex scatinia*). Raportul acesta contra naturii a căpătat din ce în ce mai mulți adepți: înregistrăm acea *furie pederastică* de care se arată îngrozit Zacchias în caracterizarea aberațiunilor sexuale din Italia medievală. Multă vreme pedepsită cu moartea (arderea pe rug — *Constitutio criminalis Carolina*; spânzurătoarea în Anglia și America), pederastia, după legea noastră penală, nu e susceptibilă de sancțiune decât atunci când are caracterul unui atentat la pudoare (art. 262—266) cu sau fără violență, cu sau fără publicitate. De coitul anal consimțit, însă, societatea nu se sinchisește.

Și deaceea asistăm la o contagiune din ce în ce mai alarmantă prin virusul pederastic, care până și taina căsătoriei o pângărește. De teama sarcinii — notăm cea mai abjectă formă a malthusianismului: femei tinere, sănătoase, nu numai se pretează, dar încă solicită bărbatului satisfacerea, pe această cale, a instinctului sexual. Există o categorie de prostituate cari au căutare numai pentru această „specialitate“, după cum există și prostituați masculini — indeletnicire foarte lucrativă, mai ales prin latura ei de șantaj exercitat asupra clientelei.

Pederastia e frecventă și la hermafrodiți (*incubi* sau *sucubi*, după cum și conformația organelor genitale externe le permite să fie activi sau numai pasivi).

În ce privește identificarea semnelor de pederastie activă sau pasivă, o vom discuta la capitolul „Diagnosticul atentatului la pudoare“, (vol. II).

Hirschfeld, Lothar Goldman, Marcuse (1925) insistă cu un lux de detalii asupra transvestivismului: *pederaști* pasivi cari adoptă îmbrăcămintea, găteala și felul de a se comporta al sexului opus. Bărbatul, cu figura imberbă, se îmbracă femește, își ondulează părul, poartă brățări și cercei, se pudrează, se parfumează.

1. O femeie, îmbrăcată în haine bărbătești și care de ani de zile practica prostituția și cea etero-sexuală și cea pederastică, în momentul arestării a fost găsită în plină menstruație. — 2. O fată de 29 ani, histerică, îmbrăcată bărbătește și „căsătorită“ cu o altă fată, marcată prin pseudologia fantastică, îmbrăcată și ea bărbătește — *Weissenberg*, 1928. — 3. Un bărbat de 36 ani. De mic avea o deosebită plăcere să se îmbrace cu rochițele surorilor lui. La 14 ani, punând un corset, capătă o erecțiune. Imbrăcat bărbătește, a avut raporturi frecvente cu femeile, dar numai schițate, pentru că în fața lor era lovit de *impotenția coeundi*. Imbrăcat femește, are erecțiuni nocturne, dar numai cu o anumită categorie de femei: cele amputate de un picior: își notase adresele a 17 dintre acestea și se ține după ele ca atras de un magnet. (*Schwartz*, 1928).

În sfârșit, *Frigeris* a creat tipul auto-pederastiei: *bărbatul sau femeea*, în scopul de a-și procura o senzație voluptuoasă, își introduce singuri în rect corpuri străine mai mult sau mai puțin voluminoase, de formă conică sau cilindrică. Această aberațiune poate

avea urmări funeste: moartea unui paranoic care-și introdusese pe rect o bucată de lemn lungă de 22 cm. și care a pătruns până la colonul descendent (observația lui Ziino).

III. Coitul bucal

Coitul *per os* — atunci când el se mărginește numai la provocarea artificială a erecțiunii. *ejacularea subsequentă făcându-se în căile genitale ale femeii* — nu exclude *impregnarea și sarcina*.

Raportul sexual *cunnilingus* — neurmat de intromisiunea penisului eventual ajuns în stare de erecție — exclude fecundarea.

Deasemenea nu poate fi vorba de impregnare posibilă, atunci când raportul anormal etero-sexual are loc între mamele, subsuori, între coapse (*afară de cazul când sperma se poate scurge pe vulvă în vagin*).

IV. Mixoskopia

Perversiune sexuală, caracterizată prin aceea că facultatea potențială a bărbatului nu se manifestă decât numai la spectacolul unui coit practicat de alții. Mixoskopul — numit și „voyeur“ — *în genere se bucură de potenția coeundi și de potenția fecundandi*.

V. Fetișismul

E o perversiune sexuală congenitală, care își are obârșia într-o stare de degenerescență și se caracterizează prin aceea, că instinctul genezic nu se trezește decât la vederea, atingerea sau numai cu reprezentarea unei părți a corpului sau a unui obiect purtat de persoana dorită sau chiar de o altă persoană.

Elementul excitant — fetișul — e în majoritatea cazurilor constituit de: pielea, părul, ochii, gura, urechea, sânii, fesele, glezna (nu însă și părțile genitale desgolite a căror vedere, pipăire, sau numai evocare formează imboldul firesc al simțului genezic), ru-făria de corp, scufa, batista, șorțul, ciorapul, încălțăminte, etc. Puterea fetișistă o mai exercită, la unii, un miros particular al corpului, anumite infirmități fizice (șchiopătarea), diformități (co-coașa) sau afecțiuni cutanate (sarcom sau tumoare piloasă). Excitantul poate fi și de natură imaterială: vocea, fluidul privirii.

Fetișistul nu râvnește întotdeauna la posesiunea persoanei al cărei fetiș îi provoacă orgasmul, ci fetișul îi e necesar pentru satisfacerea instinctului sexual (chiar cu altă persoană), ori prin ejaculare spontană, ori prin masturbare.

. . .

Victimă a unei anomalii psihice congenitale, fetișistul se manifestă ca atare încă din perioada prepubertară (sunt foarte rare

excepțiile de fetișism tardiv), iar visurile lui erotice nu au de obiect însăș persoana dorită, ci numai acea parte a corpului sau obiectul care constituie fetișul. Iar pentru a și-l procura pe acesta din urmă, pervertitul sexual, sub imperiul unei obsesiuni-impulsivni, nu se dă îndărăt dela comiterea unui delict: fură obiectul purtat, taie cu foarfecele, cu cuțitul, smulge o parte din acest obiect, taie coada sau o șuviță de păr. *Harnik* (1928), studiind psihologia tăitorilor de cozi sau de bucle de păr, a ajuns la concluzia că, în concepția unora dintre acești psihopați, actul sexual normal e înlocuit prin castrarea simbolică a obiectului feminin. Și explică această concepție prin oroarea ce i-o inspiră coitul, deoarece îl consideră ca expresiune a unui act sadic.

De regulă acești pervertiți sunt monofetiști, adică numai o anumită parte a corpului sau un anumit obiect le provoacă excitațiunea. Predilecția aceasta se statornicește în chiar momentul în care se declară anomalia și din acea clipă nu mai poate avea raporturi sexuale cu ejaculare fără prezența, atingerea sau cel puțin evocarea fetișului. Edificatoare e următoarea observație: căsătorit, un fetișist nu putea avea raporturi cu soția sa, dacă nu ținea în mână un pantof al acesteia, pentru că prima trezire a pornirii genezice i-o provocase, în momentul pubertății, vederea unei încălțăminte feminine.

Rare sunt observațiile cu fetiș multiplu. — *Fetișistul e capabil de a procrea.*

Vorbind de proveniența fetișului, am întrebuițat dinadins termenul generic de „persoana“ dorită, pentru că fetișistul poate fi eterosexual și homosexual.

Unii sunt fetiști *puri*, adică nici n'au simțit o singură dată măcar nevoia unui raport sexual (normal sau anormal). Alții ajung cu timpul să se lipsească de partener și atunci devin onaniști pătimiși.

Să notăm, în sfârșit, o varietate a fetișismului: *vederea, pipăirea unei anumite stofe* (catifea, mătase), *a unei blăni, desmierdarea blăni* unui animal domestic (câine, pisică) — *zoofilia erotică* — sunt necesare pervertitului.

Fetișismul nu dă loc la o expertiză medico-legală decât atunci când pervertitul, prin actele lui, justifică o intervenție a instanței represive: ultraj public contra pudorii, furt.

VI. Masoșismul

Perversiune sexuală identificată de *Krafft-Ebing* (din studiul eroilor din nuvelele scriitorului austriac Sacher Masoch) și care, după plastica definiție a lui *Thoinot*, se caracterizează prin

asocierea voluptății cu suferința fizică sau morală. Jean-Jacques Rousseau, masoșist imaginativ, se destăinuște în acești termeni: „Etre aux pieds d'une maîtresse impérieuse, obéire à ses ordres. avoir des pardons à lui demander. étaient pour moi de très douces réjouissances“.

1. Masoșismul de tipul lui Jean-Jacques e platonice sau simbolic, pentru că el se reduce numai la necesitatea umilirii.

2. Masoșismul brutal sau masoșismul mare e acela în care, cum observă *Dupré*, orgasmul nu e provocat decât de o efectivă suferință fizică: pentru pervertit e o condiție *sine qua non* de a fi lovit, flagelat, călcat în picioare, rănit până la sânge. O speță a masoșismului mare e *tipul cavalin*: bărbatul nu poate avea erecțiunea decât figurând, pentru femeie, calul cravașat de aceasta.

Se înregistrează și numeroase cazuri de masoșism feminin. *Krafft-Ebing* notează că tinerele țărance dintr'un ținut din Ungaria socot, ca semnul cel mai mare al dragostei ce le-o poate arăta un flăcău, prima palmă ce le-o dă acesta. *Seydel* a observat femei cari dinadins își scrinteau mereu mâna spre a avea senzația voluptuoasă ce le-o procura reducerea, fără anestezie, a luxației de către un medic tânăr. O femeie, care citise „Confessions“ ale lui Rousseau, nu putea concepe adevărata voluptate sexuală, decât fiind în prealabil bătută cu o nua de către bărbatul adorat, căruia în urmă îi săruta picioarele.

3. O varietate abjectă o constituie masoșismul larvat. *kopro-lagnia*: pervertitul nu poate avea raporturi sexuale ori erecțiune cu ejaculare (fără parteneră) decât dacă în prealabil femeia se urinează sau depune pe el fecalele; uneori bea urina și mănâncă dejecțiunile femeii.

4. Un tip complex de fetișism-masoșism ni-l oferă observația unui individ la care orgasmul cu ejacularea nu erau provocate decât la sărutarea unei ghete murdare: individul s'a făcut văxuiitor de ghete numai spre a avea permanent prilejul de a-și satisface aberația.

5. O altă specie de fetișism-masoșism o constituie stercorarii în forma mai atenuată: nu pot avea raporturi sexuale, dacă nu pun în pat hârtie de closet murdărită.

Lombroso („Omul genial“) a găsit la Baudelaire stigmatul caracteristic ale tipului complex de fetișism aliat cu masoșismul și cu o nuanță de sadism. Genialul autor al faimoaselor „Fleurs du mal“ avea o pasiune nestăpănită pentru anumite femei (negrese, pitice, uriașe). Unei femei de o deosebită frumusețe i-a exprimat într'o zi dorința de a o vedea spânzurată de mâini, spre a-i putea săruta astfel picioarele. „Ca să poți gusta adevărata voluptate cu o femeie, spunea el, trebuie s'o tratezi mai întâiu ca pe un

animal: s'o sechestrezi. s'o bați și apoi s'o hrănești bine ca pe o vită ținută la îngrășat".

Masoșismul e compatibil cu paternitatea.

VII. Sadismul

Botezată astfel după numele autorului unor romane în cari se găsesec descrise manifestările ei morbide (Marchizul de Sade), perversiunea aceasta sexuală e diametralmente opusă masoșismului. Sadicul nu poate simți plăcere (în raporturi etero-sexuale, homosexuale, sau în ejaculare solitară) decât numai sub impresiunea puternică cauzată de chinurile fizice ale persoanei cu care vrea să-și satisfacă pornirea genezică — chinuri provocate prin intermediar ori direct —, impulsivune bestială care uneori se traduce prin omor, mutilare, antropofagie (consumarea unor părți din trupul victimei, băutul sângelui).

Sadismul nu îmbracă întotdeauna forma aceasta gravă, ci se manifestă prin simple acte de violență: lovire, flagelație, înțepare, ciupire; unii se mulțumesc cu batjocorirea femeii (Marchizul de Sade urina pe femce sau o murdăria cu fecale) sau numai cu simple apostrofe vehemente și obșcene.

După gradul de violență și cruzime a actelor cari îl caracterizează, sadismul se împarte în două categorii: *sadismul mic* și *sadismul mare*.

a) **Sadismul mic.** Patru clase: ruperea și sfâșierea hainelor victimei; bătaia; flagelația; vederea și sugerea sângelui.

1. *Pervertitul* își manifestă furia împotriva victimei numai prin ruperea și sfâșierea îmbrăcăminteii acesteia.

2. *Bătăușii.* Sadicii aceștia *trebuie* să lovească victima cu palma, cu pumnul, cu picioarele.

3. *Flagelatorii* lovesc trupul gol al partenerei sau partenerului (sadicul, am spus, poate fi și homosexual) cu o nuia, un baston, o linie, o curea, o frânghie (indiferent dacă e vorba de o prostituată — plătită să consimtă — ori de o victimă pândită, surprinsă).

4. *Sanguinarii* simt nevoia de a vedea sângele fie chiar numai câteva picături: înțepă cu un ac cu gămălie, cu un ac, cu vârful unui cuțit, cu vârful foarfecelui — și apoi se delectează la vederea sângelui pe instrumentul scos din rană. Locul de predilecție al înțepării îl constituie pubisul, vulva, fesele, brațul, pulpele, degetele dela mâini.

O întâmplare ajunge să trezească instinctul acesta sanguinar: un tânăr, martor la rănirea servitoarei din casă prin spargerea unui geam, se repede și sugere sângele răni, — și pe loc are o erecțiune bruscă, urmată de ejaculare. Din acea zi, tânărul plătia servitoarea oridecâte ori îi dădea voie să-i înțepe un deget și să sugă sângele.

pentru că numai astfel își putea satisface pornirea sexuală (*Krafft-Ebing*).

Sadicul sanguinar înțeapă de obicei în aceeași regiune a corpului.

5. Tot ca o formă a sadismului mic sunt cazurile de **ligatură a penisului**, în cari însă se pot nota efecte destul de grave, cum e următoarea observație a lui *Müller* (1928): La un copil de 8 ani, penisul strâns legat cu o ață, în șanțul glandului. Edem al penisului, al scrotumului și al hipogastrului. Vesica umflată de conținutul nesecretat. După câteva zile s'a notat, pe pielea scrotumului, sub penis, un orificiu fistular, care interesa prepuțul și membrul și prin care se elimina puroi în abundență.

b) Sadismul mare caracterizează pe omul-fiară: lovește victima vie, continuă s'o lovească moartă, îi ciuruește trupul cu lovituri de cuțit, se'nversunează cu unghiile, cu dinții, ciopărtește cadavrul (cu sau fără prealabilul coit natural sau anal), taie vulva, smulge organele genitale interne, smulge viscerele. După cum am arătat, bestia mănâncă părți din trupul victimei și-i bea sângele.

1. Tirsch, în 1864, smulge părțile genitale, le aduce acasă, le fierbe și apoi le mănâncă. — *Maschka*.

2. Leger mănâncă inima și bea sângele victimei. — *Esquirol*.

3. Un tip aparte de pederast sadic e măcelarul german *Haarmann* al cărui caz, acum câțiva ani, a făcut să treacă prin întreaga omenire civilizată un fior de groază și de scârbă și care a fost indeosebi studiat de *Placzek* (1925). Bestia, momind cu bani, a atras pe rând în cursă 26 adolescenți și, imediat după raportul anal, îi omora, ca apoi chiar aceeași noapte să le ciopărtească trupurile, iar carnea s'o vândă clienței (numai capetele și viscerele le arunca). Iată un sadic pentru care nu se poate invoca scuza influenței tiranice a stării morbide de obsesiune-impulsiune, de vreme ce instinctul de fiară e dublat cu cea mai infamă preocupare de câștig bănesc.

Unii sadici iau cu dânsii părți din cadavrul mutilat (mamela, genitaterile, părul) sau o parte din îmbrăcăminte, spre a le servi ca fetiș.

* * *

Sadicii lasă pecetea monstruoșității lor, adică fiecare își are felul propriu în manifestarea pornirilor bestiale:

Despre isprăvile Mareșalului *Gilles de Rays*, ale lui *Vacher*, *Jack Spiintecătorul*, *Menesclou*, *Verzeni*, *Gruyo*, *Artusio*, Regele *Carol-cel-Rău* al *Navarei* (acesta ordona ca, în prezența lui, să se împerecheze doi tineri, pe cari, în timpul raportului sexual, îi omora cu o singură lovitură de spadă: apoi, pe loc își satisfăcea pofța sexuală cu una din curtezanele de față), — vezi raportul nostru medico-legal — „Crima sadică” — din Volumul I, pag. 778.

Satirul din Montrouge și-a ucis victima (o fetiță de 6 ani) cu zece lovituri de cuțit, fără însă a o viola (*Balthazard*).

Pe cadavrul unei fetițe de 6 ani (omorată prin înăbușire) se notează o tăietură mento-pubiană (ca la autopsie), absența intestinului subțire, în schimb genitaterile intacte (*Ilaberda*).

Cadavrul ciopârțit al unei fetețe de 9 ani cu rupturi grave ale orificiului vaginal (*Strassmann*, 1922).

De multe ori aparențe înșelătoare ne fac să atribuim sadismului crime cari în realitate au o altă origine decât aceea a perversității simțului genital.

I. Așa, *furia alcoolică, epileptică sau o simplă impulsivitate violentă* sunt adesea uncul mobil al omorului și al mutilării cadavrului: 1) un impotent temporar omoară pe prostituata care-și bătuse joc de infirmitatea lui și apoi se sinucide; 2) unul, atins de infantilismul penisului, ceea ce însă nu-l împiedeca să aibă erecții, își sugrumă în timpul coitului soția, care-l ridiculizase pentru insuficiența-i congenitală — *Reuter*, 1926; 3) un idiot, împins numai de gândul unei răsbunări fără temeiu, a omorât și mutilat cu foarfecele cadavrele a două victime — *Mayer*, 1917.

II. *Misogения homosexuală* poate explica o crimă cu aparență sadică: un homosexual strangulează femeia cu care a avut un raport sexual, pe motiv că ea îl momise și astfel îl „descalificase” (*Stekel*, 1923).

III. Rănirea sau chiar omorirea, în cursul raportului sexual sau după îndeplinirea acestuia, pot avea ca mobil *scârba de actul în sine sau răzbunarea*: un băiat de 15 ani a omorât, îndată după actul coital, pe servitoarea care-l sedusese (*Friedländer*, 1906).

IV. *Superstiția*: un țaran rus — căutător de comori — vede, în halucinațiile lui, o stafie care-l învăță că, stropind pământul cu sângele a 50 copii nevinovați, poate găsi orice comoară îngropată; în momentul în care a fost prins, omorâse deacum 9 copii de 4—7 ani.

c) Sadismul simbolic e forma cea mai inofensivă a acestei perversiuni a simțului genital.

Tipice sunt următoarele două observații ale lui Krafft-Ebing:

1. La zi fixă, o dată pe lună, se ducea la iubita lui și cu foarfecele îi tăia o șuviță din părul de pe frunte; aceasta îi ajungea spre a-i procura cea mai vie senzație voluptoasă.

2. Vizita la dată fixă mai multe prostituate și, după ce le săpunea obrazul, făcea cu briciul gestul rasului — și aceasta îi era suficient spre a ejacula.

d) Sadismul femeii — care, după *Balthazard*, pare a consta mai mult în cruzimi morale — a fost de fapt notat în forma sadismului mic. Cităm două observații:

1. Nu putea să aibă plăcere în raportul sexual, dacă, înainte și în cursul actului, nu-și mușca soțul.

2. Frigiditatea femeii se topia, de îndată ce soțul îi dădea voie să-i facă o tăietură la braț și să sugă sângele din rană (*vampirism*).

O varietate a sadismului feminin e *sadismul fetelor tinere cari,*

rămânând fecioare, își provoacă orgasmul prin torturarea sau chiar omorirea victimelor, cruzimi întovărășite de acte cu colorit de aberațiune sexuală. *Wiethold* (1928) ilustrează acest sadism cu două observații concludente:

1. O fată de 14 ani, în interval de 12 zile, a strangulat doi copii mici (un băiețel de 2 ani și o fetiță de 3 ani).

2. O fată de 15 ani ademeneste o fetiță, o duce afară din oraș și, pe câmp, după ce o desbracă, o lovește cu o nuia pe șezut și coapse, îi masturbează genitalele exterioare și apoi îi introduce în vagin o bucată de lemn lungă de 6 cm. După opt zile, procedează la fel cu o altă fetiță.

e) **Sadismul cu animalele.** — Sunt sadici cari nu pot avea raporturi sexuale decât cu animalele, pe cari în prealabil sau în urmă le omoară.

f) **Victimele sadismului** sunt, în primul rând, copiii de ambele sexe, prostituatele, fete și femei cinstite, adolescenți și chiar adulți.

g) **Etiologia perversiunii.** — Cu rare excepții, sadicul e un degenerat și, în marea majoritate a cazurilor, un degenerat ereditar. Iar simptomele degenerescenței sunt:

1. Isubcnirea instinctului de ferocitate odată cu trezirea pornirii sexuale. Numai excepțional se observă cazuri de sadism tardiv.

2. Caracterul de obsesie-impulsiune al actului.

3. Natura sadică a viselor erotice.

4. Ereditatea perversiunii, care se întâlnește adesea în ascendența sau descendența, directă ori colaterală, a sadicului.

Sadicul e însă întotdeauna conștient de actele lui.

În formele lui atenuate (sadismul simbolic, sadismul pueril) *sadismul mic e compatibil cu paternitatea și cu maternitatea.*

VIII. Necrofilia

Aberațiune sexuală care constă în pângărirea cadavrelor umane, proaspete sau putrefiate, fie sub forma sugerii genitalelor și a mamelor (*Krafft-Ebing*), fie sub aceea a actului coital, vaginal sau anal (un caz întâmplat și la noi, în chiar incinta Institutului Medico-Legal din București și despre care pomenim în vol. I „Examenul petelor“ pag. 532), fie înfățișat cu caracter net sadic.

Cazuri tipice de necrofilie cu pecetea sadismului:

1. Sergentul Bertrand care, ani în șir, a desgropat mai multe cadavre de femei și, după ce le-a violat, le-a mutilat și ciopârțit (*Tardieu*).

2. În cimitirul unui sat austriac, în 1906, într-o noapte, au fost scoase cadavrele dintr'un cavou familial și din zece morminte izolate și a doua zi mai toate au fost găsite mutilate, două femei aveau pântecul spintecat (*Haberda*).

Degenerat, necrofilul comite actul fie sub imperiul unei obsesiuni-impulsiuni, fie din superstiție.

Necrofilia e pasibilă de sancțiunile *art. 262* (ultraaj public contra bunelor moravuri) și *art. 286* (violarea mormintelor).

IX. Zoofilia

Pasiunea omului (bărbat sau femeie) pentru animale.

La *bărbat* îmbracă de obicei forma activă (un bărbat cu o iapă; un bărbat cu o găină), dar s'au notat și cazuri de formă *pederastică pasivă* (un bărbat surprins cu un câine mare ciobănesc).

La *femeie* e întotdeauna pasivă și, în marea majoritate a cazurilor, iu vagin. Dar s'au notat și excepțiuni cu forma pederastică.

X. Nimfomania

Specifică femeii, nimfomania, metromania (*furo uterinus*) nu e propriu-zis o perversiune, ci în realitate o exaltare a simțului genital; e ceace, la bărbat, caracterizează satiriasis.

După cauzele cari o produc, nimfomania e *constituțională cronică* (*degenerescență* cu caracter de obsesiune-impulsiune), *transitorie* (simptom episodic al paraliziei generale, al nebuniei periodice, al demenței senile), *acută* (acces de delir nimfomanic, cu sfârșit de obicei funest) și *accidentală* (o cauză locală: afecțiuni cutanate ale regiunii genitale, oxyuri ale vulvei și rectului).

De regulă etero-sexuală, nimfomania poate fi și homosexuală.

Indeosebi în nimfomania constituțională și în cea acută se observă o hiperestezie sexuală dusă la paroxism: femeia, pradă a unei adevărate frenezii erotice, e incapabilă să-și înfrâneze simțurile și, în orbirea ei, se dă literalmente la om, fără deosebire de vârstă, stare socială și înfățișare exterioară.

În furia lor, nimfomanele sunt în stare să atenteze la viața persoanei pentru care au capriciul trecător, dacă obiectul alegerii lor nu le bagă în seamă ori rezistă.

În astfel de împrejurare, ori atunci când, prin gesturile și cuvintele rostite, comit delictul de ultraaj public contra pudorii, nimfomanele fac obiectul unui examen medico-legal.

Nimfomania e compatibilă cu maternitatea.

XI. Inversiunea

„Creer de bărbat în corpul unei femei și creer de femeie în corpul unui bărbat”. — LADAME

Numită și homosexualitate, inversiunea simțului genital se întâlnește nu numai la bărbat ci și la femeie și se manifestă prin preferința împinsă până la exclusivitate, pentru individul de același sex, întru satisfacerea instinctului genezic. Homosexualitatea fe-

miniună, după varietatea practicei, e desemnată cu numele de *tribadism*, *safism* sau *amor lesbic*.

Homosexualitatea, după studiul lui Porot (1926), poate avea trei caractere: 1) *homosexualitatea compensatorie* — din cauza lipsei de ocazie de a avea raporturi etero-sexuale, individul capătă, cu timpul, deprinderea raporturilor homosexuale; 2) *homosexualitatea constituțională* — o repulsiune invincibilă pentru raporturile etero-sexuale, cu vise caracteristice; 3) *homosexualitatea dobândită* în urma unui traumatism psicho-sexual și care se manifestă sub forma unei obsesiuni-impulsiuni.

După cum e congenitală sau dobândită, inversiunea e considerată ca o boală — *inversiunea-perversiunea*, sau ca un viciu — *inversiunea-perversitate*.

1. *Inversiunea-perversiune* — numită, la bărbat și *uranism* (denumire dată de un magistrat german, Ulrich, homosexualul congenital care și-a descris propria-i boală) — e produsul unei stări morbide, tiranice, care anihilează dacă nu și conștiința, în orice caz voința bolnavului.

Intrevăzut de Casper (1852), „simțul sexual contrar“ din născare a fost în deaproape studiat în prima linie de Westphal și Krafft-Ebing (în Germania), de Charcot și Magnan (în Franța), cari i-au identificat caracterele. Au urmat studii mai noi și subiectul e departe de a fi epuizat, atât sub raportul etiologiei și patogeniei, cât și sub acela al încercărilor terapeutice.

Steinach (1911) emite teoria existenței unei glande pubertare hermafrodite, cu predominarea (la bărbat) a hormonilor sexuali feminini cari erotizează sistemul nervos central, slăbind sau chiar anihilând cu totul acțiunea moderatoare a elementelor secrețiunii interne masculine. După Wolff (1925) uranismul ar avea și o cauză ereditară. Urmând indicațiunile lui Steinach, Lichtenstern (1918) și Pfeiffer (1922) au reușit să facă eterosexual pe câte un bărbat homosexual monorchid prin extirparea testiculului aparent și greșirea unui alt testicul. Și ambii foști uraniști s'au însurat, îndrăgostiți de soțiile lor.

Caracterele specifice inversiunii congenitale sunt:

a) *Precocitatea* — manifestarea neechivocă a anomaliei în chiar momentul trezirii instinctului sexual. Foarte rareori se înregistrează o întârziere mai mare în izbucnirea perversiunii.

b) *Inclinațiuni anormale*, cu repulsiune mai mult sau mai puțin pronunțată pentru sexul opus. Și aceste inclinațiuni se manifestă în diversele perioade:

1. În *prima copilărie*: băețelul are gusturi de fată, iar aceasta din urmă gusturi de băiat.

2. Puber, băiatul se excită, masturbându-se, la vederea nudițărilor masculine, iar fata invers.

5. În adolescență, băiatul își descoperă adevărata vocațiune sexuală în scârba ce-i inspiră primul contact etero-sexual și, după mai multe raporturi normale, potenția coeundi îi slăbește tot mai mult. până se declară impotența. Fata are și ea revelația adevăratei ei aspirațiuni sexuale prin absența plăcerii în raporturile normale (prin căsătorie ori în uniunea accidentală) și senzația voluptoasă ce i-o procură primul act de tribadism.

Odată inițiat homosexualul, masculin sau feminin, capătă — și nu și-o ascunde — o oroare de neînving pentru raportul etero-sexual. Sunt însă și excepții: unii uraniști masculini pot practica, un timp, și coitul normal; uranistul feminin suportă, atâta vreme cât nu se poate eschiva, și coabitațiunea firească.

* * *

Edenhofer (1926) dă o descrițiune a narcisismului sau **auto-mono-sexualismului**, caracterizat prin aceea că obiectul excitațiunii sexuale este și rămâne însăș persoana invertitului.

Rohleder (1928) dă un exemplu de ceace desemnează sub numele de **trisexualitate** la un bărbat: I. La 8 ani, în contemplarea corpului său în oglindă, are o senzație erotică trecătoare, care nu reapare decât la vârsta de 16 ani, la vederea nudurilor unora dintre camarazii lui de școală, cu aceeași înclinare de auto-erotism cu o nuanță de homosexualitate. — II. Pe la sfârșitul epocii pubertate — pubertate tardivă — izbucnește instinctul *etero-sexual*. Adult, se însoară, are raporturi normale și devine de câteva ori tată. — III. Brusc reapare pornirea homosexuală, cu onanism și transvestivism. Se notează deci trei faze distincte ale trisexualității: auto-erotism; etero-sexualitate și homosexualitate.

Juliusburger și *Leibbrand*, într'un studiu asupra **perversiunii polimorfe**, citează cazul unui bărbat de 52 ani, dinr'o familie de psihopați (mamă histerică, tată violent). Copil nervos, școlar mediocru; suferă de mania grandoarei (se crede când Goethe, când Christos). Onanist exhibiționist. Homosexual, dar are și raporturi eterosexuale normale, fără plăcere însă. Misogin: îi e scârbă de genitalele feminine, iar actul intromisiunii îl îngrozește. Plăcerea lui cea mai mare e să fie spectator la scene de amor lesbic între prostituate (pe cari le plătește anume pentru această producțiune).

Brock (1929) publică observația privitoare la o femeec care, travestită ca bărbat, a fost totuși de două ori măritată.

Hirschfeld (1928), pe baza unor observații, a identificat existența unei **intersexualități ereditare**: virilism la femeec și feminism la bărbat. El deosebește 5 specii de intersexualitate: *hermafrodismul adevărat*, *pseudo-hermafrodismul*, *transvestivismul*, *metatropismul* (atracțiune reciprocă și raporturi între femei virile, atracțiune reciprocă și raporturi între bărbați feminini) și *homo-*

sexualitatea (uranistul sau uranista cari își satisfac perversiunea și cu indivizi netarați, ci numai pervertiți cari practică pederastia sau lebismul din viciu ori profesie).

c) *Conștiința deplină a anomaliei*, dar și aceea a imposibilității de a rezista puterii impulsive a obsesiunii morbide. Unii homosexuali sunt abătuti, umblă cu gândul sinuciderii și se simt ușurați, atunci când li se stinge apetitul sexual.

d) *Coexistența mai multor stigmatate de degenerescență și fizică și somatică*.

e) *Visurile erotice* au și ele caracterul net homosexual.

f) *Intocmai ca amorul firesc*, amorul homosexual își are capriciile și violența celui dintâiu: aceleași pasiuni, aceleași accese de gelozie, aceleași infidelități, aceleași rupturi.

g) *Pudoarea homosexuală*: uranistul masculin, care nu se jenează să apară gol în fața unei femei, își ascunde cu grijă nudițiile în fața unui bărbat care nu e din tagma lui. La fel și uranista care, indiferentă în fața unui bărbat, e desperată atunci când e surprinsă goală de o femeie străină.

h) *Uranistul masculin* se efeminează: își epilează barba, se fardează, poartă brățări și uneori îmbrăcăminte femeiască, își acopere organele genitale cu un bandaj, manifestă aversiune pentru sporturile masculine și se inițiază în lucrul de mână.

Femeea uranistă caută să-și dea o alură virilă: fumează și bea ca un bărbat, uneori poartă costum bărbătesc și, în dreptul pubisului, își fixează o periniță, spre a simula proeminența organelor genitale masculine.

i) *Uranistul masculin* are predilecție pentru pederastia pasivă (pe care rare ori o caută în tovărășia unui alt uranist, ci preferă societatea pederastului profesionist), pentru masturbarea mutuală sau pentru coitul bucal. Uneori unica plăcere a bărbatului uranist e de a masturba el adolescenți.

Femeea uranistă își găsește satisfacția instinctului sexual în practica, în tovărășie, a *masturbației digitale*, a *onanismului bucal* (*safismul*, *amorul lesbic*) și a *tribadismului* (frecarea mutuală a părților genitale). În raporturile dintre două uraniste se notează uneori un simulacru de coit normal: una din ele prevăzută cu un penis artificial, fixat cu ajutorul unei cingători, joacă rolul activ al bărbatului.

Excepțional, uranistul e capabil de procreațiune; femeea uranistă, suportând și raportul eterosexual, nu pierde facultatea concepțională.

2. *Inversiunea-viciu sau inversiunea-perversitate (dobândită)*. — Deosebirea între invertitul congenital (*uranistul*) și invertitul făcut e că, pe când cel dintâiu e victima unei predispozițiuni

constituționale, sclavul unei legi fatale, neiertătoare, cel de al doilea e produsul unor circumstanțe factice cari, după *Chevalier*, sunt:

a) *Fobia consecințelor eventuale ale raporturilor sexuale firești.*

1. Teama de contaminare venerică, la bărbat (despre regele Henric al III-lea se spune c'a devenit pederast după ce a contractat o blenoragie dela o femeie). Dar homosexualitatea nu prezervă întotdeauna de o atare infecție: e foarte frecventă blenoragia rectală la cei pasivi și, ca urmare, cea uretrală la pederastii activi.

2. Teama *femeii* de a rămâne însărcinată.

b) *Depravarea.* Bărbatul, care a uzat și abuzat de funcțiunea genezică firească, la un moment dat caută senzații noi, uneori însă fără a renunța și la cele normale (Cesar fusese doar poreclit: „bărbatul tuturor femeilor, femeia tuturor bărbaților“). Unii, odată alunecați pe această pantă, ajung să fie stăpâniți de noua patimă. Homosexualii din viciu se recrutează și printre onaniștii inveterați.

c) *Din necesitate*, în aglomerațiunile de indivizi de acelaș sex și din cauza absenței totale ori a insuficienței numărului de indivizi aparținând sexului opus: în cazărmi, penitenciare, aziluri, căminuri, pensionate, internate, pe bordul vapoarelor, etc.

Adepti ai homosexualității devin, prin cerința naturii, acei cari, prin însăș chemarea lor, sunt osândiți celibatului perpetuu: călugării, călugărițele, membrii clerului catolic în genere. Edificațiile, sub acest raport, e suplica înaintată de cardinali Papei Sixt al IV-lea (secolul XV) prin care solicitau „îngăduința de a comite păcatul homosexualității în timpul celor trei luni de călduri mari ale anului“.

Necesitate care a fost observată și la animalele cărora împrejurarea le impune abstenența un timp mai îndelungat: după continență, cocoșul se face găina primului mascul, care-i iese în cale.

d) *Profesiunea.* Cea mai abjectă categorie de homosexuali o constituie prostituatele masculine — indivizi cari trăesc din infama lor îndeletnicire. Invertitul prostituat e un pericol social, prostituția masculină fiind bulionul de cultură al crimei.

Invertitul vițios, putând avea și raporturi firești, e capabil de a procrea.

* * *

Bolnav, uranistul, chiar atunci când vine în conflict cu legea penală, are o responsabilitate atenuată. Vițios, homosexualul făcut iar nu născut, nu are dreptul la nicio indulgență.

Ba, sunt țări în cari și uranistul nu scapă de rigorile codului: în Austria, Norvegia, Danemarca, Anglia, America și Germania (în această din urmă țară, homosexualitatea e pedepsită cu închisoarea și uneori și cu pierderea drepturilor civile).

LEGIFERAREA STERILIZĂRII ȘI A CASTRĂRII FORȚATE PENTRU AMBELE SEXE

„Atunci când e de prevăzut că o persoană atinsă de o boală ori o infirmitate mintală incurabilă nu poate avea decât o descendență tarată, acea persoană poate fi obiectul unor măsuri de ordin medical, spre a se împiedeca procreațiunea”. (Art. 28 bis din „Legea regimului alienaților” din cantonul Vaud-Elveția).

Și aceste „măsuri de ordin medical” (votate de aproape unanimitatea Marelui Consiliu al cantonului Vaud, în ședința dela 3 Septembrie 1928) se traduc în fapt prin sterilizarea (*vasectomia* Noecke-Rentout: suprimarea a câte unei porțiuni de 1 cm. de fiecare parte a canalului deferent la bărbat, a trompei lui Fallope la femei; aplicarea razelor X) ori *castrarea* bărbatului sau a femeii, a căror funcțiune genezică e considerată nu numai ca un neajuns, ci ca o adevărată primejdie socială. Ne grăbim să adăugăm că această dispozițiune legală — prima ca atare în Europa — nu face decât să ratifice o practică veche de douăzeci de ani nu numai în Vaud, ci și în alte cantoane ale Confederației helvetice. Și ea se aplică nu numai alienaților propriu-zisi, ci oricărei persoane atinse de o infirmitate mintală, ale cărei acte sunt de natură să alarmeze pe reprezentanții societății. Sterilizarea ori castrarea e ordonată de Consiliul Sanitar al cantonului, pe baza unei anchete oficiale și a concluziunilor conforme ale unei expertize medicale, care trebuie să facă demonstrația științifică neîndoioasă, că eventuala progenitură a bărbatului sau a femeii vizate e susceptibilă de a fi anormală.

Inițiativa sterilizării și a castrării în Elveția revine cantonului Sanct-Gallen care, cu două decenii în urmă și fără un text legal, ci numai ca măsură administrativă, a experimentat-o la azilul din Vil. Sub impulsuinea profesorului H. W. Mayer, practica operației a trecut la azilul cantonal Burghölzli și la policlinica psihiatrică din Zürich, precum și la ospiciul din Cery; profesorul Naville a introdus sterilizarea în cantonul Geneva, iar administrația Asistenței Publice din Berna a ordonat sterilizarea unor femei sărace cari, prin prolificitatea lor, constitue o prea mare sarcină pentru bugetul ei. Muret, fost profesor la Facultatea de Medicină din

Lausanne (într'un foarte documentat raport citit la adunarea generală din 1927 a Societății de igienă socială și morală) recomandă sterilizarea, după împrejurări, ca indicațiune terapeutică, eugenică, de igienă socială preventivă și ca măsură dictată de considerațiuni socialo-economice. Dr. Hauswirth, deputat în Marele Consiliu al cantonului Berna, a mers și mai departe, prin propunerea făcută (în 1925), pentru suprimarea pur și simplu a „indizerabililor” sub raportul funcțiunii genezice. Și și-a îmbrăcat ideea de otrăvire a alienaților incurabili și a idioților în vestmântul unui umanitarism foarte discutabil, ca să nu-l calificăm altfel: „Animalele bolnave sunt ucise, iar oamenii atinși de o boală incurabilă sunt osândiți să sufere toată vieța lor”. Ne îngrozim numai la gândul crimelor sociale, ce prin abuz s'ar comite sub egida acestei euthanasii, când ne putem lesne închipui câte atențate legale se pot săvârși numai cu sterilizarea și castrarea, atunci când expertiza medicală nu e înconjurată cu toate garanțiile necesare de competență și de sinceritate.

Și totuș suntem și noi partizani ai sterilizării și castrării, pentru că este un mijloc eficace de apărare a societății împotriva procreațiunii morbide. Precum am aplaudat la propunerea de sterilizare a alcoolicilor incurabili. („*Der Alkohol im Lebensprozess der Rasse*” — raportul lui Rudin la Congresul antialcoolic din Brema — 1905), a alienaților criminali și a criminalilor deveniți alienați (raportul lui Forel la Congresul neo-malthusian dela Haga, 1910; studiul lui Good în „*Journal suisse de droit pénal*” 1910), tot așa aprobăm legea cantonului Vaud. Și o facem pe baza rezultatelor obținute cari cu adevărat sunt edificatoare:

1. În raportul citit în adunarea generală a Societății elvețiene de psihiatrie (1925), profesorul H. W. Mayer a analizat sterilizările și castrările practicate la Burghölzli, la Policlinica de Psihiatrie din Zürich și la azilul din Vil. Totalul de 43 persoane sterilizate se descompune în: 21 bărbați și 22 femei. Dintre bărbați, doi au fost supuși acțiunii razelor X, iar 19 castrați; dintre femei, 12 au fost sterilizate prin acțiunea roentgeniană, iar 10 castrate. După sterilizare și castrare, 52 internați au putut fi puși în libertate, fără a mai fi dat vreodată de lucru tribunalelor represive. Dintre femeile sterilizate, trei (demente sau imbecile) fuseseră osândite pentru pruncucideri repetate, iar toate cele 10 castrate alarmaseră prin instinctele lor sexuale exagerate, combinate cu tare intelectuale sau morale.

2. În aceeaș adunare, Doctorul Steck a expus rezultatele sterilizării și castrării practicate în 27 cazuri (25 femei și 2 bărbați). Toți operații, cu excepția unei singure femei, au putut fi puși în libertate, fără ca prin purtarea lor ulterioară să mai fi dat ocazie pentru o nouă internare.

5. *D-ra Marie Thérèse Nisot*, doctor în drept (care în numărul 755, din 1 Februarie 1929 al revistei „*Mercur de France*”, consacră un documentat studiu chestiunii sterilizării anormalilor) relevă că nu odată se întâmplă, în Elveția, să se sterilizeze femei sănătoase, numai în scopul de a le împiedeca să rămână însărcinate, bărbații lor fiind alienați, degenerați ori alcoolici inveterați. Deasemenea, în unele comune elvețiene se obișnuiește sterilizarea persoanelor fără căpătâiu, a fetelor cari au născut unul sau mai mulți copii ilegitiți.

Conceptia elvețiană în favoarea sterilizării și a castrării anormalilor se inspiră din două considerațiuni: a) împiedecând pe degenerați să procreeze, se degrevează budgetul Statului de cheltuielile de internare prelungită; b) această internare prelungită constituie adesea o atingere adusă libertății individuale și un neajuns cu mult mai grav ca o intervenție chirurgicală benignă.

În ce privește Europa, ideea sterilizării „indezirabililor” sociali, pornită din Elveția, și-a făcut drum și în alte țări unde, deși n'a primit încă puterea sancțiunii legale, e aplicată pe cale de măsură administrativă: Anglia, Suedia, Norvegia, Germania, Finlanda.

În *Danemarca*, în Decembrie 1928, ministrul de justiție a sesizat Folketingul cu un proiect de legiferare a sterilizării criminalilor majori. „La cererea lor și în urma unei dispozițiuni a ministerului de justiție”. Expunerea de motive explică parlamentului, că e vorba de „indivizi al căror instinct sexual, prin puterea ori tendințele lui anormale, îi expune să comită crime. — deci indivizi periculoși societății”. Ordinul de sterilizare e dat pe baza unui avis al Consiliului de Medicină-Legală și al Biuroului de igienă socială.

În *Suedia*, Parlamentul a și adoptat în principiu un proiect de lege (din inițiativa doctorului Petren), urmând ca reglementarea să se facă pe baza unui referat al Institutului de Biologie Racială.

Parlamentul saxon e și el sesizat de un proiect de legiferare a sterilizării.

Doctorul Norman Haire (*Anglia*), în raportul citit la primul congres internațional de studii sexuale (Berlin, 1926), preconizează sterilizarea nu numai în caz de degenerescență mintală, dar încă pentru bolile ereditare (sifilisul, tuberculoza), sau chiar pentru alte boli cari pot influența în rău sănătatea trupească și integritatea intelectuală a progenerurii.

În ce privește țările extra-europene, avem de notat că, în 23 dintre *Statele Uniunii Nord-Americane*, legea prevede sterilizarea anormalilor și criminalilor recidiviști. H. Laughlin (Eugenics Record Office) a pornit o campanie în favoarea sterilizării tuturor categoriilor de indivizi țarați (socially inadequate classes): debili mintali, alienați, epilepticii, alcoolicii inveterați, tuberculoșii, sifiliticii, leproșii, orbii și chiar acei cari nu sunt atinși de cecitate complexă, surzii, vagabonzii.

Parlamentul din *Alberta (Canada)* a adoptat o lege autorizând sterilizarea delincvenților și anormalilor mintali, socotiți nocivi intereselor rasei. Hotărârea trebuie luată cu unanimitatea unei comisii de patru medici, dintre cari o femeie.

Parlamentul din *Noua-Zeelanda* a fost sesizat de o propunere în acest sens.

Precum se vede, principiul sterilizării și castrării, ca măsură de profilaxie socială, câștigă teren și nu e exclus ca el să fie încetățenit și la noi. Iată dar un nou câmp de intervențiune a medicului legist, a cărui știință și conștiință vor fi puse la contribuție într'un gen de expertiză extrem de delicat.

Din nenorocire un principiu, în sine sănătos și util societății, a și început să fie exploatat de practiciani cari, din dorința de câștig și sub masca unei binefăcătoare aplicațiuni terapeutice, apar în urâta lumină a șarlatanilor. Trâmbițând avantajele sterilizării pentru anumite stări morbide, acești profitori ai naivității și credulității nu mai fac nici o selecțiune și, neavând alt obiectiv decât încasarea unui onorariu proporționat cu punga clientului, suprimă funcțiunea genitală și la persoane libere de orice tară congenitală ori dobândită, pe cari însă le „conving” de necesitatea intervențiunii.

Sub acest raport, *Tietze* („Muenchener Medizinische Wochenschrift”, 1929) atrage atenția asupra cazului profesorului-chirurg Dr. Schmerz (din Graz, Austria), condamnat de tribunalul local (în Octombrie 1929) la o amendă de 15.000 schillingi, pentru a fi practicat nu mai puțin de 500 (după unii martori 700) sterilizări de muncitori (printre cari profesorul Dr. Schmerz se bucura de un mare ascendent, ca unul ce avea aureola umanitaristă a uneia din căpeteniile recunoscute ale organizației socialiste din Graz). Și aceasta, pe baza unui tarif care oscila între 30 și 200 schillingi de cap.

Cazul acesta instructiv trebuie să trezească vigilența autorităților sanitare și judecătorești, spre a pune stavilă unor practice pe cât de primejdioase pe atât de dăunătoare economiei demografice. Sterilizarea trebuie asemuită avortului terapeutic și întocmai ca acesta nu trebuie admisă decât pe temeiul unor garanții de sinceritate neîndoioasă: un consult medical, întărit cu avizul unui medic legist, cu proces-verbal ale cărui concluzii să se pronunțe hotărît pentru nevoia intervenției.

* * *

Să notăm că, în deosebi în ce privește femeea, sterilizarea acesteia, considerată ca o *indicațiune terapeutică anti-concepțională*, a făcut obiectul unor ample debateri la Congresul Asociațiilor ginecologilor și obstetricienilor ce s'a ținut în Octombrie 1929, la Bruxelles.

I. INDICAȚIUNEA GENERALĂ: o stare patologică, dobândită ori congenitală, susceptibilă de a compromite grav sănătatea sau viața femeii dacă ar rămâne însărcinată.

II. INDICAȚIUNEA SPECIALĂ poate fi obstetricală, ginecologică sau medicală.

a) Indicațiunea obstetricală e din ce în ce mai eliminată, de când cesariana aproape nu mai e legată de riscuri grave (1,5—2% mortalitate).

b) Indicațiunea ginecologică e operantă numai atunci când o facere ar compromite rezultatul plastic sau funcțional al unei operațiuni ginecologice.

c) Indicațiunea medicală e considerată indiscutabilă în:

1. *Tuberculoza* cu evoluția gravă, pentru care un tratament apropiat e inaplicabil și când există o *tuberculoză laringee*.

2. *Cardiopatiile*: în turburările de compensațiune, cu accidente gravido-cardiace, asistolie pronunțată, îndeosebi în strâmtarea mitrală sau aortică, în miocardită.

3. *Nefrita cronică*.

4. *Psichosele puerperale, epilepsia, choreea și scleroza în plăci*.

5. *Osteomalacia*.

În ce privește procedeele de sterilizare a femeii, ele sunt de trei feluri: biologice, fizice și chirurgicale.

a) **Procedeul biologic.** — 1. *Injecțiunile de spermă*, cari nu duc însă decât la o sterilizare temporară (6—8 luni).

2. *Injecțiunile cu insulină*, tot o sterilitate temporară.

b) **Procedeul fizic.** — 1. *Atmocausis* (vaporizarea cavității uterine).

2. *Cauterizarea ostium-ului* prin electro-coagulare, prin razele X și prin radium. Se poate obține sterilitatea permanentă.

c) **Procedeul chirurgical.** — 1. *Divizarea vaginului în două părți*, dintre cari una terminată în fund de sac (pentru raporturile sexuale).

2. *Modificarea orificiului colului uterin*.

3. *Excluderea ovarului* cu incluziunea lui în perete.

4. *Ablațiunea ovarului*.

PARTEA II

MINORUL

„Minor este acela care nu are încă etatea de 21 ani împliniți, fie partea bărbătească sau femească”. (Art. 42 c. c.).

„Este considerat minor, în înțelesul legii penale, orice persoană care n'are 21 ani împliniți”. (Proiectul Codului Penal 1928, art. 165).

Dela prima manifestare a *vieții extra-uterine* și până'n al 21-lea an al vârstei, noul membru al societății e privit, atât din punctul de vedere al *exercițiului efectiv al drepturilor civile* cât și din acela al *responsabilității penale*, ca un individ lipsit de maturitatea legală: e *minor*. Și e considerat ca atare, pentrucă i se tăgăduște pe deoparte *experiența desăvârșită* spre a putea uza — fără prejudiciu pentru propriile lui interese — de prerogativele civile, iar pe de alta *discernământul limpede* spre a fi în stare să facă deosebirea absolută între ce e bine și ce e rău, între ce e vinovat și ce este inofensiv. Urmează deci, că de la naștere și până la etatea de 21 ani, legea drept personalitate neisprăvită îl socoate și ca atare îl tratează, nu numai îngrădindu-i facultatea de a se bucura de traducerea în fapt a capacității civile ce i-a fost atribuită încă în cursul vieții fetale, dar și indulcind sancțiunile edicate pentru nesocotirea legii penale.

Legiuitorul, în sollicitudinea (dreptul civil) și indulgența (dreptul penal) arătate individului necopt, nu s'a mărginit la o acțiune de limitare, ci a ținut să exercite și una de hotărîită ocrotire. De aci, pe deoparte *prescripțiunile de apărare a dreptului de filiațiune*. (Art. 292—296 c. c.: dovada actului de naștere — o jurisprudență din 1875 a Casației noastre admite ca început de dovadă chiar numai actul de vaccinare, dovada posesiunii de Stat și aceea a notorietății, cu corolarul art. 276 C. P. care pedepsește ne-declararea noului născut). Pe dealtă parte, *asprele sancțiuni speciale pentru protejirea însăși a vieții și sănătății trupești și morale în timpul minorității* (Codul Penal: art. 230, pruncuciderea; art. 275, 280 și 281, răpirea minorului; art. 278—279 lepădarea și schilodirea, sau chiar numai îmbolnăvirea copilului mai mic de 7 ani abandonat; art. 266 și 285, influențele nefaste pentru ticăloșirea minorului; art. 522, specularea patimilor minorilor; art. 265—266, atentatul la pudoare). În al treilea loc, codul civil pune o stavilă

puterii părintești (*art. 551*). Prin *art. 127* el proclamă principiul nulității căsătoriei contractate de un minor (cu o reducere însă a limitei de vârstă): prin *art. 421—455* statornicește regulile emancipării; iar prin *art. 545—420* pe acelea ale tutelei.

Măsurile acestea tutelare sunt toate admirabile, au însă cursul că păcătuiesc prin contradicțiunile legale în ce privește delimitarea diverselor faze ale vârstei minoritare. Și nepotrivirea aceasta se constată nu numai între cele două legiuiri esențiale (Codul civil pune ca termen al minorității 21 ani, iar Codul penal în vigoare, în materie de răspundere atenuată, se oprește la 20 ani, numai proiectul de modificare își însușește termenul fixat de legea civilă), dar chiar în cuprinsul fiecăruia din aceste două coduri.

Așa: *art. 127. c. c.* socoate pe băiatul la 18 și pe fata la 15 ani copți la minte pentru căsătorie, act de o influență covârșitoare pentru depănarea întregului fir al vieții, dar nu admite emanciparea orfanului de ambii părinți, înainte de 20 ani, deși îngărădește puterea părintească începând cu al 16-lea an al vieții.

Codul penal: art. 62 pune întâia treaptă de răspundere, începând cu vârsta de 8 ani, când se presupune că începe să germineze discernământul: când e vorba, însă de pedepsirea abandonului (lepădarea, *art. 279*), reduce termenul la 7 ani: adică, nu e capabil nevârșnicul mai mic de 8 ani să-și dea seama că săvârșește o infracțiune, în schimb nu mai e nevolnic dela 7 ani pentru a-și bătători singur cărarea vieții. Și aceasta după ce în altă parte (*art. 283*: răpirea) găsește că minorul sub 16 ani mai are nevoie de protecțiunea deosebită a legii. *Art. 265* pedepsește atentatul fără violență la pudoarea unui minor (indiferent de sex) sub 14 ani, dar a doua treaptă de răspundere a minorului începe dela 15 ani (*art. 65*).

Codurile de procedură penală și civilă aduc și ele partea lor de contribuție la acest amestec al limbilor juridice, când edictează: „Dacă acuzatul are mai puțin de 16 ani, președintele va pune, sub pedeapsă de nulitate, următoarea chestiune: Acuzatul lucrat-a cu pricepere?” (*art. 564 c. pr. p.*); „Copii de ambele sexe, cari nu vor fi împlinit etatea de 16 ani, vor putea fi auziți (în materie de mărturie) numai sub formă de declarare și fără a face jurământ” (*art. 76 c. pr. p.*); „Copii mai mici de 16 ani vor putea fi ascultați fără a jura” (*art. 197 c. pr. c.*). Iar când este vorba de beneficiul răspunderii atenuate, limita superioară e fixată la 20 ani, (*art. 65 și 65*), limită pe care Codul Justiției Militare, *art. 192*, o reduce la 16 ani: „Dacă Consiliul de Războiu a constatat că acuzatul, mai tânăr de 16 ani, n'a lucrat cu pricepere, se atenuază pedeapsa”; pe când protecțiunea contra coruperii minorului (băiat sau fată) se întinde până la al 21-lea an împlinit (*art. 267 c. p.*).

Iar instanța supremă de interpretare și aplicare a legii nu rezolvă nici ea problema, de vreme ce, cu nesocotirea acestei din urmă dispoziții, proclamă că „art. 65 c. p. stabilește majoritatea în materie penală la 20 ani împliniți”, (*Cas. S. II Sept. 1893*). Nici proiectul de modificare a codului penal nu ne oferă o armonie de-săvârșită întru fixarea termenului extrem al minorității, de vreme ce prin *art. 165*, fixând copilăria până la 15 ani împliniți, iar adolescența până la 18 ani împliniți, *nu ne spune în ce categorie intră infractorul de 18—21 ani împliniți*, deși din capul locului declară minor pe cel care n'a depășit al 21-lea an al vârstei.

* * *

Am socotit utile aceste observațiuni critice, de oarece expertul e chemat să se rostească în numeroase spețe de medicină legală, referitoare atât la capacitatea legală cât și la puterea de discernământ a minorului, sub raportul dreptului de autodeterminare, sau sub acela al răspunderii pentru infracțiunile săvârșite. Deasemenea se pot prezenta spețe de expertiză medico-legală, atunci când victima infracțiunii e minorul. chiar când autorii acesteia sunt proprii lui părinți. În ce privește maltratarea copiilor și omorirea lor (*libericidul* definit de *art. 512 c. p. francez*, modificat prin legea dela 1908 și care prescrie sancțiuni speciale pentru atentatele la sănătatea și viața copilului până la 15 ani), vom observa că legiuirea noastră penală (cu excepția pruncuciderii și a schilodirii rezultate de pe urma abandonului) nu face nici o deosebire sub raportul vârstei: pentru rănire, lovire, omor, se aplică dispozițiunile generale din *art. 225—228, 231—234, 238—242, 245, 248—249*.

Atentatele speciale la sănătatea și viața copilului se prezintă sub forme variate: 1) hrană insuficientă sau cu totul suprimată (după *Wibmer* rezistența nouilor născuți la efectele inaniției nu trece de 67 ore); 2) expunerea la efectele frigului ori ale căldurii excesive; 3) împiedecarea copilului de a dormi; 4) terorizarea copilului; 5) sechestrarea (camere întunecoase, pivniță, pod, dulap, cufăr, etc.); 6) loviri și răniri (striviri, zdrobiri, mutilări, arsuri); 7) otrăvire; 8) menținerea într'o anumită pozițiune fixă; 9) silirea la executarea unor lucrări peste puterile copilului; 10) impunerea de a face pe jos drumuri istovitoare.

* * *

Criteriul legal (așa haotic cum este) și cel științific, pentru caracterizarea stării de minor, sunt vârsta și gradul de pricepere (mai mult sau mai puțin dezvoltată ori chiar atrofiată de cauze de ordin ereditar sau patologic).

V Â R S T A

E primul criteriu. Trebuind să facem examenul faptelor medicale în cadrul strict mărginit al legilor în vigoare, nu mai vedem interesul ce l-ar prezenta o diviziune pur științifică a vârstei, asupra căreia, de altfel, nu există un acord stabilit. (De exemplu, în materie de pubertate, *Tourdes* fixează epoca între 15 și 18 ani. iar *Lacassagne*, din contră, împinge limita la 20 ani).

Etapele minorității, precum am văzut, sunt marcate de vârstele de 7, 8, 14, 15, 16, 18, 20 și 21 ani: a) *dela naștere la 7 ani* (art. 277—279 c. p.); b) *dela naștere la 8 ani* (art. 61 c. p.); c) *8—15 ani* (art. 62 c. p.); d) *dela naștere până la 14 și 15 ani* (art. 265—264 c. p.); e) *dela naștere până la 16 ani* (art. 281 și 283 c. p. și art. 330—331 c. c.); f) *18 ani* (art. 421—422 c. c.); g) *dela 15 la 20 ani* (art. 63 și 65 c. p.); h) *15 și 18 ani* (art. 127 c. c.); i) *20 ani* (art. 423 c. c.); j) *21 ani* (art. 267, 280 și 322 c. p.; art. 342 c. c. care fixează limita minorității). În consecință, vom examina și noi fete care din aceste etape, după indicațiunile ce ni le pot da talia, greutatea, dentițiunea și diversele manifestațiuni ale vieții individuale.

A. Talia și greutatea

1. În momentul nașterii, media taliei (pentru copilul născut la termen sau aproape de termen) e de 50 cm. (băieți) și 49 (fete). În primele 5 săptămâni ale vieții extra-uterine, copilul nu crește cu mai mult de 5—6 cm., iar la sfârșitul primului an, creșterea totală e, în medie, de 20 cm. Media greutății e, se știe, de 3200 gr. (băieți) și 2900 (fete). Greutatea aceasta scade în prima săptămână a vieții extra-uterine, cu maximul pierderii în ziua a 3-a (*Quetelet*) sau scăderea în greutate (până la 1/15) continuă până la mijlocul săptămânii a 2-a (*Breslau*). În primele 6 săptămâni, copilul câștigă 500—600 gr. în greutate, iar la sfârșitul primului an, greutatea aproape s'a triplat (9450 pentru băieți și 8790 pentru fete).

2. În anii următori, talia și greutatea cresc paralel, după o scară stabilită de *Quetelet* (până la 13 ani), de *Variot* și *Chaumet* (până la 16 ani) și de medicii Societății de Asigurare „*Equitable*” din America (dela 15 până la 24 ani). În general, la o creștere normală, diferențele de talie, dela un an la altul (până la 16 ani)

sunt (după *Variot* și *Chaumet*) de 5,5 cm. — 8,7 cm. (maximum dela 14 la 15 ani și minimum dela 11 la 12 ani) *pentru băieți*, și de 1,5 cm. — 8,2 cm. (maximum dela 2 la 5 ani și minimum dela 15 la 16 ani) *pentru fete*. In ce privește *diferențele de greutate*, s'a constatat că la 1 an sporul e de vreo 6 kgr., apoi se reduce la 1—2 kgr. pe an până la 10 ani. la 2—4 kgr. de la 11 la 14 ani. la 3—6 kgr. dela 15 la 20 ani. La 12 ani, greutatea e aproape egală (după *Quetelet*) la băieți și fete (cu o diferență de 1500 gr. în plus pentru *băieți*, după *Variot* și *Chaumet*).

Creșterea (tală și greutatea) se accentuează mai ales la epoca pubertății: cu 8,7 cm. și 6200 gr. în al 15-lea an al băiatului și 7,1 cm. și 4500—4800 gr. în al 15-lea și al 14-lea an al fetei. La adultul normal, numărul kilogramelor e aproape identic cu numărul centimetrelor în plus peste un metru.

Tabela lui Quetelet
(dela naștere până la 15 ani)

Vârsta	Băieți		Fete	
	Talia	Greutatea	Talia	Greutatea
	m.	kgr.	m.	kgr.
0 ani (la naștere)	0,500	5,200	0,490	2,910
1 an	0,698	9,450	0,690	8,790
2 ani	0,771	11,340	0,781	10,670
3 "	0,864	12,470	0,852	11,790
4 "	0,928	14,230	0,915	13,000
5 "	0,988	15,770	0,974	14,760
6 "	1,047	17,240	1,103	16,010
7 "	1,105	19,100	1,146	17,540
8 "	1,162	20,760	1,181	19,080
9 "	1,249	22,650	1,195	21,360
10 "	1,275	24,520	1,248	23,520
11 "	1,350	27,100	1,299	25,650
12 "	1,385	29,820	1,555	29,820
13 "	1,459	34,580	1,403	32,940

Tabela lui Variot și Chaumet

Tabela aceasta fiind stabilită pe examenul exclusiv al copiilor parizieni. o utilizăm, numai cu titlu de orientare, pentru 13-16 ani, perioadă a vieții pentru care nu găsim indicații în tabela lui Quetelet :

Vârsta	Băieți		Fete	
	Talia	Greutatea	Talia	Greutatea
	m.	kgr.	m.	kgr.
14 ani	1,451	35,700	1,486	38,500
15 "	1,538	41,900	1,529	45,200
16 "	1,596	47,500	1,542	46,000

În *tabela Societății de Asigurare „Equitable”*, nu găsim indicațiuni separate pentru fiecare an, ci numai globale pentru întreaga perioadă de 15-24 ani. Aceste indicațiuni stabilite după anumite tipuri medii (determinate pe baza examenului a 74.162 bărbați în vârstă de 15 până la 69 ani), variază după gradul de dezvoltare a constituției anatomice a individului:

Tabela Societății „Equitable“
(un individ — bărbat — de 15 — 24 ani)

Talia (în metri)	1,52	1,55	1,57	1,60	1,63	1,65	1,68	1,70	1,73	1,75	1,78	1,80	1,83	1,85	1,88	1,91
Greutatea (în kgr.)	54,40	57,30	56,20	57,57	59,38	60,74	62,56	64,37	66,19	67,99	69,81	72,08	74,80	77,06	79,78	82,05

5. **Perimetrul toracic.** — O altă indicațiune ne-o dă perimetrul toracic care, la 20 ani, e cât jumătatea taliei plus vreo 20 cm.

4. **Infantilismul și gigantismul.** — Deosebirile de talie și de greutate, date de această din urmă tabelă, ne arată că e cu neputință să se indice cifre precise, talia și greutatea fiind în funcțiune nu numai de condițiunile vieții, de gradul de maturitate sexuală, ci și de agenții eredo-patologici cari influențează creșterea individului. Aceasta ne aduce să vorbim de două specimene bine caracterizate: *infantilismul* sau *nanismul* și *gigantismul*. Mai înainte însă să arătăm cari sunt condițiunile de creștere normală.

După *Gaudin* („Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps”), maximul de creștere a taliei se produce până la 15 ani și jumătate și aceasta, prin dezvoltarea membrelor inferioare; iar dela această vârstă, creșterea se accentuează la bust. La 15 ani și jumătate, partea sub-ombilicală a corpului e mai lungă decât cealaltă jumătate a corpului cu 26,2 cm., iar la 17 ani, această diferență e de 51,4 cm. Iar *Geoffroy de Saint Hilaire* a observat că, atunci când dezvoltarea genitală e completă, talia nu mai crește.

a) **Infantilismul.** — E vorba de piticii cari sunt sau un efect al opririi bruște a dezvoltării (prin intervertirea ordinii de creștere între membrele inferioare și bust) sau un produs ereditar. La un pitic adult, talia oscilează între 89 și 122 cm., iar la vârsta de 15 ani, talia variază dela 49 la 85 cm. De tânăr, are stigmatul unei bătrâneți premature.

Se deosebesc două genuri de infantilism: unul dystrofic și unul myxoedematos. Dystrofiile, cauză mai frecventă a infantilismului sunt: tuberculoza, sifilisul, alcoolismul.

b) **Gigantismul** caracterizează maturitatea patologică precoce și a genitalelor și a întregului organism, mai frecvent la fete decât

la băieți. Sunt indivizi cari au caracterul gigantismului dela naștere: 1) *la 5 ani și 9 luni*: talia unui adolescent de 15 ani, cu pubisul acoperit de peri — *Lacassagne și Etienne Martin*; 2) *la 5 ani*: talia de 138 cm. — „*Histoire de l'Académie des Sciences*“; 3) *la 5 ani și 3 luni*: 125 cm. — *Corvisart*; 4) *la 3 ani și o lună*: 105 cm. și 29 kgr. — *Duplessis*; 5) *la 3 ani și 6 luni*: 124 cm. și 28 kgr. *Dupuytren*.

În aceeaș familie s'au notat cazuri de gigantism și infantilism (frații Rhoder: unul la 24 ani, cu talia de 211 cm., iar celalt, la 15 ani, cu talia de 98 cm.).

B. Dentițiunea

Meckel a notat copii născuți cu mai mulți dinți vizibili, ceea ce constituie excepții rare, pentru că, după cum am arătat („Copilul născut la termen“, vol. II pag. 18) la naștere nu deosebim, pe fiecare jumătate a maxilarului inferior (deoparte și de alta a liniei mediane) decât numai câte 4 alveole net despărțite și cu muguri dentari.

După ordinea în care apar dinții, distingem două perioade mari: prima și a doua dentițiune.

a În prima dentițiune (*dela 6 luni la 2 ani și 9 luni*) dinții apar în următoarea succesiune: incisivii, premolarii, molarii și caninii.

Incisivii (8 la număr): 2 mediani inferiori între 6-8 luni. 2 mediani superiori la 10 luni, 2 laterali inferiori la 16 luni și 2 laterali superiori la 20 luni.

Dela 20 la 24 luni nu mai apare nici un alt dinte.

Premolarii (4): inferiorii (2) la 2 ani, superiorii (2) la 2 ani și 2 luni.

Molarii (4): inferiorii (2) la 2 ani și patru luni. superiorii (2) la 2 ani și 6 luni.

Caninii (4), (câte 2 de fiecare maxilar), în intervalul dela 2 ani și 6 luni la 2 ani și 9 luni.

La această din urmă vârstă, copilul are, deci, în total 20 dinți cu cari rămâne până la 7 ani, când se face schimbarea dinților.

b În a doua dentițiune (*dela 7 la 25 ani*), ordinea în care apar dinții e următoarea:

la 7 ani: primii molari mari;

la 8 ani: incisivii mediani;

la 9 ani: incisivii laterali;

la 10 ani: primul rând de premolari;

la 11 ani: al doilea rând de premolari;

la 12 ani: caninii;

la 13 ani: al doilea rând de molari (afară de măselele de minte);

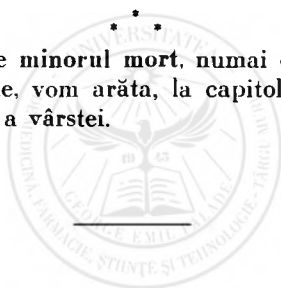
dela 18-25 ani: măselele de minte.

În total, între 18 și 25 ani, individul normal are 32 dinți: 8 incisivi, 4 canini, 8 premolari și 12 molari.

C. Trezirea și formarea inteligenței

1. Primele lacrimi și râsul se notează la 6 săptămâni.
2. Vorbirea (câte un cuvânt mai mult sau mai puțin deformat) la 11 luni.
3. Primele încercări de a merge, la 11 luni.
4. Cuvinte asociate, în cursul anului al doilea.
5. Încercări de exprimare prin propozițiuni mai mult sau mai puțin corecte, în cursul anului al 3-lea.
6. Cititul și scrisul (primele încercări) între 5 și 7 ani.
7. Dela 7 ani începe perioada școlarității, a cărei durată e în funcțiune de puterea de asimilare și de elaborare a creierului: copilul mai dăruit dela natură va păși înaintea, îmbogățindu-și cu o mai mare sau mai mică ușurință cunoștințele, formându-și o cerebralitate proprie; cei săraci cu duhul se vor poticni — și dacă nu sunt degenerați, își vor utiliza capitalul redus al facultății creatoare în direcții mai potrivite puterii intelectuale.

În ce privește pe minorul mort, numai după ce vom fi descris felurile de moarte, vom arăta, la capitolul „Identitatea“ criteriile de determinare a vârstei.



CAP. II

PUBERTATEA

„L'esprit a sa puberté comme le corps“

LAMARTINE

După ce, în primul deceniu, dezvoltarea fizică normală indică, dela an la an, diferențe mai mult sau mai puțin sensibile în favoarea băiatului. — *diferențiere care, la 12 ani, aproape dispare* — odată cu al 15-lea an, notăm din nou deosebiri în creșterea celor două sexe. Dar, pe când la 15 ani, fata e iarăși într-o stare de inferioritate și sub raportul taliei și sub acela al greutateii, *la 14 ani* această dublă inferioritate trece de partea băiatului, pentru că la 15 ani înregistrăm numai un minus neînsemnat la talia fetei, compensat însă prin plusul mai pronunțat la greutatea ei. *La 16 ani*, diferențele de talie și greutate revin în favoarea băiatului.

Notațiunile acestea prezintă un deosebit interes, pentru că ele ne ajută să determinăm o fază de tranziție, *aceea a vârstei de 12 ani* (quasi-identitate a gradului de dezvoltare la ambele sexe), urmată de o precipitare a dezvoltării feminine între 12 și 15 ani (o creștere a taliei cu aproape 18 cm. și a greutateii cu aproape 15½ kgr.) și de o mai notabilă accentuare a dezvoltării băiatului între 12 și 16 ani (o creștere a taliei cu peste 21 cm. și una a greutateii cu peste 26 kgr.). Totodată remarcăm particularitatea că, *între 12 și 15 ani*, diferențele de dezvoltare sunt mai mici la fată decât la băiat: 5 cm. și 5 kgr. la fată, 5,4 cm. și 4,5 kgr. la băiat. Fapt este că modificările încep să se pronunțe la fată cu un an mai înainte ca la băiat și deci punctul lor de plecare trebuie fixat la 12 ani pentru fată și la 15 ani pentru băiat, așa că, pentru ambele sexe, avem o egală perioadă de mutațiune de 5 ani (12—15 la fată, 15—16 la băiat).

În acest interval de 5 ani observăm, concomitent cu tendința de maturitate a organelor genitale, o schimbare radicală în întreg felul de a fi al copilului (și ca purtare și ca gândire), o adevărată revoluție în întreg sistemul lui funcțional. Suntem în plină epocă a pubertății.

I. La băiat, aceasta se traduce prin: 1) pronunțata masculinizare a habitusului general; 2) îngroșarea gâtului (mărirea volumul laringelui și al glandei tiroide); 3) proeminarea cartilajului tiroid, întinderea glotei; îngroșarea vocii; 4) dezvoltarea mus-

culară; 5) apariția tullelor bărbii și mustății, acoperirea pubisului cu peri; 6) lungirea și îngroșarea penisului cu mărirea prepuțului; 7) umflarea testiculelor și închiderea culorii scrotumului, care totodată devine mai contractil; 8) la sfârșitul evoluției pubertare, testiculele capătă și funcțiunea spermatogenetică.

La fată, semnele pubertății sunt: 1) accentuarea feminizării corpului întreg, cu lărgirea basinelui, o simptomatice dezvoltare a sânilor; 2) apariția părului pubisului; 3) la sfârșitul acestui proces anatomo-fiziologic, primul flux sanguin periodic: menstruația.

Am putea deci fixa, cu normă, faza de desăvârșire a pubertății între 12 și 15 ani la *fată* și între 15 și 16 ani, la *băiat*. Am zis *normă*, pentru că sunt foarte numeroase excepțiile și ca precocitate și ca tardivitate a pubertății, după cum nu sunt rare cazurile de absență completă a semnelor pubertății (azoospermia bărbatului și amenoreea femeii). Aceste anomalii sunt în funcțiune de însăși întreaga dezvoltare fizică și intelectuală (cele de mai multe ori de natură patologică — uneori congenitală —, ori datorită condițiilor de viață). În orice caz, o aplicare a limitei de 15 ani (*pentru fată*) o găsim în *art. 127 c. c.*, care hotărăște că „nu este iertat femeii înainte de 15 ani să se căsătorească“. Cât despre limita de 18 ani (*pentru băiat*) din același articol, ea se explică prin aceea că legiuitorul, tocmai spre a accentua rostul căsătoriei (procrearea) a ținut să mai acorde băiatului un răgaz de 2 ani pentru desăvârșirea funcțiunii spermatogenetice. Că și una și alta din aceste două limite legale sunt arbitrare, s'a putut vedea din cele ce am expus la capitolul impotenței (și la bărbat și la femeie), precum se va vedea și la observațiunile ce le vom face numaidecât cu privire la pubertatea masculină și la pubertatea feminină.

I. Funcțiunea spermatogenetică

Am arătat că singurul element care cu adevărat contează în actul procreator e prezența spermatozoidului în lichidul seminal ejaculat. *potentia coeundi* ne jucând decât un rol secundar, de când știința a încetățenit practica fecundației artificiale. Și apoi, am mai arătat, că poate exista erecțiune și cu toate acestea individul să fie inapt la impregnarea femeii (azoospermia). Normal e ca spermatozoidul să se înființeze odată cu maturitatea sexuală, dar sunt abateri dela regulă (*Hofmann* a notat prezența spermatozoidului în testicule, înainte de declararea pubertății): în orice caz, spermatozoidul n'ar putea fi identificat înainte de 15 ani și jumătate (teza lui *Leprince* asupra spermatogenezei). Iar precocitatea pubertară se poate explica și ea, fie prin condițiuni de

rasă, educație ori excitație sexuală, fie prin influențe patologice (leziuni testiculare, leziuni cerebrale): 1) pubertate la 9 ani și jumătate — neoplasm testicular (*Sacchi*); 2) pubertate la 4 ani și jumătate — tumoare a glandei pineale (*Heubner*). Ca exemple de pubertate precoce mai putem cita observația extraordinară a lui *Dupuytren* (la 2 ani).

După cum avem o funcțiune spermatogenică precoce, putem întâlni și una tardivă sau cu totul absentă. Întârzierea (peste 20 ani) sau lipsa completă a spermatogenezei imprimă individului o pecete de senilitate prematură, o adevărată stare de decrepitudine fizică (Bebe, faimosul pitic — clown al Regelui Stanislas, căzuse deacum în decrepitudine în al 23-lea an al vieții care fu și anul morții).

Absența spermatogenezei poate fi datorită mizeriei fiziologice, unor anumiți agenți microbieni și fizici, unor anumite profesii (ucenicii din industria roentgeniană), după cum suprimarea ei mai mult sau mai puțin bruscă e stigmatul tinereții nesocotite care, prin viața-i desfrânată, se epuizează trupește și-și tocește facultățile intelectuale, dotând societatea cu specia copiilor îmbătrâniți.

II. Menstruația

„*La femme, enfant malade et douze fois impure*”. — ALFRED DE VIGNY.

În întreaga viață a femeii normale distingem trei perioade: 1) perioada indiferenței sexuale (dela naștere la pubertate); 2) perioada genitală (perioada menstruației, dela pubertate până la maximum 52 ani); 3) perioada de încetare a funcțiunii genitale (menopauza, dela suprimarea completă a menstruației până la moarte).

După natura și importanța lor, modificările sincronice, observate la femeie atât în perioada menstruală cât în aceea care urmează acesteia (menopauza), exercită o influență verificată asupra vieții individuale și sociale a femeii, înrâurire ale cărei efecte le vom indica, după ce vom examina în prealabil procesul însuș al menstruației — această adevărată criză de periodicitate aproape matematică (de 12—15 ori pe an, 12 luni solare sau 13 lunare).

Funcția menstruală (hemoragie catamenială, period, soroc) — semnul prin excelență al activității genitale — e de o însemnătate covârșitoare, atât prin rostul ei firesc cât și prin durata ei (aproape 40 ani: dela 13 până la 52 ani). Ea se caracterizează printr'un întreg sistem de fenomene ce, în primul loc, interesează aparatul genital, iar, prin repercursiune, întreg organismul femeii. (Vorbim, firește, de un organism normal, pentru că, precum am

văzut la capitolul „Lăgăda paternității și a maternității“, menstruația, ca toate funcțiunile biologice și fiziologice ale omului, își are și ea capriciile: sarcină fără menstruație, menstruație în timpul sarcinii, sarcină după instalarea, ce pare definitivă, a menopauzei).

Printre stările morbide cari modifică epoca de apariție a primei menstruații, cele mai aparente sunt cachexia scrofuloasă și clorosa. Sunt și afecțiuni, bolile febrile acute în general, a căror particularitate e de a stânjeni revenirea la timp a hemoragiei catameniale:

1. Menstruația e temporar suprimată, atunci când boala microbiană s'a pronunțat la o săptămână dela încetarea ultimului flux sanguin și acesta nu se mai arată timp de câteva luni după dispariția febrei; dacă însă, îmbolnăvirea s'a produs numai cu câteva zile înainte de epoca revenirii regulate a periodului, menstruația se menține normală ca periodicitate.

2. In acest din urmă caz, hemoragia catamenială nu exercită absolut nici o influență asupra procesului de evoluție a bolii. Deasemenea e aproape nulă înrăurirea menstruației asupra bolilor cordului și a reumatismului articular acut.

Rostul funcțiunii menstruale, în afară de a stabili, la femeea normală, aptitudinea de a fi impregnată, mai e și acela de a elimina din organism, odată cu o cantitate de sânge (care, la femeile sanguine, ar putea provoca turburări congestive), o porțiune din carbonul acumulat precum și de a împiedeca transformarea mucoasei uterine în caducă.

A. Procesul menstruației

Geneza hemoragiei catameniale e ruptura, la nivelul ovarului, a uneia din vesiculele conținând un ovul (identificat de *Graaf*, *Prévost*, *Dumas* și *Baer*), după cum la băeți sfârșitul evoluției pubertare e caracterizat prin apariția spermatozoidului în lichidul spermatic. In ajunul menstruației ovulele iese din ovar și astfel se stabilește acea corelațiune — contestată însă și astăzi de unii — între ovulație și menstruație, raport direct demonstrat de *Gendrin* și *Négrier* în 1859. (Legea acestei corelațiuni e îndeobște confirmată de constatările necropsice: pe ovarele unei femei tinere deja menstruate se găsesc 15—20 vesicule ale lui Graaf, cu un diametru de 1—1,5 mm.).

Schickelé („Biologie de la grossesse“, 1927) reamintește că, spre a se asigura ritmul menstruației, nu e nevoie ca ovarul sau restul unui ovar să se găsească la locurile lor normale; transplantarea ovarului, indiferent în ce punct al uterului, asigură continuitatea periodului, atâta timp cât țesutul ovarian rămâne în funcțiune. Grefa ovariană, la o femeie care a suferit în prealabil abla-

țiunea completă a celor două ovare (cu conservarea uterului) poate avea ca urmare reinstalarea menstruației și să facă astfel să dispară turburările castrării.

La ivirea menstruației, în afară de celelalte modificări ale organismului (dintre care relevăm umflarea mămelor cu mamele mai proeminente, cu areola de o nuanță roșie-brună și cu senzație de înțepături), notăm: 1) o circulație mai bogată în vulvă și în vaginul deacum mai cutat, a căror temperatură crește; 2) congestiunea și dilatarea temporară a uterului, injectarea trompelor, iar ligamentele largi, congestionate și ele, se extind, formând o barieră contra unei încercări de reîntoarcere a fluxului sanguin; 3) mărirea volumului ovarelor.

1. **Cantitatea de sânge excretat în timpul menstruației** variază după constituția femeii și durata crizei: media ar fi de 200 grame, dar la unele femei scurgerea ia caracterul unei adevărate hemoragii, depășind cu mult jumătatea de kilogram. Această *menoragie* se deosebește de *metroragie*, prin aceea că pe când cea dintâi se înregistrează numai în perioada menstruală, cea de a doua se produce în orice fază a vârstei.

Cantitatea diferă și după epoca vieții: mică la instalarea și câțva timp după instalarea periodului, ea crește până pe la 35 ani, pentru a scădea din nou, împuținându-se și mai sensibil cu cât se apropie de epoca monopausei.

Să mai notăm *dysmenorea*: menstruație anevoioasă, dureroasă, în care fluxul sanguin conține chiaguri, lame fibrinoase, iar uneori e însoțit chiar de desfoliațiunea completă a mucoasei.

2. În ce privește **identificarea sângelui menstrual** (roșu, puțin vâcos, cu miros caracteristic și scrobînd pânza) — de o deosebită însemnătate în aplicațiunile medico-legale — vezi „Examenul petelor de sânge”, vol. I, p. 578.

3. **Periodicitatea normală** oscilează între termenele extreme de 25 și 50 zile; menstruațiile anormale, în legătură cu o cauză patologică, se repetă uneori la un interval de numai 21 zile, ori se produc neregulat. Se notează, precum am văzut („Tăgada paternității”, vol. II, pag. 78) și suprimarea temporară a menstruației. Deasemenea (în acelaș loc) am notat anomalii ca persistența regulată a periodicității hemoragiei catameniale și după o dublă ovariectomie (o persistență timp de 9 ani — *Weinlechner*).

4. **Durata** — la care, normal, deosebim trei faze: 1) sporirea treptată a fluxului; 2) perioada medie de menținere a cantității dela sfârșitul fazei întâia; 3) faza de declin, cu împuținarea treptată a cantității —, durata, zicem, la o femeie perfect sănătoasă, e de cel mult 3—4 zile. Dar intervin cauze multiple care măresc ori reduc această durată, la unele femei chiar numai la câteva ore.

Instructivă, sub raportul duratei, e statistica lui *Paul Dubois* (502 femei): 1 zi la 11; 2 zile la 52; 3 zile la 104; 4 zile la 84; 5 zile la 65; 6 zile la 62; 7 și 8 zile la 116; 9 la 4; 10 zile la 2 și 12 la 2.

5. Aberațiunile de excrețiune — menstruatio vicaria.
Scurgerea menstruală — care, normal, se face prin mucoasa uterină — se produce și prin cele mai nebanuite regiuni ale corpului: regiunea capului, mucoasa bronhică, mucoasa stomacală, mamelele, ombilicul, mucoasa căilor urinare, mâinile, picioarele: prin răni, ulcere, rupturi de vine varicoase.

Uluitoare e următoarea statistică a lui *Puech* (200 observații):

Menstruație prin: *pielea capului* în 6 cazuri; *conductul auditiv* 6; *ochi* (pleoapele și carunculi lacrimali) 10; *mucoasa nazală* 18; *obraji* 5; *alveolele denture* 10; *mucoasa gurii* 4; *mucoasa bronhică* 24; *mucoasa stomacală* 32; *mamelele* 25; *trunchiul* (subsori, spate) 10; *ombilic* 5; *mucoasa căilor urinare* 8; *mucoasa intestinală și hemoroizi* 10; *mâini și degete* 7; *membrele inferioare* 15; *simultan în regiuni multiple* 8.

Observăm că, la fetele la cari se produce o atare anomalie, părțile genitale sunt întotdeauna sediul unei picurări mucoase sau muco-sanguinolente, contemporană cu devierea căii normale a fluxului menstrual.

6. Intreruperea bruscă a menstruației, la o epocă în care nu s'a putut instala menopauza, poate să aibă drept cauză: a) *fecundarea*; b) *sângerarea brațului sau o pierdere sanguină consecutivă unui traumatism*; c) *răcirea care, întrerupând menstruația, poate provoca afecțiuni inflamatorii ale pieptului, abdomenului sau ale altor regiuni ale corpului*; d) *contractarea capilarelor mucoasei uterine, obliterarea rupturilor microscopice prin cari trebuie să-și facă drum sângele*; e) *atrezia intrării vaginale și a colului uterin*.

B. Menstruația precoce și menstruația tardivă

Epoca normală pentru ivirea primei menstruații e între 12 și 15 ani. O vârstă determinată nu există, pentrucă — și în această privință e unanimitate de păreri — apariția celui dintâiu flux menstrual e influențată, în sensul precocității ori al tardivității, de condițiuni de: constituție individuală, stare morbidă, regim alimentar, educație, poziție socială, mediu, climă, latitudine geografică, rasă, ereditate. Înraurirea acestor factori a fost verificată și prin investigațiile mai noi ale lui *Steinach*, *Kammerer* (1920) și *Henkel* (1925). De notat însă că factorul climă nu e constant, pentrucă s'au observat menstruații precoce în țări foarte friguroase, întocmai ca în regiunile tropicale.

Creșterea excesivă grăbește menstruația, care se produce mai târziu la fetele dela țară, ca și la cele sărace dela oraș. Mai de vreme la semite: dar caracteristica nu e constantă: s'a notat

menstruația la fete ariane de 10, 11 și 12 ani. Tardivă e menstruația la fetele din țările cu temperatură scăzută. — Caz de precocitate ereditară: o familie în care mama și 8 fete au fost menstruate la 11 ani. Precocitatea menstruației poate fi și un efect al iritațiilor sexuale: fete impubere cari au căpătat menstruația după o simplă tentativă de coit.

Uneori, unul din simptomele sexuale secundare ale menstruației precoce e și mijirea bărbii.

O indicațiune a coeficientului de precocitate și de tardivitate ne-o dă statistica lui Hoog (1.948 observații): 1 la 9 ani, 6 la 10; 59 la 11; 14 la 12; 255 la 13; 457 la 14; 502 (cele mai numeroase) la 15; 270 la 16; 157 la 17; 97 la 18; 45 la 19; 19 la 20; 4 la 21; 1 la 22; 1 la 30.

a) **Menstruația precoce** — care uneori își bate literalmente joc de legile naturii omenești, producându-se în cea mai fragedă copilărie și pe care *Raciborski* o numește *monstruoșitate emmenică* — menstruația precoce, zicem, a fost frecvent notată. Așa, *Gauthier* (41 de observații) înregistrează 19 menstruații la 1 an și 9 la 2 ani.

Investigațiunile au demonstrat că, în genere, pubertatea precoce își are obârșia într'un proces patologic cerebral (hydrocefalia, de exemplu) sau ovarian (tumoare). Așa, *Croom*, prin extirparea unui kist ovarian, a oprit menstruația timpurie la o fată de 7 ani.

Exemple de menstruație precoce:

La 10 ani: observațiile lui *Rorolet* și *Strassmann* (60 cazuri).

La 5 ani: observația lui *Peacock*.

La 4½ ani: durata regulată de 5 zile; sănii ca la o fată de 17 ani (*Parvin*).

La 3 ani: 1. cu sânii desvoltați și pubis păros (*Lebeau*); 2. pete mici de sânge dela un an (*Stocker*); 3. observațiile lui *Wald*.

La 2½ ani: observația lui *Hofmann*.

La 2 ani: observațiile lui *Küssmaul*, *Tarnier* și *Chantreuil*.

La 1½ ani: observația lui *Velpeau*.

La 1 an: menstruație regulată (*Suserwind-Rorolet*).

La 9 luni: 1. sânii foarte desvoltați (*D'Outrepoint*); 2. la 2 ani avea deacum dezvoltarea unei fete de 17-18 ani (*Lenhosseck*).

La 4 luni: piept desvoltat și pubis păros (observația lui *Morand*).

La 3 luni: sânii desvoltați, pubisul și subsorii păroși (*Comarmond*).

S'au observat cazuri de apariție pasageră a unor pete de sânge — cari nu trebuiesc confundate cu instalarea regulată a menstruației — în chiar primele săptămâni dela naștere.

b) **Menstruația tardivă** nu are o limită fixă, deoarece, precum am arătat la aptitudinea femeii de a fi fecundată, (vol. II, pag. 50), fluxul catamenial se poate produce abia după câteva sarcini succesive (la 31 ani — observația lui *Lövy*).

Indeobște, menstruația întârzie până la 18 și chiar 20 ani la

chlorotice; dar absența periodului nu implică la ele și o întârziere în pronunțarea celorlalte semne ale maturității sexuale.

În comparație cu cea precoce, menstruația tardivă e mult mai puțin frecventă.

C. Amenoreea și menopauza

a) Amenoreea — absența mai mult sau mai puțin prelungită a menstruației, sau chiar absența totală — nu numai că nu exclude maturitatea sexuală, dar nici măcar o cauză de sterilitate nu este (observația citată a lui *Casper*, la studiul fecundării femeii, vol. II, pag. 50).

Suprimarea bruscă a menstruației -- care poate fi nu numai o amenoree trecătoare, dar și semnul uneia definitive — exercită o influență dezastruoasă asupra femeii, terorizată de perspectiva sarcinii sau de instalarea prematură a menopauzei. E o psihoză specială care degenerază în grave afecțiuni nervoase: isterie, epilepsie, delir, unele din formele maniei.

b) Menopauza (între 40—52 ani) a fost deasemenea studiată la capitolul „Tăgăda paternității”. (vol. II, pag. 78).

Mai mult încă decât amenoreea, menopauza — în care femeia, dornică de a bea până'n fund cupa plăcerilor lumești, vede începutul sfârșitului adevăratei vieți sexuale, — menopauza, zicem, zdruncină adânc întreg sistemul nervos și favorizează în majoritate cazurilor o întreagă germinațiune de stări morbide ca: accese de furie erotică, melancolie, delir de persecuție, delir religios, etc.

III. Fenomenele morbide ale menstruației

Propter uterum mulier tota morbus est

A. Psychoze și nevroze

Loc de țâșnire a izvorului intermitent menstrual, uterul a fost arătat încă de cei vechi ca focar de difuziune a unei sumedenii de agenți ai unor psychoze speciale, ai unor grave turburări din domeniul patologiei mintale. Iar *Tardieu* traduce această indicațiune hipocratică printr'o frază lapidară, în care sunt concentrate toate preceptele de cari are a se călăuzi medicul expert, atunci când i se cere să explice mobilul unui act reprobabil săvârșit de o femeie, la începutul, în toiul sau spre declinul vieții sexuale: *înainte de toate trebuie determinate condițiile de menstruație*.

Pentru că 85 la 100 din femei sunt, în epoca menstruației, susceptibile de o întreagă serie de turburări psihice și mintale cari, în forma lor mai gravă, suprimă de fapt orice auto-control moral.

1. *Simplă indispoziție*, la unele, turburarea se poate caracte-

riza prin: cefalalgie, nevralgii, dureri de scurtă durată, palpitații cardiace, colorația inegală a feței, cu presărarea unor pete roșietice, o îngreunare în mișcări, cu manifestarea unei mari oboseli, apetit redus ori capricios, meteorizarea intestinului cu o ușoară diaree.

2. *Simptome mai îngrijorătoare, la altele*: insomnie, tristețe, o iritabilitate excesivă cu atitudinea agresivă drept corolar, ori hipocondrie, halucinații onirice.

3. La o a treia categorie, în sfârșit, fenomenele morbide ale ciclului menstrual constituie un neasemuit de prielnic bulion de cultură pentru germeii *erotomaniei, dromomaniei, dipsomniei, cleptomaniei, piromaniei*, pentru *impulsiunile la omor, pruncucidere, sinucidere*. Asistăm la o marcată pervertire a instinctului, la o deslănțuire mai mult sau mai puțin vijelioasă a tuturor patimilor: femeia nu mai are dorinți ci nevoi impulsive, necesități fatale, înclinări irezistibile pe cari nu le poate potoli decât satisfăcându-le pe deplin. Iar nevrozele persistente, ca isteria (a cărei apariție mai frecventă e între 15 și 20 ani) și epilepsia, sunt notabil agravate de debutul menstruației.

Berthier deosebește patru mari clase de nevroze menstruale: 1) *nevrozele simple* (cefalalgii, migrene, halucinații, dispnee, gastralgie, diverse nevralgii); 2) *nevroze compulsive* (convulsiuni, choree, isterie, catalepsie, epilepsie); 3) *afecțiuni cerebrale* (congestie, apoplexie, hemiplegie, paralizie generală, encefalită, meningită); 4) *diferite forme de alienație* (manie sau delir verbal, hipocondrie, monomanie, melancolie, nimfomanie, lipemania, demență).

Sinuciderile. — Cea mai frecventă exteriorizare a psihozelor și nevrozelor premenstruale și menstruale sunt hipocondria și gândul sinuciderii (*Claude Etienne Martin, Balthazard, Wagner-Jauregg*), după cum o arată și observațiunile noastre proprii (cu o deosebită pricepere utilizate și interpretate de *Doctorul I. Nandriș* în lucrarea: de docență medico-legală: „*Sinuciderile la femei în timpul ciclului oestral*”, Buc. 1927, care e una din cele mai documentate contribuțiuni la studiul acestor psihoze și nevroze):

Din 235 sinucigașe de diferite vârste, autopsiate, la 191 (81,6%) am constatat modificări fiziologice ale organelor genitale, iar procentul celor în activitate genitală (13—52 ani) e de 90,2%; procentul menopauzei e deci de 9,8%. În perioada cea mai activă a funcțiunii genitale (pubertate — 30 ani), avem 64%, pe când la bărbat, pentru aceeași perioadă, nu găsim decât 36,1%.

După starea civilă: 65% nemăritate, 20,5% măritate, 14,5% văduve (prin deces ori divorț).

După indeletniciri: 66,9% servitoare, chelnerițe, muncitoare; 22,2% casnice; 8,9% intelectuale, 2,1% artiste.

Calea sinuciderii: 39,8% (dintre cari 26,8% dela 13—30 ani) otrăvirea; 21% spânzurarea; 12% (dintre cari 72% de 13—30 ani) arma foc; 5,3% (40,9% 13—30 ani) inec; 3,1% (52% 13—30 ani) aruncarea înaintea trenului; 4,7% (65% 13—30 ani) asfixie; 4,6% (53,1% 13—30 ani) aruncarea dela etaj; 3,6% (73,3% 13—30 ani) arsuri; 2,9% (8,3% 13—30 ani) tăierea gâtului cu cuțitul.

Indeosebi, în ce privește vârsta pubertății, e de reținut constatarea cu inversarea raportului obicinuit al numărului de sinucideri după sex: de unde, pentru adulți, raportul acesta e de 5 bărbați la 1 femeie. În anii pubertății avem 2 fete la 1 băiat.

* * *

Comemorativele observațiilor noastre confirmă în chip elocvent existența psihozelor și nevrozelor specifice în cursul vieții genitale:

1. O elevă de 13 ani se spânzură fără nici un motiv plauzibil; era sub imperiul obsesiunii sinuciderii.
2. Se impușcă din cauza unei supărări fără importanță (16 ani).
3. Se stropeste cu petrol și-și dă foc; motivul: „viața nu mai are nici un farmec pentru mine” (18 ani).
4. Cu acid fenic. „M'am otrăvit, dar nu știu de ce” — declară ea în chinurile morții. (18 ani).
5. Se aruncă dela etaj. Tristă, plângea fără motiv (18 ani).
6. Cu sublimat coroziv. Tristă, se izola și avea accese de furie numai de era contrazisă (17 ani).
7. Cu acid acetic glacial. Nervozitate extremă la epoca menstruației (17 ani).
8. Cu cocaină. Pentru o simplă dojană părintească (18 ani).
9. Cu alcool denaturat. Crize nervoase: își smulgea părul și-și rupea îmbrăcămintea; se sinucide în ziua când părinții îi refuză cumpărarea unei pălării noi (18 ani).
10. Spânzurare. În biletul lăsat explică: se omoară, pentrucă fusese certată că e murdară (16 ani).
11. Cu arsenic. În urma unei certe cu frații ei (17 ani).
12. Cu sodă caustică. „Sunt amărâtă, n'am nici o plăcere să trăesc, neurastenia a fost mai tare ca mine” (19 ani).
13. Cu sodă caustică. Căsătorită. De câteori îi revenea menstruația, devenea arțăgoasă cu soțul și cu propria ei familie. În ziua în care a aflat din ziare despre asasinarea tenorului Grozăvescu, s'a luat la ceartă cu soțul ei, așa din senin, amenințându-l cu soarta cântărețului și adăugând că ea se va sinucide. Bărbatul n'a luat-o în serios, dar imediat după plecarea lui s'a otrăvit (23 ani).
14. Nemăritată. Otrăvire cu adalină: la lună, odată cu menstruația, devenea de o irascibilitate extremă. Repetate tentative de a se sinucide (40 ani).
15. Spânzurarea. De câte ori îi venea menstruația, era stăpânită de gânduri negre și se amețea cu alcool diluat (34 ani).
16. În urma unei certe cu mama ei. își sboară creerii cu un foc de revolver (21 ani).
17. Cu șoricioaică. În ajunul revenirii menstruației (25 ani).
18. Cu șoricioaică. Dureri menstruale: excitațiune extremă, ceartă cu toată lumea (30 ani).
19. Aruncarea înaintea unui tren. Menstruații neregulate (25 ani).
20. Cu sublimat corosiv. Menstruație neregulată cu dureri; nervoasă, tristă, geloasă, săria cu cuțitul la soțul pe care totuș îl iubea mult (23 ani).
21. Spânzurare. Văduvă. La lună, odată cu menstruația, îi revenea și gândul sinuciderii (35 ani).
22. Se aruncă înaintea unui tren. Mai încercase în câteva rânduri să se omoare în alt chip. Nemăritată (45 ani).
23. Cu revolverul. în urma unei certe banale cu soțul (35 ani).

24. Cu revolverul. Măritată. „Nu știu nici eu de ce mă sinucid” (35 ani).
25. Cu sodă caustică. Măritată. Geloasă deși își făcea de cap cu alții (28 ani).

B. Leziuni și afecțiuni organice

Dar în afară de psychozele și nevrosele caracterizate, mai avem de notat și efecte de altă natură, ca de exemplu:

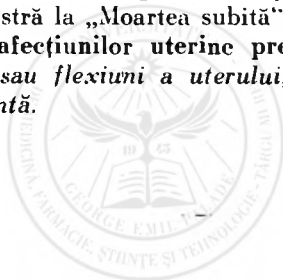
1. **Devierea coloanei vertebrale** începe să se pronunțe de obicei la epoca desăvârșirii procesului pubertar, iar deviațiile preexistente se agravează.

2. **Alterarea preexistentă a organelor respiratorii** e agravată de apariția menstruației. Efectul e însă foarte slab, atunci când afecțiunea acestor organe are deacum un caracter cronic.

3. **Proprietățile iritante ale sângelui menstrual** provoacă **scurgeri cronice** cum e **uretrea** cu atare caracter, consecutivă coitului în timpul menstruației.

4. **Ovarita menstruală**, foarte dureroasă, însoțită de turburări congestive: dureri lombare, spasmi ale colului vesical, nevralgii crurale, vărsături. Excepțional se poate nota și moartea. (Vezi observația noastră la „Moartea subită”).

5. **Agravarea afecțiunilor uterine preexistente sau provocarea unei debieri sau flexiuni a uterului, cu o scurgere menstruală mai abundentă.**



RESPONSABILITATEA MINORULUI

„L'intelligence n'a-t-elle pas devancé le sens moral? Un acte commis, même avec discernement, n'a-t-il pas été commis dans l'ignorance du mal qu'il allait produire?”

CHAUVIN-FAUSTIN-HÉLIE

Atunci când e vorba de un minor — orice delicvent care n'a depășit al 20-lea an al vieții (*art. 65 c. p.*) — legea noastră penală are trei măsuri, cari (precum am arătat la capitolul „Vârsta”, vol. II, pag. 107) corespund la trei perioade distincte din existența individului socotit necopt: 1) dela naștere la 8 ani; 2) dela 8 la 15 ani; 3) dela 15 la 20 ani. Iar proiectul de modificare a Codului Penal, mai în armonie cu legile biologic-fiziologice, fixând limita superioară la 21 ani, reduce perioadele la două: a) sub 15 ani împliniți și b) sub 21 ani împliniți. E un progres imens, indeosebi pronunțat în ce privește limita superioară a perioadei întâia. Pentru că, pe când, prin aplicarea *art. 65 c. p.*, delicventul de 8—15 ani e pasibil de pedepsele prescrise de acest articol, „atunci când se va decide că acuzatul a lucrat cu pricepere” — și executorii poruncilor legii iau adesea drept inteligență ceea ce în realitate nu e decât manifestarea unei perversiuni înăscute sau dobândite și pe care o confundă cu puterea discernământului („*malitia supplet aetatem*”) — proiectul de modificare s'a inspirat dela un alt precept al dreptului roman (privitor la copiii până la 10 ani și jumătate): *infantem innocentia consilii tuetur*.

Interzicând cercetarea discernământului până la 15 ani, reformatorul are însă grija de a institui, pentru delicvenții din această categorie, garanții serioase de supraveghere a educațiunii lor, — precauțiune care lipsește în codul în vigoare pentru copiii până la 8 ani. Și astfel legea penală în ființă creiază o categorie de delicvenți cu beneficiul impunității absolute, cărora nu li se aplică nici măcar sancțiunea morală a controlului creșterii lor.

Făcând această constatare, nu putem fi bănuți de pornire în contra copilului infractor, pentru că, după cum se va vedea din desvoltările capitolului de față, noi avem dimpotrivă intima convingere științifică de necesitatea unei cât mai îngăduitoare interpretări a literei legii, atunci când infractorul n'are vârsta adultului, căruia i se poate presupune posesiunea atât de discutatului și dis-

cutabilului liber-arbitru. Chiar așa, cu marile lui cusururi, codul nostru e uman, foarte uman: în nici un caz aplicarea lui nu poate duce la grozăvii judiciare cum sunt execuțiunile de copii, adevărați copii de 15, 10, 9 și 8 ani, condamnați pentru omor și dare de foc (în veacul trecut, în Anglia și în Statele Unite). Un astfel de delicvent în vârstă de 10 ani (condamnat, în America, în 1853), în tot timpul detențiunii juca bile și, tot jucându-se cu bile, a fost găsit în clipa în care magistratul, însoțit de călău, a pătruns în celula copilului, spre a-l ridica și duce la spânzurătoare.

A. Discernământul

Cu a doua categorie de minori delincvenți — dela 8 la 15 ani împliniți — intră în cumpăna judecății elementul priceperii. A presupune posibilitatea discernământului dela vârsta de 8 ani e o erezie, pe care proiectul de modificare o înlătură strămutând limita inferioară la 15 ani, apropiindu-se astfel de principiul dreptului roman: *„si proximus pubertatis sit et ob id intelligat se delinquere“*.

Dela 15 la 20 ani (a treia categorie de minori infractori) chestiunea prealabilă a discernământului dispăre din aplicarea legii, care se mărginește să prescrie o sancțiune penală redusă, atât în ce privește natura ei cât și sub raportul duratei. Și cu toate acestea discernământul nu e în funcțiune numai de vârstă — sunt atâtea cauze de ordin psihic sau din domeniul patologiei mintale cari suprimă funcțiunea nobilă a creierului omenesc la vârsta cea mai înaintată. Pentrucă, indiferent de epoca vieții adolescentului sau adultului, nu se poate vorbi de un discernământ neștirbit, dacă nu există: 1) o inteligență cel puțin mijlocie; 2) baza morală (putința diferențierii binelui de rău); 3) auto-determinarea (puterea de a-și înfrâna și dirija voința). Adică, identificarea discernământului reclamă determinarea în prealabil a gradului de judecată, de conștiință și de liber-arbitru.

1. Inteligența

Iată o materie pentru care teoria einsteiniană a relativității își găsește o minunată aplicare. Care e unitatea de măsură pentru gradarea inteligenței? După care criteriu ne vom conduce, când avem să ne pronunțăm asupra unui copil cu carte și asupra unuia fără carte sau cu carte puțină? Dar chiar când e vorba numai de unul cu o instrucțiune mai mult sau mai puțin înaintată, care ne va fi punctul de reper: ușurința asimilării? Criteriu foarte precar, pentrucă sunt copii cu predispoziție de asimilare într'o anumită direcție și incapabili de a-și însuși alte cunoștințe determinate. Sunt

doar'atât de numeroase exemplele de inteligențe mediocre cari nu numai răsbesc, dar încă se impun în arena vieții, pe când inteligența strălucită dă adesea greș acolo unde a reușit quasi-nulitatea intelectuală. Deoparte avem pilda unei minți bogate dar sfioase, de cealaltă aceea a unei minți sărace dar îndrăznețe.

Cari anume acțiuni sau simple manifestațiuni, pozitive sau negative, pot servi întru aprecierea inteligenței? De multe ori se ia drept caracterizare a inteligenței ceea ce în fapt nu e decât afirmarea puterii instinctului.

Sinuciderea la copii. — Dar nici măcar instinctul primordial, acela al auto-conservării, nu triumfă de multe ori asupra lipsei de judecată sau a judecății denaturate, la individul caracterizat inteligent. Avem pilde de copii cari, ținându-se seama de frumoasele lor aptitudini la învățătură, trebuiau priviți ca posedând o inteligență dezvoltată, deci și capabili de o judecată sănătoasă și cu toate acestea au comis cea mai mare nesocotință de conceput: s'au sinucis. Și nu aveau nici tare ereditare, nici tare individuale, dobândite. Sinuciderea, la copil, e traducerea fulgerătoare în faptă a unei hotărâri brusce, care nu lasă timp rațiunii să reacționeze. Așa, un băiat de 12 ani se spânzură, pentru că, la sfârșitul anului școlar, a fost clasat al 2-lea și nu 1-iul (*Falret*). Iată dar un copil admirabil înzestrat ca inteligență, pentru că altfel n'ar fi putut cuceri o pozițiune atât de invidiată la școală (al 2-lea din clasa lui și, poate, că și merita să fie clasificat întâiul). Deci, un copil apt de a judeca în ale învățaturii, și cu toate acestea judecata i e complect eclipsată de gândul năprasnic al morții; cu toată inteligența lui e incapabil să deosebească, să facă alegerea între soarele vieții și bezna neantului. Și unui copil de felul acestuia ar vrea legea să i atribuie puțința unei judecăți sănatoase, atunci, când prin actele lui ar aduce vătămare altora?!

Și sunt lungi pomelnicele de copii, dela 8 ani în sus (după *art. 62 și 65 c. p.*, considerați ca înzestrați cu puterea discernământului) cari n'au știut să facă uz de acest dar, spre a discerne răul ireparabil ce și-l făceau, curmându-și firul vieții la începutul depănării lui.

72 *sinucideri*: 2 la 8 ani, 7 (6 băieți și 1 fată) la 9 ani, 4 (5 băieți și 1 fată) la 10 ani, 19 (11 băieți și 8 fete) la 11 ani, 15 (10 băieți și 5 fete) la 12 ani, 11 (9 băieți și 2 fete) la 13 ani, 11 (5 băieți și 6 fete) la 14 ani, 2 la 15 ani, 1 la 16 ani (*Statistica lui Siegert*). — 40 *sinucideri de băieți până la 14 ani* (*Lazar*). 154 *sinucideri de minori* dintre cari: 2 la 9 ani, 2 la 10 5 la 11, 7 la 12, 7 la 13 și 2 la 14 ani (*Durand-Furdel*).

O fată de 9 ani, îngrozită c'a spart o ceașcă, se aruncă pe fereastră. O fată de 10 ani se otrăvește, „măhnită că e tratată ca o simplă copilă“. Un băiat de 15 ani se spânzură, pentru că fusese dojenit pentru o greșală fără urmări. Un băiat de 10 ani se otrăvește, pentru că-l bătuse mama lui. Un băiat de 8 ani se aruncă dela etaj, pentru că a fost pedepsit, la școală, cu o oră de arest. 3 băieți de 14 ani se spânzură și o fată, tot de 14, se aruncă pe fereastră; o fată de 12 și un băiat de 9 se înecă, pentru c'au căpătat note proaste. Tot pentru note proaste se împușcă un băiat de 12 ani. Unul de 13 se aruncă dela etaj, iar o fată de 15 ani se împușcă „din cauza unei dragoste nefericite“. Un băiat de 9 ani se împușcă „de durere pentru pierderea unei păsărice“.

Și pentru că vorbim de sinucideri de copii, să înregistram, cu titlu de

curiozitate, sinucideri la o vârstă și mai fragedă ca 8 ani: 2 băeți de câte 5 ani (*Siebert, Durand-Fardel*); un copil de 5 ani (*Redlich*); un băiat de 7 ani (*Haberda*).

2. Conștiința

Baza morală, care e cheazășia aptitudinii de a discerne ce e bun de ce e rău, e al doilea element al priceperii în înțelesul legii penale („*Le difficile n'est pas de faire son devoir, mais de le connaître*” — De Maistre).

Dar cum să sondăm conștiința minorului, când îl vedem de câtă absență de conștiință dă dovadă atunci când e vorba de propria lui persoană? Il vom declara conștient de urmările faptei lui când nesocotește prescripțiile codului și inconștient, numai când infrânge până și tăria de oțel a instinctului de conservare fizică? Conștient când sparge capul cuiva și inconștient când se împușcă, se otrăvește, se înecă, se aruncă dela etaj?

Nu tăgăduim în mod absolut existența conștiinței la copil, dar nu e decât *una de copil*: își dă seama că greșește, dar *nu cântărește* greșeala și *nu prevede* consecințele ei imediate sau posibile. Copilul dă foc unui singur snop: știe că face rău, dar nu se gândește că dela acel snop se aprind snopurile vecine și că focul poate mistui o întreagă recoltă. Pune un bolovan sau un lemn deacurmezișul șinelor drumului de fier: știe că face rău, trenul putând să sară depe linie, dar nu prevede și urmările catastrofale ale derrierii.

Există o conștiință și la copil, dar foarte obnubilată de impulsivitatea tiranică de a-și satisface o plăcere brutală — care face parte din ciclul pornirilor rele cu cari copilul se naște și cari nu se sting decât prin educație, prin pilda mediului, prin supravegherea exercitată până'n pragul vârstei adulte. Copilul, până la o anumită vârstă — variabilă după înseș condițiunile de dezvoltare și de influențe externe și ereditare — e amoral, — o lipsă a simțului moral care însă nu isbește atât de tare ca amoralitatea adultului. În această privință are dreptate *Lombroso* când, alături de *Moreau, Prez și Bain*, observă că „germenii nebuniei morale și ai criminalității se găsesc nu prin excepție ci în mod normal în prima vârstă a omului, întocmai precum în foetus se găsesc oarecari forme cari, la adult, constituie o monstruozitate”. Cu cât e mai mic, cu atât copilul e mai inconștient, mai pornit să săvârșască acte anti-sociale. Toate viciile imaginabile sunt cuibărite în spiritul copilului: mânia, răzbuunarea, gelozia, minciuna, egoismul, furtul, cruzimea, lenea, vanitatea, obscenitatea.

Criminalitatea la copii. — Cât despre exemplele de porniri criminale ale copilului, chiar crescut într'un mediu social mai bun, ele sunt atât de abundente, că nu avem decât greutatea spicuirii: cazuri uluitoare sub raportul

asociației monstruase între inteligența precoce, răutatea împinsă până la cruzimea bestială, sângele rece al premeditării, șiretenia preparării și abilitatea executării actului delictuos.

1. Un băiețel de 10 ani vine în mijlocul altor cinci copii (de 3, 4, 5 și 8 ani) cari se jucau într-o grădină și le propune să-l urmeze într-o cameră a unui pavilion. Ajunși acolo, îi îndeamnă să intre într-o ladă mare și apoi lasă capacul și-l închide cu cheia, iar el se așează deasupra. Copiii dinăuntru, văzând că gluma se îngroașă și simțind că se asfixiază, încep mai întâiu să se roage, apoi să țipe să le dea drumul; dar micul calău rămâne neîndurat. După ce în interiorul lăzii s'a făcut liniște de mormânt, băiatul acesta de 10 ani sare de pe ladă și, senin și încântat ca de o ispravă mare și frumoasă, se duce să se joace cu un alt grup de copii. Abea seara târziu, mama a doi dintre cei 5 copii se gândește să forțeze broasca lăzii, și dă peste 5 cadavre. — Cercetat, micul ucigaș, — care dăduse dovadă de un rar rafinament în conceperea și aducerea la îndeplinire a planului — mărturisi că mobilul a fost răsbunarea: a voit să pedepsească pe unul din cei 5 tovarăși de joacă, o fetiță de 4 ani, pentrucă în ajun lovise pe o surioară a lui. Și i-a atras în cursă pe toți cinci ca nu cumva ceilalți patru să dea din timp alarma. A mai mărturisit că, după ce s'a dat jos depe ladă, a descuiat și ridicat capacul și, văzând că fetița mai mișca, l-a închis la loc, apoi a închis și ușa și obloanele dela ferestre (*Wald*).

2. O fetiță de 8 ani, masturbatoare pătimașă, a mărturisit că umbla cu gândul să-și omoare părinții, spre a nu mai fi supravegheată și dojenită (*Marc*).

3. O copilă de 9 ani dă dovadă de o deosebită pricepere în felul cum susține o imaginare tentativă de viol din partea a doi tineri. Cu mare greutate se poate face dovada netemciniciei acuzației, formulată de pretinsa victimă, o adevărată virtuoză a minciunii cu aparența de adevăr (*Tourdes*). E un caz caracteristic al *mythomaniei* îndeosebi studiată de *Dupré*.

4. De conștiința crimei sau cel puțin de aceea a primejdurii propriiei vieți se poate vorbi în cazul copilului american de 10 ani, care o clipă nu s'a despărțit de bilele pentru cari omorâse pe un tovarăș al lui de joacă, bilele cu cari, după cum am arătat, a fost găsit jucându-se și în ceasul morții?

5. Extrem de numeroase sunt observațiile cu privire la impulsunile criminale ale copiilor la vârsta pubertății — loviri și răniri grave, omoruri, otrăviri, dare de foc, fără să fi avut un motiv de pornire împotriva victimelor lor.

În deosebi în ce privește impulsunea incendiară, *pyromania* aceasta a fost pusă în legătură directă cu turburările psicho-nervoase pricinuite de apropierea sau instalarea pubertății la ambele sexe. Și tot la această epocă a minorității, precum am văzut la capitolul pubertății, avem de înregistrat, mai ales la fete, accese de desperare subită cari duc la sinucidere.

Toate observațiile de mai sus ne dovedesc existența inteligenței la copilul delincvent, dar nu și aceea a *conștiinței* care e al doilea element al discernământului.

Și absența aceasta a conștiinței nu poate fi interpretată ca o excepție de ordin ereditar sau patologic, ci ca o lipsă firească, deoarece conștiința nu se cristalizează decât odată cu procesul de formare a caracterului și a temperamentului: cutare individ, orgolios, brutal și îndrăzneț, a fost un copil modest, blând și sfios; cutare, dimpotrivă, bun, milos, lipsit de vanitate, a fost un copil rău, arțăgos, crud, înfumurat.

Nici de o eclipsare temporară a unei adevărate conștiințe, datorită unui acces de nebunie, nu poate fi vorba: alienația mintală — cu toate observațiile mai vechi (*Esquirol, Gilain, West*) și mai noi, cari nu constituie decât excepții — e o apariție foarte rară în primele două decenii ale vieții. Ceeace se ia drept nebunie caracterizată la minori, nu e în realitate decât o perversiune, în majoritatea cazurilor trecătoare, a instinctelor, sentimentelor și mentalității: în nici un caz nu constituie tipuri identificate ale maniei și monomaniei.

3. Liberul-arbitru

Acesta e cel de al treilea element și cel mai important al responsabilității minorului, în intervalul dela 8 la 20 ani. Posedă minorul — copil ori adolescent — tăria necesară spre a-și stăpâni pornirile rele, primejdioase, în ipoteza că nu e lipsit nici de inteligența necesară pentru aprecierea povârnișului pe care e gata să alunece, nici nu e lipsit de un rudimentar simț moral? (Pentru că de o adevărată conștiință nu se poate vorbi, la o atare vârstă: sunt doar atâtea pilde de oameni, podoabe ale moralității sociale, cu păcate mai grele ori mai ușoare, la activul primilor douăzeci de ani și chiar ceva mai târziu).

Valuri de cerneală au curs în controversa liberului-arbitru, controversă alimentată de școala *indeterminismului* deoparte, de școala *determinismului* de cealaltă parte a baricadei.

Partizanii *indeterminismului* proclamă absența oricărei cauze de îngrădire a voinței, ceea ce este o absurditate, o gravă erezie științifică, a cărei adoptare a avut de efect deformarea monstruoasă a concepției în materie de represiune penală: „Codul penal socoate pe delincvent ca pe un tip *abstract*, operă a unei concepțiuni juridice, *lipsită de orice contact cu contingențele vieții reale*. Codul conține infracțiunea nu ca o operă a criminalului frământat de toate emoțiile, de toate patimile și de toate vijelioasele isbucniri omenești, ci ca o entitate juridică abstractă, cu o natură proprie invariabilă. Codul e deci o construcțiune juridică, operă a juriștilor, în care predomină regulile abstracte, ficțiunile și formulele” (*G. Vidal*: „Cours du droit criminel et de science pénitentiaire”). Mentalitate cu o nu mai mică energie condamnată în lapidara protestare a lui *Clemenceau*: „Represiunea oarbă sfârșește prin a ticăloși și revolta pe delincvent”. Partizanii *indeterminismului* nescotesc glasul înțelepciunii din maxima juridică a lui Seneca: „*Haud est nocens quicumque non sponte et nocens*”.

Să nu se invoace pânaceul educației, pentru că acolo unde natura și-a pus pecetea definitivă, acțiunea omului nu mai poate provoca o schimbare hotărâtoare: „Nu există creștere pe lume care să poată face prunul să dea ca rod struguri, ori scaetele să ro-

dească smochine; tot astfel nici un muritor nu poate ieși din limitele trase de firea sa și-i va fi întotdeauna cu neputință să înfiripeze cu oarecare stabilitate o inteligență sau un caracter pe temeliile unei naturi rele. Puneți dela naștere la un loc două persoane, dați-le aceeaș educație, și, la sfârșit, persoanele acestea nu vor avea spiritul exact turnat pe acelaș calapod, sau aceeaș capacitate, după cum nu vor avea nici aceleași trăsături ale feței" (*Maudsley*).

Concepția filozofică a *determinismului*, aceea a dreptei judecăți, dimpotrivă, se inspiră din contingențele vieții reale și consideră infrațiunea ca un produs de neînălăurat al unor condițiuni date. Pe când *indeterminismul* socoate societatea omenească drept o pădure ideală fără uscături, *determinismul*, admirând măreția organizației sociale și capacitatea individuală, nu scapă însă din vedere și scăderile inerente nu numai unui tot atât de complex cum e marea arenă a vieții, ci și fiecărui luptător luat în parte: „Cel ce de mare nevoie va fura, iar nu mult, ce numai cât va mânca și cât se va îmbrăca, acesta să se ierte; iar de vor vrea să-l certe, mai prea puțin, iar nu ca prea un fur, pentru că se cheamă că au furat de nevoie" (*Pravila lui Vasile Lupu*).

Cum să admitem *indeterminismul*, pentru o organizație atât de susceptibilă de orice influență exterioară cum e firea omului, când nici chiar în organizația cosmică nu există legi absolut imuabile? Îndeosebi actele minorului sunt în funcțiune nemijlocită de incomplecta dezvoltare fiziologică, de stări psicho-patice, lacune sau deformări ale judecății, — defecte congenitale sau dobândite; actele minorului mai sunt în funcțiune de turburări durabile sau trecătoare ale activității spirituale, turburări cari se traduc prin alienație mintală, abea după faza maturității psihice; în sfârșit, manifestările minorului, mai mult încă de cât acele ale adultului, oglindesc înrăuirile de rasă, confesiune, ereditate, îndeletnicire, condițiuni sociale și economice, mediu, pildă: „*A man is educated either for good or for evil by every thing that he experiences from the cradle*". (Omul e format pentru bine sau pentru rău, prin tot ceeace, din leagăn încă, lasă asupra lui o întipărire". (*Chambers Encyclopaedia*).

Cum altfel, dacă nu prin acțiunea cauzelor de ordin intern, să ne explicăm lipsa oricărui simț moral și impulsunile cari duc la deliecte și crime?

Dintr'o statistică a noastră asupra criminalității feminine în România, relevăm, la un număr de 400 prostituate delinvente: 1 de 11 ani, 6 de 12 ani, 25 de 13 ani, 36 de 14 ani, 38 de 15 ani, 60 de 16 ani, — în total 166, adică peste 41%. Iar în ce privește epoca deflorării acestor prostituate notăm: 5 la 10 ani, 6 la 11 ani, 25 la 12 ani, 40 la 13 ani, 69 la 14 ani, 94 la 15 ani, 90 la 16 ani:

coeficientul cel mai mare ni-l dă limita superioară fiziologică a pubertății feminine.

Iar *Tourdes* a stabilit, pentru Franța, o statistică de minori condamnați: 8921, dintre cari 7162 băieți și 1759 fete. După natura infracțiunii avem:

	Băieți	Fete	Total
asasinat	6	5	9
omor, incendiu	166	26	192
atentate la bunele moravuri	181	71	252
loviri și răni	105	24	127
furt simplu	4.150	892	5.042
furt calificat	410	25	435
cerșetorie	719	275	994
vagabondaj	1.334	549	1.683
nesupunere la autoritatea părintească	65	126	189

Și una și alta din aceste două statistici sunt groaznice, dar oroarea ce ne inspiră nu e mai mare decât zguduirea ce ne-o pricinuesc statisticile sinuciderilor de copii. Încă odată: de judecată, conștiință, liber-arbitru se poate vorbi la 41% din prostituatele în vârstă de 10—16 ani? De discernământ poate fi vorba la cei aproape 9000 copii cari, în anii fragezi ai minorității, s'au făcut vinovați de asasinat (omucidere cu pândire), omor, atentate la bunele moravuri, furt, cerșetorie, vagabondaj?

B. Cauzele de alterare a individualității morale a minorului

Atrofierea mai mult sau mai puțin pronunțată sau chiar complectă anihilare a puterii discernământului se explică, pe baza arățărilor de mai sus, prin: 1) insuficiența sau deviarea inteligenței; 2) absența sau deformarea brumei de conștiință; 3) insuficiența sau paralizia voinței. Și deoarece aceasta din urmă joacă rolul precumpănitor la săvârșirea faptei incriminate, e necesar ca din capul locului să ne călăuzim de axioma: voința e rezultanta a trei forțe ce concomitent își exercită acțiunea asupra individului: 1) ereditatea (din chiar momentul zămislirii) și influențele patologice (congenitale sau dobândite); 2) educațiunea; 3) mediul (aceste două din urmă din momentul nașterii).

Roubinovitch, directorul serviciului medico-psihologic al minorilor delincvenți din departamentul Senei, în comunicarea făcută la al 8-lea Congres de medicină legală ținut la Paris în Octombrie 1928, grupează astfel cauzele degenerării morale a nevârșnicului: 1) *răspunderea familiei* (abandon moral și foarte adesea și cel fizic, desinteresarea complectă a părinților de instrucția și ucenicia copilului, exploatarea copilului, promiscuitatea, pilda rea, îndemnul părinților la pederastie și furt); 2) *mizeria materială a familiei*; 3) *alcoolismul*; 4) *starea mintală a minorului delincvent* (normalitate mintală 18%, instabilitate min-

tală simplă 51%, instabilitate mintală, agravată prin debilitate și turburări marcate ale caracterului 29%, debilitate mintală — nivel mintal inferior cu 2—3 ani — 18%, epilepsie 3,5%, post-encefalită 1%).

* * *

Vom examina dar agenții de alterare a individualității morale a minorului, după însăș sursa lor: înrâurirea eredo-patologică și înrâurirea de ordin extern.

1. Ereditate — Atavism — Degenerescență

„*Nous sommes de plus en plus dominés par les morts*“ — AUGUSTE COMTE

Ereditatea — observă *Lacassagne* („*Les actes de l'état civil*“ — La naissance) — ne-a transmis o influență de care nu ne putem desbăra, iar în felul nostru de a gândi și simți, în actele noastre, se află cu mult mai mult decât ne închipuim din felul de a gândi și simți precum și din actele predecesorilor noștri. Ce fel de progenitură voiți să ne dea, de exemplu, o asociare de doi alienați — și s'a observat că fetele de alienați exercită o atracțiune particulară asupra fiilor de alienați (*Blanche*) —, dacă nu un nou recrut pentru armata alienației mintale?

Degenerescența, după cum foarte bine o definește *Magnan*, e o acumulare, în *antecedentele ereditare* ale unui individ, de afecțiuni cerebro-spinale sau de boli generale cu repercursiuni asupra sistemului nervos, susceptibile și unele și altele de a influența descendența. Degenerarea merge accentuându-se din generație în generație, creând, din punctul de vedere fizic și mintal, tipuri de *neregulați, asimetrici, desechilibrați* (*Legrain*). Stigmatetele cele mai caracteristice ale degenerescenței ereditare sunt: asimetrie facială, malformațiune a urechilor, strabism și alte leziuni oculare, deformațiuni ale maxilarelor, anomalii dentare, vicii de conformație a cerului gurii, asimetrie și deformațiuni ale trunchiului, hernii, anomalii ale organelor genitale, pigmentațiuni ale pielii, naevi, etc.

De pildă, copilul născut din părinți alcoolici, crescut într'un mediu ticălos, murind de foame și de frig, pângărit de murdării fără nume, va fi fatal un *întârziat* nu numai fizicește dar și din punctul de vedere al funcțiunilor cerebrale. — Sifilisul ereditar cu leziunile lui plastice, ereditatea alcoolică, rachitismul cu deformațiunile lui osoase vor dota societatea cu indivizi atinși de morbidități cari le atrofiază sau anihilează chiar facultatea discernământului. Cu penel de maestru a zugrăvit *Legrand du Saulle* tabloul de ansamblu al întârziaților sau neisprăviților născuți din bătrâni epuizați, din consanguini, din alcoolici, epileptici sau alie-

nați, din tată necunoscut și mamă scrofuloasă, rachitică, isterică, prostituată sau nebună: copii mici, sfrijiiți, limfatici, scrofuloși sau strabici, cu capul foarte puțin sau dimpotrivă excesiv dezvoltat, cu pieptul strâmt, cu circulația lentă, iritabili, violenți și cu inteligența redusă, refractari la orice sugestione bună, nedisciplinați; binefacerile educației, sfaturile religiei, amenințarea cu pedeapsa sau chiar asprimea acestora nu-i impresionează; nu sunt de fapt toți niște alienați, imbecili, idioți, dar totuși înspăimântă societatea.

Din 456 infractori examinați de el, *Tarde* a găsit: 46% din tată sau mamă alcoolică, 14% din părinți sau ascendenți alienați. Socotind și procentul copiilor cu părinți epileptici, isterici, ereditatea morbidă reprezintă 90%. Toate statisticile criminalității copiilor arată un procent de ereditate alcoolică între 46 și 48 la sută.

I. Câteva exemple tipice de degenerescență ereditară: prelungită:

1. Din neamul lui Tristan Ercmitul, 26 inși au trecut prin mâna gădelui (Un vechiu cronicar francez).

2. Din 5 surori se trag 540 persoane, dintre cari 76% criminali. 20% cerșetori și nemernici, și numai 4% nu erau în sarcina societății (*Dr. Grossmann: „Wie wird ein kind zum Verbrecher“*).

3. O criminală a avut o descendență de 625 indivizi, dintre cari 200 criminali, iar restul, în majoritate, idioți, alcoolici, trântori și prostituate (*Morel*).

4. Familia Chrétien, în care trei frați au avut 10 copii condamnați pentru furt și asasinat (*Despine*).

II. Iată și câteva exemple de ereditate observate mai recent:

a) Copil de 14 ani. Furt. Mamă alienată. Imbecil, nu știe carte. Instincte bestiale. Stigmatice fizice: bolta palatină ogivală, zigome voluminoase, prognatism, dinții de jos oblici în sus și înapoi, acoperiți de dinții de sus; phimosi, gynecomastie; urechile depărtate și helixul absent în jumătatea superioară.

b) 17 ani. Furt. Unchiu (după mamă) alienat. Debilitate mintală. Instincte pervertite, Melancolic; gândul sinuciderii.

c) 18 ani. Furt; pederastie. Părinți destrăbălați. Debilitate mintală, idei fără de șir, accese delirante.

d) 18 ani. Furt; pederastie. Tată alcoolic; mamă nervoasă. Așa la 18 luni a început să vorbească.

e) 16½ ani. Incendiar. Mamă isterică; bunic hemiplegic. Foarte vicios, mincinos, leneș.

f) 15 ani. Rănire cu cuțitul. Tată alcoolic; bunic mort de apoplexie; unchiu alcoolic; mamă somnambulă. Primii dinți la 7 luni; umbletul la 4 ani. Debilitate mintală; hipochondric.

g) 10 ani. Furt. Mamă isterico-epileptică: mătușă (după mamă) alienată; unchiu alcoolic. La 6 ani și jumătate a fost surprins strângând de gât pe sora sa mai mică. Știe carte, inteligent, șiret, dar leneș, murdar. Onanism. Impulsiuni periculoase; halucinații frecvente, coșmaruri.

h) 9 ani. Furt și incendiu. Tată alcoolic; mamă nervoasă; bunică (după mamă) nervoasă. Memorie bună. Agitat, isbucniri furioase, în timpul cărora

mușcă. Ticuri. grimase. Piroman. cleptoman. Manie curiosă: deschide gurile de canal.

i) 9½ ani. Furt; incendiu. Tată epileptic, mătușă epileptică; mamă nervoasă; soră epileptică. Vorbirea la 2½ ani. Atacuri epileptice. Știe carte, dar lenș, vicios, mincinos, lingușitor.

j) 15½ ani. Furt; atentat la pudoare. Tată alcoolic; mamă moartă de o boală a măduvii spinării; bunicul alcoolic. Gângav. Umblet la 3 ani. Incontinență urinară nocturnă. Convulsii dela 3 ani și jumătate și de atunci aproape zilnic. Foarte irascibil; cleptoman; onanist (și stingher și în tovărășia prietenilor).

k) 11½ ani. Incendiu. Tentativă de a-și omori mama, pe un frate și pe o soră a lui. Bunică hemiplegică; bunic complet paralizat; mamă nervoasă; unchiu alcoolic. Paralizic la 1 an; dela 12 la 14 luni convulsii în fiecare uapte. Intelligent, memorie foarte bună. Turbulent, semi-maniac periodic. Impulsii violente. Iși mănâncă unghiile. Ii e groază de întuneric.

Iată tot atâția delincvenți judecați și în parte condamnați, pentru că judecătorii, sclavi ai literei legii, care nu definește „priperea“, au luat inteligența, memoria, șiretenia drept dovadă a existenței discernământului. Precum se vede, există o ereditate psihologică, după cum există și una fiziologică și patologică. De aceea găsim îndreptățită măsura aplicată în unele țări de a se steriliza criminalii nărăviți, spre a-i pune în imposibilitate ca, după liberare, să procreeze degenerați.

2. Mediul și pilda. — Educația

«...Fiu de prostituată, născut în mizerie, crescut în ticăloșie, neprimind întotdeauna decât cele mai groasnice exemple, nu e atins de o singură boală a personalității, ci le are pe toate; nu e o singură dată irresponsabil, ci de o mie de ori».

(J. REINACH.)

Cum să nu fie un degenerat copilul a cărui mamă a fost fecundată la întoarcerea tatălui dela cârciumă; cum să mai existe cuget înalt și simțire curată în creierul și în inima unei progeneraturi care, sub influența mediului, e menit să fie un descentrat? Pentru că, la morbiditatea ereditară, se adaugă acțiunea miasmatică a unei promiscuități infame, puterea de sugestie a pildei, cari desăvârșesc opera de degenerare. Ca să nu vorbim decât de ravagiile făcute de alcoolism, ca efect al exemplului părintesc și al acțiunii nefaste a mediului, ne vom mărgini să relevăm o statistică recentă, în urma unei anchete făcute printre școlarii din Moscova: 15% beau sistematic, 60—70% beau accidental, iar numai 15—25% nu beau deloc (*Bogomolova*, 1928).

Iar asupra copilului cu o ascendență sănătoasă dar nesupravegheat, mediul va exercita o înrăurire nocivă, mai mult sau mai puțin pronunțată și care-i va știrbi din puterea de discernământ.

Sugestiuni indeosebi periculoase le constituie citirea producțiilor literaturii-otravă, spectacolele de așa zis teatru și de cinematograf, în care sunt etalate toate turpitudinile vieții.

1. Un băiat, sugestionat de un film, se cațără pe burlanul unei case până la etaj și comite o spargere. 2. Un altul, tot sub imperiul sugestiei — citise o ispravă la fel într'o gazetă — își constituie o bandă pentru atacarea și jefuirea unui tren. — 3. Un debil mintal, hotărât să se impună atenției prietenilor cari își băteau joc de el, sub impresia celor cetite într'un roman în fascicule, răpește cu automobilul pe o fată de 14 ani, elevă de liceu, o duce afară din oraș și, amenințând-o cu un cuțit, o violează, ca a doua zi să se laude cu isprava lui. — 4. O fată de 16 ani, rămânând însărcinată, închiriază o cameră la mahala și, apucând-o durerile facerii, se duce să nască în privată, unde aruncă pruncul, întocmai cum făcuse „eroina“ unei afaceri de pruncucidere, despre care vorbiseră ziarele.

Proasta educație căpătată de copii constituie una din cauzele cele mai puternice, ca să nu zicem chiar cea mai puternică a criminalității. Indeosebi, în clasele avute, să se dea o deosebită atenție în alegerea guvernantelor cari, de multe ori, reprezintă o bogată colecție de tare fiziologice și organice: „*Je trouve que nos plus grands vices prennent leur pli dès notre plus tendre enfance et que notre principal gouvernement est entre les mains de nos nourrices*“ (Montaigne).

Înainte de a face aplicațiunea neîndurată a articolelor din legea penală, societatea are datoria de a zmulge nenorocita progenitură a părinților ticăloși din atmosfera viciată în care e sortită să vegeteze, pentrucă, lăsați în contact cu părinții criminali, copiii pot deveni criminali, sub influența mizeriei și a exemplului rău. Spiritul de imitație și docilitatea firească față de acei pe cari natura îi i-a dat ca primi educatori, sunt cauza că în spiritul copilului se întipăresc adânc pildele și învățămintele primite.

De aci necesitatea unor case de educație speciale pentru copiii celor ticăloșiți.

5. Sugestiunile criminale. — Mythomania

S'au făcut și se fac experiențe cari dovedesc puterea sugestiei nu numai în starea hipnotică a individului, ci și în starea conștiință, dar cu conștiința slăbită sau absentă.

În această privință e clasică proba administrată de *Voisin* (comunicare făcută la al 5-lea Congres de Antropologie, Bruxelles 1892):

Subiectul, atins de debilitate, e adormit și, după ce i se recomandă că, orice s'ar întâmpla, să tăgăduiască faptul, *Voisin* îi sugerează să omoare pe o femeie pe care i-o indică (în realitate un simplu manechin, culcat în pat). Subiectul execută întocmai: pune mâna pe un cuțit și-l implântă în pieptul

victimei figurate. După trei zile vine la Voisin și-i spune că de atunci e trist, abătut, are dușmani, vede în vis pe presupusa victimă reproșându-i asasinatul. Psihiatrul îl adoarme din nou, asigurându-l, în starea hipnotică, de inexistența crimei — și subiectul se liniștește. Dar nu trec decât alte două zile și, tot sub influența sugestiei, subiectul se duce să dea foc unei case (al cărei proprietar fusese în prealabil prevenit de Voisin).

Cât despre *sugestiunile mărturiilor false*, acestea au fost îndeaproape studiate de *Bérillon* care, la 20 din 100 persoane, cu cari a făcut experiențele, a reușit să provoace: 1. *amnezia* faptelor sau șcenelor la cari persoana sugestionată luase parte; 2. *deformări ale memoriei* (amintiri false despre scene sau evenimente imaginare, la cari persoana sugestionată era acum convinsă că a fost față); 3. *iluziuni ale memoriei* (în ce privește data și durata evenimentelor reale); 4. *halucinațiuni negative* (persoana sugestionată e înconștientă de acte îndeplinite sub ochii ei).

Sugestiunea își găsește îndeosebi un teren prielnic cu copiii atinși de *mythomanie* într'un grad mai pronunțat: sunt copii cari mint din pornirea de a minți, fără nici un interes imediat; la început știu că mint, dar încetul cu încetul ajung să se încredințeze, că în adevăr minciuna lor — care poate constitui temeiul unei grave acuzațiuni — are un fond real. Și astfel e dată de minciună maxima: „*Ex ore parvulorum veritas*“.

4. Obsesiunea morbidă. Inversiunea

În și mai mare grad decât la adult, obsesiunea morbidă face ravagii în spiritul minorului (băiat sau fată), mai ales în perioada cuprinsă între vârsta pubertății și aceea a rațiunii infiripate. E o stare astfel definită de *Westphal*: „Consider ca o obsesiune orice idee care, inteligența fiind intactă (și fără să existe o stare emotivă pasională), apare conștiinței bolnavului și i se impune acesteia *în contra voinței lui*; ideea aceasta nu se lasă gonită, ea stingherește jocul normal al ideilor, iar bolnavul își dă seama că e stăpânit de o idee anormală, străină eului său” — dar nu-i poate rezista. (Despre diversele forme ale obsesiunii morbide, vezi mai departe „Discernământul adultului”, vol. II).

Minorul, atins de inversiunea simțului genital, nu poate fi urmărit decât în caz de ultraj public contra pudoarei (*art. 262 c. p.*) sau de acostare violentă (lovire și rănire, *art. 258—245 c. p.*):

1. Dela vârsta de 6 ani un minor era obsedat de dorința de a mușca și a mânca o bucată din pielea fină și catifelată a unui alt băiat.

2. O fată, instruită, bine crescută, aparținând unei familii cu vază, la vederea unui câine e apucată de pofta de a se împerechia cu el.

3. Un băiat, la 9 ani, se servește de o găină, iar la 13 ani de o juncă.

5. Influența pubertății

Mania pubertății numește *Osiander* efectele dezechilibrului psihico-nervos pricinuit de răscoala pubertară. Starea aceasta se

caracterizează prin trecătoare turburări intelectuale, mai mult sau mai puțin profunde (iluziuni, halucinațiuni vizuale, deprimarea melancolică, obsesiuni, spaime nocturne, somnambulism natural, pasiune platonice) acte impulsive, acte obscene, mai ales în pubertatea precoce, o impresionabilitate excesivă, — deci o încontestată scădere a simțului moral. *Bürger* (1927) notează turburări psihice la copii cu maturitatea sexuală precoce (11 ani) precum și la minori cu instalarea tardivă a pubertății (modificări de caracter, iritabilitate și impulsivități sexuale violente).

Întârzierea fenomenelor pubertății are de efect de a comprima inteligența, minorul părănd a fi într'o stare de hebetudine.

6. Dipsomania

Lacassagne îndeosebi a observat, la mulți din marele număr de minori delincvenți pe cari i-a examinat, acțiunea tiranică a *dipsomaniei*: nevoia intermitentă dar imperioasă de alcool sau de stupefiante cu lipsa de rezistență a organismului la aceste toxice și o pronunțată impulsivitate.

7. Bolile mintale caracterizate

„*Quae enim in eo culpa sit cum suar mentis non sit.*“ — ULPIAN

Rezervând pentru marele capitol al responsabilității adulțului studiul tuturor formelor de alienație mintală, ne vom ocupa aci numai de acele manifestățiuni specifice copilului și cari îi creează acestuia o stare de inferioritate și, eventual, o seuză pentru explicarea actului delictuos.

Cu titlul de indicație vom expune pe scurt câteva din cauzele cari provoacă aceste manifestățiuni: 1) meningita acută simplă, cronică, meningita cerebro-spinală epidemică, encefalita acută, hidrocefalia (congenitală sau dobândită) pot duce la *idioșie*; 2) meningita tuberculoasă (prin contagiune — falsă ereditate) creează *imbecilitatea*; 3) hemiplegia cerebrală, ramolismenul cerebral duc la *afazie* (de care sunt legate și *surditatea verbală* și *cecitatea verbală*); 4) paralizia generală cauzează deprimare, apatie, pierderea memoriei, diminuarea progresivă a tuturor funcțiunilor cerebrale, *demența complectă*; 5) demența precoce suprimă reacțiunile voluntare și explică *impulsivunile la acte de violență*; 6) anorexia nervoasă provoacă o *pervertire psihică a apetitului*; 7) hipertrofia creierului: *schimbarea în rău a caracterului*; 8) tumorile cerebrale: *iritabilitate*; 9) athetosa: *diminuarea inteligenței*; 10) ataxia ereditară: *diminuarea inteligenței*.

1. **Nevrozele.** — La copii cu porniri rele se observă deobiceiu

nevroze cari se traduc prin excitație maniacă, halucinațiuni convulsive, eclampsie, atacuri nocturne de epilepsie, isterie, choreea lui Sydenham, spaima nocturnă, onychofagie, priapism. Procesele a căror origine trebuie în general căutată în: masturbație, prezența unor viermi intestinali, un traumatism al capului.

a) Delir maniac la o istero-epileptică de 9 ani. Cauza: prezența unor larve vii în sinusurile frontale (*Legrand de Saulle*).

b) Accidente de choree, însoțite de furie maniacă la o fată de 11 ani. A încercat s'o omore pe mama ei și să înnece pe o soră mai mică, aruncând-o într-o baltă. Cauza: repercursiunea unei boli a pielii capului (*Morel*).

c) Delir, maniac, melancolie și monomanie, la 9 fete de 7—9 ani (*Schnepp*).

d) Minori epileptici, cu accese maniace, complicate cu un fel de extaz (*Delasiauve*).

e) Cazuri de nevroze acute la copii de 7, 6 și 5 ani și jumătate (*Brierre de Boismont, Bucknill*).

2. **Nebunia melancolică**, foarte frecventă în epoca pubertății, se manifestă printr'o mare iritabilitate și prin obsesiunea gândului sinuciderii.

3. **Nebunia halucinatoare**, mai ales sub forma *maniei persecuției*, în perioada pubertății.

4. **Nebunia morală** sau **nebunia impulsivă** se manifestă, la copil, prin încăpățănare, o atitudine nedisciplinată, porniri perverse, cruzime. Deși inteligent, e incapabil de a avea o noțiune despre ce e moral și ce e imoral.

5. Inrudită cu nebunia morală e **debilitatea**. Copilul e capabil de a avea reprezentări concrete și abstracte și posedă oarecare aptitudine de a învăța, întrucât îl ajută memoria; asimilarea și elaborarea foarte reduse. Incapabil de judecată proprie, indecis, debilul nu e în stare să deosebească esențialul de secundarul. Invățătura lui cu greu trece dincolo de bariera instrucțiunii elementare (*18 ani*, Loviri grave. Tentativă de omorirea propriei sale mame. Debilitate mintală. Accese delirante, halucinații ale văzului și auzului. Agitație maniacă, idei confuze de persecuție, insomnie).

6. **Imbecilitatea**. — *În forma ei mai pronunțată*, copilul întâmpină o foarte mare greutate în crearea și elaborarea de reprezentări abstracte — și chiar când reușește, ele sunt incomplet definite.

În forma ei mai ușoară, imbecilitatea se apropie de debilitate.

În genere, imbecilul posedă în mai mare măsură ca individul normal puterea de receptivitate a centrilor psihici pentru impresiunile exterioare, dar imediat intervine diferențierea prin aceea că acești centri au o aptitudine redusă când e vorba să

fixeze impresiunile primite, adică memoria e slăbită, de unde și greutatea de a realiza asociațiuni de idei. Copilul percepe încet, sesizează greu lucrurile învățate și le reproduce numai mecanic. Aceasta însă nu exclude să aibă unele predispozițiuni, talent chiar, când e vorba de dexterități sau de lucrări manuale.

Facultatea asociațiunilor de idei fiindu-i redusă, imbecilul nu poate avea o conștiință morală, o tărie de caracter care să impună cu hotărîre pornirilor egoiste sau actelor impulsive. În caz de delict, trebuie examinată cu atenție speța, pentru că e posibil ca în ocurență imbecilul să poseadă oarecare discernământ, în deosebi în materie de furt și exerocherie. De îndată însă ce e vorba de crimă, se poate recunoaște o iresponsabilitate aproape completă, pentru că, la izbucnirea impulsivilor criminale, facultatea judecătii e cu totul anihilată.

Sub raportul instinctului sexual, imbecilul, chiar în forma mai ușoară a acestei psycho-nevroze, e un iresponsabil: la el nu poate fi vorba de satisfacerea normală a pornirii genesice, ci mai mult de manifestări perverse: auto-masturbație sau practica masturbației asupra altor copii.

Lăcomia neînfrănată e și ea una din caracteristicile imbecilului.

a) 10 ani. Tentativă de omorarea unei surori. Imbecilitate: instrucțiunea nulă.

b) 16½ ani. Furt. Imbecil. Umbletul abea la 5 ani. Diaree până la 7 ani. Somnambulism.

7. **Idioția** — absența aproape completă a oricărei scântei de inteligență — poate fi *congenitală* sau *dobândită* (în urma unor turburări cerebrale datorite unei cauze interne sau externe).

a) *In forma ei cea mai gravă — muțenia idiotică* — notăm absența nu numai a inteligenței, dar și a vorbirii. Străin de lumea înconjurătoare, un atare idiot e uneori și incapabil de a se hrăni și trebuie alimentat cu sonda. Sub raportul responsabilității e inexistent.

b) O formă deosebită a idiotiei e aceea pe care *Langdon Down* a denumit-o *idiotia mongoliană*: o stare congenitală caracterizată prin facies asiatic, agitație, iritabilitate, inatenție, încăpățănare, rezistența la orice încercare de corijare prin educație și instrucție.

c) *In formele mai atenuate*, idiotia nu exclude percepțiunea lumii înconjurătoare, dar aceasta se reduce la reprezentări pur sensuale, la aprecieri primitive. Nu poate fi vorba de responsabilitate, de vreme ce nu există posibilitatea formării unei cât de rudimentare conștiințe morale.

Cu drept cuvânt observă *Wagner-Jauregg* că nu trebuie să

inducă în eroare pe expert faptul (arătat de statisticile institutelor de educare a idioșilor) că unii copii, cu forma cea mai gravă a idioșiei, sunt totuș capabili de a primi o anumită educație. Această educație nu e în definitiv decât un fel de dresaj — în tocmăi ca la unele animale, oricât de mărginite din punctul de vedere al inteligenței. Nu poți atribui facultatea discernământului unui idiot care a învățat să reziste unora din pornirile sale, după cum nu poți vorbi de discernământ la un animal inferior dresat să facă anume mișcări. Deasemenea expertul nu va deduce existența discernământului din faptul, adesea verificat, că unii idioși, cu toată absența patentă a inteligenței, pot manifesta unele aptitudini mecanice sau de altă natură, de exemplu talent muzical, sau chiar o dezvoltare unilaterală uluitoare a memoriei numelor, numerelor, etc. Sau, în sfârșit că idiotul dă dovadă de premeditare și chiar de șiretenie în săvârșirea unor anumite acte — „calități” ce se observă și la unele animale.

d) Pentru diferențierea unui idiot de un imbecil, *Krafft-Ebing* recomandă drept criteriu prezența sau absența reprezentărilor și percepțiunilor abstracte, știut fiind că: idiotul, chiar în forma atenuată, nu e niciodată capabil de o atare efortare cerebrală.

e) Sub raportul instinctului sexual, idiotul congenital e în genere inexistent: organele genitale sunt atrofiate, perii pubisului (după vârsta pubertății) lipsesc cu totul sau sunt foarte rari, un persistent habitus infantil. Sunt însă și excepții: instinctul sexual se manifestă prin exhibiție și prin masturbație.

* * *

f) Imbecilitatea și idioșia sunt adesea marcate și prin anomalii exterioare: *microcefalia* (sudura prematură sau asimetrică a oaselor capului), *hydrocefalia*.

1. 17 ani. Furt. Idioșie: cunoaște câteva litere, nu știe să numere decât până la 10. Incăpățânat, turbulent. Disparații de acasă, îi e groază să rămână singur. Meningită și convulsii la vârsta de 4 ani, rămâne orb timp de 6 luni, când pierde graiul și umbletul, cari îi revin abea la 7 ani. Frecvente accese de furie. Coprofagie.

2. 20 ani. Exhibiționism. Idioșie. Nu știe citi, numără până la 40. Vocabularul redus la câteva cuvinte. Foarte săcâitor. Onanist neînfrânat.

8. Cretinismul e idioșia agravată prin mari vicii de conformație anatomică.

19 ani. Furt. Prognatism al maxilarului superior. Vălul patlatin ogival. Pometele ieșite, depărtate. Picior varus equin. Urechile depărtate concave, lobul voluminos aderent. Incisivii superiori voluminoși. Cap exagonal. Bosele frontale foarte ieșite. Medius mai lung ca palma. Apofizele mastoide proeminente.

9. **Surdo-muții.** — Un atare infirm congenital și care n'a primit nici o educație e un iresponsabil absolut.

Surdomutul, care a primit o oarecare instrucțiune și deci e capabil de a judeca, e tot în stare de inferioritate în ce privește puterea discernământului și aceasta din cauza infirmității sale, care constituie un caracterizat stigmat de degenerescență.

10. **Insuficiențe intelectuale consecutive unor traumatisme ale capului.** — Atari traumatisme pot avea de urmare nebunia morală, impulsivități inconștiente, atacuri epileptiforme, perversiuni ale instinctului.

16 ani. Atentat la pudoare. Sadism. Debilitate mentală consecutivă unui traumatism al capului suferit la vârsta de 10 ani.

11. **Epilepsia e și la copil** — după cum vom vedea și la adult — o gravă cauză de acte delictuoase sau criminale, prin turburările psico-mentale pe cari le provoacă (stare cronică: degenerarea epileptică; stare temporară, concomitentă cu accesele cari se pot repeta mai des sau mai rar). Indiferent de forma ei, epilepsia se manifestă fie printr'o mare iritabilitate, fie printr'o depresiune morală, și una și alta exercitând o înrăurire dezastruoasă asupra discernământului bolnavului.

12. **Paralizia infantilă** (care poate fi de natură esențială, adică independentă de orice leziune, sau reumatică, miogenică, atrofică) poate avea ca urmare o atrofiere a facultăților intelectuale, până la crearea tipului debilității și chiar al imbecilității. O pe cât de rară, pe atât de interesantă formă a paraliziei infantile a fost recent comunicată la Academia de Medicină din Paris: fenomenele paraliziei infantile (friguri, cefalee, sudori, angină) apărute la un copil de mult atins de quadriplegie spasmodică.

I. 15 ani. Furt și incendiu. Imbecilitate consecutivă paraliziei infantile.

II. 15 ani. Atentat la pudoare. Hemiplegie. Atacuri epileptice urmate de turburări intelectuale și impulsivități inconștiente foarte periculoase. Starca psihică obicinuită: tristețea.

C. Misiunea medicului expert

„L'examen biologique démontre que 50% environ des jeunes délinquants sont des débiles, des infirmes cérébraux dont le défaut d'équilibre mental et le défaut de sensibilité sont les causes de leur inadaptation sociale“.

(LACASSAGNE-MARTIN)

Nu e o simplă afirmațiune, expresiune a unei impresiuni mai mult sau mai puțin superficiale, ci concluzia unui lung și minuțios studiu făcut, în penitenciare și în coloniile de corecțiune întâiu de întemeietorul și apoi de continuatorul școalei lyoneze de me-

dicină legală. Dacă acesta e procentul de dezechilibru mintal al minorilor infractori, e evident că dreptul de represiune recunoscut societății constituite ar constitui un abuz, dacă exercițiul lui n'ar fi condiționat de o prealabilă expertiză medicală. Și am văzut cât de mare e varietatea cauzelor originare ale stării de inferioritate a minorului sub raportul discernământului, fără existența căruia însăș legea penală în vigoare, așa anachronică precum este ea, se declară dezarmată.

În perioada I-a a minorului delincent (până la 8 ani, *art. 61 c. p.*) rolul medicului-legist e redus la acela al unei simple identificări în ce privește limita de 8 ani, atunci când, la începutul informațiunii judiciare, nu există piese autentice sau cel puțin notorietatea pentru determinarea vârstei.

În Perioada a II-a (8—15 ani, *art. 62* și partea întâia a aliniatului I *art. 65 c. p.*) chestiunea discernământului, am văzut-o, se pune *de plano*, adică nu se poate porni judecata, până ce aceasta nu e luminată dacă prevenitul a lucrat cu sau fără pricepere. Dar în aplicarea acestei dispozițiuni se ivește o dificultate juridică, isvorită din *art. 564 c. pr. p.*, care (am mai relevat-o) fixează limita de 16 ani. Medicul-legist fiind auxiliarul indispensabil pentru o bună administrare a justiției, nepotrivirea aceasta îl interesează și pe el, pentru că urmărirea formală precede aplicării sancțiunii: pentru omul artei se pune problema: se va rosti, în ce privește alterarea eventuală a facultății discernământului, și atunci când are de examinat un delincent mai mare de 15 dar mai mic de 16 ani? Chestiunea e controversată, iar la menținerea confuziunii contribuie și inconstanța jurisprudenței noastre: 1) „Numai când inculpatul este *mai mic de 15 ani* este ținut tribunalul să stabilească, dacă minorul a lucrat cu pricepere, iar nu și când este mai mare de 15 ani” (*Cas. S. II, II, 4* Noembrie 1888). — 2) „După *art. 564 pr. p.*, când acuzatul are *mai puțin de 16 ani*, președintele trebuie să pună, sub pedeapsă de nulitate, și chestiunea dacă acuzatul a lucrat cu pricepere” (*Cas. S. II, 19* Februrie 1892).

În perioada a III-a (până la 20 ani, *art. 65 c. p.*) în mod arbitrar legea penală presupune ca indiscutabilă existența discernământului și nu mai admite nici o altă modificare a scării de gradațiune a pedepsei. Și doar' am văzut că un minor din această categorie, chiar posedând o inteligență scilicet, deci și puterea de judecată, e totuș lipsit de baza morală — conștiința nedeformată și liberul-arbitru, adică sau e numai amoral, sau numai sclavul unei sugestii criminale, sau al unei obsesiuni morbide, sau îi lipsește simultan și conștiința păcatului și puterea de a-și forma și orienta voința. Și cum să pui pecetea indelebilă a infamiei pe fruntea unui astfel de nenorocit, atunci când, în țările cu respon-

sabilitatea atenuată pentru *adult*, se proclamă: „Il n'est pas nécessaire que les portes de la prison se ferment sur l'homme qui, dans un moment d'emportement ou de faiblesse, a contravenu une première fois à la loi pénale“ (*Thonnissen*: Raportul de prezentare a legii belgiene pentru suspendarea executării pedepsei). Se recunoaște — și e just — că adultul poate să nesocotească legea penală sub imperiul unei impulsii, al unei obsesiuni, al unei slăbiciuni de ordin psicho-patic, dar această scuză codul nostru penal o refuză neisprăvitului mai mare de 15 ani!

Dar i-o refuză numai în articolele cari determină minoritatea, pentru ca în altă parte, în acelaș compartiment al suprimării sau atenuării responsabilității (Titlul VI: Despre cauzele cari apără de pedeapsă sau micșorează pedeapsa), confundându-l cu infractorul în genere, să i-o acorde sub altă formă: „Nu se socotește nici crimă sau delict faptul săvârșit în stare de *smintire* și în oricare altă stare de pierderea uzului rațiunii sale, *prin cauze independente de voința sa*“. Singura lature aleatorie a acestei dispozițiuni generale e că în ea se vorbește de pierderea uzului rațiunii, deci se presupune existența rațiunii — rezultanta acțiunii convergente a inteligenței și a conștiinței. Or, minorul sub 20 ani, purtător al unor tare (datorite eredității, educațiunii, mediului, unor insuficiențe volitive de natură congenitală sau dobândite) cari îl lipsesc cu totul de facultatea judecății sănătoase, nu posedă în nici un moment ceea ce codul înțelege prin rațiune. Infractorul minor se bucură și de facultatea de apreciere a gravității actului și de o voință sustrasă oricărei influențe externe, dar totuș săvârșește delictul sau crima, pentru că nu e în stare să-și desăvârșască judecata, lipsindu-i criteriul moralității, în lumina căruia să aibă netă percepțiunea că aceea ce face e o faptă reprobabilă. Dă foc: își ia toate precauțiunile spre a nu fi prins asupra faptului și în acelaș timp dă dovadă de pricepere în punerea la cale a crimei — deci existența indiscutabilă a inteligenței: aprinde focul, pentru că găsește în aceasta o plăcere diabolică — deci și existența unei voințe neînraurite; dacă, însă, judecata morală nu i-ar lipsi, nu numai că ar renunța, dar nici n'ar fi conceput proiectul săvârșirii unui astfel de act. — *Art. 57*, astfel cum e redactat, nu admite scuza iresponsabilității pentru un infractor amoral, ci numai pentru acela care e ori un alienat, ori un impulsiv, ori un slab de fire care-și pierde iute capul. Dreptul roman dă, în această privință, dovada unei mari largimi de vederi când, ținând seama de efectele instalării pubertății, întinde beneficiul responsabilității atenuate asupra întregii perioade pupilare (14—25 ani): „*pupillus mitius punitur*“.

Până la o primenire radicală a ideilor în materie de reprimare penală — noua concepțiune juridică pe care nădăjduim s'o

vedem afirmată în codul în preparație — siliți suntem să ne mărginim consultațiunea medico-legală complectă numai la minorii infractori de gradul II. Cât despre cei de gradul III, medicul legist trebuie să se străduiească să convingă judecata că și ei, după speță, pot intra în cadrul articolelor 62 și 65, atunci când, în conștiință, nu li se poate face aplicațiunea art. 57 ca unii al căror unic păcat ar fi numai absența simțului moral.

Expertiza medico-legală, în materie de responsabilitate a minorului, interesează nu numai aplicațiunea codului penal, ci și cea a celui civil, care prin art. 1000 statornicește că „tatăl, și mama după moartea bărbatului, sunt responsabili de prejudiciul cauzat de copiii lor minori ce locuiesc cu dânsii”. prejudiciu a cărui reparațiune e edictată de art. 998 și 999 c. c. Răspunderea civilă a mamei se poate invoca și atunci când tatăl, deși trăiește, e smintit și deci lovit de moartea civilă a interzisului. După *Alexandresco* repararea prejudiciului se mai poate reclama părinților și în cazul când minorul a fost absolvit, pe considerațiunea că faptul incriminat nu e prevăzut în legea penală. În acest caz, partea lezată poate cere tribunalului civil să constate existența faptului prejudiciabil și, atribuindu-i numai caracterul unui quasi-delict, să facă aplicațiunea articolelor 998, 999 și 1000 c. c.

În nici un caz însă părinții nu pot fi urmăriți în penal, atunci când tribunalul a pronunțat achitarea minorului: „Când se recunoaște că minorul a lucrat fără pricepere și este achitat, de crima sau delictul ce a comis, persoanele ținute de lege să răspundă civilmente pentru prejudiciul cauzat de copiii lor minori, nu pot fi condamnate pe cale penală, chiar dacă, cu toată achitarea pronunțată, subsistă un quasi-delict putând da loc la daune pe cale civilă”. (*Cas. S. II, 1915*).

Examenul minorului delicvent se face după instrucțiunile schematice privitoare la examenul alienatului criminal, (vol. I, p. 671—676) și cari se referă la: 1) antecedentele familiale; 2) antecedentele personale; 3) originea și evoluția stării speciale; 4) constatările anatomice; 5) constatările fiziologice.

Concluziunile cată a oglinzi cât mai fidel conștiința îndeplinirii nepărtinitoare a unei datorii cu o dublă latură: pe deoparte de a împiedeca o adevărată inichitate prin exercițiul aspririi legii contra unui iresponsabil sau a unui delincvent cu responsabilitatea atenuată, iar pe de alta de a nu se lăsa târît de o slăbiciune sentimentală, contribuind la asigurarea impunității unui element rău, dovedit că nu depindea decât de el ca să nu comită infracțiunea. Atunci când nu găsește nici o tară ereditară, nici o influență psicho-patologică de natură congenitală sau dobândită, expertul se va interesa îndeaproape de latură educației și a mediului, pentru că el nu trebuie să scape din vedere considerațiunea că acești doi factori deformează marele regulator ce este judecata liberă, ca una ce se interpune între pornire și act.

În construirea demonstrației sale, expertul va cântări și

gradul de promptitudine, de nechibzuire a actului incriminat, precum și mobilul acestuia.

Va nota eventuala dezvoltare fizică exagerată și subită, care de regulă se face în dauna dezvoltării intelectuale.

Elementul răscoalei, ce fenomenele fazei pubertare o provoacă în întreaga ființă a minorului, va constitui una din pietrele angulare ale întregului edificiu al expertizei. După cum nu poate fi discernământ înainte de pubertate, tot așa discernământul total sau chiar numai parțial poate lipsi imediat după pubertate, ca una ce zdruncină întreg echilibrul moral.

În sfârșit, medicul va căuta să dejoace manevrele aceloră dintre minori cari, preveniți contra regimului de supraveghere specială din stabilimentele de corecțiune, simulează un perfect discernământ, spre a-și scurta timpul privațiunii de libertate, care, pentru unul de 15 ani, se poate prelungi până la 20 ani; pe când, declarat responsabil, atunci când nu e urmărit decât pentru un delict, poate scăpa numai cu câteva luni sau și cu mai puțin (15—50 zile), după natura și gravitatea infracțiunii. *Tanoviceanu* citează cazul unui minor care a cerut anularea sentinței prin care, prin invocarea lipsei discernământului, tribunalul îl achitase, dar hotărîse internarea lui într'o casă de corecțiune.

Infracțiunile, pentru cari îndeobște sunt urmăriți minorii, intră în una din următoarele spețe (statistica lui *Roubinovitch*, 1928): furtul simplu (de obiecte sau alimente), furtul cu efracție, vagabondajul, pederastia, cerșetoria, abuzul de încredere, escrocheria, loviri și răniri, ultrajarea agenților forței publice, degradarea obiectelor de utilitate publică, ultraj public contra pudoarei, atentat la pudoare, tentativă de omor, omor săvârșit, paricid.

PARTEA III

A D U L T U L

„Majori se socotesc atât bărbatul cât și femeia cari au îndeplinit 21 ani; la această vârstă fiecare este capabil de a face toate actele privitoare la viața civilă, afară de restricțiunile prevăzute la titlul căsătoriei“ (art. 454 c. c.).

„La loi civile déclare la femme mineure pour toujours“ — MICHELET

La 21 ani (eventual la 18, pe cale de emancipare ori căsătorie, aceasta din urmă creând starea de emancipare de drept) după codul civil; la 20 ani, după codul penal, individul capătă medalia de identitate a noii și desăvârșitei lui personalități sociale, căreia legea îi conferă plenitudinea exercițiului drepturilor civile și politice (cu excepția restricțiunilor ce privesc femeia ca atare și a incapacității legale de care e lovit interzisul). Dar medalia are și dosul ei: odată cu atribuirea drepturilor, se crează noi îndatoriri și se ridică bariera care va limita răspunderea nevârșnicului pe deasupra beneficiar al unei indulciri a sancțiunilor. Oricine e major e *ipso facto* reputat a avea controlul deplin al hotărârilor și actelor sale. — deciziuni și fapte cari angajează personalitatea-i civilă și responsabilitatea-i penală.

CAP. I

DISCERNĂMÂNTUL-RESPONSABILITATEA ATENUATA

Codul civil (diversele dispozițiuni privitoare la nulitatea sau anulabilitatea actelor vieții civile) fixează condițiunile de capacitate legală. Codul penal (*art. 57*) proclamă principiul că „nu se socotește nici crimă nici delict faptul săvârșit în stare de smintire și în orice altă stare de pierdere a uzului rațiunii sale prin cauze independente de voința sa“. Nu există nici contravențiune (Tanoviceanu). Iar „ordonanța de neurmărire nu e supusă nici opoziției la Camera de punere sub acuzare, nici recursului“ (*Cas., S. II, 26* Ianuarie 1900). Chestiunea discernământului se poate pune și în cursul judecății, la jurați, când apărarea invoacă starea de imbecilitate ori de demență a acuzatului. (Când acuzatul a propus

o scuză din cele admise de lege ca atare, președintele va trebui, sub pedeapsă de nulitate, a pune chestiunea următoare: „Cutare fapt este bine constatat?“ — art. 565 c. pr. p.).

Adică, întocmai ca pentru minor, se pune și pentru major chestiunea discernământului. Urmează dar că anumite fapte medicale putând avea o înrăurire de determinat asupra exercițiului drepturilor, a felului de îndeplinire a obligațiilor, precum și asupra conștiinței individului despre răspunderea sa față de lege, medicul-legist are chemarea ca, în cadrul legiurii în vigoare, să examineze toate manifestățiunile vieții individului, întrucât ele pot veni în conflict cu ordinea socială statornicită. Și medicul-expert are această chemare în acești termeni proclamată de *Barbier*, fost prim-președinte al Curții de Casație din Franța: „C'est un axiome de droit moderne que chaque fois que la cause à juger comporte un côté scientifique, la magistrature ne peut se prononcer que d'après l'avis des hommes de science seuls compétents“. În adevăr, fără a mai reveni asupra controverselor cu privire la determinism și indeterminism, capacitatea civilă ori responsabilitatea penală sunt de multe ori în funcțiune de imponderabile, pe cari numai omul artei e în stare să le identifice și să stabilească raportul direct dintre actul săvârșit sau numai intențiunea manifestată și valoarea cauzei de turburare a judecății și a conștiinței morale.

Pentru că, după cum foarte bine observă *Misdag* (1928), în afară de factorii psihologici și exogeni ai criminalității, mai e un al treilea de care nu se ține îndeajuns seama — inversiunea simțului plăcerii: pe când neurastenicul, de exemplu, *nu poate să vrea* și această impotență volitivă îi pricinuește un sentiment de neplăcere, criminalul năvălit *nu vrea să vrea* — și această abulie voluntară îi dă o senzație de plăcere.

Sunt stări mintale patologice cari, după natura și gradul lor, pot anihila total sau numai parțial, definitiv sau numai temporar, facultatea discernământului: deci o chestiune de intensitate și una de durată a agentului de alterare (durată efemeră, durată de ceasuri, zile, săptămâni, luni, ani).

Determinarea existenței acestei soluțiuni de continuitate (efectul vertiginos al unui afect, al unei impulsii sau efectul fatal al desechilibrului mintal) în luciditatea spiritului persoanei a cărei capacitate civilă e contestată sau a cărei răspundere penală e reclamată, e de o însemnătate capitală pentru o bună administrare a justiției. Debilitatea mintală, de exemplu, poate explica obligațiunea nesocotit asumată de un individ, după cum accesul de mânie al unui temperament impulsiv poate lămuri un act delictuos la un om la care, până la comiterea infracțiunii, nu se notase nici o scădere a judecății cumpănite. Și apoi, cine dacă nu

expertul are competența de a face demarcația între fapta compatibilă și cea incompatibilă cu gradul de turburare mintală? În cutare stare anormală se poate admite numai scuza unui delict (mai ușor sau mai grav), iar în cutare altă stare morbidă găsim absența completă sau numai parțială a conștiinței morale, în clipa săvârșirii unei crime. Expertul va arăta dacă scăderile, sub raportul intelectului și al simțului moral, isvorăsc dintr'o alterațiune congenitală ori dintr'una dobândită (independent sau dependent de voința autorului actului civil nechibzuit sau al infracțiunii).

Acțiunile individului fiind în funcțiune de ereditate, educație, caracter și temperament, vârstă, sex, credință religioasă, îndeletnicire obicinuită, mediu, condițiuni sociale și economice, de raportul dintre pornirile instinctuale și puterea frâului rațiunii, instanța de judecată nu se poate rosti în deplină cunoștință de cauză fără o consultațiune medico-legală. Pentrucă, încă odată (vezi: determinism și indeterminism la capitolul „Responsabilitatea minorului“, vol. II, pag. 129), teoria liberului-arbitru absolut e de domeniul conceptului transcendental kantian: singură tangibilă, accesibilă rațiunii liberate de cătușele utopiei morale, e legea cauzalității (factorii interni și externi cari influențază libertatea de a alege și de a voi). „Medicul vede individul prin prisma slăbiciunilor inerente firii omenești: juristul nu-l vede decât în lumina faptei nelegiuite: justiția trebuie să examineze omul și sub raportul slăbiciunilor și sub acela al nelegiuirii. E deci necesar pentru justiție de a utiliza medicina spre a putea aprecia acțiunea fizicului asupra moralului și în chipul acesta gradul de responsabilitate a individului“ (*Schopenhauer*). Rolul acesta al expertului îl proclamă și *Garçon* când, vorbind despre monomanie, observă că aceea ce se crede a fi o nebunie intermitentă, deci cu intervale lucide, poate fi în realitate o manie permanentă latentă (*mania occulta*).

O eroare judiciară recentă: Un individ de 50 ani, însurat, până în momentul comiterii infracțiunii de o purtare ireproșabilă, săvârșește un atentat la pudoare: în timpul instrucției și la judecată, la interogatoriile ce i se iau, magistrații nu notează nici o scădere intelectuală — și condamnă. În închisoare se deslănțuie paralizia progresivă, consecutivă unei vechi afecțiuni sifilitice. Infractorul, la epoca atentatului, se găsea deacum într'o fază caracterizată a demenței. — *Richmond*, 1928.

După cum justiția se poate găsi în fața unui individ cu turburări mintale reale dar nemanifeste, tot așa ea riscă să fie indusă în eroare prin *simularea* (în materie de represiune penală ori de validitate a unui act civil pe care cel interesat încearcă ulterior să-l prezinte ca încheiat în stare de inconștiență) sau *disimularea*

(când interesatul luptă împotriva declarării incapacității sale) unei stări mintale morbide. Expertiza medico-legală va demasca atât încercarea de simulare cât și tentativa de disimulare.

Rolul acesta al medicului ca auxiliar indispensabil al justiției e consfințit și în legiuirea noastră mai veche. Pravilele lui Matei Basarab și Vasile Lupu, în instrucțiunile date judecătorilor, ordonă ca, în cazurile suspecte (simularea nebuniei), „să întrebe și pe vraci, cari foarte bine îl vor cunoaște de va fi nebun adevărat”. Pentru că „sunt nebunii cari nu sunt aparente și chiar acestea sunt cele mai periculoase, deoarece ele nu se manifestă în idei, ci în fapte” (*Maudsley*). Astăzi nimeni nu mai contestă autoritatea omului artei de a identifica realitatea cauzei de alterare a discernământului, iar faimoasa protestare a jurisconsultului francez Troplong („La médecine légale affiche depuis quelque temps la prétention d'imposer ses oracles à la jurisprudence”) a rămas cu valoarea unei simple butade. Nu e vorba de dat oracole, ci, în măsura priceperii omului cu pregătirea specială, să se verifice marele adevăr al antropologiei criminale enunțat de *Ferri* în formula: „Crima și nebunia sunt două ramuri ale tulpinei unice a degenerescenței omenеști”. Și alienația mintală se dezvoltă paralel cu creșterea populației, însă într'o proporție cu mult superioară. *Tanoviceanu* relevă, după datele statistice publicate, că „în Belgia, de exemplu, în timp de 50 de ani, populația s'a îndoit, iar numărul alienațiilor s'a întreit”, ceea ce se poate spune și despre țara noastră.

Expertului, conștient de misiunea sa, nu i se poate reproșa tendința imaginară de a vedea în orice impricinat un incapabil sau un dement, dar nici nu i se poate cere ca, de dragul maximei că „orice păcat trebuie certat”, să pună surdină glasului științei, făcându-se complice la monstruozitatea de a popula penitenciarele și ocele cu alienați. Dar un atare penalism excesiv față de un nenorocit căruia îi lipsește judecata neștirbită „in omnibus et per omnia” a repugnat și conștiinței făuritorilor vechilor noastre condici penale: „Omul ce va fi de'n afară de minte, acela măcar ce greșeală ar face, nu se va certa” (*Pravilele lui Matei Basarab și Vasile Lupu*). — „Cine fiind copil mic seu nebun, seu smintit la minte, va omori, nevinovat este” (*Caragea*). „Nu se va socoti nici crimă nici vină, când păritul va fi fost în stare de smintire a minții în vremea săvârșirii faptei” (*art. 52 din Codica Criminală a lui Știrbey din 5 Decembrie 1850*).

Că aparențele înșeală și se întâmplă să se ia drept alienat un individ perfect stăpân pe facultatea discernământului? Dar, în schimb, câte cazuri de nebunie reală nu dau impresia contrarie! Și n'am mai isprăvi cu exemplele, unul mai tipic ca altul. — pilde de cari abundă tratatele de specialitate. (O alienată e internată. Din balamuc se plânge justiției că nu e nebună și că e victima

unei mașinațiuni a familiei, mânată de interese inavuabile. Un magistrat e delegat cu ancheta. Interogată timp de două ore, alienata uimește pe judecător prin logica răspunsurilor ce dă. Cu impresia că în adevăr se află în fața unei sechestrări arbitrare, magistratul dă ordin directorului azilului s'o pună în libertate. Medicul, care nu intervenise în tot cursul interogatorului, observă reprezentantului justiției: „Dar ați uitat să-i stabiliți identitatea!“.—Nebuna—dintr'o mahala a Bucureștilor — nici nu mai așteaptă întrebarea și declară: „Sunt fiica lui Vlad Tepeș, sora lui Napoleon, nepoata lui Matei Corvin, a lui Frederic cel Mare și strănepoata Regelui Carol“. Pe loc magistratul a contramandat ordinul de liberare).

Nu, prezența expertului e întotdeauna necesară, de îndată ce există bănuială de alterare a facultăților mintale. Și această circumspecțiune trebuie aplicată nu numai față de persoanele direct în cauză, ci față de oricine e chemat să informeze justiția.

1. Nu odată s'au văzut indivizi cari, sub prestare de jurământ, au afirmat a fi fost martori oculari la întâmplări, cari în realitate nu exprimau decât produsul unei sugestii (auziseră dela alții, citiseră într'o gazetă). Avem de aface cu psihopații cari mint fără să știe.

2. Ce temei se poate pune pe declarația făcută în justiție de o persoană care suferă de *amnezia retroactivă*? Victima unui grav traumatism al capului (atentat sau accident) are memoria perfectă a faptelor și întâmplărilor vechi de ani de zile, dar nu-și amintește nimic despre atentat sau accident, nici măcar realitatea lor n'o poate confirma.

3. Indeosebi concludente sunt cazurile de falsă *auto-acuzațiune*, la baza cărora se găsește întotdeauna o alterare mintală datorită halucinațiunilor, histeriei, melancoliei:

a) O fată s'a denunțat singură de a fi avut raporturi sexuale cu diverse persoane, de a fi născut copii în câteva rânduri și de a'i fi ucis, în complicitate cu amanții. Ancheta a stabilit că femeea era încă fecioară și că era atinsă de melancolie (*Krafft-Ebing*). — b) O femeie de 26 ani se prezintă la postul de jandarmi și declară: Cu 7 ani în urmă a înecat într'o fântână pe propria ei soră, în vârstă de 9 ani (și de fapt, la epoca indicată, cadavrul fetei fusese scos din puț). Grație expertizei medicale s'a putut stabili netemeinicia acestei auto-acuzațiuni: era vorba de o auto-acuzațiune bazată pe o halucinație; femeea suferise, înainte de pubertate, de o gravă afecțiune cerebrală, iar dela vârsta de 18 ani avusese repetate atacuri epileptice și, înainte de a se denunța, încercase să se sinucidă cu arsenic (*Maschka*). — c) O mamă, cu mîntea zdruncinată de moartea unicului ei copil, se prezintă procurorului și, cu un lux de detalii, îl convinge că ea, cu propriile ei mâini, și-a omorât copilul în băți. Expertiza dovedește o gravă turburare cerebrală, produs al melancoliei; iar ancheta judiciară stabilește, că nenorocita luptase cu disperare să-și salveze copilul, răpus de o boală generală (*Morel*). — d) Un acuzat, a cărui nevinovăție fusese constatată, e achitat; ulterior se îmbolnăvește de tifos și, în delir, se denunță singur de faptul care formase obiectul achitării (*Wagner-Jaureg*). —

e) În timpul prevenției, o femeie se acuză în somn de fapta pentru care e urmărită. O codefinută comunică judecătorului de instrucție vorbele rostite în somn și, pe temeiul acestei auto-acuzațiuni, prevenita e condamnată. Trec ani și se descopere autorul crimei (*Balogh*).—După cum observă *Wagner-Jauregg*,— în majoritatea cazurilor de auto-acuzare avem aface cu ceea ce am putea numi încercarea de *sinucidere indirectă*, bolnavul căutând în chipul acesta să curme chinul ce i pricinuește starea morbidă, făcându-i viața insuportabilă.

Dacă auto-acuzațiuni de așa natură sunt posibile, e lesne de conceput de ce sunt capabili cei atinși de una din formele alienației mintale (mai frecvent: histeria, mania procesivă, mania persecuției), în materie de exagerare și chiar de născocire, atunci când e vorba ca acuzațiunea să fie îndreptată împotriva unei alte persoane. Sunt dezechilibrați cari, prin reprezentările lor halucinatorii sistematizate, ar isbuti nu odată să dea impresia veracității, dacă expertul n'ar interveni spre a demonstra existența nevrozei ori a afecțiunii cerebrale. În deosebi atentatele simulate sau imaginare dau mult de lucru justiției și, tot numai grație expertizei medico-legale, se face dovada inanității afirmațiunilor alienatului.

Când ne gândim cu câtă ușurință — și în bună credință — un om sănătos denaturează adevărul, chiar cu privire la un fapt petrecut sub ochii lui, ne putem da seama de ce născociri fantastice e în stare o minte sub imperiul unor viziuni purtând pe cetea unei stări patologice.

Dovada existenței discernământului și a eventualului grad de alterare e o condițiune esențială a unei juste și echitabile aplicări a sancțiunii legale, atât în civil cât și în penal. Pentru că sancțiunea codificată nu trebuie să aibă decât caracterul unei măsuri de igienă socială, iar nici decum acela al unei lovituri automate, fără a se ține seama de cauzele de natură a vicia sau a aboli conștiința infracțiunii, libertatea voinții și simțul moral. Ministerul public, ca mandatar al societății lezate în așezământul ei moral, are dreptul netăgăduit să reclame pedepsirea oricărei infracțiuni, dar are și datoria de a se asigura de starea mintală a prevenitului, de a face dovada existenței intervalului lucid în clipa săvârșirii faptului încriminat. Căci, absența discernământului nu numai *anihilează* acțiunea preliminară a urmăririi, dar ea *suspendă* instrucțiunea și însuș cursul judecării, atunci când simptomele de alienație mintală se declară după pornirea acțiunii, pentru că, după cum observă *Tanoviceanu*, un dement nu se poate apăra în mod eficace. Pentru aceeaș considerație, fenomenele de alienație apărând după pronunțarea sentinței în prima instanță, se suspendă termenele de apel și de recurs. — Sancțiunea oarbă e departe de a

atinge obiectivul, pentru că ea nu poate avea un efect de amendare asupra unui spirit mai mult sau mai puțin adânc turburat, inaccesibil percepției binelui și a răului: „Dacă s'ar spânzura jumătate din criminalii nebuni, absolut nici unul din jumătatea cruțată nu ar fi impresionat, ca să nu mai nesocotească legea în timpul nebuniei“ (*Maudsley*).

Locul alienatului nu e nici în penitenciar nici la ocnă, ci într'o casă de sănătate, unde sunt perspective temeinice de trezire a conștiinței morale. *Griffiths*, fost inspector general al închisorilor engleze, împărțind pe delincvenți în categorii, definește pe alienați ca unii pentru cari porțile pușcăriei n'ar trebui să se deschidă niciodată. Regimul acesta special pentru alienați delincvenți e prescriș și în *Digeste*: „*Furiosus satis furore ipso punitur; sufficit furore ipso eum puniri*“. (O documentată contribuțiune o formează și studiul doctorului P. Nedelcu: „Alienații criminali, necesitatea internării lor în aziluri speciale“, 1904).

* * *

Instanța de represiune, sclavă a literei unei legi care poartă pecetea unei mentalități anacronice, nu cunoaște decât două elemente esențiale de apreciere: responsabilitatea întreagă sau iresponsabilitatea absolută. Și acesta e marele cusur al codului penal în vigoare, pentru că de mult e demonstrat că există și o stare intermediară: **responsabilitatea atenuată**, justificată prin existența unei morbidități morale care reduce, în mai mare sau mai mică măsură, conștiința infracțiunii, constituind ceea ce *Tarde* numește *boala personalității*: „Sunt stări cari ne deasimilează și ne înstrăinează nu numai de mediul în care trăim, dar și de noi înșine. Toate cauzele, cari au ca efect o modificare mai mult sau mai puțin sensibilă a personalității, reduc răspunderea în măsura în care această personalitate e alterată“.

Responsabilitatea atenuată ar putea fi invocată cu temei, de exemplu, în caz de sugestiune, când se face dovada că intelectul nedezvoltat sau alterat, ori o anumită psico-nevroză îl face pe delincvent susceptibil de a se lăsa mânat de o voință străină — și atunci el trebuie asimilat cu un semi-alienat, după cum tot semi-alienat e epilepticul cu crize rare și cu numai ușoare turburări intelectuale. Boala personalității crează tipuri magistral caracterizate de *Barboux* (fost decan al baroului parizian): „*Assez fous pour ne jamais aller en prison, et assez sages pour ne jamais être placés dans un asile*“.

Spre a fi echitabilă, justiția trebuie să ia informațiuni dela medic, în ce anume grad e știrbită facultatea discernământului, pentruca potrivit concluziilor expertizei să gradeze și sancțiunea. Dar pedeapsa nu poate fi nici penitenciarul comun, nici

balamucul, ci petrecerea unui timp mărginit și variabil (dela caz la caz) într'un stabiliment cu caracter mixt: de privațiune a libertății și de reeducare a conștiinței și voinței. Noul cod penal spaniol (art. 90—98), admitând responsabilitatea atenuată, fixează ca sancțiune internarea într'un azil judiciar, într'un azil particular pe cheltuiala Statului sau a familiei, supravegherea specială cu internarea din oficiu la primele simptome de turburări mintale manifeste.

Utopie încă la noi, responsabilitatea atenuată e aiurea de mult o realitate înscrisă în codica penală. Inițiativa Danemarcei (1842) a fost îmbrățișată de Suedia, Norvegia, Germania, Elveția, Ungaria, Italia, Spania, Grecia, Columbia, Uruguay, Paraguay, Siam. Un ecou al acestei inițiative îl găsim în codurile bavarez, austriac, olandez și scoțian.

Beneficiul circumstanțelor ușurătoare (care există nu numai în codul nostru, ci și în legile penale din Franța, Luxemburg, Portugalia, Turcia, Statele-Unite, Egipt, Argentina, Nicaragua, Mexic, Venezuela, Chili, Honduras, Peru, Equator, Brazilia, Sudan) nu rezolvă problema, pentru că el atrage numai o reducere a pedepsei, dar nu și crearea unui regim special de aplicare a sancțiunii. Pedepsa ordinară poate avea ca efect o agravare a stării de alienație: „Pentru semi-nebuni nu e vorba de atenuarea pedepsei în ce privește durata ei, ci de natura sancțiunii, aplicându-se o pedeapsă privativă de libertate tot atât de mare, dar mai curativă, mai educativă și mai bine adaptată temperamentului semi-responsabilului“ (*Le Poitevin*).

Cât despre criminalul năvălit, care nu e la prima lui recidivă, socotim că el n'ar mai trebui să părăsească vreodată închisoarea sau ocna. Pentru că, dacă nu credem în criminalul născut ca atare — teoria lombrosiană a atavismului. — nu contestăm însă, că sunt firi pervertite la cari impulsunile nu sunt de atribuit unei tare ereditare sau congenitale, ci mai de grabă cultivării unei perversiuni dobândite: întocmai ca la aberațiunile sexuale nu avem aface cu o *boală*, ci cu un *viciu* și viciul nu are dreptul la nici o cruțare. Din această considerațiune de diferențiere s'a inspirat și codul penal norvegian (art. 65) care prevede că, din cauza instinctelor sale rele, un rău-făcător poate fi considerat ca un pericol permanent pentru societate. Jurații pot fi întrebați dacă, la expirarea pedepsei, vinovatul mai trebuie menținut închis, fără însă ca detențiunea totală, de maximum 15 ani, să întrecă triplul duratei pedepsei.

Responsabilitatea (complectă sau parțială) e, după cum am spus dela începutul acestui capitol, rezultanta acțiunii izolate ori combinate a unor factori interni și externi, adevărate virusuri endogene și exogene cari atacă, știrbindu-le numai sau nimicindu-le în întregime, conștiința morală, libertatea și chiar existența voinței. Avem astfel de examinat discernământul atât în lumina etiologiei cât și aceea a patogeniei dezechilibrului mintal.

I. Etiologia delictului și a crimei

Tanoviceanu deosebește patru categorii de delincvenți: 1) *infractorul născut* (în existența căruia, am spus-o, nu credem); 2) *infractorul de ocazie*; 3) *infractorul din obicei*; 4) *infractorul nebun*.

A. Infractorul născut

Acesta e o creațiune a unor deducțiuni, pe cât de ingenioase pe atât de în desacord cu adevărul științific, ale lui Cesare Lombroso. Pentrucă obliterarea simțului moral ca zestre moștenită din tată în fiu, în curs de generații, n'a fost până acum observată ca o tară indelebilă, ca un păcat originar, așa cum vrea șeful școlii antropologice italiene. E adevărat că s'a văzut, se vede și se va mai vedea criminalitatea instalată într'o familie,—dar obnubilarea sau absența totală a simțului moral nu e datorită unui viciu eredo-congenital, ci influenței directe a mediului, a educației, a pildei — e un produs al asimilării prin imitațiune conștientă ori inconștientă. Nu e necesar să aibi o ascendență delinventă, ca, la rându-ți, să devii delinvent: „Fiecare din noi poate viola codul penal“ (*Romagnosi*). „Omul cinstit poate deveni infractor“ (*Enrico Ferri*) „Intre infractorul de ocazie și omul cinstit din fire nu este o deosebire intrinsecă, ci una extrinsecă, — întâmplarea vieții“ (*Tanoviceanu*).

Sigmathe fizice, psihice, biologice, specifice delinventului, pe cari *Lombroso* a crezut să le poată identifica, nu există. Ceeace *uneori* există sunt semne de degenerescență, de morbiditate psihică și mintală cari cauzează ori contribue la întunecarea simțului moral.

Să trecem în revistă principalele semne lombrosiene ale criminalității:

I. *Microcefalia* ar fi unul din aceste stigmathe; realitatea însă (măsurătorile lui *Heyer*, *Bardeier*, *Raux*, cele ulterioare ale noastre — 5,980 bărbați, 494 femei și 745 copii) a demonstrat că nu există o diferență între capacitatea craniană medie a criminalilor și aceeași capacitate a omului moral.

II. *Deformațiunea craniană*. — N'am găsit nici indicațiunea lombrosiană privitoare la dezvoltarea porțiunii occipito-parietale superioare (sediul instincțelor și al reflexelor) și strâmtarea porțiunii parietale (sediul inteligenței); dim-

potrivă. am găsit media normală pentru diametrii antero-posterior și biparietal, precum și pentru circumferința craniană și indicele cefalic.

În schimb, ca să nu dăm decât două exemple elocvente, vom releva disimetria craniilor lui *Kant* și *Bichat*, ceace a făcut pe *Wirchow* să conchidă că „un craniu diform nu e fatal însoțit de turburări intelectuale, pentru că se institue compensațiuni cari restabilesc echilibrul”. Iar *Joly* a observat că mai nu există craniu simetric, ceace de altfel am putut confirma și noi în mîile de măsurători antropometrice făcute timp de 40 ani.

Nu există nici o relațiune între conformația craniului, malformațiunile anatomice și simțul moral. Acolo unde există un atare raport, ne găsim în prezența unui caz patologic: alienația mintală care obnubilează simțul moral.

III. **Faciesul «criminal» și faciesul «caracteristic fiecărui gen de crime»**, după bazele frontale, ieșitura arcadelor sprincenare, forma nasului, implantația și abundența părului, forma bărbiei, etc.

Lasă că noi nu le-am identificat decât la un extrem de restrîns număr de criminali (ieșitura arcadelor sprincenare în 4 la 100, frunte piezișă în 7 la 100), dar e absurd ca după atari semne să caracterizezi nu numai pe delinquentul născut, dar chiar pe individul sortit unei anumite manifestațiuni a instinctelor criminale. E o erezie științifică de a face diagnosticul simțului moral după o anumită fizionomie: sunt doar atâția bandiți cu chipul simpatie, blajin, nevinovat!

Prognatismul în special e un semn arbitrar (e adevărat că l'am găsit și noi la 14 la 100 dintre criminali, dar prognatismul se observă și la foarte mulți oameni ireproșabili).

Semnul *dentițiunii* nu are absolut nici o valoare, anomaliile relevate de Lombroso fiind comune delinquentului și omului normal.

IV. **Faciesul** are dimpotrivă o valoare informativă necoutestată, când e vorba de identificarea alienației mintale. Statisticile ne arată 10—15 la 100 alienați printre delincvenți (noi credem că procentul real e mult mai mare, pentru că nu odată tribunalele refuză să țină seama de expertizele medico-legale, ori nici măcar nu le ordonă). Dar alienația mintală a delinquentului nu e un stigmat al predestinației ci un produs al eredității și al degenerescenței tascendentă alcoolică, alcoolism propriu traumatisme cerebrale, imbecilitate, idioție congenitală sau dobândită).

V. Cât despre *nebulnia morală*, unul din principalele semne lombrosiene, ea nu răspunde nici unei entități clinice: simțul moral, a cărui formă și intensitate variază dela un mediu la altul, dela un popor la altul, e o creațiune socială artificială pe care indivizii și-o transmit prin educație și pildă.

VI. **Epilepsia** nu e nici ea confirmată ca stigmat al criminalității: din 65.459 condamnați (o statistică pe 10 ani 1886-1895) n'am găsit decât 16 *epileptici*. Cât de departe suntem de cifrele de 14 la 100 (Lombroso) și 55 la 100 (Rossi)!

VII. **Nici sinuciderea** n-am identificat-o ca un semn distinctiv al delinquentului: din 571 condamnați morți în închisoare, *numai 3 s'au sinucis*.

VIII. **Leziunile meningee** nu le-am găsit congenitale, ci dobândite (consecutiv unei boli sau acțiunii alcoolului).

IX. **Creerul** unor criminali feroși necropsiați nu arată nici el particularități morfologice specifice delinquentului.

Nici *greutatea encefalului* nu poate constitui un criteriu: la unii alienați criminali s'a găsit peste 1.700 gr. (greutatea medie normală, la epoca maturității fiziologice, fiind de 1360 la bărbat, 1260 la femeie), pe când la oameni geniali s'a găsit o greutate cu mult inferioară. (Ne vom mulțumi cu un exemplu

recent: creierul lui Anatole France, studiat de Guillanc-Louis și Dubreuil-Chambardel, 1927. Greutatea 1.017 grame. O pronunțată disimetrie: emisfera stângă mai mică decât cea dreaptă. În schimb. seisurile și șanțurile, inclusiv cele secundare, incisurile și încrețiturile remarcabile prin adâncimea lor). Pentru valoarea intelectuală nu e în funcțiune de volumul creierului, ci de calitatea celulelor cerebrale, de dezvoltarea circonvoluțiunilor, adică de suprafața și de cantitatea substanței cenușii: „Natura are două mijloace de a mări suprafața pe care se întinde substanța cenușie: sau sporește brutal masa creierului sau cutează mai fin suprafața acestuia“ (*Topinard*). Cât despre dedublarea primei circonvoluțiuni frontale, pe care *Benedikt* a identificat-o la 12 dintre criminalii examinați de el, aceasta e o simplă varietate anatomică, notată la foarte mulți indivizi perfect morali.

X. Gușa n'am găsit-o decât în 3 la 100 din criminalii examinați (dar toți gușații noștri delinvenți erau originari din anumite regiuni unde gușa e endemică).

XI. Gângăvitul l'am identificat numai în proporția de 1, 2 la 100.

XII. Devierea coloanei vertebrale numai în 0,4 la 100 (cele mai multe scolioze datorite unor traumatisme în prima copilărie).

XIII. Facultățile intelectuale: din 4.059 delinvenți examinați, am găsit: 54 cu o instrucțiune superioară, 1.128 știind să citească, să scrie și să socotească, 291 știind numai să citească, iar 2.606 analfabeți; mai mult de jumătate dintre delinvenți sunt indivizi dedați trândăviei (2.456 fără nici o îndeletnicire față de 1.605 cu o meserie sau profesiune măturisită).

XIV. După *Lombroso* criminalul e insensibil la durerea fizică; noi și alții am văzut, însă, tâlhari feroși operați, îngrozindu-se numai la vederea bisturiului sau a termocauterului.

XV. Curajul ori lașitatea. — E atât de pueril argumentul că nici nu face să insistăm.

XVI. S'a invocat rezistența fizică a criminalului la efectele unor grave traumatisme sau la leziuni și afecțiuni cari pun viața în pericol. Și *Gasparini* (1928) citează cinci observațiuni clinice cari, după el, numai prin faptul însănușării criminalilor, ar fi concludente (1. perforarea cu un glonte a stomacului, al cărui conținut se revărsase în cavitatea abdominală; 2. perforarea multiplă a intestinelor; 3. ulcer care a necesitat o gastro-enteroanastomoză; 4. angina Ludovici cu umflarea planșeului bucal și a cerului gurii și cu dispnee; 5. tetanos consecutiv unei căderi în cap cu fractură craniană). Dar toate aceste observațiuni n'au nici o valoare specifică, deoarece vindecări de atare natură s'au înregistrat și la persoane perfect onorabile.

Ceeace școala lombrosiană ia drept stigmatе ale criminalității (asimetria facială, malformațiunea urechei, strabismul și alte leziuni oculare, prognatism, anomalii dentare, vicii de conformație ale cerului gurii, disimetrii și deformări ale trunchiului, hernii, anomalii ale organelor genitale, pigmentașiunile pielei, naevi materni, etc.) e de fapt mai frecvent la alienați, epileptici și idioți, după cum poate exista și la individul cu un excesiv simț moral (puritan în cea mai largă accepțiune a cuvântului). E pecetea unei degenerescențe fizice ereditare și atâta tot. Dar nici *Lombroso* n'a găsit toate caracterele anatomice, patologice, fiziologice și teratologice decât la 40% din criminalii examinați de el și toți pe sprinceană aleși.

Semnele lombrosiene au dat, dau și vor da greș: prezența lor nu caracterizează pe criminal, după cum nici absența lor nu constituie un certificat de simț moral ireproșabil; sunt nenumărate cazurile de indivizi cu înfățișare și constituție organică normală, cari au pe conștiință cel puțin un furt, un incendiu, un asasinat, dar au știut să se strecoare printre ochiurile plasei judiciare; după cum iarăși sunt foarte numeroase cazurile în cari nevinovați au fost urmăriți și chiar condamnați, pe simpla prezumțiune trasă din preținsele stigmate ale criminalității. Nu, omul nu se naște cu pecetea acesteia pe frunte. Nu e individ care să nu aibă patimi, instincte de natură a-l împinge la crimă: educația, instrucția, mediul, condițiunile socialo-economice favorabile le înfrâng, anihilându-le. Ceeace deosebește pe criminal de omul cinstit, e că primul n'a știut, n'a voit să-și stăpânească pornirile rele, năzuința nemăsurată de a-și procura un traiu îmbelșugat în trândăvie, de a-și satisface pofta variată în condițiuni normal nefavorabile.

B. Infractorul de ocazie

E speța cea mai rară și cea mai puțin periculoasă, pentru că de regulă avem a face cu un individ cu simțul moral intact și care, numai silit de împrejurări, a devenit delinvent: legitimă apărare, constrângere morală, o revoltă irezistibilă (*ira furor brevis est*), ispita.

Un loc aparte, în infrațiunea accidentală, îl are răsbunarea feminină. Femeea din popor, mai ales, exasperată de vieța chinată (mizerie și maltratări) pe care o duce cu soțul abrutizat de alcool, își pierde într'o bună zi mințile și suprimă pe omul care nu-i mai apare decât în lumina unei bestii primejdioase. — Criminală de ocazie devine și femeea sedusă și în urmă abandonată, ori femeea care, cu toată resemnarea în fața traiului destrăbălat al bărbatului, nu e numai neglijată de acesta, dar nici măcar înlesnită cu mijloacele de existență necesare ei și copiilor.

C. Infractorul din obicei

Acesta e un produs al mediului, al imitațiunii, al educațiunii. Ceeace am expus pentru minor se aplică și delinventului adult. — Imitațiunea, îndeosebi, e un factor important al criminalității, pentru că pecetea ei o găsim nu numai la însuș faptul brutal al delictului sau crimei, ci și în detaliile de execuțiune. *Pietrusky* (1928) citează un caz impresionant: la câteva zile după publicarea descripției ciopărțirii cadavrului victimei unui asasinat, i s'a adus la morgă un alt cadavru ciopărțit, care prezenta un tablou de des-pesaj copie fidelă a primului. — O anumită „tecnică“ a perversi-

tăților, a atentatelor la pudoare, a crimelor sadice e și ea, de multe ori, imaginea perfectă a cazurilor descrise în gazete, romane senzaționale, broșuri ocazionale ori a celor văzute pe ecranul cinematografic.

Ca și pentru infrațciunea accidentală, și în infrațciunea din obicei se cuvine un loc aparte femeii.

Bulionul de cultură prin excelență pentru criminalitatea feminină e *prostituția* care diluează, până la complectă dispariție, simțul moral. Avem în fața noastră o statistică groaznică:

Din 400 prostituate 378 și-au pierdut virginitatea între 11 și 21 ani. Și practicau deacum prostituția (clandestină sau cu condicuiță): 1 la 11 ani; 6 la 12 ani; 25 la 13; 56 la 14; 58 la 15; 60 la 16; 61 la 17; 67 la 18; 36 la 19; 28 la 20 și 20 la 21 ani.

Cauzele: 36 fete gonite sau abandonate de părinți vicioși, divorțați; 40 gonite ori abandonate de mame vitrege; 85 orfane, crescute de rude sau de streini și apoi abandonate; 150 concubine abandonate de amanți sau exploatare de aceștia; 22 seduse de stăpâni și apoi gonite; 79 fete dela țară, venite la oraș și ademenite de perspectiva unei existențe trândave; 7 din mizerie; 3 spre a-și hrăni părintii nevolnici.

Și la aceste nenorocite — cari fură, lovesc, omoară, pentru că simțul moral le-a fost pervertit — *Lombroso* vrea să identifice faimoasele lui stigmatе ale criminalului înăscut, pe când încăpute pe alte mâini, cu educație îngrijită și în alte condițiuni socio-economice, toate, absolut toate puteau deveni elemente utile societății, cu atât mai vârtos, că la femeea în genere se notează o precocitate a maturității simțului moral.

Un contingent relativ însemnat al prostituției îl dau văduvele (prin deces ori prin divorț), fetele cari n'au putut sau n'au voit să se mărite.

D. Infracțorul nebun

E un produs al unei stări patologice și de aceea ne vom ocupa despre el la: „Patologia incapacității civile și a iresponsabilității penale”.

E. Infracțciunea profesională

La cele 4 tipuri ale lui *Tanopiceanu*, vom adăuga un al 5-lea: tipul infrațciunii profesionale, deoarece s'au notat delictе caracteristice îndeletnicirii obicnuite a individului. Anumite ocupațiuni crează o mentalitate specială, cu timpul obnubilează simțul moral iar individul găsește că e firesc și logic să se abată dela regulile de cinste și omenie, fie spre a-și îndestula nevoile, fie spre a-și satisface aspirațiuni ce depășesc mijloacele lui materiale. Așa: negustorul, mare ori mic, are un obiectiv — falimentul; bancherul improvizat — escrocheria (însușirea depunerilor ce i s'au incre-

dințat); contabilul — falșul în registre (spre a fura pe patron ori spre a împărți cu el produsul fraudei); anumiți slujbași publici — falșurile în scripte (în schimbul unui bacșiș); sluga (bărbat ori femeie) fură pe stăpân; moașa — avortul; cărciumarul — sofisticarea bănturilor; băcanul, măcelarul, precupețul — lipsă la cântar; etc. etc.

II. Patologia incapacității civile și a ireponsabilității penale

Stările cari, în *civil*, reduc capacitatea de a dispune și de a contracta obligațiuni, iar în *penal* influențează, micșorându-l sau anihilându-l, discernământul, sunt acelea cari interesează organizațiunea psycho-mentală a individului.

Din capul locului vom observa, împreună cu toți marii psihiatri și îndeosebi cu Trochine (fost profesor de psihiatrie la Universitatea din Kazan, expulzat din Rusia de către regimul sovietic, și autorul unei foarte documentat studii asupra „Demenței” publicat în „Annales Médico-Psychologiques” 1928), că „procesele patologice cu varietatea lor de alterațiuni anatomice, cu diversitatea lor de localizare și de gravitate, nu produc toate un tablou identic al demenței”. Dacă mai adăugăm particularitățile individuale și influențele exterioare accesorii, e evident că varietățile clinice ale demenței vor fi și mai numeroase. Să mai notăm că nu toate procesele patologice cauzează demența — care poate fi fatală, facultativă, progresivă, regresivă sau staționară: sunt stări morbide crutate de demența caracterizată: psychozele psihogene și histeria.

În definitiv, în afară de obsesiunea morbidă, toate anomaliiile observate în acțiunea omului au ca semn patognomonic o deviere sau chiar o abolire a simțului moral. Desvoltarea acestuia — după cum cu multă justeță stăruie *Wagner-Jauregg* — nu e în funcțiune numai de educație, ci și de o predispoziție organică (predispozițiile vieții spirituale diferă și la omul sănătos). O turburare în desvoltarea crecerului poate pricinui exclusiv turburări în domeniul funcțiunilor morale (a căror evoluție își găsește apogeul în faza de maturitate spirituală, când egoismul a cedat altruismului terrenal cu îndârjire apărat).

Învățatul psihiatru austriac se ridică și el împotriva teoriei atavice a lui *Lombroso*, fără a tăgădui însă — cecace e exact — că influențe patologice, turburări morbide în desvoltarea organismului, prin modificările imprimare însuș planului de desvoltare, pot contribui la apariția unor creațiuni cu aspect atavistic.

Așa, după studiul recent al lui *Nardi* (1928), sunt de reținut devierile morfologice ale suprafeței superioare a limbii, notate la

40% dintr'un total de 828 alienați examinați: e vorba de limba cutată și limba cerebriformă. Avem aface cu o anomalie ereditară sau congenitală, mai pronunțată la bărbat decât la femece și mai frecventă în neurastenia cerebrală și în demența precoce. Aceste influențe patologice sunt indirect recunoscute de însuș șeful școalei antropologice italiene, când proclamă că starea psihică a tipului de *delinquent nato* e aceea a unei stări caracteristice epilepsiei, deci un indiscutabil fenomen patologic. Or, epilepsia nu are nimic aface cu atavismul.

Mai e de notat că, în afară de epilepsia sub toate formele ei, inclusiv stările epileptoide, la delincvenți se observă și alte fenomene patologice dintre cari unele cu caracter latent mai mult etiologic, iar altele cu un pronunțat caracter simptomatic.

Gelma („Les transformations de la personnalité et les troubles du sens moral dans la période d'incubation des psychopathies aiguës ou subaiguës ou à retour périodique“, Strasbourg 1927), pe baza observațiilor făcute, conchide: Numeroasele stări psihopatice acute sau sub-acute, cu evoluție rapidă, sunt precedate de o perioadă asimptomatică și caracterizată numai prin modificările simfului etic. Reacțiunile anti-sociale ale perioadei prodromice a psychozei trebuie privite ca strâns legate de boala mintală ale cărei prime manifestațiuni sunt.

Dar indiferent dacă sunt sau nu generatoare ale demenței, toate procesele patologice, inclusiv afectele, cari interesează sistemul nervos, atrag o scădere mai mare sau mai mică a conștiinței morale și o știrbire a libertății voinței — deci una din formele alienației mintale, dintre cari expunem pe cele mai frecvent întâlnite în expertizele medico-legale:

1. Mania

Un delir general, caracterizat printr'o afecțiune cerebrală cronică: perturbarea și exaltarea sensibilității, inteligenței și a voinței, concepțiuni delirante și halucinațiuni. Foarte rară în vârsta copilăriei și la bătrânețe, mania se observă în perioada vieții dela 20 la 50 ani. În majoritatea cazurilor afecțiunea e de natură ereditară (ascendență epileptică, alcoolică sau dementă): supărările mari, preocupările prelungite, surmenajul intelectual, excesele de tot felul sunt agentul provocator al bolii pe acest teren prielnic. Mania poate fi și produsul unei stări morbide (alcoolismul, epilepsia, starea puerperală, histeria, bolile febrile grave). — Clinicește se deosebesc: *mania acută* sau *cronică, continuă, intermitentă* sau *remitentă*.

La unii maniaci caracteristica esențială a bolii e exaltațiunea facultăților intelectuale și supraactivitatea corpului—*mania*

exaltată: imaginația, simțurile, memoria aduc o abundență de idei exprimate într'o formă relativ bine încheată.

La alții, dimpotrivă, cuvintele sunt fără șir, nu exprimă asociații de idei construite în mod logic — *mania incoherentă*.

Din punctul de vedere al manifestațiilor simptomatice, se deosebesc următoarele forme de turburări maniace: *mania peselă*, *mania ambițioasă*, *mania erotică*, *mania religioasă*, *mania halucinatorie*.

Numai excepțional, mania idiopatică debutează brusc; de obicei notăm o perioadă prodromică (câteva zile până la șase luni), ale cărei semne sunt: preocuparea excesivă, iritabilitate, anxietate, presimțiri sinistre, insomnia sau somn cu coșmaruri, limbă saburală, lipsă de apetit, o sete nepotolită și constipație. Apoi boala se precizează: în perpetuă agitație, cu pulsul frecvent, maniacul cântă, zbiară, gesticulează, aleargă, capătă deodată un apetit vorace, porniri genezice violente, are accese de furie (când devine periculos pentru sine însuși și pentru alții). Cu ochii ca ieșiți din orbite, injectați, cu vinele frunții umflate, cu vocea răgușită, maniacul pierde respectul bunei cuvințe: neîngrijit, murdar la port și la vorbă, rostește cuvinte grosiere sau masearale; în ce privește femeea în deosebi, aceasta nu mai are nici o rușine (înjură și, fără să roșească, oferă tuturor spectacolul goliciunii ei). O altă caracteristică a maniacului în general e insensibilitatea la căldură și la frig, o transpirație abundentă (uneori fetidă). — În momentele de agitație, pulsul devine rapid, dar nu se notează febră propriu-zisă, pentru că temperatura rămâne aproape normală. — Foarte iritabil, maniacul, de îndată ce e contrariat, se infurie, distruge totul din jurul său, lovește, mușcă persoanele, se isbește cu capul de pereți. Accesele acestea de furie pot uneori izbucni fără nici un motiv aparent—*explozii maniace periodice*. Stăpânit de un optimism exagerat, maniacul n'are nicio dată viziunea clară a situației (risipitor, face datori, contractează o căsătorie nesocotită, scandaloasă, asumă obligațiuni, se angajează în întreprinderi ruinătoare).

Deși în forma mai ușoară a maniei, inteligența e oarecum prezervată (bolnavul se prezintă interesant spiritual chiar în conversație; e capabil de indeletniciri cari reclamă o continuitate în judecată și în acțiune), dar iritabilitatea, impulsivitatea, grandomania răpesc maniacului facultatea deplină a discernământului: *deci incapabil în civil și iresponsabil sau cu responsabilitatea atenuată în penal (după faza bolii)*.

2. Mania transitorie (mania subită, furor transitorius)

È forma de turburare a facultăților mintale, astfel descrisă, pentru întâia dată, de *Krafft-Ebing*: izbucnirea bruscă, la un om normal, a unui acces de furie sau de delir acut, cu totala confuziune de idei, halucinații și iluziuni sensoriale și suprimarea percepțiilor venind dela lumea exterioară; de o durată variind între douăzeci de minute și șase ore, accesul se încheie printr'un somn adânc și, la trezire, prin amnezia absolută a tuturor celor petrecute în cursul dezechilibrului trecător (nu are conștiința delictului sau a crimei comise).

Mania transitorie, notată mai mult la bărbat (îndeosebi la cei cu constituție pletorică) decât la femece, are drept cauză determinantă: grijile, surmenajul, o emoție violentă, o insolație, un exces alcoolic sau veneric.

În genere, accesul de manie transitorie e unic, recidiva fiind excepțională.

In cursul accesului — care, firește, poate fi simulat — *individul nu se poate bucura de capacitatea civilă și nici nu poate fi făcut răspunzător în penal.*

3. Nebunia rezonantă

E o varietate a maniei (despre care *Maudsley* spune că „e o nebuloasă care străbate orizontul psihiatriei, nu însă de natură a apăra de responsabilitate“) și e caracterizată prin volubilitatea, înlanțuirea logică a ideilor, colorațiunea dialectală în expunerea esecelor și actelor desordonate, pe cari bolnavul ține să le prezinte ca isprăvi firești și spre cinstea lui. Perversiunea funcțiunilor afective; impulsuni oarbe la acte de violență, la accese sanguinare. „Alienatul poate să scrie, să citească și să-și exprime gândirea ca un om cu mintea sănătoasă și cu toate acestea, printr'un contrast bizar, își rupe hainele după el, sfâșie plapoma cu care se acoperă, salteaua pe care doarme și e foarte ingenios în justificarea acestor acte de smintire“ (*Pinel, Fodéré*).

Capacitatea civilă redusă (consiliul judiciar); responsabilitatea penală atenuată.

4. Monomania

O formă incompletă a maniei: numai o lature a facultăților mintale e zdruncinată; altfel, bolnavul apare ca stăpân pe funcțiunile intelectului. Se deosebesc două varietăți:

a) *Monomania intelectuală*: o idee delirantă pune stăpânire pe mintea bolnavului, se naște o concepție morbidă care, în spiritul maniacului, justifică actele lui dezordonate sau chiar delictuoase (persecutorii, maniacii religioși, eroticii, hipochondriacii, inventatorii fantastici, prezumțioșii cu aspirațiuni la situațiuni inaccesibile, etc.).

b) *Monomania instinctivă sau impulsivă* (ai cărei reprezentanți se recrutează printre nevropați, epileptici, alienați, alcoolici): sub influența unei impulsuni patologice, voința e paralizată și individul comite acte pe cari propria lui judecată le condamnă (obsesiune-impusiune). — Distingem două varietăți: 1) *impulsiunea bruscă*; 2) *impulsiunea lentă*. În forma dintâi, voința cedează fără nici o rezistență; iar bolnavul, sub imperiul obsesiunii și cu simțul moral complet abolit, e în stare să-și prepare și să execute actul

delictuos cu meticulozitatea și abilitatea unei judecăți normale. În forma a doua, judecata intervine și înarmează voința, dând astfel bolnavului timpul necesar spre a se reculege.

Incapacitate civilă; iresponsabilitate sau responsabilitate penală atenuată.

5. Asociabilitatea

E și ea o formă a monomaniei, de oarece e o stare psicho-patologică în care se notează aversiuni nejustificate și explicabile numai printr'o specifică obnubilare a criteriului de judecată, în concepțiunea despre viața socială. După *Jacobsohn* (1928), asociabilitatea e o psychoză notată mai ales la indivizi cu o instrucțiune ori cu o cultură deosebită și ea *exclde* *posibilitatea unui discernământ nealterat.*

6. Melancolia

În genere caracterizată prin idei delirante și o tristețe împinsă uneori până la stupeoare, are mai multe forme clinice, dintre cari cele mai frecvente sunt:

a) **Melancolia fără delir:** judecata, mai mult sau mai puțin intactă, călăuzește pe bolnavul timid, abătut, chinuit de o teamă continuă (fără temei serioasă).

Capacitate civilă; responsabilitate penală.

b) **Melancolia anxioasă:** instalarea ideilor delirante în asociație cu o depresiune fizică și morală de o intensitate variabilă. Un astfel de bolnav, stăpânit mereu de frică, se lasă obsedat de gândul sinuciderii și sfârșește prin a-și pune capăt zilelor într'un moment de cumplită desnădejde (convins că nimic nu mai poate schimba mersul destinului, în ce-l privește pe el și pe ai săi); e capabil și de crimă: își omoară soția, își omoară și copiii și apoi se sinucide sau, impulsivitatea încetând, nu mai are energia de a-și face seama și supraviețuiește.

Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.

c) **Melancolia cu stupeoare,** caracterizată prin mutismul și imobilitatea bolnavului, halucinații, iluzii sensoriale și viscerele. e de fapt cea mai periculoasă dintre formele afecțiunii melancolice. Bolnavul, sub imperiul pantofobiei sau acela al teroșilor de natură religioasă, are subit accese de furie cari se traduc prin loviri, omoruri, acte de distrugere. Uneori crima e precegetată, bolnavul (mai ales în țările unde există pedeapsa cu moartea) urmărind ca prin fapta sa să fie osândit la moarte (*sinucidere indirectă*). S'au văzut și cazuri de melancolie cu stupeoare, în cari bolnavul, tot în nădejdea morții, s'a acuzat singur de crime imaginare. — Originea melancoliei cu stupeoare trebuie căutată într'o tară creditară sau în efectul unei întâmplări care a turburat adânc psihicul, a obnubilat conștiința și a slăbit voința.

Incapacitate civilă; iresponsabilitate.

Mustarrea de cuget poate și ea provoca melancolia cu stupoare: delicventul, dându-și seama de grozăvia faptei sale, comișă într'un moment de rătăcire, cade în această formă a melancoliei.

Incapacitate civilă, dar responsabilitate penală pentru actul origine a boalei.

7. Delirul cu forme alterne — nebunia cu forma dublă (Baillarger) nebunia circulară (Falret)

În genere de natură creditară, starea aceasta e caracterizată prin două perioade distincte: una de excitație maniacă și alta de depresiune melancolică, ambele urmate de un interval de calm și de judecată. Apoi ciclul se reinstalează.

În *perioada de excitație*, bolnavul e activ, plin de inițiativă și de entuziasm; funcțiunile organice sunt nestingherite (apetitul bun, digestiunea ușoară, somnul adânc și întremător). Se notează adesea: porniri genezice, tendință instinctivă la acte de răutate, impulsivii ia furt și chiar la omor.

În *perioada de depresiune melancolică*: din gălăgios, îndrăzneț, încrezător, bolnavul devine tăcut, nehotărit, bănuitor; fuge de lume și se concentrează în meditațiuni sumbre; funcțiunile digestive lăncezesc (constipație, anorexie), respirația e încetinită, somnul agitat și întrerupt de visuri obositoare.

Durata fiecăreia din aceste perioade e foarte variabilă: de 2—3 zile la unii, ea e de câteva luni sau chiar un an, la alții. Durata acceselor și modul de tranziție sunt de o uniformitate constantă la același individ.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar); responsabilitate penală atenuată în cele două perioade; responsabilitate întregă în perioada de calm, rațiune.

8. Status aggrivus reactivus

E o formă abortivă a reacțiunii depresive, notată îndeosebi la indivizi cari aparțin unui tip de tranziție între constituția epileptoidă și una cicloidă. Se manifestă prin iritabilitate și excitație, cari durează timp de luni de zile.

Capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată.

9. Debilitatea mintală

(Am descris-o la: „Responsabilitatea minorului“, vol. II, pagina 157). *Capacitate civilă întregă sau redusă* (după gradul afecțiunii); *responsabilitate penală.*

În cadrul debilității mintale intră și *ușurința*: în momentul

comiterii actului (delict sau contractarea unui angajament) individul are conștiința acțiunii, dar nu și conștiința întreagă a consecințelor.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar); responsabilitate penală întreagă.

10. Nebunia morală (moral insanity)

È un produs al debilității mintale, care are ca efect direct o degenerare a simțului moral: mecanismul raționamentului nu e prea zdruncinat, în schimp lipsește frâul moderator al actelor caracterizate pedeoparte prin ciudățenia lor, pe de alta prin laturea lor răutăcioasă. Cu obârșia într'un defect congenital de organizație a creierului, nebunia morală se trădează prin aceea că individul e incapabil de a avea concepțiunea despre ceea ce este cu adevărat cinstit și drept. Nebunul moral (caracterizat prin: absența sentimentelor afective față de părinți, frați și rude; absența sentimentului de milă, onoare, rușine, căință; insensibilitatea la dojană și pedeapsă; isbucnirea violentă a mâniei; cruzimea față de animale și de oameni) îngroașă cu o varietate de tipuri cadrele cohortelor delictului și ale crimei. Grandoman, juisor, nebunul moral nu cruță nici un mijloc spre a-și satisface pornirea: curagios, devine hoț de buzunare, spărgător, tâlhar; laș, trândav și ajutat de puterea imaginativă și de talent la scris, își va alege un câmp de activitate fără riscuri fizice — escrocheria, plastografia; pradă a instinctului genital, își va face o îndeletnicire din atentatul la pudoare

Unii psihiatri, prin analogie, zic nebuniei morale *idioția morală*; *moral insanity* e, în ce privește conștiința morală, ceea ce sub raportul facultăților intelectuale, e *idioția propriu-zisă*: *idioției* îi lipsește călăuza conștiinței, *idioției* morale îi lipsește lumina conștiinței.

Incapacitatea civilă; responsabilitatea penală, pentru că nebunia morală nu e susceptibilă de amendare, chiar cu o cură medicală cât de intensă și de prelungită.

11. Imbecilitatea

(Vezi: „Responsabilitatea minorului“, vol. II, pag. 137). Incapabil de o judecată sistematizată, ușor accesibil sugestiunilor străine, imbecilul, pradă a unor porniri josnice și a unor instincte brutale, nu are conștiința actului delictuos (furt, atentat la pudoare, lovire, omor, incendiu) comis fie dintr'un motiv pueril, fie din îndemnul altuia. De multe ori delictul, prin însuș caracterul lui inofensiv, poartă peceta inconștienței copilăroase. — *Nici capacitate civilă, nici responsabilitate penală.*

12. Idioția

(Vezi: „Responsabilitatea minorului“, vol. II, pag. 138). Neavând nici chiar instinctul conservării, *idiotul e absolut incapabil și complet iresponsabil*.

13. Cretinismul

E o formă a idioției, caracterizată prin vicii de conformație fizică: craniu voluminos, deformat; fruntea boselată; deobiceiul de depresiune transversală deasupra arcadei sprincenare; fața încrețită și galbenă; pleoapele îngroșate, ochii adânciți în orbite, pometele proeminente; din gura deschisă se scurge salivă vâscoasă. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală*.

Sunt trei varietăți:

a) *Cretinoșii*, din punctul de vedere al facultăților intelectuale, pot fi clasați în primul grad al imbecilității.

b) *Semi-cretinii* sunt complet lipsiți de inteligență și cu greu pot fi înțeleși când vorbesc.

c) *Cretinii complecți*: total lipsiți de facultățile intelectuale, deci și de vorbirea articulată, iar sub raportul malformațiunii fizice reprezintă cel mai înalt grad de degenerescență cretinoasă.

14. Afazia

Pierdere completă sau incompletă a uzului vorbirii articulate, afazia e condiționată de o leziune sau turburare funcțională gravă a celei de a treia circumvoluțiuni frontale, sau de o leziune a zonei lui Wernicke (circumvoluțiunile temporale din stânga — *P. Marie*).

Congenitală la idioși și surdo-muți. *Dobândită*, afazia poate fi consecutivă bolilor infecțioase acute (febra tifoidă, scarlatina, pojarul, variola, difteria, tusea măgărească, malarie, uneori și pneumonia) și atunci e temporară. Atunci când e datorită unei leziuni cerebrale (placă de meningită, abces sau tumoare a creierului, scleroză cerebrală, traumatism al capului, fractură a oaselor craniului), afazia e durabilă și e însoțită de o hemiplegie dreaptă.

Se disting două forme mai frecvente:

a) *Afazia motrice*: uzul vorbirii complet sau incomplet abolit, iar mâna dreaptă paralizată. În forma *completă*, bolnavul înțelege ce i se spune și poate răspunde în scris (cu mâna stângă), prin semne cu mâna sau cu capul, prin mimică. (*Capacitate civilă; responsabilitate penală*). În cazuri mai grave, afazicul a pierdut pe de o parte facultatea de a citi (*alexie*) și de a scrie (*agrafie*), iar pe de altă și aceea de a-și exprima gândul prin gesturi (*apraxie*) ori mimică. *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală*.

În *afazia incompletă* bolnavul se exprimă cu greutate (cu-

vinte mai mult sau mai puțin deformate, ori cuvinte improprii). *Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar), responsabilitate atenuată.* Unii au particularitatea identificată de Buchwald sub numele de *scrisul în oglindă* (scrisul răsturnat al hemiplegicilor, care nu poate fi descifrat decât citindu-l prin transparență ori în fața unei oglinzi).

b) *Afazia sensorială* e caracterizată prin *surditatea verbală* (imposibilitatea înțelegerii limbajului articulat), iar când bolnavul se exprimă (cu greutate), vorbirea e marcată prin: 1) *parafazie* (întrebuințarea unui cuvânt în locul altuia, schimbarea unei litere; complectă deformare a cuvântului că e imposibil de a i se prinde sensul); 2) *parafrazie* (crearea de cuvinte ciudate pentru reprezentările neobicinuite bolnavului); 3) *paralexie* (deformarea cuvintelor citite); 4) *paragrafie* (deformarea cuvintelor scrise); 5) *parafazie choreatică* (înșiruirea repede de cuvinte fără nici un înțeles). — *Incapacitate civilă; responsabilitate atenuată.*

Afazia poate fi și simulată. *Coppola* — 1928 citează un caz interesant: un individ care, profitând de o asemănare fizică isbitoare și de dispariția fără urmă a persoanei căreia se substituia — un profesor eminent dublat cu un emerit poliglot — s'a înființat într'o bună zi în orașul în care acesta profesase și, prin scris, a isbutit să convingă pe însuși familia dispărutului că el e cel absent. Or, individul nu era capabil să articuleze în scris nici un cuvânt din diversele limbi vorbite de poliglotul absent — și *Coppola* a demonstrat că afazia nu distruge complet memoria limbilor streine, câtă vreme mai e conservată intrucâtva aceea a limbii materne.

15. Surdi-mutitatea

Poate fi congenitală sau dobândită.

Congenitală, boala nu exclude întotdeauna o oarecare dezvoltare a facultăților intelectuale printr'o instrucțiune apropiată, deci și existența într'un grad mai mare sau mai mic a discernământului. Atunci însă când e însoțită de imbecilitate ori idiotie congenitală, surdi-mutitatea exclude și posibilitatea dezvoltării inteligenței și deci și existența discernământului.

În surdi-mutitatea *dobândită* se deosebesc două tipuri, după vârsta la care s'a instalat infirmitatea: 1) la o vârstă fragedă, surdi-mutitatea poate fi asemănată cu o debilitate mintală, capabilă de a se amenda prin instrucțiune; 2) la o vârstă mai înaintată și atunci când n'a preexistat vreo scădere intelectuală, surdi-mutitatea nu exclude discernământul, deci nici responsabilitatea.

Urmează dar că, pe baza informațiilor anamnezice, expertul va examina surdi-mutitatea în lumina diverselor forme sub cari se prezintă. *Incapacitate civilă și iresponsabilitate penală pentru surdo-mutul imbecil sau idiot*, pe care *Ayrault* îl compară cu un nebun sau cu un patruped. *Incapacitate redusă (consiliu ju-*

diciar) și *responsabilitate atenuată pentru surdo-mutul neinstruit. Capacitate civilă și responsabilitate deplină pentru surdi-mutitatea dobândită la o vârstă mai înaintată și cu absența oricărei scăderi a rațiunii.*

16. Orbirea

a) *Congenitală și întovărășită de scăderi intelectuale: incapacitatea civilă și iresponsabilitate penală.*—Cu facultățile intelectuale dezvoltate grație unei instrucțiuni speciale, orbul din naștere se bucură de o *capacitate civilă (redușă)* și e *susceptibil de o responsabilitate atenuată.*

b) *Dobândită și fără preexistența unei tare intelectuale: consiliu judiciar și responsabilitate penală atenuată sau chiar completă* (după împrejurare).

17. Afectele patologice

a) *Mânia* (nebulnia fulgerătoare cum o numește *Clar*), la un temperament ușor excitabil (impulsiunea explicându-se fie printr-o zdruncinare a sistemului nervos, consecutivă unei boli grave sau unui traumatism al capului, fie prin influența unui factor extern) poate întuneca discernământul.

Dacă mania se prezintă ca un *afect cronic: capacitatea civilă redusă (consiliul judiciar); responsabilitate atenuată; afect acut: incapacitate civilă pentru dispozițiunile luate sau obligațiunile contractate în timpul mâniei și responsabilitate penală* (după aprecierea judecătorilor: O decizie din 11 Februarie 1908 a Curții de Casație, S. II consideră surescitarea ca o posibilitate de suprimare a responsabilității, prin aplicarea art. 57 C. P.).

b) *Pasiunea amoroasă* (pe care *Platon* o consideră ca una din manifestațiunile nebuniei, iar despre care *Menochius* scrie că „e mai puternică decât focul“) poate, după gradul ei de intensitate, să justifice o atenuare sau chiar o completă înlăturare a responsabilității. (O ușurare a pedepsei o găsim și în Pravila lui Matei-Basarab, care asemuește amorul cu beția și cu nebunia). Atunci când patima amoroasă se deslănțue cu impetuozitatea unei forțe elementare („instinctul feroce al gorilului primitiv“ — *Berner*), avem un caz caracterizat de nebunie subită și deci: *incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

c) *Spaima, desperarea* pot, după circumstanțe (raportul între intensitatea afectului și actul incriminat) să întunece discernământul sau chiar să-l suprimă: *incapacitate civilă; responsabilitate atenuată sau iresponsabilitate.*

d) *Rușinea, groaza de urmările unei greșeli*, în anumite condițiuni (aprecierea stării sufletești și a circumstanței de fapt) pot

atenua responsabilitatea. Dar nu se poate considera valid un act civil săvârșit sub imperiul acestor afecte.

18. Obsesiunea morbidă

(„Venorocitul e stăpânit de o idee, o idee exclusivă de care nu se poate desbăra, așa precum alienatul nu se poate desbăra de ideea lui fixă”. — Esquirol: „Monomania omucidă”). — Caracteristica esențială a obsesiunii morbide e că, deși anihilează voința individului, nu-i suprimă însă conștiința morală. (1. O femeie, pradă a obsesiunii omucide, se simțea mânată la uciderea celor patru copii ai ei pe cari îi adora; dar conștientă de grozăvia crimei ce avea să săvârșească, își pregătise o otravă puternică pentru ea însăși. 2. O altă femeie, ca să nu ucidă, se roagă să i se pună cămașa de forță. 3. Unul, ca să nu se ducă să-și omoare mama, se spânzură).

Obsesiunea morbidă o găsim și în manifestările instinctului genital, cu toate formele de aberațiune ale acestuia (masoșism, sadism, bestialitate, homosexualitate, etc.), cari duc la atentate la pudoare sau la ultraj public contra pudoarei.

Observată și studiată pentru întâia oară de Felix Plater, în 1614 (1. o femeie stăpânită de gândul de a-și injunghia în somn soțul pe care totuși îl adora; 2. o tânără femeie urmărită de gândul de a-și omori copilul pe care-l alăpta și care, pentru dânsa, însemna întruchiparea celor mai scumpe năzuințe ale vieții), obsesiunea morbidă a făcut în urma obiectul cercetărilor lui Müller (1644—1683), creând o formă specială a melancoliei — *melancolia sine delirio*. În *mania fără delir* a lui Pinel (1755—1826) găsim origina concepțiilor moderne despre omorul la alienați.

Matthey (1779—1842), sub numele de *patomanie*, a caracterizat genul special al *nebuniilor cu conștiință*, furie fără delir cu două varietăți: 1) *tigridomania* — mania de a omori fără motiv (*mania lupină* a celor vechi); 2) *nebunia raționată*, a cărei furie se exercită numai asupra lucrurilor neinsufleteite.

Cu Esquirol *tigridomania* devine *monomania omucidă* cu două forme: 1) cu halucinații (delir parțial); 2) fără nici o alterare apreciabilă a inteligenței sau a afectelor, individul, sub imperiul obsesiunii, e mânat de un instinct sălbatec care-l împinge să omoare.

Morel a creat tipul *delirului emotiv*.

Magnan, studiind obsesiunea morbidă la toate vârstele și sub toate formele ei, distinge următoarele clase.

1. Obsesiunea morbidă a omorului (vezi exemplele de mai sus).
2. Obsesiunea morbidă a furtului, cu două varietăți: *cleptomania* și *cleptofobia* (individul e obsedat de gândul că, fără să vrea și fără să știe, va fi furat ceva: își întoarce buzunarele, răscolește casa, se duce chiar să întrebe pe pretinsa victimă, ca să aibă siguranța că n'a comis furtul; ajunge să se uite la un obiect, ca să-și închipue că l-a băgat în buzunar).
3. Obsesiunea morbidă a focului, cu două varietăți: *piromania* (dare de foc) și *pirofohia* (teama perpetuă de foc). Un magistrat, pe lângă multe alte sindroame, avea o adevărată teroare a focului: nu dormia cu noaptea, ră-tâcînd în toată casa, dela un etaj la celalt, spre a supraveghea sobele în cari nu făcuse foc și locul unde arunca un muc de țigară sau un chibrit pe cari

avusese grija să le stingă. — O femeie, de teama focului, n'a aprins lumina în viața ei.

4. Obsesiunea morbidă sexuală. — Se disting următoarele varietăți:

a) *Spinalii*, reduși la reflexul simplu, cu domeniul limitat la măduva spinării, la centrul genito-spinal al lui Budge (priapism, orgasm genital sau, din contră, fenomene inhibitorii). Desechilibratul e conștient de meteahna lui, suferă și nu se dedă la nici un act nesocotit. (Cât despre *idiotul*, cu totul inconștient și care se masturbează în public, el trebuie numai supravegheat).

b) *Spinalii cerebro-posteriori* — reflexul pleacă dela scoarța cerebrală posterioară, spre a ajunge la măduva spinării. Numai vederea, imaginea unui idiot de sex opus, indiferent de calitățile lui fizice (frumos sau urit, tânăr sau bătrân) îi provoacă orgasmul veneric. E actul instinctiv pur brutal (bărbat sau femeie).

c) *Spinalii cerebo-anteriori* (punctul de plecare al reflexului în scoarța cerebrală anterioară). Întăiu, intervine o influență psihică (întocmai ca în starea normală: O femeie de 29 ani are o înclinare de neînvin pentru un copil de 3 ani — înclinare care-i făcea viața insuportabilă. Această femeie, de 8 ani simte nevoia irezistibilă de a coabita cu unul din nepoții ei. Are 5 nepoți dintre cari cel mai mare e de 13 ani. Acesta a fost obiectul primelor ei dorinți: vederea lui o aducea într'o stare de excitare extremă, avea senzații voluptuoase cu neputință de reprimat. — senzațiuni însoțite de suspine, de înclinări ale capului, de deviațiuni ale ochilor, de îmbujorarea feței, uneori chiar spasmi și secrețiune vaginală. La nașterea primului frate al copilului, s'a îndrăgostit de acesta, apoi de al doilea, de al treilea și în cele din urmă de ultimul — de copilul de 3 ani. Se simte împinsă să-l tragă spre ea.

d) *Cerebrali anteriori sau psihici*: măduva spinării, creierul posterior sunt inactivi; impresiunea își are sediul în plină regiune frontală, în domeniul ideatiunii. E dragostea fără dorinți venerice, e dragostea platonicilor, a estaticilor, a erotomanilor puritani: se mărginesc să urmărească pe obiectul patimii lor curate, să-i ațină calea fără însă a-l atinge, să-l plictisească scriindu-i ori telefonându-i.

Cronică, obsesiunea-impulsiune se explică printr'o tară congenitală (epilepsia, mania, imbecilitatea, hebefrenia, demența precoce) sau printr'o afecțiune dobândită (demența paralică, demența senilă).

(Un caz interesant de obsesiune a furtului — cleptomanie: Femeie psihopată, în vârstă de 46 ani. La 8 ani a furat bani de acasă. Menstruația i-a venit abea la 19 ani, iar la 40 s'a instalat menopauza. Stări de anxietate, amețeli, obsesiune-impulsiune: de trei ori măritată și, deși era un temperament frigid, a avut raporturi adulterine. Cleptomană inveterată. Conștientă de starea ei, încearcă în repetate rânduri să se sinucidă. Stigmat somatic: sistem pilos masculin. — Marcuse, 1928).

Acută, obsesiunea — impulsiune e o isbucnire sporadică, sub imperiul intoxicației alcoolice, al unei puternice zguduirii sufletești, al exasperării, al groazei și al desnădejdiei. Ea mai poate isbucni sub impresia unei întâmplări senzaționale: obsedatul se crede chemat să răzbune o nedreptate strigătoare, o crimă.

În obsesiunea cronică: *incapacitate civilă; iresponsabilitate*

penală. — În obsesiunea acută: *nulitatea actului civil; responsabilitatea atenuată sau chiar iresponsabilitate* (în caz când există o predispoziție morbidă pentru abolirea temporară a facultății discernământului).

19. Somnambulismul natural

Bolnavul, la baza activității mintale a căruia găsim mai de grabă impresiuni lăsate de lucruri reale decât creațiuni ale închipuirii, săvârșește totuș lucruri cari uneori uimesc prin caracterul lor fantastic și prin preciziunea execuției (grație pe de o parte unei extreme exaltațiuni a memoriei și a imaginației, iar pe de alta unei extraordinare hiperestezii a tuturor simțurilor și în deosebi acela al pipăitului). Surescitarea nervoasă ia adesea caracterul unei adevărate stări patologice, în care se pot deosebi simptomele histeriei, hipochondriei, catalepsiei, etc.

De regulă somnambulul uită ce a făcut în timpul somnului, amnezie pe care Maurey o explică prin concentrarea întregii activități a unei anumite regiuni cerebrale asupra actului în curs de execuțiune, iar odată accesul trecut, regiunea cerebrală rămâne complet istovită, incapabilă să reproducă o cât de ștearsă reprezentare despre ceea ce s'a petrecut.

În starea aceasta de semi-inconștiență și cu voința înlănțuită, somnambulul poate comite acte nesocotite și în ce privește propria persoană, delikte și crime. *Incapacitate civilă și iresponsabilitate*, atunci când se face dovada că nu ne aflăm în fața unui caz de abilă simulare.

20. Somnambulismul alcoolic

Observat la degenerați, la indivizi cu antecedente psihopatică, ereditare, e o stare asemănătoare somnambulismului natural, dar provocată de intoxicația alcoolică. Individul lucrează în aparență normal, dar în realitate în chip inconștient; întocmai ca în somnambulismul natural, există caracteristica amneziei complete.

Incapacitatea civilă; iresponsabilitatea penală numai atunci când îmbătarea n'a fost voluntară.

21. Hipnoza sau somnambulismul artificial provocat

Magnetismul animal, mesmerismul — după numele învățatului (*Mesmer*) care, la 1778, a identificat cel dintâiu această psihoză particulară caracterizată printr'o sporire a sugestibilității. Dar de aci nu urmează că hipnotizatul e sclavul necondiționat al voinței hipnotizatorului, pentru că experiențele au demonstrat că medium-ul nu o dată reacționează împotriva unor sugestii contrarii simțului său moral sau concepțiunilor sale estetice. Și chiar dacă

se'ntâmplă ca hipnotizatului să asculte orbește de sugestia ce i se face, odată trează și din nou readormit poate, sub influența unei alte sugestii, să denunțe pe autorul primei sugestii (în materie de obligațiuni civile, de dispozițiuni, ori în materie de delict, crimă).

Un caz recent, în care se învederează că hipnoza nu e întotdeauna desăvârșită și deci nu suprimă complet memoria hipnotizatului: Spre a simula sinuciderea soțului, femeia adulteră, în complicitate cu amantul ei, îl adoarme pe cel dintâiu și-l face să se așeze pe un scaun înalt, deasupra căruia, la nivelul gâtului, atârână lațul unei frânghii prinse de un cârlig bătut în perete; îi trece hipnotizatului gâtul prin laț și apoi trage scaunul de sub el. Tentativa nu reușește; victima, care-și dăduse seama de ce se petrecuse, denunță pe criminali. — *Friedmann, 1928.*

Și când nu e simulată, hipnoza nu anulează actele civile și nu înlătură responsabilitatea penală.

22. Somnolența

E starea omului care nu e nici trează după ce a dormit, nici adormit după ce cu puțin mai înainte a fost trează. Se observă după o mare oboseală, după insomnie, consecutivă intoxicației alcoolice ori cu ocazia unei mari depresii sufletești. Sub influența unor reprezentări creațiune a unei stări vecine cu visarea, trezit brusc, cu conștiința turburată ca într'una din formele delirante, individul poate, cu semne manifeste de frică și de groază, să comită violențe asupra persoanelor din preajma lui. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

23. Iluzia

Condiționată de o excitație a simțurilor, iluzia e produsul receptării vicioase a unei impresiuni reale — *iluzia sensorială*. Atunci când impresia e normal receptată și numai fals interpretată, avem varietatea *iluziei mintale*. Și una și alta din aceste două forme creează stări patologice în cari individul e lipsit de discernământ (semnează angajamente ruinătoare, ia dispozițiuni extravagante, se mutilează, se sinucide, distruge obiectele neînsuflețite. dă foc, lovește, omoară).

Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.

Iluziile sensoriale interesează toate simțurile:

a) *Iluzia vizuală:* denaturarea formei volumului, culorii, ființelor vii și lucrurilor neînsuflețite.

b) *Iluzia auditivă:* Interpretarea vicioasă a oricărui fel de șgomot sau sunet (cuvinte rostite, cântec, zgomot de pași, uruitul unei trăsurii, o bătăe în ușă, o lovitură cu bastonul sau cu ciocanul, un scârțâit, etc.).

c) *Iluzia olfactivă:* perceperea vicioasă a mirosului adevărat.

d) *Iluzia gustului:* alimentele savuroase par infecte, iar acestea din

urmă par delicioase (în această aberațiune sensorială se găsesc indivizi cari se delectează cu fecalele proprii sau ale altora — *coprofație*). În asociație cu iluzia vizuală, bolnavul respinge alimentele sub cuvânt că i se dă de mâncare pucioasă, fosfor, arsenic, foc, etc.

e) Iluzia tactilă: senzația falsă a atingerii unui șarpe, unui vierme, unei broaște, etc., când în realitate atinge mâna unei persoane sau un obiect neinsuflăit.

f) Iluzia produs al detracării sensibilității: ușor atins, bolnavul se plânge că e ciupit, înțepat, lovit, că e victima unui atentat pederastic; stropit din greșală, țipă că e opărit sau din contră, că se toarnă peste el apă răcită cu ghiață, că e electrizat; ușor înțepat, strigă că e disecat de viu, etc.

g) Iluzii viscerale: dureri exagerate în vreunul din organele cavităților splanchnice.

24. Halucinațiile.

În deosebire de iluzii ele nu au la bază nici o impresie actuală, ci sunt un produs pur al închipuirii, mai just al unor reminiscențe — ceea ce explică faptul ciudat al halucinațiilor unui simț accidental pierdut. Halucinatul vede ființe, lucruri și situațiuni fantastice; aude glasuri și șgomote ireale; simte mirosuri plăcute ori neplăcute; are gustul unor alimente sau băuturi ce nu consumă: pipăe ființe și lucruri închipuite; are dureri imaginare. — Sursă a ideilor delirante și a falselor raționamente (cu acte nesocotite și delictuoase) în alienația mintală, halucinațiile nu sunt însă întotdeauna un semn cert al nebuniei, pentru că numeroase observațiuni arată că ele nu exclud o funcționare regulată a inteligenței, iar în luciditatea propriei sale rațiuni halucinatul găsește puterea de a se desmetici și a nu ceda auto-sugestiunii.

a) Halucinațiile vizuale sau viziunile se notează îndeosebi în delirurile toxice, acute sau febrile, și imediat după accidentele epileptice. Extaticul religios vede, pe pământ sau în cer, pe Isus Christos, pe Sfânta Fecioară, îngeri, ori în iad demonii: hipochondriacul se vede sub amenințarea unei morți violente: alcoolizatul, în prada unui delir de persecuție, se vede amenințat în persoana sa și în aceea a familiei sale. Atât hipochondriacul cât și alcoolizatul, alienatul în genere, deși nu s'au mișcat din loc, se văd transportați în alt ținut, pe tărâmurii cu totul necunoscute.

O varietate a halucinațiilor vizuale sunt halucinațiile liliputiene (îndeosebi studiate de *Merigot de Treigny* — 1926): apariția, în câmpul vizual al bolnavului, a unor indivizi de talie foarte mică (25—30 cm.), de ambele sexe, odată cu animale sau obiecte de o mărime proporționată taliei acestora. În genere colorate, viziunile acestea halucinatorii sunt mobile și procură bolnavului o senzație plăcută. Halucinațiile liliputiene se notează în: febra tifoidă, erisipel, pneumonie, holeră, alcoolism, eterism, cocainism, precum și în auto-intoxicații (albuminurie, arterio-scleroză, etc.).

b) Halucinațiile auditive: pot fi izolate sau asociate cu halucinațiile celorlalte simțuri. Cea mai frecventă creațiune a halucinației auditive sunt glasurile supranaturale venite din cer, tavan, pod, pivniță, dulap, cufăr; dintr'un apartament vecin. Apoi, șgomote imaginare: sunetul clopotelor, urletul vântului, detunături de urmă, galopul cailor, trântirea ușilor, bubuitul tunetului, des-

lănțuirea talazurilor, zăngănit de lanțuri. răsete, gemete. Halucinatul aude și glasuri venite din propriul lui cap sau din epigastru. Unii aud însăș gândirea unei persoane absente sau imaginare. întrețin conversații cu glasurile — conversații dela suflet la suflet: *halucinațiile psihice* descrise de *Baillarger*.

c) *Halucinația olfactivă*: inexistente mirosuri plăcute sau infecte.

d) *Halucinația gustului*: inchipuirea că mănâncă bucate stricate, otrăvite, că bea băuturi delicioase sau lichide infecte, otrăvite.

e) *Halucinația tactilă*: senzația imaginară a unei asperități. a unei înțepături, tăituri; bolnavul își arată trupul „numai o rană” — în realitate fără cea mai ușoară zgârietură.

Susceptibil, în starea de inconștiență în care se află, de a contracta obligațiuni, de a acorda o răsplată pentru înlăturarea dușmanului închipuit, ori de a comite un atentat la viața proprie ori a altor persoane, de a da foc unei case spre a arde de viu pe iuamic, ori a alunga pe diavolul. — *halucinatul e lovit de incapacitate civilă și beneficiază de iresponsabilitate penală*.

25. Chorea

Se prezintă cu următoarele varietăți: *chorea dimidiată* — interesând numai o jumătate a corpului; *chorea electrică* — convulsii fulgerătoare, o myoclonie atipică; *chorea hereditaria chronica* — apare la vârsta matură și e considerată ca incurabilă; *chorea major* — cu grave fenomene hysterice și epileptice și cu mișcări săltărețe; *chorea minor* — nevroză caracterizată prin contracțiuni coordonate dar involuntare ale mușchilor, în timpul repausului; *chorea paralică* — infirmități ale motilității; *chorea malleatoria* — mișcări ritmice ca acelea ale lovirii ciocanului pe nicovală. Sub raportul facultăților mintale chorea are patru elemente morbide:

a) *Modificări ale caracterului*: bolnavul devine iritabil, bizar, ba e vesel, ba e trist.

b) *Slăbirea memoriei*, o mare mobilitate în idei, imposibilitatea fixării atenției.

c) *Halucinațiuni* cari apar de obicei seara, în timpul somnolenței, mai rar dimineața. la trezire, și interesează mai toate simțurile.

d) Chiar dela instalarea ei sau în cursul bolii, se poate nota o *complicație de delir maniac, cu foarte grave accidente ataxice*; dacă nu survine moartea, rămân turburări intelectuale de o durată variabilă.

După caz, *incapacitate civilă, responsabilitate atenuată sau iresponsabilitate*.

26. Histeria

Deși de regulă nu e o manifestare morbidă independentă, ci însoțită de alte fenomene psihopate, are totuși următoarea for-

mulă simptomatologică: sugestibilitatea spontană, tendință la crearea de auto-sugestii intense și durabile, caracter capricios, supra-escitare a funcțiilor sensoriale (până la iluzie și halucinație), tendința de a da unor turburări sufletești caracterul unor fenomene morbide trupești. Starea aceasta e un teren prielnic unei îmbelșugate culturi de reprezentațiuni exagerate sau chiar ireale, de falsificare a amintirilor, de simpatii și antipatii nemotivate: de obnubilare temporară a discernământului, de imitațiuni de turburări mintale de altă natură; de prostrație particulară histeriei (stare descrisă de *Ganser*) în care histericul dă răspunsuri stupide la cele mai simple întrebări, deși e evident că înțelege sensul chestiunii.

În forma ei gravă — *nebunia histerică* — boala e foarte periculoasă atât pentru individul însuș cât și pentru alții. Generatoare a tuturor actelor delictuoase înscrise și neînscrise în legea penală, histeria posedă facultatea cu adevărat demnică de a împingea pecetea adevărului tangibil celei mai grosiere și vindicative minciuni.

Cu excepția nebuniei isterice, o adevărată alienație mintală care exclude capacitatea civilă și responsabilitatea penală, *toate celelalte forme ale histeriei* (caracterizate numai prin intensitatea variabilă a facultăților afective), *în cari rațiunea rămâne cu totul sau aproape intactă, admit și capacitatea civilă (uneori redusă) și responsabilitatea penală.* (Responsabilitate atenuată numai pentru forma vecină cu nebunia histerică, fără însă a avea ca efect complectă obnubilare a conștiinței).

27. Epilepsia

Boală cerebrală endogenă cronică, în care (din cauze încă nedeterminate) se instalează turburări spasmodice, psihice.

În *epilepsia esențială* se găsesc, ca tare ereditare: spasmuri, migrenă, psychoze, nevroze, pareze (în deosebi paralizii cerebrale), alcoolism. Atunci când, în locul atacului epileptic tipic, se notează turburări corporale și psihice (erupțiuni transpiratorii, nevralgii trigeminale, accese de migrenă, absențe, halucinațiuni, delir, obnubilări, impulsii instinctuale, dipsomanie, poriomanie, diaree), avem ceea ce se numește *echivalenți epileptici* sau *stări epileptoide*. Spasmuri epileptiforme se notează și în unele boli cerebrale, în traumatisme craniene, în intoxicațiuni, în uremie.

Pentru identificarea epilepsiei esențiale, *Milian* (1928) indică și următorul semn somatic: în criza comițială apare, pe gât și pe piept, un picheteu hemoragic care persistă timp de câteva zile (picheteul e în legătură cu o violentă congestie a capului și a jumătății superioare a trunchiului).

Deoarece, ca și în histerie, se observă și în epilepsie fenomene de delir cu obnubilarea temporară a discernământului, diagnosticul diferențial e în genere bazat pe accesul convulsiv; în absența acestora din urmă, epilepsia se identifică după caracterele specifice diverselor ei forme.

a) *Epilepsia minor* (mitior, abortiva) e un acces epileptic cu o turburare de scurtă durată a conștiinței (leșin, amețeală), cu spasm nu prea pronunțat sau inexistent, în schimb, turburări sensoriale și echivalenți epileptici (indicați mai sus).

În *epilepsia minor* putem înregistra și particularități locomotrice: mișcări înainte -- *epilepsia procursiva*; mișcări retrograde -- *epilepsia retrocursiva*; mișcări în cerc -- *epilepsia rotatoria*.

b) *Epilepsia major* (gravior) caracterizată prin atacul convulsiv clasic. După o *aura* scurtă (neliniște, vertij, percepțiuni sensoriale viciate), cădere (țipăt, răniri), tensiune musculară tonică, convulsii clonice, cianosă, pierderea cunoștinței, dilatarea și fixitatea pupilelor, mușcătura limbii, spumă la gură, apoi stadiu soporos subsequent și amnezia după trezire.

c) *Epilepsia partialis* numită și *Epilepsia jacksoniană*: convulsii tonico-clonice (localizate într'un grup muscular sau o jumătate a corpului), condiționate de existența unui focar morbid în regiunea motrice a scoarței encefalului. (*Sindromul jacksonian*: hemiplegia limbii și a vălului palatului, cu paralizia nervului recurent respectiv).

d) *Epilepsia retinae*: starea epileptoidă astfel numită de Jackson, caracterizată printr'o orbire trecătoare, care însă, după cum s'a constatat ulterior, nu are nici o legătură cu retina, ci e datorită unor turburări funcționale ale creierului.

e) *Epilepsia spinalis*, identificată de Brown-Séguard: o iritabilitate reflexă anormală a musculaturii membrilor inferioare (în mielită, în paralizia spinală spasmodică); la cele mai neînsemnate mișcări pasive ale picioarelor sau la o ușoară atingere a pielii acestora, se produc mișcări convulsive ale picioarelor sau chiar ale întregului corp.

f) *Epilepsia traumatică*: convulsii epileptiforme, al căror focar se găsește într'o regiune traumatizată a corpului.

g) *Epilepsia vasomotorie* care e caracterizată prin fenomene convulsive vasomotorice.

h) *Epilepsia «marmottante»*: bolnavul mișcă într'una buzele, rostind cu glas încet vorbe mai mult fără fir.

i) *Epilepsia larvata*: e forma cea mai caracterizată a echivalenților epileptici. În simptomatologia incompletă a nevrozei (vertijul, atacul convulsiv se produc târziu după acces sau nu se notează de loc) nu găsim decât laturea intelectuală. Omul, cu aparență de sănătate trupească și de integritate a rațiunii, prezintă subit anomalii intelectuale de o foarte mică durată, ciudățeni de caracter, excentricități, violențe de limbaj, impulsivități, cu amnezia celor petrecute în timpul crizei.

j) *Epilepsia nocturnă* -- *somnambulismul epileptic*: incontinența urinară (care, atunci când e intermitentă și aproape periodică, are o deosebită valoare simptomatologică pentru diagnosticul nevrozei adultului), repetate căderi din pat, răniri altfel inexplicabile și observate în momentul trezirii, mușcăături ale limbii, echimoze subconjunctivale, puncte hemoragice la față, gât, semnul lui Bakinski (extensiunea și, uneori, chiar flexiunea dorsală a degetelor dela picioare).

k) *Nebunia epileptică*: turburări mintale cari pot fi *trecătoare* (depre-

siune periodică, obnubilare, confuzie, delir, accese de furie, prostrație) sau durabile, cari se instalează înainte sau după o convulsie epileptică sau chiar în absența atacului, și atunci turburările mintale iau forma unei debilitări mintale a bolnavului.

După *Trochine*, identificată în 45—47 la 100 din cazurile de epilepsie esențială examinate în spitale, *demența epileptică* se dezvoltă încet: faza mecanică (slăbire psihică, docilitate cu toate veleitățile de iritabilitate) poate dura 5—6 ani; demența concentrică reclamă și ea câțiva ani; demența automatică e în raport cu excesele, nu e lungă și la capătul ei e moartea.

Expertul trebuie să știe:

I. *Epilepsia modifică tendințele anterioare* (caracterul, purtarea), însușirile intelectuale, afective, imprimând pecetea egoismului, a suspiciunii, a iritabilității, a insubordonanței ori a obsequiozității, a atitudinii provocatoare sau a lașității, a incoerenței.

II. *Intolerantă pentru alcool*, nevroza e trezită de acesta și atunci, sub influența intoxicației alcoolice, apar subit fenomene epileptice cu turburările mintale proprii (delir, accese de furie).

III. *Turburările mintale epileptice* se caracterizează prin instalarea lor subită, trezirea ca dintr'un vis (a cărui durată poate fi de ceasuri după cum, în cazuri mai rare, poate fi și de zile, iar în cazuri excepționale de săptămâni și de luni) cu amnezia completă în accesele de scurtă durată, și incompletă (memoria numai turburată, cu soluțiuni de continuitate) în accesele de durată mai lungă. Amnezia putând fi ireală, atunci când bănuiește simularea unui acces de epilepsie, expertul va confrunta declarațiile ulterioare cu acele făcute imediat după trezire, spre a releva eventuale contradicțiuni.

IV. *În turburările mintale trecătoare ale nebuniei epileptice*, individul e capabil de acte de violență gravă, comise sub imperiul furiei ori al spaimii (atentat la pudoare, lovire, omor), iar în turburările durabile notăm mai frecvent: ultraj public contra pudoarei, dromomanie, pyromanie. Discernământul nu e complet obnubilat, iar memoria e relativ bine conservată. Epilepticul, în starea de turburare aproape permanent instalată, nu lucrează subit, ci meditează lung, își prepară lovitura.

V. *În epilepsie e caracteristic faptul că accesele se reproduc mai întotdeauna în forma primului atac*, ceea ce constituie un prețios element de control, cu ajutorul anamnezei în ce privește accesele anterioare. Numai când avem aface cu *mania transitoria*, fenomenele epileptiforme se instalează pentru întâia dată și atunci nu există posibilitatea diagnosticului prin comparație, sub raportul formulei simptomatologice.

VI. *Echivalența epileptică* e de admis atunci când există indicii patogenice: o boală gravă a creierului, un traumatism cranian anterior.

În epilepsia traumatică, numai dacă există și o tară ereditară, simptomele sunt la fel cu acele ale epilepsiei esențiale. În genere, în orice epilepsie consecutivă unui traumatism, numai rare ori se notează modificări psihice și intelectuale.

VII. *In vertijul epileptic* individul, fără a fi un alienat, e predispus la accese de nebunie.

Nu odată suntem martori la un act civil, un delict, o crimă cu totul inexplicabile la un om considerat ca bucurându-se de integritatea facultăților sale mintale, — acțiune săvârșită cu o instantaneitate cu adevărat patologică. Apoi, surprinde și mobilul actului. Expertul trebuie să știe că, în diversele forme ale epilepsiei caracterizate printr-o alterare a discernământului, mobilul, inexistent înainte de acces, străfulgeră mintea turburată a bolnavului în cursul procesului psico-nevrozei. Iar un mobil preexistent e suprimat în intervalul lucid care precede atacului și reapare în cursul acestuia.

Incapacitate civilă și iresponsabilitate penală când bolnavul contractează o obligațiune, ia o dispozițiune ori comite o infracțiune (delict sau crimă) inexplicabile altfel decât sub imperiul complectei obnubilări a discernământului în timpul crizei.

Responsabilitate atenuată pentru actele comise cu puțin înainte sau imediat după atacul epileptic sau epileptiform.

Responsabilitate întreagă când, fără existența unor simptome accentuate ale cronicității bolii, cu conservarea intactă a rațiunii, individul săvârșește un delict ori o crimă.

28. Paranoia

Sminteala indicată de art. 455 c. c. ca un motiv de interdicție judiciară, paranoia e o psihoză funcțională cronică, de regulă incurabilă. Atunci când e caracterizată prin idei halucinatorii primare, sistematizate, de nesdruncinat, avem *paranoia halucinatoria*, iar când halucinațiile lipsese avem *paranoia simplex*. După Kraepelin paranoia e identificată numai la indivizi cu conștiința intactă și cu ordine în sistemul de idei: după alții (*Trochine*) — aceasta e și părerea noastră — paranoia nu exclude și o nuanță mai pronunțată sau mai ștearsă de slăbiciune mintală: *dementia paranoides*, *parafrenia*. Atunci când psihoza e instalată încă din perioada prepubertară, avem *paranoia originaria* (identificată de Sander).

Există și o formă acută a paranoiei (a cărei durată nu e de obicei mai mare de trei luni), curabilă, dar nu e de identificat ca o afecțiune independentă, ci ca o parte integrantă din *amentia*, *catatonia*, *demența maniaco-depresivă*.

A. Paranoia fără demență caracterizată. — Gândirea para-

noică e o modalitate a gândirii emoționale, adică o eroare patologică, împinsă uneori până la absurd, sub influența unei dorinți, a unei năzuințe. Dar o absurditate care frizează demența.

B. **Paranoia cu demență** (în descripția lui *Trochine*): fiecă idee paranoidă reprezintă gândirea arhaică (ideațiunea strâmtă, egocentrică și empirică).

În genere, în paranoia, demența are o nuanță emoțională, nu se prezintă decât sub o formă parțială, se dezvoltă încet, paralel cu însăși dezvoltarea psychozei funcționale; niciodată, însă, chiar în faza de apogeu a paranoiei, tulburarea mintală nu depășește hotarul demenței mecanice.

De aceea, îndeosebi în fazele incipiente ale *paranoiei cronice*, bolnavul e aproape complect stăpân pe facultățile sale intelectuale și capabil de o îndeletnicire activă și neîntreruptă. *Numai când psychoza e mult avansată, se accentuează demența mecanică, sub imperiul căreia bolnavul nu mai posedă intactă facultatea discernământului, care poate fi chiar cu totul obnubilat și atunci paranoidul constituie un pericol social.*

a) **Paranoicul procesiv.** — Tipul cel mai frecvent e acela al paranoicului care suferă de mania persecuției și, dela simpla insultă, poate să treacă la agresiuni și chiar atentate la viața presupusului său persecutor. În halucinația persistentă că e victima unei nedreptăți, bolnavul uneori, neputând lovi direct în imaginarul autor al închității nu mai puțin închipuie, comite un delict de ultraj, lovește în altcineva, numai și numai spre a atrage atenția asupra persoanei sale și a putea astfel să denunțe tăgada de dreptate a cărei victimă se crede.

Cu o tenacitate uimitoare și pe care nici un eșec n-o frânge, paranoicul procesiv nu mai conținește cu plângerile în justiție ori către autoritățile administrative, consultă codurile, schimbă avocații mai des de cum și-ar primum rufele de corp, aține calea judecătorilor, devine stălp de pretoriu.

În egoismu'i feroce, sub imperiul ideii fixe că e ținta săgeților înveninate ale inamicilor săi și un obiect de batjocură al reprezentanților ordinii sociale, paranoicul procesiv se exaltează și, la rândul, ajunge persecutor, dar de astă dată al unei victime reale, cu adevărat nevinovate. Tipul se complică, astfel: *paranoicul persecutat-persecutor.*

Bolnavul, tocmai prin inegala dezvoltare a aptitudinilor sale cerebrale, apare, în direcția ideilor lui halucinatorii, ca o inteligență scilpitoare, cu o memorie prodigioasă și cu o remarcabilă putere de elocuțiune: numai judecata scrintită îi trădează meteahna psihopată. Diagnosticul e foarte anevoios pentru că forma în care bolnavul își expune și susține „cauza” de multe ori impresionează priu patos și detalii, mai ales că nici aserțiunile nu poartă pecetea unei absurdități prea evidente, nici ideile nu păcătuiesc printr'o incoherență isbitoare și nici tulburări sensoriale prea grosiere nu se observă. Un examen atent, însă descoperă nu numai ideea fixă, dar și tare ereditare și stigmat de degenerescență fizică proprii paranoicului procesiv.

Leacul indicat ar fi internarea temporară, dar efectul izolării nu e decât aparent: din calm, docil ce a fost în timpul izolării, paranoicul, de cum își recapătă libertatea, redevine procesiv, iar pornirea-i vindicativă își alege

acum ca obiectiv pe magistrații cari au pronunțat internarea și pe medicul-legist care l-a examinat și a conchis la necesitatea măsurii.

Interdicția cu o internare prelungită e indicată atunci când simptomele paranoice au ca obârșie un traumatism al capului, arterio-scleroza incipientă, un atac de apoplexie, decrepitudinea fizică.

Se cunoaște și tipul *procesivului recidivist*: potolit după o internare mai mult sau mai puțin prelungită, e reapucat de manie de îndată ce i se pare că e din nou victima unei nedreptăți închipuite.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar) și responsabilitate atenuată în forma mai ușoară a psihozei funcționale; *incapacitatea absolută și iresponsabilitatea* în forma paroxistică a acestei demențe mecanice.

b) Inofensiv aproape e paranoicul în forma pseudo-procesivului; acesta are drepturi de revendicat, nedreptăți de reparat, dar nu se observă la el construcția solidă a unui sistem halucinatoriu. *Capacitate civilă; responsabilitate penală.*

c) Paranoicul alcoolic suferă mai ales de halucinațiuni de gelozie. — *Capacitatea civilă redusă; responsabilitate atenuată.*

29. Demența apoplectică

E o turburare mintală consecutivă atacului apoplectic și sunt foarte rare cazurile în cari echilibrul, odată sdruncinat, să fie restabilit.

Falret deosebește 4 grade ale turburărilor de natură apoplectică.

I. O ușoară scădere în facultatea discernământului, o stare de iritabilitate; bolnavul e susceptibil de a se lăsa influențat de o voință streină, deci pradă relativ ușoară a manoperelor de captațiune. *Capacitatea civilă redusă (consiliul judiciar); responsabilitate atenuată.*

II. În faza a doua, bolnavul e mai impresionabil, mai sensibil, iritabil, plânge pentru lucruri fără însemnătate; inteligența e mai puțin activă, iar în memorie se produc soluțiuni de continuitate. Greutate de exprimare, întrebuițarea unui cuvânt impropriu în locul celui indicat. Voința aproape abolită. — *Incapacitate civilă; responsabilitate atenuată.*

III. În gradul al 3-lea, suprimarea memoriei și abolirea rațiunii. Debilitatea mintală e extrem de pronunțată. Bolnavul, jucăria a halucinațiilor terifiante, a viziunilor groasnice, prezintă când semne de agitație maniacă fățișă, când o formă specifică de melancolie anxioasă. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

IV. În faza a 4-a, demența e completă și absolută. Bolnavul nu mai e capabil să se exprime spre a putea fi înțeles (absența totală a ideilor și a facultății de percepere), nu mai recunoaște persoanele din imediatul lui anturaj. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate.*

Toate aceste simptome de desechilibru, specifice apoplecti-

color, se întâlnesc la indivizii al căror creier a fost sediul unei congestiuni sanguine sau al unei hemoragii.

50. Paralizia progresivă

Pentru întâia oară identificată de *Bayle* (1822), ea e o alienație mintală datorită unor aderențe ale meuingelor și unei alterațiuni inflamatorii cronice a substanței corticale. Ea e caracterizată prin: 1) slăbirea contracțiunii musculare, asociată cu tremurături fibrilare ale feței, limbii; 2) greutatea, încetineala și oarecare alterațiune a pronunțării; 3) ameteți; 4) încetul cu încetul picioarele se îndoaie, nemaiputând suporta greutatea corpului, diminuarea forței și agilității brațelor și a mâinilor; 5) amortirea sensibilității tactile și scăderea preciziei funcționale a simțurilor speciale.

Boala se insinuează pe nesimțite și se poate prezenta sub diverse forme — asociate, succesive sau alternante (*paralizia circulară*).

Există și forme *atipice* cum sunt *paralizia tabetică* și *paralizia infantilă* (care se instalează între 9 și 15 ani).

Principalele varietăți sunt: a) *Paralizia dementă simplă* (idiotizare lentă cu desvoltarea simptomelor corporale); b) *paralizia expansivă, maniacă sau clasică* (a cărei caracteristică esențială e grandomania); c) *paralizia melancolică sau depresivă* (cu idei de persecuție melancolice, hipochondriace); d) *paralizia agitată* (cu violentă iritație motrice și stare de confuzie), e) *paralizia euforică* (grandomanie timidă, fără stare maniacă pronunțată); f) *paralizia catatonică*; g) *paralizia paranoidă*.

(*La autopsie*: din cauza aderenței lor intime la substanța corticală, arachonoida și piamater, îngroșate și vascularizate, nu pot fi ridicate fără a se desface și o parte din substanța corticală. Sediul exclusiv al acestor leziuni e în partea antero-laterală a creierului, îndeosebi la nivelul circomvoluțiunilor frontală și parietală ascendente. Se mai notează uneori escare și o mare fragilitate a oaselor — fracturi spontane).

* * *

În evoluția *paralizei generale progresive* se disting cinci faze: 1) *perioada prodromică*; 2) *perioada inițială*; 3) *perioada de remisiune* ori de *intermisiune*; 4) *perioada demențială caracterizată*; 5) *perioada terminală*.

a: *Perioada prodromică*. — Paralizia progresivă se instalează de obicei între 40 și 55 ani. Ea se anunță — cu câteva luni sau chiar cu 1—3 ani înainte — prin modificări în caracterul, obiceiurile și felul de a se purta al individului (din bun, îndatoritor, ordonat, activ, bolnavul devine răutăcios, neîncrezător).

tor, arțăgos, hain, neglijent, leneș; din circumspect, meticulos, devine apatic; din grav și econom, devine neserios și începe să facă cheltueli inutile: din vesel, devine abătut). Un semn premergător, comun tuturor bolnavilor, e: o nervozitate excesivă, o mare iritabilitate, interesul disproportionat pentru fleacuri: o scădere de memorie (mănâncă un cuvânt într'o frază, o literă într'un cuvânt, stilul e mai greoiu, neglijează sau exagerează punctuația, greșesc data unei scrisori, greșesc în socoteli, își modifică scrisul).

În perioada prodromică paralizicului progresiv face planuri mai mult sau puțin fantastice în prezent și mai ales pentru viitor, întrevede posibilități de realizare, în domeniul activității lui obișnuite sau chiar în întreprinderi aventuroase, deși premisele de reușită lipsesc. La unii se observă și excitațiuni genetice.

În mai bine din jumătatea cazurilor, s'au produs în prealabil una sau mai multe congestiuni cerebrale, manifestate prin: sincopă, vărsături, incontinență sau greutate în exprimare, paralizia efemeră a unui braț sau a unui picior.

Se mai notează: tremurul trecător al buzei, inegalitatea pupilară.

b) Perioada inițială (poate fi agravată prin alcool și excese sexuale). — Cu invaziunea delirului boala se precizează: ori *expansivitate*, concepțiuni orgolioase și ambițioase: ori *depresiune*, concepții melancolice sau hipochondriace.

În forma *expansivă*, bolnavul se arată mulțumit, e de o mobilitate excesivă, de un optimism pe cât de exagerat pe atât de neîndreptățit, crește la planuri care de care mai cu puținii sorti de isbândă: aiurează (vorbește de lucruri ori situațiuni imaginare, își confundă personalitatea cu aceea a unor individualități celebre, a unor personaje puternice, susține că e autorul unor isprăvi făcute de alții sau cu totul închipuite); are mania demersurilor și a petițiilor: își arogă titluri și puteri imaginare.

În *delirul depresiv*, bolnavul își impută greșeli, delictе, crime, de cari nu s'a făcut vinovat; se crede nenorocit, desonorat, merit pieririi sub oprobiul public; apatic, inert, se izolează spre a-și jeli nenorocirea imaginară și uneori încearcă să se sinucidă. Unii au convingerea c'au pierdut gura, stomacul, pânțele, că li s'a scurs tot sângele din vine, că intestinele le sunt astupate sau secționate, că nu mai pot deschide ochii; că nu mai pot nici defeca nici urina; că penisul le-a putrezit, testiculele li s'au atrofiat, picioarele li s'au scurtat, iar mâinile li s'au lungit enorm.

c) Perioada de remisiune. — Dacă nu în toate dar în foarte multe cazuri se notează, la sfârșitul perioadei inițiale, un fenomen de retrocesiune patologică: delirantul devine foarte calm, rezervat cu o nuanță de tristețe, docil, judecă normal, dorește să-și reia indeletnicirea obișnuită; vorbirea e mai clară, scrisul mai ordonat, mersul mai sigur, fizionomia mai expresivă; în câteva zile ameliorarea e accentuată. Explicația anatomică a remisiunii trebuie căutată în dispariția accidentelor permanente de congestiune cerebrală, cecece are de efect încetarea flegmasiei și deci oprirea ramolirii substanței corticale, restaurarea creierului. Și astfel, cu toate aderențele numeroase ce s'au format între creier și învelișuri, inteligența reappare, iar turburările motilității slăbesc sau se maschează. Atunci când remisiunea se prelungește, nu mai rămâne decât o greutate abea perceptibilă în elocuțiune: nu se mai notează nici tremur, nici spasmuri, nici dureri: atât numai, că boala și-a menținut pecetea pe voință (care și-a pierdut din hotărâre), individul e de o docilitate excesivă și în toată ființa lui se desinează o atitudine de copil.

Asistăm la un concediu al boalei, nu la o adevărată vindecare. Pentrucă,

dacă delirul a dispărut, demența — slăbirea progresivă a nivelului intelectual — își urmează procesul: nesocotit în ce privește propriile lui interese, bolnavul e o pradă ușor de prins în mrejele sugestiunii și ale captațiunii.

Uneori remisiunea e numai parțială (turburările mintale pierd din acuitatea lor, dar persistă găgăvitul și simptomele somatice) — în cazul acesta avem numai ceace se numește o *intermisiune*. În starea de *remisiune*, individul își recunoaște boala, regretă excesele, actele nesocotite comise, se căește sincer de manifestațiunile orgoliului său nemăsurat, de pretențiunile lui absurde: în starea de *intermisiune*, dimpotrivă, individul tăgăduiește de a fi fost bolnav, protestează contra internării sale și denunță familia, parchetul, guvernul de a fi unelit contra persoanei sale, și la orice întrebare răspunde cu o minciună care te fixează asupra integrității facultăților sale mintale și a simțului său moral.

Durata *remisiunii* e foarte variabilă, uneori accidente demenței se re-instalează după o lună două, altelei abea după câteva luni, unul sau doi ani.

Sunt și remisiuni de durată mai lungă: e vorba de cele obținute grație unui tratament apropiat, în deosebi terapeuticii malarice. Pe când până în 1927, mortalitatea paralticilor progresivi era de 50% în chiar anul internării, de atunci procentul acesta a scăzut la 15%: iar procentul de remisiune curativă (care nu trebuie niciodată confundată cu o vindecare completă, ea fiind numai una mai mult sau mai puțin deficitară) e de 50% din cazurile tratate, pe când remisiunea spontană nu trece de 12%.

Durata *intermisiunii* e cu mult mai scurtă, uneori de câteva zile numai.

d) *Perioada demențială caracterizată e faza degradării fizice și a abruțizării morale*. Pradă unui fel de excitație automatică, paralticul progresiv nu are astâmpăr (se scoală, se așează, pleacă, se întoarce), mormâie cuvinte incoherente, face colecții de frunze, bucăți de hârtie, pietricele, cu cari își umple buzunarele; se desbracă, își rupe hainele depe el, își spală cămașa în urină, nu mai are noțiunea timpului, a spațiului și nici măcar a propriei sale identități (își uită numele, vârsta), nu-și mai reamintește de felul de indeletnicire obicinuită, nu mai știe dacă e însurat ori nu, de mai are ori nu părinți, copii, rude: nu-și mai recunoaște prietenii. În ce privește caracterul și temperamentul, cade dintr'un extrem într'altul: iată-l concentrat, tăcut, blajin, țatăl svăpăiat, gâlăgios, arțăgos, brutal. Vorba'i e foarte incurcată, mersul nesigur, de om beat. Scărășnet prelungit și strident al dinților. Murdar, lacom și mincinos; abea de mestecă alimentele, în schimb digerează bine și chiar se'ngrașă.

La finele perioadei, are în permanență incontinența urinei și a fecalelor, iar mici congestiuni cerebrale se produc la intervale scurte.

e) *Perioada terminală*. — Nu mai avem în fața noastră decât o zdreanță omenească: toate fenomenele vieții se reduc la îndeplinirea unor funcțiuni pur vegetative, n'a mai rămas nimic din sentimente, instincte, sensibilitate, vorbire, mers, contractilitate musculară; numai nutrițiunea și asimilarea sunt cruțate — până survine moartea.

* * *

În ce privește durata totală a perioadelor esențiale (cea de remisiune, nefiind constantă, nu are decât uneori caracterul unei perioade accesorii), e de remarcat că, pentru determinarea intervalului necesar întregului proces de soluțiune a funcțiunilor psihice, trebuie să se aplice, prin analogie, legea procesului de evoluțiune în sens contrariu, adică a instalării și a dezvoltării normale a acestor funcțiuni. Și sursa unică pentru cronologia normală a dezvoltării psihice e copilăria (*Trochine*), pentrucă, în definitiv, procesul de soluțiune readuce pe individ în starea inițială a psihicului infantil neformat.

În evoluția copilului se disting următoarele perioade medii: 1) dela naștere la 4 luni, epoca funcțiunilor reflectorii și instinctive; 2) dela 4 la 18 luni, epoca funcțiunilor primitive; 3) dela 18 la 30 luni epoca funcțiunilor sugerate-imitative; 4) dela 30—36 luni (3 ani) până la 5—7 ani, epoca funcțiunilor mecanice.

În procesul distructiv al paraliziei progresive notăm, în ordinea inversă, fazele (cifre medii): 1) dezvoltarea perioadei mecanice după 32—40 luni; 2) dezvoltarea perioadei de sugestiune — imitațiune în alte 16—20 luni; 3) dezvoltarea perioadei automate în alte 8—10 luni; 4) evoluția către perioada absolutei inconștiențe (aceea a copilului la naștere) în alte 4—5 luni.

Adică: evoluția psihică progresivă a copilului se face în 5—7 ani; disoluția psihică progresivă a paralizicului se face cam în același interval (5 până la 6 ani și ceva).

Mai e de observat că fazele de disoluțiune se prezintă ca termenii unei progresiuni geometrice cu rațiunea 2.

* * *

Formulele simptomatologice ale perioadelor descrise servesc expertului pentru *diagnosticul* bolii, atunci când e vorba de internare, interdicție, punerea sub consiliu judiciar ori de responsabilitate civilă și penală.

De observat:

a) *Fixitatea pupilară* se notează și la *tabes* și în cazuri rare de *sifilis latent*.

b) *Absența reflexelor patelare și aceea a tendonului lui Achile*, — absență care, după unii autori, ar fi o caracteristică esențială a paraliziei progresive, se poate să nu fie notată.

c) *Turburările vorbirii* (viciile de articulare a cuvintelor) pot apărea cu mult înainte de instalarea turburărilor cerebrale.

d) De o deosebită importanță e *rezultatul examenului serului sanguin și acela al lichidului cefalo-rachidian*. Reacțiunea Wasserman pozitivă (mai întotdeauna în ce privește serul sanguin și fără excepție pentru lichidul cerebro-spinal) e un element prețios al diagnosticului paraliziei progresive. (În lichidul cerebro-spinal se înregistrează o sporire considerabilă a limfocitelor, a cantității de globulină și de albumină).

e) În ce privește *fenomenele psihopatice și turburările mintale*, e de recomandat o observație cât mai prelungită și mai atentă în fazele prodromică, inițială și de remisiune. Bolnavul, știindu-se supravegheat și având conștiința rostului examenului medical, poate fi capabil să disimuleze anumite scăderi interesând memoria, limpezimea judecății.

f) În *perioada de remisiune* — care, grație nouilor metode de tratament (agenții arsenicali, preparatele bismutice, pyroterapia și malariatapia) poate fi de lungă durată (în 40 la sută din 145 cazuri tratate de *Henri Claude*), pe când în remisiunile spontane, mai întotdeauna de scurtă durată, procentul nu trece

de 10—12 la sută: — în perioada de remisiune, zicem, *expertul va fi foarte prudent, înainte de a se pronunța în ce privește capacitatea civilă și responsabilitatea penală. În nici un caz nu va conchide la o capacitate neîngrădită ori la o responsabilitate întreagă, pentru că regresivitatea nu însemnează și absența oricărei reminiscențe morbide.*

Aceasta cu atât mai mult când e vorba de indivizi a căror indeletnicire e legată de o deosebită răspundere morală ori bănească (medici, judecători, avocați, profesori, mănuiitori de bani), pentru că insuficiența de discernământ perzistând, sunt supuși unor greșeli care uneori pot avea urmări grave. S'au înregistrat cazuri de remisiune în cari bolnavul, căpătând sau recăpătând conștiința afecțiunii și știind că vindecarea nu e decât o ameliorare trecătoare și de groază perspectivei vicidivei, s'a sinucis.

g) *O singură călăuză de apreciere, în primele trei faze (prodromică, inițială și de remisiune) o constituie însăși natura actului reproșat celui suspect de paralizie progresivă: semne manifeste de desordine morală, obnubilarea judecății (provocațiuni, agresțiuni, ultragii contra agenților forței publice, ultragiu public contra pudorii, promisiuni extravagante, angajamente oneroase, cumpărări absurde, vânzări ruinătoare, donațiuni și dispoziții testamentare condamnate de circumstanțele de fapt, de bunul simț și de morală: acte în desacord cu tot felul de a fi anterior al individului: renunțări, demisiuni nemotivate, convertire subită la o altă religie, căsătorie disproporționată cu vârsta, cu poziția socială, ori chiar scandaloasă).*

h) *Pentru ultimele două faze (cea demențială caracterizată și cea terminală) sunt dela sine indicate: incapacitatea civilă absolută, irresponsabilitatea totală.*

51. Delirul sarcinii

Putând fi observat la ambele sexe în toate fazele paraliziei progresive, delirul sarcinii dispare odată cu ultimele licăriri ale vieții intelectuale și afective. Ideile delirante — cari nu sunt niciodată sistematizate sau stereotipate — sunt numai excepțional însoțite de semne fizice de falsă gestațiune. Delirul sarcinii își are originea în senzațiuni interne (erotismul latent), într'un automatism cerebral de ordin inferior.

52. Ramolismentul cerebral

E, cliniceste, confundat cu paralizia progresivă, dar se deosebește de aceasta din urmă prin însăși natura degenerării: pe când în ramolismentul cerebral se observă o diminuare a consistenței

țesutului cerebral, în paralizia progresivă, această consistență e în cele mai multe cazuri sporită.

Ramolismetul cerebral se caracterizează printr'o lichefiere a elementelor nervoase ale creierului, fie în urma unui proces inflamatoriu, fie în urma unei opriri a afluxului sanguin (consecutiv endarteritei, trombozei, emboliei, etc.). După cum focarul de ramolismet e colorat în roșu (prin sângele revărsat) ori în galben-alb (prin produsele de descompunere ale sângelui), avem *ramolismet roșu* și *ramolismet galben* sau *alb*.

Ramolismetul — notat adesea și în alienația mintală — are o formulă simptomatologică variabilă după însăș regiunea cerebrală în care s'a instalat și se prezintă sub două forme: *ramolismetul acut* (cu varietatea *ramolismetului ataxic*, caracterizat prin delirul care-l însoțește) și *ramolismetul cronic*.

În forma acută, întocmai ca în apoplexie, individul — de obicei de mult atins de afecțiuni cronice — e subit lovit de paralizie (cu sau fără pierderea cunoștinței). În deosebire, însă, de hemoragia cerebrală (în care simptomele descresc din chiar clipa atacului), în ramolismet simptomele se tot accentuează.

Prodromele — excepționale în hemoragia cerebrală — sunt adesea marfeste în ramolismet. Semnele premergătoare sunt: 1) durere de cap fixă și tenace, cu mișcări instinctive ale bolnavului de a duce mâna la cap; 2) amorțire, furnicături, o senzație de jenă și de greutate; 3) contracturi, crampe și chiar convulsii în membrele din partea opusă cefalalgiei; 4) paralizia — care în hemoragia cerebrală e dela început la apogeul ei, cu tendința imediată de scădere — în ramolismet, dintr'untâiu slabă și limitată, are un mers ascendent; 5) inteligența și motilitatea nu scad decât treptat, pe când în hemoragia cerebrală, abolirea facultăților intelectuale și senzitive (atunci când se produce) e din capul locului complectă și coincide cu suprimarea motilității; 6) exaltarea sensibilității; 7) variațiunile (scăderea de dimineața până seara) și prezența unor dureri spontane în membrele paralizate; 8) ramolirea regiunii cerebrale atinse se accentuează în adâncime (adică de la exterior la interior), așa că e greu să se precizeze locul unde substanța nervoasă își reia integritatea texturii; 9) substanța moale e compusă din: fragmente de tubi nervoși rupți, picături de substanță medulară vâscoasă, semi-lichidă, tubi alterați, capilare mai mult sau mai puțin încărcate cu granulațiuni grăsoase și o mare cantitate de leucocite granuloase.

După faza bolii, ramolismetul cerebral e susceptibil: fie de capacitate civilă și de responsabilitate penală totală, fie de capacitate redusă și de responsabilitate atenuată.

35. Dementa tumorală

Evoluția ei e progresivă.

a) *Fenomenele inițiale*: inatențiune, lacune mnezice, ușoară oboeală: absența atracțiunii pentru munca intelectuală, iritabilitate, locacitate lipsită de interes, glume nesărate, nuanță de imo-

ralitate în vorbă și purtare. (*Capacitate civilă; responsabilitate penală*).

b) *Fenomenele din a doua fază*: sugestibilitate ușoară, docilitate (*Capacitate redusă, responsabilitate atenuată*).

c) *In faza a treia*: pierderea reminiscențelor, a noțiunilor îndeletnicirii obicinuite. In faza terminală, obnubilarea facultăților mintale. cu afazie (în 50 la sută din cazuri). *Incapacitate civilă; iresponsabilitate*.

54. Demența traumatică

Se manifestă prin: fenomene de amnezie (sindromul lui Korsakow), incapacitate de muncă intelectuală și de tensiune psihică, oboseală, agitație, iritabilitate, irascibilitate; psychoza hipohondriacă. — In cazurile grave de comoziune difuză a creierului cu caracter irevocabil, se poate observa tabloul demenței automate, atunci când bolnavul decade la nivelul noului născut. Starea aceasta nu trebuie confundată cu obnubilarea care se observă imediat după traumatism și care, prin patogeneza ei, nu aparține demenței.

După gradul bolii: *capacitate civilă redusă ori incapacitate; responsabilitate atenuată sau iresponsabilitate penală*.

55. Demența polysclerotică

Datorită sclerozei în plăci multiple, ea se caracterizează prin: 1) dificultatea asociațiunilor de idei și încetineala unei judecări puerile; 2. sărăcia concepțiunilor abstracte și slăbirea atențiunii; 3) iritabilitate și ciudățenii de caracter; 4) exagerarea simțului genital.

Evoluția bolii: începe cu forma histeroidă și se încheie cu cea semidelirantă, în care se notează: apatie. judecată viciată, confuzie cu conștiința însă a propriei identități. — *Capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată*.

56. Demența arteriosclerotică

a) *Perioada inițială*: ușoare alterațiuni ale facultăților mintale. de o durată mai mult sau mai puțin prelungită (câțiva ani). — *Capacitate civilă; responsabilitate penală*. — In sub-faza intermediară: fenomenele seamănă cu acele ale neurasteniei. Bolnavul nu se poate acomoda cu o îndeletnicire nouă și mai grea; face greșeli de nume și date; gândirea slăbită și instabilă, cu inconsecvență temporară, depresiune sufletească din cauza conștiinței ce individul are despre scăderile lui intelectuale. (*Capacitatea civilă redusă; responsabilitatea atenuată*).

b) *In perioada a doua*, odată cu accentuarea leziunilor arte-

rio-sclerozei: amnezia lucrurilor recente, îngreuiarea percepțiunii, absența înțelegerii pentru tot ce e mai complicat, sugestibilitatea și docilitatea escesivă. — În sub-faza intermediară: incapabil de calcule aritmetice, uitarea anului, lunii și zilei nașterii; incapacitate de a se orienta în timp și spațiu; apatic, plânge sau râde fără motiv.

c) *In perioada a treia*, odată cu instalarea paraliziei, se declară și demența absolută: incapacitate de a se mișca, vorbire neînțeleasă, incontinență urinară și fecală, dar bolnavul tot păstrează o noțiune ștearsă a propriei sale personalități.

În perioadele 2 și 5: *incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

37. Neurastenia

Pentru întâia oară caracterizată de *Beard*, în 1879, ea are următoarea formulă simptomatologică: 1) escitațiune bolnăvicioasă până la violente accese de furie; 2) anormală oboseală spirituală, cu ideație agitată; 3) reprezentări halucinatorii hipochondriace; 4) mare oboseală motrice; 5) insomnie; 6) senzații anormale: hiperestezie, hiperalgezii, parestezii, topalgezii, greutate la cap, amețeli, fotopsie; 7) simptome vaso-motrice (tachicardie paroxistică); 8) dispensie nervoasă.

Sunt trei varietăți:

a) *Neurastenia cerebrală*: turburările interesează îndeosebi nervii capului și sunt de natură psihică (greutate la cap, vâjâituri în ureche, amețeală, insomnie, escitabilitate). — Sinonimă cu *astenia cerebrală, astenia encefalică.*

b) *Neurastenia sexuală*: escitabilitate sexuală mărită ori scăzută, masturbățe, erecțiune, vaginism.

c) *Neurastenia spinală*: rachialgie, oboseală la mers, dureri în spate și la picioare, parestezii, turburări ale aparatului genito-urinar. — Sinonimă cu *mielastenia.*

Din punctul de vedere medico-legal interesează tus-trele forme. — *In varietatea cerebrală*, capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată. *In neurastenia sexuală și în cea spinală*, capacitate civilă întreagă; reponsabilitate întreagă ori atenuată, după cum fiecare din aceste două varietăți e asociată și cu cea cerebrală.

38. Demența precoce (schizofrenia)

Se prezintă cu trei faze: mecanică, de sugestiune-imitațiune și automată. Faza absolută a demenței în genere lipsește.

În faza mecanică, se observă semue neîndoioase de scădere psihică. De o durată variabilă — dela câteva luni la câțiva ani și chiar toată viața -- faza aceasta poate fi unica manifestare a demenței precoce. Când însă con-

stitue numai o parte a evoluției schizofrenice, în chiar primii doi-trei ani dela instalarea ei e înlocuită prin celelalte două faze, a căror durată (pentru fiecare în parte) e mai mică decât aceea a fazei mecanice.

Întreaga evoluție, în cazurile cele mai pure, e de 4—6 ani.

Risse (1928) înregistrează observații de schizofrenie a cărei origine s'a găsit într-o spaimă care data de câțiva ani, de care individul uitase cu totul, dar ale cărei efecte s'au identificat prin natura fenomenelor halucinatorii și deci prin raportul direct dintre acestea și cauza spaimci.

Caracteristicile demenței precoce: fenomene halucinatorii, idei paranoide; numai excepțional se înregistrează sindromul lui Korsakow și afazia complectă (afazia parțială — numai pierderea uzului vorbirii — e destul de frecventă): sfera emoțiilor și aceea a voinței sunt afectate: facultatea psihică, în stare latentă, poate să se afirme în anumite condițiuni (cugetarea semi-liberă).

De notat, că unele forme ușoare și staționare ale hebefreniei pot lesne fi confundate cu imbecilitatea sau chiar numai cu debilitatea congenitală sau dobândită fie în epoca prepubertară fie în cea imediat post-pubertară.

În formele mai grave, absența simțului moral se accentuează, individul devine antisocial (fuge de lume, nu are simpatii eterosexuale, deși se dedă la escese genezice), capabil de delictе și chiar de crime. — În închisoare, boala se agravează.

Incapacitate sau capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată.

59. Demența senilă

E debilitatea mintală progresivă, datorită unui proces de degenerare a țesuturilor. Psihiatrării n'au căzut încă de acord pentru delimitarea anatomo-clinică a diverselor forme specifice demenței senile, așa că, după cum observă Trochine, ne aflăm în fața unui adevărat mozaic de procese patologice (psichoze ale bătrâneții) legate prin timpul de apariție, dar esențial diferite (paralizia generală, alcoolismul, catatonia tardivă, psihoza maniaco-depresivă, arterio-scleroza senilă). Lhermite-Nicolas (1925) introduce în demența senilă: *demența senilă simplă, presbiofrenia* (caracterizată, după Wernicke, prin tabloul psihozei lui Korsakow) consecutivă unei închistări de elemente nervoase și gliomatoase în substanța corticală a creierului; *morbul lui Alzheimer* (accese epileptice, afazie, agnozie, apraxie), *morbul lui Pick* (pseudo-ciroasă a ficatului), *atrofia difuză sclerotică a creierului, demența paraplegică* în urma encefalitei cronice a substanței corticale.

Varietățile cu adevărat caracteristice noțiunii de demență senilă ar fi: *demența senilă simplă, presbiofrenia, formele delirante, delirurile paranoide involutive*. După Kraepelin, forma cea mai frecventă e *demența senilă simplă* (65 la 100 din psychozele

senile propriu zise: dar, după *Kreuser* — 1914, demența senilă n'ar ingloba decât 40 la 100 din psihosele bătrâneței).

a) În faza mecanică a demenței senile notăm un mănunchiu de simptome de disoluțiune: încetîneala percepțiunilor, a asociațiunilor și a judecății, absența atențiunii, slăbirea treptată a memoriei pentru lucrurile recente, absența emoțiunilor superioare, a rațiunii creatoare: pe de altă parte, înregistrăm simptome compensatoare — dominarea psihicului de către funcțiunile inferioare: flecăreala senilă; acțiunea creatoare mărunță (împletitul ciorapilor, jocul de păpușe); raționament meschin, de amănunt; memoria trecutului, atențiunea pentru nimicuri; desvoltarea funcțiunilor proprii primitivilor: simțul proprietății (avariția senilă), impulsivitatea psihică (cleptomania senilă), simțurile fizice (patima senilă pentru mâncare, băutură, tutun), simțul sexual (onanismul senil, exhibiționismul, pedofilia).

b) În faza de sugestiune-imitație, demența * senilă se manifestă nu numai prin starea memoriei (amnezia recentului și trăinicia reminișcențelor, caracterizată prin confabulațiuni tipice), ci și prin supunerea pasivă, absența inițiativei, încăpățanarea atât de specifică bătrânilor (de fapt o supunere interioară la porunca tiranică a concepțiunii rutinare).

c) În faza automată notăm dispariția reminișcențelor pe zone: dementul senil trăește mai întâiu în prezent, apoi rețrăește vârsta adultă și în fine vârsta tinereței și a copilăriei. Individul ajunge să nu-și mai amintească de rude, să nu mai recunoască persoanele, să piardă noțiunea spațiului și a timpului, să-și uite propriul nume, să piardă uzul curent al vorbirii. Întactă rămâne numai memoria reflexo-instinctelor și aceea a funcțiunilor primitive (mişcările): dementul senil se deplasează fără noimă dintr-un loc într'altul, se așează, se scoală, se culcă, mănâncă, pune mâna pe orice, fără nici un interes apreciabil.

Trochine contestă că faza finală a demenței senile ar fi demența absolută (paralizie, turburarea deglutițiunii, incontinența urinară și fecală, turburarea mintală). Demenții senili putând înțelege o chestiune simplă și să dea un răspuns destul de chibzuit, aceasta e o dovadă de conservare relativă a personalității, reminișcență inexistentă în demența absolută. Ceeace, la dementul senil, se ia drept formulă simptomatologică a demenței absolute, se explică, după *Trochine*, prin două cauze: 1) obnubilarea finală și starea delirantă; 2) eroare de diagnostic: se confundă demența senilă cu paralizia generală senilă.

* * *

Din cele ce preced reiese că expertiza demenței senile prezintă oarecare greutate, mai ales în faza inițială, pentru că bolnavul, știindu-se observat, se silește să disimuleze insuficiențele intelectuale și semnele abuliei. În faza înaintată (grăbită fie de o emoțiune puternică, fie de o boală gravă) marasmul sare în ochi dela prima vedere: melancolia, cu întregul ei cortegiu de spaime, deliruri, halucinație persecutorie, caracterizează acest stadiu. Examenul somatic indică modificări interesând îndeosebi inima și vasele sanguine; uneori se notează simptomele unei afecțiuni cerebrale (atacuri apoplectice, turburări de natură afazică, epilepsia tardivă).

Demenții senili, în faza de sugestiune-imitație, pierd aproape cu totul facultatea discernământului; se lasă captați, contractează

căsătorii scandaloase prin disproporția de vârstă ori de condițiune socială, devin adevărate păpuși automate în mâinile persoanelor cari capătă ascendent asupra lor (repudiază rudele cele mai apropiate, fac donații, iau dispozițiuni testamentare în favoarea unor persoane și instituțiuni existente sau abea de creat. dar cu cari n'au avut nici o legătură în tot cursul vieții lor). În ordinea morală pură, demenții senili, mai ales în faza incipientă, se fac vinovați de atentate la pudoare sau de ultraj public contra pudoarei (exhibitionism), de falsuri și escrocherii; unii sunt și piromani.

Capacitatea civilă redusă (consiliul judiciar) și responsabilitatea atenuată, în faza inițială; incapacitate civilă și iresponsabilitate, în ultimele două faze (sugestiune-imitație, automată).

40. Psychoza sifilitică

E o afecțiune cronică, în care se notează toate fazele alienației mintale: mecanică, sugestiune-imitație, automată și, uneori, chiar și aceea a demenței absolute.

a) *Faza mecanică* se observă în formele paranoide ale sifilisului cerebral (în cari individul, deși are conștiința bolii, e capabil încă de a-și păstra aspectul exterior de om sănătos). *Capacitatea civilă; responsabilitatea penală.*

b) *În faza de sugestiune-imitație*, bolnavul se caracterizează printr'o docilitate excesivă și printr'o perseverență, caracteristică îndeosebi după *apoplexiile sifilitice*. — *Incapacitate civilă; responsabilitate atenuată.*

c) *Faza automată* nu e numai specifică formei demențiale a sifilisului cerebral, ea se observă și în cazurile incurabile ale apoplexiilor și ale formelor expansive, cu următoarea formulă simptomatologică: indiferență, obnubilare, reminiscente foarte șterse, sărăcie de gândire, vorbă fără șir sau chiar simplu mârâit. — *Incapacitate civilă. Iresponsabilitate penală.*

d) *Demența absolută* se manifestă prin: imposibilitatea de a se hrăni singur, incontinență urinară și fecală, soluțiuni de continuitate în memorie, agnozie, afazie. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

41. Turburările mintale transitorii ale parturientelor

Psychosele puerperale formează obiectul unei controverse între *Brouardel* și discipolii lui *Marcé* (care, în 1858, a creat tipul special al maniei puerperale).

Brouardel nu admite existența unei crize de alienație mintală care pe cât de subit să apară, tot atât de subit să dispară, spre a nu dăinui decât timpul necesar săvârșirii crimei (pruncucidere).

Cel mult se poate concepe un acces de delir, dar numai la o femeie predispusă (histerie, epilepsie) sau la una cu tare ereditare. La o atare parturientă *psichoza puerperală e de durată relativ mare (câteva săptămâni sau chiar câteva luni)*, așa că medicul are puțința de a o diagnostica. — Nici *Strassmann* — care nu contestă șocul psihic al procesului facerii, în cazurile în cari există o turburare de ordin psihic sau nervos, datorită sarcinii — nu admite decât un dezechilibru mintal durabil. *Vaudescal* (în *Brindeau*) conchide și el că, atunci când se notează unul din tipurile clinice ale psihozelor puerperale, bolnava era deacum psihopată sau degenerată și a fost cu puțință ca sarcina sau una din complicațiunile ei (eclampsia, infecția post-partum) să joace rolul unui agent de deslănțuire care pune în mișcare un proces cu evoluție întârziată. Psichozele cari se produc în afară de orice intoxicație gravidică sau de orice infecțiune sunt extrem de rare și constituie abea 15% din cazurile de nebunie puerperală (5% în cursul sarcinii și 10% în timpul alăptării).

Teza contrară are mulți partizani. *Régis, Bar, Porak, Doléris, Maygrier, Lallier* admit izbucnirea psihozelor puerperale nu numai pe un fond de ereditate, de degenerare, dar și sub influența ocazională a uneia din fazele maternității: infecțiunea și auto-intoxicația. Ei recunosc însă că procentul cel mai mare, 80%, îl dă ereditatea (alcoolismul părinților, epilepsia, histeria, tuberculoza). *Régis* a notat și cazuri de ereditate similară: psihoză puerperală și la mama parturientei.

După *Fursac*, influența ocazională își poate avea obârșia în: emoțiunile subite și violente de orice natură, supărările, dificultățile facerii, reumatismul, afecțiunile cardiace (îndeosebi cele mitrale), gripa, pleurezia, gușa exoftalmică, nefrita, sifilisul, epuizarea, anemia gravă consecutivă unei hemoragii abundente.

Wagner-Jauregg — care nu admite decât ca o excepție obnubilarea discernământului la o femeie altfel sănătoasă și care, numai sub impulsivitatea momentului (furie, disperare) își pierde liberul arbitru — ajunge și el la concluzia că psihozele puerperale sunt de regulă apanajul psihopatelor (imbecile, degenerate). E posibil ca o psihopată, în timpul facerii sau imediat după aceasta, fie din cauza durerilor mari, fie ca repercursiune a stării sufletești (rușinea și frica în nașterile ilegite, grija de întreținerea copilului) să se găsească sub imperiul unei stări afective de natură a-i turbura temporar judecata.

Oricum, psihozele puerperale sunt foarte rare și nu se notează decât în 1 la 1000 faceri, în maximum 1 la 200 faceri (cifra psihiatrilor mai indulgenți).

Formele clinice ale psihozei sunt din cele mai variate. Simp-

tomele generale sunt: confuzie mintală, idei erotice și mistice, amnezie pronunțată, uneori chiar complectă de tipul retrograd sau retro-anterograd, facies alterat, pământiu; ochii sclipitori; buzele și limba uscate, adesea fuliginoase, pielea uscată sau îmbrobonită cu sudoare, constipație rebelă; puls mic și rapid, temperatură febrilă dar fără urcare considerabilă (afară de cazurile de delir acut). Se notează adesea: fetiditatea excesivă a lochiilor; inflamație, puroiu în organele genitale; o mare reducere a secrețiunii urinare, care coincide cu debutul accesului, accentuându-se pe măsură ce crește intensitatea delirului și făcând loc unui adevărat potop urinar în momentul vindecării; prezența aproape constantă a albuminei, în doze mici, în urină.

Vindecarea se produce: când repede, brusc chiar în accesele acute cari n'au ținut decât câteva zile; când lent, treptat, în accesele lungi, în cari faza acută a fost urmată de o perioadă prelungită de confuzie sau de stupoare (*Régis*).

Oricum, nu se poate concepe o stare de nebunie de numai câteva ore așa cum încearcă s'o prezinte *Willer* și care e o erezie științifică. Pentrucă nu putem lua drept obnubilare spontană a judecăți ceea ce în realitate e efectul unei adevărate deliberări mintale.

Expertul, în concluziunile sale, va ține firește seama de starea somatică și psihică a femeii în momentul facerii sau după expulzarea copilului. În nici un caz, însă, nu trebuie să se lase cârmuit de spiritul codului penal german (art. 1925) care admite circumstanța atenuantă că judecata femeii poate fi covârșită de gândul că e mai bine ca, prin suprimarea vieții abea începute, să cruțe copilului nevoia și mizeria.

Femeea, mai înainte sănătoasă, e responsabilă de eventuala pruncucidere; cea cu tară preexistentă poate beneficia de responsabilitatea atenuată.

Expertul (după cum sună și o jurisprudență din 7 Iulie 1854 a Casației austriace) va trebui să demonstreze dacă, în momentul săvârșirii crimei, parturienta se mai găsea în psychoza invocată în favoarea ei. Fapt e că, dacă o atare psychoză poate obnubila judecata femeii și la câteva ore dela facere, nu se poate însă admite decât ca o excepție (afară numai dacă avem aface cu o alienată caracterizată) obsesiunea-impulsiunea tardivă (câteva zile sau câteva săptămâni).

42. Psychoza pelagroasă

E o afecțiune cronică ale cărei caractere sunt: turburări digestive, eritem pe părțile corpului expuse razelor solare și, uneori, apatie, hipochondrie, turburări mai mult sau mai puțin pronun-

(ate ale inteligenței. Deși de obicei starea de demență nu trece dincolo de faza mecanică, totuși se observă și forme mai grave: imobilitate, stupoare, urmate de accese maniace cu halucinațiuni, crize vertiginoase, în cursul cărora bolnavul, pradă a unor impulsii irezistibile, devine pionioman iar în drumul său dă foc, atentează la viața persoanelor întâlnite, mai ales a copiilor, și sfârșește prin a se sinucide.

In forma clinică mai ușoară, pelagrosul are o capacitate civilă redusă și o responsabilitate penală atenuată; în forma mai gravă, incapacitate civilă, ireponsabilitate penală.

43. Psichozele infecțioase

Ele sunt caracteristice bolilor febrile, în cursul acestora sau consecutive lor. În marea majoritate a cazurilor, psihoza infecțioasă constituie o urmă a *syndromului lui Korsakow* (soluțiuni de continuitate sau amnezia totală a trecutului recent, pierderea noțiunii de timp și spațiu, confabulații, adesea polineurită, uneori și poliencefalită acută superioară): cu toate acestea, și fără existența formei korsakowiene, se pot nota semnele specifice psihozei infecțioase: sărăcia de gândire, slăbiciunea judecării, apatia emoțională și insuficiența voinței.

În evoluția ei, demența infecțioasă (care nu trebuie confundată cu demența acută care se manifestă în stadiul delirului) e staționară și, după *Trochine*, uneori regresivă. Chiar în cazurile cele mai grave nu depășește limita fazei mecanice.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar); responsabilitate penală atenuată.

44. Psihoza consecutivă intoxicației oxycarbonate

În aceasta nu se notează, cum se credea până acum, cerebropatii grave asemănătoare paralizei generale (vaste focare de ramoliment de origine vasculară). Slăbiciunea psihică, dacă persistă, nu trece niciodată dincolo de faza mecanică și se caracterizează prin sindromul lui *Korsakow*. Psihoza e staționară sau chiar întrucâtva regresivă.

În intoxicațiunea oxycarbonată avem un tablou simptomatic pentru intoxicațiunea acută și unul pentru cea cronică.

a) *Intoxicațiunea acută*: 1) stare de hebetudine (treacătoare) asemănătoare celei consecutive unui traumatism cerebral, unei mari comotțiuni psihice; 2) instalarea unui delir sub forma de *mania transitoria*; 3) amnezia simplă — care nu privește decât accidentul: *retrogradă* sau *retro-anterogradă*, de durată mai lungă și în care amintirea accidentului rămâne ștearsă; 4) faza inițială a demenței.

Capacitate civilă redusă; responsabilitate penală atenuată.

b) *Intoxicațiunea cronică*: 1) slăbirea progresivă a inteligenței care poate ajunge până la demența paralytică; 2) abulie; 3) insomnie, coșmaruri; 4) cefalee paroxistică, migrene (uneori cu forma oftalmică).

Capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată.

45. Psichozele închisorii

Sunt formele de alienație mintală ce izbucnesc în timpul detențiunii (preventivă sau definitivă) și se caracterizează, de regulă, prin: 1) turburări cu alură halucinatorie; 2) paranoia acută cu halucinații intense.

Îngrijite, psichozele acestea sunt repede curabile; neglijate, devin cronice și îmbracă forme tardive de demență precoce și, *la liberare, dementul e lovit de incapacitate civilă și nu i se poate imputa decât o responsabilitate atenuată.*

46. „Folie à deux” — nebunia comunicată

E o adevărată infecțiune psihică, în care, prin contagiunea consecutivă unei convingeri permanente sau chiar numai a unei frecvenări asidue (prin influența demonstrațiunii, a persuasiunii, a sugestiunii și a spiritului de imitație), o persoană sănătoasă capătă ticurile, devierile de judecată, maniile, impulsivitățile bolnavului cu care e în contact. De observat, însă, că nebunia caracterizată nu se transmite niciodată. Se notează mai ales: în căsniciile din dragoste ori în acele în cari soțul dezechilibrat exercită un ascendent puternic asupra soțului sănătos; la personalul ospiciilor de alienați; în școli, unde câte un elev, din simpatie și convingere, adoptă ideile smintite ale profesorului atins de o afecțiune cerebrală; în internate, cazărmi, etc.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar); responsabilitate atenuată.

47. Psichozele beției

Turburările mintale, datorite alcoolului și stupefiantelor, se manifestă printr-o stare de inconștiență — *beția fiziologică* ori *beția patologică*.

a) În orice stare de *beție fiziologică* se deosebesc două faze: una de escitare și una de represiune.

În faza de escitare se notează frecvent: escese de limbaj, de atitudine și de gesturi, o iritabilitate capabilă de a se traduce prin acte de violență, deslănțuirea instinctului genezic.

În faza de depresiune, care succede primei, beția se caracterizează printr-o inervare musculară atactică (nesiguranța în mișcări), confuziune de idei, impreciziunea percepțiunii, lacune mnezice, pierderea noțiunii de timp și spațiu.

greutate în exprimare, instalarea somnolenței care se ncheie printr'un somn greu de o durată variabilă, dcobiceiu prelungit.

b) În *beția patologică* — observată la indivizii atinși de afecțiuni intolerante față de băuturi alcoolice (leziuni craniene, boli cerebrale, epilepsie) — lipsesc semnele notate în beția fiziologică. Individul, deși e stăpân pe mișcări, ideațiuni și vorbă, are însă concepțiuni confuze despre situație și anturaj, ceace-l face să comită acte cari apar ca un produs al unei stări halucinatorii, deci cu o obnubilare pasageră a conștiinței morale. — Beția patologică se poate uneori confunda cu turburările epileptoide pentrucă și la ea se înregistrează amnezia celor petrecute în timpul inconștienței, dar nu întotdeauna o amnezie definitivă (se observă o trezire în chiar cursul beției, isbucnirea unei flăcări a conștiinței, la lumina căreia bolnavul se căește, mărturisindu-și fapta delicioasă pentru care e urmărit); definitivă e amnezia atunci când individul a adormit: nu-și mai aduce anunte nici de fapta, nici de mărturisirea eventual făcută. (Un individ care, sub imperiul beției patologice, a comis un delict și în urmă a pierdut amintirea faptel, în timpul detențiunii a devenit maniac procesiv, susținând că e victima unei erori judiciare, iar după ieșirea din temniță n'a mai conținut cu acțiunile în revizuire — *Petren*, 1928).

Transiția între o beție fiziologică ușoară și beția patologică o formează starea provocată de influențe externe cum ar fi brusca schimbare de temperatură (treccrea dela atmosfera caldă a cărciumii la frigul de afară) ori modificările psihice datorite unor afecte preexistente amețirii.

A. Alcoolismul, prototipul intoxicațiunilor, e cea mai comună dintre psychozele beției („*Eau de vie, eau de mort; si ele fait vivre ceux qui la vendent, elle fait mourir ceux qui la boivent*“ — Guy Patin. „Alcoolismul degradează progresiv pe individ și descendența lui; în patru generații, o familie alcoolică dispore complet“ — *Morel*).

Dintr'o statistică recent întocmită (1926) extragem următoarele date, în ce privește efectele nimicitoare ale alcoolismului în România și cari ne scutesc de orice comentarii:

I. — Alcoolic: 60% din *crimele săvârșite la țară*; 46% din cazurile de

II. — Progenitura alcoolicului: 22% din copiii tuberculoși; 19% epileptici. diverse forme ale alienației mintale.

52.460 *cărciumi*.

imbecili, idiști: mortalitate infantilă (până la 5 ani) de 48%.

III. Prejudicierea apărării naționale: 25% dintre sortarii respinși de consiliile de recrutare.

IV. — Prejudiciul adus educației, moralei și instrucțiunii: față de 13.120 *școli* și 13.622 *biserici* câte sunt pe întreaga întindere a țării, avem 52.460 *cărciumi*.

V. — Paguba pentru economia națională: 16 miliarde de lei consumul anual al băuturilor alcoolice; 7 miliarde lei pe an valoarea cerealelor și a altor produse alimentare transformate în băuturi alcoolice; 4—5 miliarde pe an reprezentând pierderile indirecte ce alcoolismul le cășunează economiei naționale. În total 27—28 miliarde pe an — aproape trei sferturi din cifra bugetului general al României-Mari și cam tot atât din cifra anuală a exportului țării, Sumă fantastică și mai bine reliefată de disproporția între ea și cifrele reprezentând spiritul de economie al populației: nici 700 milioane depuneri la toate băncile populare din țară. 200—250 milioane depunerile la Casa de Depuneri, Consemnațiuni și Economie.

Pasagere în alcoolismul acut sau mai bine zis în beția ocazională, fenomenele de turburare mintală caracteristice și permanente se notează în *alcoolismul cronic*: insuficiența percepțiilor, slăbirea atenției, lacune mnezice în ce privește recentul, spiritul bănuitor, vorbe fără șir, irascibilitate, necuviință în vorbă și în port, treptata abolire a voinței, imposibilitatea de a rezista atracțiunii alcoolului, neglijarea îndeletnicirilor. Starea creată de intoxicațiunea alcoolică e, după unii, o fază de tranziție între omul îndemn și faza mecanică a demenței, după alții o demență caracterizată în care liberul-arbitru e cu totul suprimat. *Wagner-Jauregg* nu consideră inferioritatea conștiinței morale a alcoolicului ca un efect al intoxicațiunii cronice, ci alcoolismul cronic ar fi un produs al acestei inferiorități preexistente, de origine congenitală sau dobândită. Și tot după psihiatrul austriac, alcoolismul cronic se identifică atunci când, în intervalul de abținere forțată, apar următoarele două semne caracteristice: 1. *tremor alcoholicus* (care e foarte pronunțat dimineața, la trezirea din somnul beției și dispare sau e considerabil atenuat imediat după o nouă alimentare cu alcool); 2. *vomitus matutinus* — vărsături matinale cu un lichid apos sau mucos, fără resturi de mâncare și cari, deasemenea, dispar sau se atenuază printr'o nouă alimentare cu băuturi alcoolice.

Oricum, efectele intoxicațiunii — chiar numai în alcoolismul acut — sunt dezastruoase și se caracterizează prin: 1) tendință la stare de beție; 2) impulsii violente, la temperamente irascibile; 3) la unii, antagonism între escitabilitate motrice și activitate sensorială; 4) la mulți arterio-sclerotici, cea mai mică excitație provoacă o reacțiune histerică; 5) impulsii la sinucidere (sinuciderile cresc în raport cu mortalitatea, ambele favorizate de alcoolism). Iar în ce privește acțiunea alcoolului asupra organismului, *Graf* (1928) a stabilit, pe cale de experiență comparativă (cu același individ și cu același conținut de alcool în băutură), că mai precoce sunt efectele datorite băuturilor tari (rachiu, licheururi) decât cele datorite vinului.

Turburările mintale, cari alcătuiesc formula simptomatologică a intoxicației alcoolice cronice, iau următoarele forme:

a) *Delirium tremens* — forma acută a demenței alcoolice. Foarte agitat adesea cu convulsii epileptiforme, bețivul sbiară, amenință. are halucinații vizuale (vede șoareci, pisici, șerpi, fantome, schelete) și, în groaza de care e cuprins, caută să fugă, comite atentate la viața altora (dușmani imaginari), încearcă să se sinucidă sau își găsește moartea accidental, în cursul stărei de obnubilare în care se află. (Un măcelar, în închipuirea lui că soția îl lovește în cap, se scoală, pune mâna pe cuțit și, după ce taie nefericitei femei gâtița, o spintecă așa cum obicinuia să spintece vitele la abator).

De observat că *delirium tremens* apare și după o subită intrerupere a intoxicației alcoolice; el se notează foarte des la alcoolicii ținuți în prevenție

sau definitiv condamnați și astfel lipsiți de otrava cu care li s'a obicinuit organismul.

b) Delirul melancolic caracterizat prin halucinațiuni vizuale și auditive și constituirea unui sistem de idei de persecuție. Alcoolicul aude zgomote sinistre, voci care-l acuză sau îi anunță o moarte apropiată, se teme să nu fie otrăvit: are furnicături, dureri fulgerătoare, tremurături, tresăriri, crampe, insomnie. Sub imperiul groazei e pusilanim, solicită protecție împotriva inamicilor închipuiți și nu rareori caută scăparea în sinucidere.

c) Halucinația geloziei. — Alcoolicul e de o gelozie feroce față de femeea cu care trăește (soția legitimă, concubina), față de amant (dacă e homosexual), față de copiii pe cari îi ademenește pentru satisfacerea poftelor sale venerice. Nu odată se înregistrează atentate la viața persoanei obiect al geloziei; în schimb de obicei bețivul își cruță rivalul real sau imaginar. — Halucinația geloziei dispăre în perioada de abținere.

d) În dipsomanie, alcoolul nu joacă rolul agentului creator, ci accesele periodice de beție sunt urmările unei degenerări psihice de natură ereditară ori consecutivă unei afecțiuni cerebrale sau unui traumatism al capului (*Wagner-Jauregg*). Dipsomanul (care în intervalele libere are judecata întreagă) e în stare de obnubilare a simțului moral: nu are scrupule în procurarea mijloacelor de a-și satisface patima beției, iar în accesele epileptoide e capabil de orice crimă și, odată trezit, nu-și mai aduce aminte de nimic.

e) Epilepsia alcoolică — accese epileptice ce izbucnesc fie în delirul alcoolic fie și subit în perioada de alcoolizare (accesele epileptice nu se notează niciodată în perioada abținerei voite ori forțate).

Flora delictuoasă a alcoolismului. — Otrava alcoolică e agentul generator al întregii game de infracțiuni din cadrul codului penal: defăimare, calomnie, lovire, încăerare, rănire gravă, atentat la pudoare, incest, omor, cerșetorie, escrocherie, furt, spargere, incendiu („*Ebrietas est flagitiorum omnium mater, radix criminum, origo vitiorum, turbatio capitis, subversio sensus, tempestas linguae, procella corporis, naufragium castitatis, insania voluntaria, turpitudine morum, dedecus vitae, honestitatis, infamia et animis corruptella*“ — Despeisses).

Delictele și crimele săvârșite sub imperiul beției se înregistrează mai frecvent în noaptea de Sâmbătă spre Duminică (după ce lucrătorul și-a primit plata săptămânală) și în celelalte zile de sărbătoare. — Bețivul e recidivist și, de regulă, cu aceeași formă a infracțiunii.

Din 2.493 alcoolici observați timp de 9 ani, 1.664 (adică aproape 66%) au comis acte antisociale și imorale (*Legrain*). Din 516.000 condamnați, 172.000 (38%) au comis delict și crime în stare de beție (alcoolism acut sau alcoolism cronic), iar din restul de 344.000 mai bine de 10% erau copii de alcoolici (*Hoppe*), 74% dintre delicvenții examinați abuzau de alcool (*Marro*). Din 1.175 copii imbecili, idioti, epileptici și histerici, 677 aveau tată alcoolic și 59 mame alcoolice (*Bourneville*), 48% dintre copiii criminali aveau părinți alcoolici (*Dr. Louise Rubinoitch*). 60% dintre condamnații pentru omor și tentativă de omor (în Anglia) erau alcoolici și cu drept cuvânt marele *Gladstone* a denunțat pericolul: „Alcoolismul pricinuește mai multe nenorociri decât cele trei flagele istorice: foametea, ciuma și rășboiul“.

Un caz tipic de grozăvia efectelor alcoolismului în una și aceeași familie, în cursul a mai multor generații: „Ada Juke, născută în 1740 și moartă la începutul secolului XIX, a fost o bețivă, hoată și vagabondă. Din ea au derivat 834 urmași, dintre cari se știe soarta a 709. Dintre aceștia din urmă: 106 au fost copii din flori, 142 cerșetori, 64 în sarcina societăților de binefacere, 161 prostituate și 76 criminali (cu 7 asasini). În 75 ani, această singură familie a grevat bugetul Statului cu întreținerea în închisoare și cheltuieli de urmărire și judecată cu suma de 6.250.000 franci” (*Pelman*).

* * *

Poate fi beția invocată ca o scuză în înțelesul articolului 57 c. p.? Chestiunea e delicată, deși legea precizează că e vorba de „pierderea uzului rațiunii prin cauze independente de voința sa”. E starea de beție, astfel cum am descris-o pentru alcoolismul cronic, o formă a turburării sau chiar a suprimării conștiinței morale dependentă de voința delinquentului? Deoarece după cum a observat și *Garnier*, „alcoolismul e cel mai formidabil agent generator în producerea celor două varietăți de degenerare cari au atâtea puncte de atingere: *nebulia* și *crima*”, în cazul alcoolicului s'ar putea aplica „starea de smintire” despre care vorbește același art. 57 c. p.

Doctrina și jurisprudența însă sunt contra acestei interpretări: „Beția e o circumstanță agravantă a infracțiunii” (*Tordia*). — „Beția, care privează pe om de minte, e un fel de nebunie artificială, o frenezie momentană care, în ochii legii, îngreuează crima” (*Blackstone*). — „Beția nu poate fi invocată ca o scuză, deoarece pierderea rațiunii prin beție nu provine din cauze independente de voința acuzatului” (*Cas., S. II, 1870*). Dar instanța supremă n'a stăruit în această concepție, pentru că, după trecere de 27 ani, aceeași secțiune revine și statuează: „Numai beția completă poate să ridice omului responsabilitatea sa, o stare de beție ușoară ar putea cel mult, după împrejurări, să micșoreze gravitatea faptului, iar nu să înlăture orice răspundere”. (*Cas., S. II, 1897*).

Tanoviceanu examinează beția ca generatoare a infracțiunii, în următoarele trei condițiuni: 1) O persoană se imbată inadins în vederea infracțiunii, fie pentru a-și crea o circumstanță atenuantă, fie pentru a-și face curaj într-o săvârșirea infracțiunii. Nu poate exista atenuare, pentru că beția e în funcțiune de voință hotărâtă a infractorului. — 2) O persoană se imbată fie lucrând la substanțe alcoolice, fi silită cu forța, fie prin medicamentele luate. Se va face dovada pierderii involuntare a uzului rațiunii. Absoluțiunea era acordată și de Pravila lui Matei Basarab: „Când se va îmbăta neștine cu înșălăciune, mai vârtos când va meșteșugi cineva să-l îmbete, atunci orice va greși nu numai va șovăi pentru să scape, ci încă nu se va certa cât de puțin”. — 3) O persoană se

îmbătă din cauză că suferă de năravul beției, ori se îmbătă fiindcă a băut prea multă băutură alcoolică și în această stare comite infracțiunea. *E responsabilă*, nu poate fi asemuită cu un nebun. — La aceste trei spețe vom adăuga o a patra: Un individ, fără să vrea, fără să-și dea seama, e atras în cursă, îmbătat de alții și, în această stare de pierdere momentană a uzului rațiunii, comite o infracțiune, fie din propriu impuls, fie sub imperiul unei sugestii. E el responsabil în sensul poruncii legii penale?

Am expus numai laturile chestiunii, fără a voi să ne rostim, pentru că aprecierea ultimă în materie de responsabilitate aparține judecătorului. Totuș, e de netăgăduit că intoxicația alcoolică — indiferent de forma ei *acută* sau *cronică* — răpește individului, într'un grad mai mare sau mai mic, facultatea discernământului. Și ca legea să poată rămâne mută la argumentele științei, ar trebui ca puterile organizate în Stat să înlăture agentul de desagregare a conștiinței morale, dacă nu prin suprimarea, cel puțin printr'o îngădire, cu sancțiuni aspre, a consumațiunii băuturilor alcoolice: *sublata causa tollitur effectus*. Câtă vreme însă alcoolismul e încurajat prin înmulțirea brevetelor de cârciumi, bodege, etc., societatea nu are autoritatea morală de a face numai pe individ răspunzător de actele comise în starea de tocire a simțului moral și de obnubilare a minții — datorită intoxicației alcoolice. Ce conștiință să pretinzi unei persoane alcoolizate care, în turburarea mintală, distruge propriu-i avut, atentează la propria-i viață? (Într'o seară, o sentinelă aude, în apropiere de ghereta ei, un sgomot suspect și, cercetând, vede o femeie beată pe punctul de a se spânzura de craca unui copac. O gonește, femeia se îndepărtează spre a se opri din nou, tot cu gândul de a-și pune sinistrul proiect în aplicare. La alarma dată de sentinelă, vine postul de gardă și o conduce pe nenorocită până într'o stradă dosnică. Nestingherită, în sfârșit, alcoolica reușește să se spânzure — *Lasègue*).

Deaceea socotim că, în anumite împrejurări și în conformitate cu decizia din 1897 a Curții de Casație, beția e cuprinsă în noțiunea „pierderea uzului rațiunii prin cauze independente de voința sa”. Sancțiunea penală trebuie atenuată pentru cel care, neintenționat, s'a îmbătat: iar în ce privește pe alcoolicul cronic, pedeapsa n'ar avea efectul urmărit, dacă ea n'ar avea ca urmare și un regim nu numai de desintoxicare a organismului, dar și de restaurare a simțului moral și de reeducare a voinței (o detențiune forțată, chiar peste termenul pedepsei, într'un stabiliment special).

Odată admisă, cu restricțiunile indicate, atenuarea responsabilității, trebuie să se facă și dovada intoxicației alcoolice în momentul săvârșirii actului incriminat: „*Ebrius non praesumitur; onus probandi incumbit alleganti*” (Farinacius). Și astfel, ex-

pertului îi revine sarcina de a lumina justiția atât asupra electului pe care a putut să-l aibă intoxicația alcoolică acută (adică asupra unui individ care nu bea din obicinuință), cât și asupra ravagiilor cauzate de alcoolismul cronic. Când e vorba de beția ocazională, expertiza va stabili toleranța individului pentru alcool, spre a confirma sau infirma că o cantitate dată de băutură de o anumită calitate a putut provoca eclipsa conștiinței morale: deasemenea va ține seama de împrejurările în cari s'a putut produce starea de ebrietate: starea sufletească (iritație, emoție, supărare mare), temperatura încăperii în care individul a băut.

(În ce privește procedeele de identificare a prezenței alcoolului în organismul individului pentru care se invoacă scuza beției, le expunem la capitolul „Otrăvurile”. vol. II).

In general. incapacitate civilă, în stare de beție.

B) **Stupefiantele**, ca și alcoolul, exercită o acțiune de detracare a sistemului nervos, cu obnubilarea parțială sau totală a conștiinței morale. Efectul e cu atât mai dezastruos cu cât beția prin stupefiant a devenit o obicinuință, creând astfel afecțiunile cunoscute sub numele de: morfinismul cronic, cocainismul cronic.

a) **MORFINISMUL.** — Semnele caracteristice acestei intoxicațiuni sunt pozitive și negative. *Pozitive:* contractiunea pupilară, paloarea isbitoare a feței. *Negative,* cari apar după cel mult 24 ore dela abținerea forțată: dilatația pupilară, strănut, sughit, sudoare rece, anxietate, vărsături, diaree. Ca indicație se mai poate lua prezența urmelor injecțiilor subcutanate: mici infiltrațiuni, abcese, cicatrice. — Proba morfinismului se mai poate face și pe calea *reacțiunii lui Hecht:* o injecțiune intracutanată a unei soluții de morfină și care se manifestă prin apariția unei roșețe intense, mai mult sau mai puțin persistentă. Pe când la cel nedepins cu morfina, reacțiunea aceasta se produce cu o soluțiune foarte slabă (1 la 1.000.000), la morfinomanul cronic ea nu se înregistrează decât cu o soluțiune mult mai concentrată (cel puțin 1 la 10.000).

Pe cadavru se notează un proces de degenerare gravă a întregului creier și îndeosebi a scoarței cerebrale.

Morfinomanul, robit de patima sa, nu mai e stăpân nici pe conștiința nici pe voința sa, e ușor sugestionabil, iar pentru satisfacerea nevoii de a se ameți cu stupefiantul, nu se dă înlături dela nici un mijloc (falsificarea de ordonanțe medicale, escrocherie, furt — pentru procurarea banilor necesari).

Morfinomanul, în stare de beție, e incapabil de a contracta și lua dispozițiuni: în ce privește responsabilitatea penală, e o chestiune de apreciere, dacă se poate acorda beneficiul atenuării.

Cura de abținere (eficace chiar în morfinismul inveterat) trebuie să fie energică, rapidă, dar nu brutală, spre a se preîn-

tâmpina dezastre, deoarece, în cazuri de psico-nevroză constituțională, afecțiunea aceasta, agravată prin intoxicație, poate izbucni în forme extrem de violente, atunci când regimul abstenenței e introdus brusc (*Gorovog-Saltan*, 1928). Cura trebuie să fie sistematică, sub privegherea unui medic și, de preferință, într'un stabiliment de desintoxicație. Lăsat la propria lui inițiativă, morfinomanul cel mai bine intenționat cade din nou pradă patimii, de îndată ce are posibilitatea de a se reintoxica.

b) COCAINISMUL are efecte mai mari ca morfinismul, distrugând aproape complet simțul moral și limpezimea judecării. În starea de beție, însoțită uneori cu deliruri, cocainomanul e incapabil de a dispune de persoana și averea sa și capabil de delictele cele mai grave.

Identificarea cocainismului nu se poate face nici prin provocarea unor semne caracteristice (ca la morfinismul și alcoolismul cronic) în răstimpul abstenenței forțate, nici pe calea unei reacțiuni (ca pentru morfinism). Singurul semn indicator al cronicității patimei e unul anatomic: un proces de ulcerare, cu perforarea ulterioară a septului nazal. — proces datorit iritațiunii continue prin tragerea pulberii pe nas.

Incapacitate civilă; responsabilitatea penală după aprecierea suverană a judecătorului.

Din nenorocire, cocainismul a început să facă victime și printre copii cari se'nvață (influența mediului și prin imitație) să tragă pe nas praful blestemat. *Dubrovici* (1928), într'un studiu asupra cocainismului infantil în Rusia, arată că din 151 narcomani minori supuși curei de abstenență, 58 sunt recidiviști. La toți cei 151, cocainismul data de 2—4 ani, cu o consumație zilnică medie de 5 gr.

La micii cocainomani, senzația inițială de mulțumire face iute loc unei vie neliniști care se manifestă printr'o mobilitate neobicinuită, prin acte impulsive, iluzii, halucinațiuni persecutorii (în 50% halucinațiuni tactile — senzația că trupul le e un câmp de explorare pentru o întregă armată de insecte: foarte rare halucinațiuni acustice). În ce privește iluziunile, caracteristica e mania adunării de peteci de hârtie, pe cari copilul le ia drept bani. În starea de beție, copilul e insensibil la foame, frig, durere, insomnie (poate rămâne treaz timp de câteva nopți în șir).

Iritabil, impulsiv, incapabil de a-și afirma voința, minorul cocainoman e o pradă ușoară a sugestiunii streine și, în năzuința lui la satisfacerea pornirilor josnice, minte cu nerușinare, fură, se dedă la onanism și pederastie. Din cei 151 examinați, la 53% *Dubrovici* a constatat oligofrenie, la 20% psihopatie (forme epileptoido și schizoide), restul de 47% aveau psihicul normal.

Efectele organice ale intoxicației: extenuare, atrofia țesutului grăos subcutanat, slăbirea musculaturii, oprire în dezvoltare (infantilism), pielea veștedă, uscată, gălbue, încrețită; în numeroase cazuri, hipoplazie a aparatului genital. — În 15% din cazuri, tulburări cardiace și puls slab, aritmic. În unele cazuri, fenomene de tuberculoză: în altele, dureri la palpare în regiunea ficatului. — Sistemul nervos: dermografism roșu, contracțiuni fibrilare la pleoape și limbă, tremurul mâinilor, uneori accentuarea reflexelor patelare. — În 90% din cazuri, perforarea septului nazal.

La suprimarea subită a cocainei nu apar semnele grave ale abstenenței: din chiar prima zi, o ușoară urcare a temperaturii, accelerarea pulsului cu aritmie, depresiune psihică, senzație vie de foame, somnolență, dar toate aceste semne dispar în mai puțin de o săptămână.

48. Psychoza sedativelor

Un caz de psychoză a intoxicației cu bromul: O psihopată, cu tulburări endocrine, ia, timp de 9 luni, o sticlă și jumătate de „mixture nervina” (compoziție bromată), în doze zilnice de câte 24 gr. Se îmbolnăvește cu simptome, neconfirmate, de paralizie: în realitate se notează: tulburări în articulația cuvintelor, halucinație, afectibilitate, ideație paranoică. Numai accidental s'a putut pune diagnosticul: prin suprimarea bromului s'a agravat tabloul psihotic (*Möllendorf, 1928*).

49. Tulburările consecutive encefalitei epidemice

Se notează fenomene psihopatice și pseudo-psichopatice cari influențează asupra discernământului, după gradul de gravitate a leziunii cerebrale.

50. Agonia

Ea interesează medicina-legală atât pentru stabilirea condițiilor în cari s'a produs moartea (se poate întâmpla ca muribundul să fi fost victima unui atentat în chiar cursul agoniei), cât și pentru determinarea stării mintale în care s'a găsit muribundul în momentul când sau a exercitat un drept conferit de codul civil (donațiune, testament, căsătorie *in extremis*, recunoașterea unui copil natural, adopțiune), sau a depus ca martor ori a făcut o mărturisire, sau înfățișat a săvârșit un delict sau quasi-delict, ori chiar o crimă, ceea ce ar angaja responsabilitatea lui civilă — *recte* a moștenitorilor. E de mult verificat că agonicii deliranți — în inaniție, alcoolism, pelagră, turbare, epilepsie — sunt capabili de loviri grave, de răniri (cu cuțitul sau cu arma de foc) și chiar de omor. Urmează deci că expertul poate fi chemat: 1) să exa-

mineze starea unui muribund; 2) să lumineze justiția asupra stării probabile în care s'a găsit decedatul în perioada imediat anterioară morții, precum și asupra duratei agoniei.

Agonia („la dernière nuance de la vie“ — Buffon) fiind de fapt o axfixie lentă (Jaccoud), omul artei poate fi chemat fie înainte de instalarea semnelor ei particulare, fie după constituirea tabloului simptomatologic: *agonia iminentă* și *agonia confirmată*. *Agonia* poate fi numai *aparentă* (întocmai precum există o *moarte aparentă*), prin interpretarea greșită a fenomenelor unei faze a evoluției bolii, precum poate fi și simulată.

Agonia poate și lipsi: în moartea subită și în starea de decrepitudine. În adevăr, în afecțiunile cari nu interesează nemijlocit nici creierul, nici inima, nici plămânii, boala nu e decât o cauză indirectă a morții generale și ea rezultă din turburările adânci create de starea patologică în centrul vieții (sistemul nervos, aparatele circulator și respirator): respirația se îngreuează, hematosa se face anevoie, arterele duc la organele deja slăbite un sânge negru, propriu să le anihileze acțiunea, iar nici decum să le-o restabilească.

a) *Agonia iminentă* e caracterizată printr'o ameliorare înșelătoare, urmată însă numai decât de extenuarea forțelor, de subdelir, de alterarea trăsăturilor și de o jenă respiratorie.

b) *Agonia confirmată*, care variază ca durată (6—18 ore, excepțional și mai mult) și ca simptome psihice (după însăș natura bolii), e caracterizată prin:

1. *Treptata abolire a tuturor funcțiunilor esențiale ale vieții.*
2. *Procesul de asfixie* (primitivă în sucombarea prin aparatul respirator: asfixie secundară, când moartea își are originea în inimă și encefal).
3. *Spumă bronhică.*
4. *Treptata slăbire a senzațiilor până la dispariție într'o ordine determinată* (substanțele cele mai sapide nu mai trezesc gustul, simțul olfactil nu mai e escitat de mirosurile cele mai tari; ochii se înpăenjenesc și pierd din lucirea lor din cauza unui strat vâscos care se depune pe ei).
5. *Contractarea irisului* (cu brusca lui dilatare în momentul morții).
6. *Dilatarea pupilelor și insensibilitatea lor la acțiunea luminii* (dovedită prin imobilitatea pleoapelor și direcția fixă a globului ocular).
7. *Inerția sistemului muscular.*
8. *Scăderea treptată a temperaturii cu o răcire accentuată a extremităților* (sunt boli — febrele eruptive, meningita, tifosul — în cari instalarea agoniei se manifestă tocmai printr'o urcare a temperaturii).

9. *Auzul supraviețuește vederii și, afară de cazurile de surditate, muribundul mai poate fi capabil ca, printr'un murmur abea perceptibil, prin semne, mimică să arate c'a înțeles ce i se spune și să răspundă, în limitele posibilității, la întrebările ce i se pun.* (Reamintim recomandajia făcută în deontologia medicală — „Datoriile medicului față de bolnavi: vol. I, pag. 169 — că, agonia trebuind cruțată, e interzis medicului de a vorbi, de față cu muribundul, de iminența sfârșitului acestuia).

10. *Simțul tactil, cel mai persistent, se manifestă automatic, prin mișcări carfologice (mânilor muribundului sunt în continuă agitare, par a voi să prindă obiecte imaginare ce ar pluti deasupra patului, apucă plapoma, cearșeafurile).*

11. *Alterarea pronunțată a fizionomiei (paloare extremă, cu cianosă parțială) și imobilitatea corpului.*

12. *Respirație rară, inegală (ritmul Cheyne-Stockes), laborioasă, însoțită de rălul tracheal și de stingerea completă a vocii.*

13. *Limba lividă, uscată, acoperită cu un gros strat lipicios.*

14. *Deglutiția extrem de aneboioasă.*

15. *O sudoare rece și vâscoasă scaldă tot corpul.*

16. *Pulsul, mai întâiu filiform și intermitent în arterele ante-bratului, sfârșește prin a dispărea.*

17. *Bătăile inimii, cari mai pot fi percepute (chiar după încetarea pulsului), fie prin auscultație, fie aplicând mâna în regiunea precordială, se sting și ele și imediat după aceasta se încheie și ultimele svâcniri ale funcțiunii respiratorii, printr'o ultimă expirație.*

În ce privește fenomenele psihice, e de observat că ele diferă după însăși natura bolii de care moare individul:

A) În bolile în cari deobiceiu nu se notează o stare de delir, *inteligenta e conservată*. Așa, în moartea curat marastică și în finalul bolilor cronice (*în cari creierul e cruțat*), agonia are tipul unui colaps treptat care, sau *subit sau după un stadiu saporos*, duce la moarte. Când colapsul se întrerupe brusc, muribundul poate păstra luciditatea spiritului până'n ultima clipă; dimpotrivă, această luciditate nu durează decât până la intrarea în coma, atunci când colapsul e prelungit. — În alte cazuri, *agonia e precedată de o stare de somnolență care*, sau imediat sau după faza transitorie a amortirii, duce la moarte. Tipul acesta, observă *Wagner-Jauregg*, aduce cu o narcoză artificială „narcoza acidului carbonic“ a vechilor autori. În somnolență, se produce o stare de amețire: cu toate că, chemat pe nume, scuturat, muribundul se trezește, dar el nu mai e capabil să-și dea seama de nimic (cu atât mai puțin, dacă subsistă reminișcențe de delir).

E de observat că delirul se notează numai *exceptional* într'un

întreg grup de boli: ftizia pulmonară, afecțiunile cardiace și hepatice, cancerul stomacului și al intestinului, hemoragiile și marea majoritate a leziunilor chirurgicale. — Delirul nu se notează niciodată în agonia reumatismului acut (afară de reumatismul cerebral), a pleureziei, pericarditei, peritonitei și, în genere, în stările morbide ale seroaselor.

B) Delirul e dimpotrivă un fenomen simptomatic în toate afecțiunile encefalului (inflamația meningelor, meningita acută simplă, meningita cerebro-spinală, congestia cerebrală difuză, hemoragia cerebrală, tumorile creierului). În toate aceste boli, agonia e caracterizată printr'o accentuată obnubilare a inteligenței, pierderea completă și definitivă a cunoștinței până în clipa expirării.

C) În bolile în cari creierul e numai secundar interesat, facultățile mintale sunt în stare *mixtă*, — stare sugestiv caracterizată de Legrand du Saulle: „*le malade a en quelque sorte un pied dans le camp de la raison et l'autre dans celui du délire*“. În această stare agonică se mai pot produce în creier reflexe (Matematicianul Lagny nu-și mai recunoaște prietenii adunați la căpătâiul său. Totuș, unul din cei de față întrebându-l cât face de 12 ori 12, răspunde cu glasul abea perceptibil: 144).

D) În bolile febrile acute, agonia începe deobicei cu un colaps și se termină cu sopor. Dacă înainte de agonia a existat delir, acesta continuă și în timpul acesteia.

Păstrarea cunoștinței până în ultima clipă e mai frecventă în bolile cronice decât în cele acute și febrile.

După boli foarte lungi, când sângele e simțitor sărăcit, sistemul nervos devine de o mare impresionabilitate, cea mai neînsemnată cauză putând turbura funcțiunea gândirii; se instalează ceea ce Legrand du Saulle numește „*la terreur des mourants*“ (subdelirul întreținut de halucinații, iluzii ale simțurilor), stare ce, temporar, poate face loc unui scurt interval de semi-luciditate. — În atari agonii unii au crezut să poată nota chiar o retrezire completă a inteligenței, iar la alienați o reapariție a conștiinței, — ceea ce autorii vechi desemnau sub numele de *extasis*, *morientium vaticinatio*. Fenomenul e explicat de *Krafft-Ebing* printr'o cedare a delirului, luată drept o completă dispariție a acestuia; dar *Wagner-Jauregg* e de părere, că greșit se ia drept o redeșteptare a inteligenței ceea ce în realitate nu e decât o simplă exaltare, fără existența conștiinței momentului hotărîtor: „*On sort de la vie comme on y est entré, c'est-à-dire sans s'en douter*“ (Lacassagne).

În rezumat, facultățile intelectuale sunt conservate intacte în agonia bolilor în cari sunt atinse inima și plămânul, iar creierul e cruțat, adică subsistă o *stare cerebrală fiziologică*. — În *starea cerebrală patologică* (în primul loc e interesat creierul), facultățile

intelectuale sunt abolite. — În *starea cerebrală mixtă*, facultățile intelectuale sunt numai zdruncinate, mai subsistă o licărire de discernământ.

* * *

Agonia, am relevat-o, prin importanța actelor vieții civile săvârșite *in extremis* și valoarea declarațiilor pe cari muribundul le poate face, prezintă un deosebit interes pentru justiție. Deaceia ținem să reamintim cece am spus în partea consacrată deontologiei medicale (Vol. I, pag. 244 — „Grăbirea morții bolnavului incurabil”) cu privire la eutanasiu: sub nici un cuvânt medicul nu are dreptul să scurteze agonia, oricât de chinuitoare ar fi ea. (*Desgenettes*, rugat de Napoleon să administreze ciuamaților din Jaffa câte o doză puternică de opium, a răspuns: „*Mon devoir à moi, c'est de conserver*”).

Sunt chiar împrejurări, în cari se cere medicului-expert să prelungească artificial agonia muribundului, fie pentru confirmarea unor dispoziții testamentare în forma autentică, fie pentru înregistrarea unei mărturii, fie, în sfârșit, pentru obținerea unei mărturisiri. Prelungirea aceasta a stării agonice a fost cu succes practică, prin inhalații de oxigen prin injecțiuni venoase de apă simplă sau de ser fiziologic (*in doze masive*).

Starea mintală a muribundului se identifică în cursul agoniei sau după moarte. În acest din urmă caz, expertul, în afară de examinarea conținutului actelor exprimând ultima voință a mortului, procedează la autopsia cadavrului: pe de o parte pentru notarea unor eventuale leziuni interesând funcțiunea cerebrală, pe de altă parte pentru fixarea cu aproximație a duratei agoniei, prin docimazia hepatică (*vezi nol. I, pag. 485—489*) a cărei valoare e definitiv demonstrată grație investigațiilor făcute în acest domeniu de *Etienne Martin* („De la docimasia hépatique” 1902, 1906). Autopsia mai servește la determinarea adevăratei boli de care a murit individul, spre a se vedea dacă afecțiunea era dintre acelea cari exclud ori nu posibilitatea conservării lucidității spiritului. Expertul se va pronunța cu prudență.

51. Bătrânețea

E și ea o stare quasi-patologică — o tranziție de multe ori insensibilă între sănătatea trupească și sufletească și agonia lentă — stare în care „*le temps se charge de déployer un voile sur ses facultés*”. Bătrânul, în gradul înaintat de decrepitudine fizică și de ramoliment cerebral, poate contracta obligațiuni (în civil) sau săvârși acte (în penal) cari să necesite un examen medical, pentru stabilirea discernământului. Expertiza medico-legală e de multe ori reclamată și după moartea unui bătrân, spre a se verifica (prin mărturie, conținutul și forma actelor scrise) dacă, la o dată determinată, mai era în posesiunea neștirbită a facultăților sale mintale.

52. Pierderea cunoștinței

Ea poate fi consecutivă unui grav traumatism, cu sau fără hemoragie (atentat, sinucidere sau accident) sau unei boli generale. Individul a murit și expertul e întrebat dacă, date fiind circum-

stanțele de fapt, decedatul a mai putut să-și recapete luciditatea pentru a lua dispoziții testamentare ori a face declarațiuni cari eventual să intereseze acțiunea în urmărire penală. În teză generală, pierderea cunoștinței, atunci când nu sunt semne vizibile, nu se poate dovedi anatomiceste. la autopsie. Numai grave fracturi craniene cu focare de contuziune, leziuni și hemoragii cerebrale pot demonstra suprimarea cunoștinței. Dimpotrivă, comoția cerebrală, chiar însoțită de un proces inflamatoriu al plămânului, nu condiționează decât o pierdere de cunoștință pasageră.

55. Mici psychoze

E vorba de acele stări cari nu influențează serios discernământul, nici pentru capacitatea civilă, nici pentru responsabilitatea penală.

a) **Mania indoelii:** — indeciziunea pentru executarea unui act. ori nesiguranța dacă în realitate actul a fost săvârșit (deci o formă a amneziei în ce privește trecutul recent).

b) **Mania tactilă** — frica de anumite atingeri.

c) **Agorafobie** — senzație de amețală la trecerea printr'un loc sau printr'o stradă nefrecventată.

d) **Claustrofobia** — frica de a sta într'o încăpere cu ușile și ferestrele închise.

e) **Claustrofilia** — mania de a sta cu ușile zăvorâte. ziua namiaza mare, de teama hoților.

f) **Topofobia** — groaza de anumite locuri.

g) **Oniomania** — impulsunea de a cumpăra. fără nici o nevoie, tot felul de lucruri.

h) **Onomatomania** — delirul numelor.

i) **Aritmomania** — delirul numerelor.

j) **Echolalia** — repetarea mecanică, fără nici un rost. a cuvintelor auzite.

k) **Coprolalia** — impulsunea la vorbe obscene.

l) **Copropraxia** — impulsunea la gesturi obscene.

m) **Zoofobia** — teama de animale.

III. Diagnosticul medico-legal

„Judecătorul trebuie să se întrebe dacă date fiind antecedentele și constituția fiziologică a individului, elemente endogene nu influențează aprecierea gradului de culpabilitate“. — ANTHÉAUME.

Expertiza medico-legală fiind un mijloc superior de informație, pus la dispoziția justiției, o dovadă legală de un gen aparte (*Tarde*), judecata nu se poate lipsi de demonstrația științifică, ori de câte ori în spiritul ei se insinuează îndoiala fie asupra capacității în civil. fie asupra responsabilității în penal.

Dovada aceasta legală, de o valoare de multe ori hotăritoare.

expertul o administrează pe baza investigațiilor întreprinse, în lumina cunoștințelor până aci expuse cu privire la acele „elemente endogene” despre cari vorbește Anthéaume și cari pot contribui la deformarea sau chiar totala abolire a discernământului (elemente pe cari *Ladame* le reduce la trei tipuri: 1) o concepțiune delirantă; 2) o turburare generală — mania; 3) o debilitate intelectuală congenitală sau dobândită: imbecilitatea, idioția, demența).

Demența (*stare de smintire* înscrisă atât în codul civil cât și în cel penal ca o cauză de suprimare a liberului-arbitru) constituind un motiv legal de incapacitate și de iresponsabilitate, e necesar să fixăm, cari anume din procesele patologice condiționează o gravă obnubilare a conștiinței morale. — *Trochine* le grupează astfel:

1. *Absența demenței caracterizate* în histerie și în toate psihozele psihogene.

2. *Demența evolutivă până la demența absolută*, în paralizia progresivă.

3. *Demența în care forma absolută poate lipsi în:* psihosele traumatică, tumorală, polisclerotică, sifilitică, arterio-sclerotică; demența senilă, demența epileptică, demența precoce.

4. *Numai prima fază a demenței (stadiul mecanic)*, în psihozele intoxicației și psihozele infecțiilor.

5. *Demență discutabilă* în psihoza maniaco-depresivă și paranoia.

Firește, această clasificare nu e ideală — și ar fi și greu, deoarece psihiatria încă n'a ajuns nici să identifice toate manifestările demenței fixându-le un contur propriu, nici să le măsoare cu o precizie matematică gradul de intensitate. Apoi, sunt demențe fulgerătoare, a căror virulență, așa efemeră cum este, e adesea generatoare de acte catastrofale.

Dar expertul nu trebuie să se mărginească la confirmarea sau infirmarea existenței factorului producător al dezechilibrului psicho-mental, ci, pentru explicarea eventualei turburări a discernământului, are ca misiune de a determina pe de o parte originea anomaliei în structura sufletească și cerebrală a individului, iar pe de alta, raportul între această anomalie și actul incriminat precum și împrejurările de fapt și morale, în cari acesta din urmă a fost săvârșit.

Expertiza va avea deci un împătrit obiect: 1) *constatarea stării individului în prezent*; 2) *inducțiuni asupra stării în momentul săvârșirii actului*; 3) *cauzele generatoare ale stării anormale*; 4) *raportul dintre cauză și efect*.

Deoarece, însă, se poate întâmpla ca starea prezentă să nu coincidă exact cu cea descrisă sau presupusă a fi existat în momentul care interesează justiția (intensificare, diminuare sau chiar

absență totală — remisiune, intermisiune), ori starea prezentă să fie artificial exagerată sau chiar pe deantregul creată (simulare), sau, însfârșit, starea prezentă de calm și rațiune aparentă (în materie de contestare a capacității civile) să nu fie decât produsul unei disimulări abile, — pentru toate aceste considerațiuni, e necesar ca expertiza să înceapă prin anamneză și numai după aceasta să treacă la examenul clinic.

A. Anamneza

1. **Antecedentele familiale.** — Fără a fi un element hotărâtor pentru explicarea actului incriminat, ereditatea nu joacă mai puțin un rol însemnat în patogenia afecțiunii. Preexistența unei stări morbide (indeosebi o psychoză epileptică sau epileptoidă, o psychoză periodică sau circulară), în linie directă sau colaterală, nu numai constituie o indicație prețioasă, dar și înlesnește identificarea unei psychoze latente sau disimulate.

2. **Antecedentele personale.** — a) *Vârsta prepubertară:* informațiuni controlate cu privire la epoca în care a început să umble, să vorbească; procesul dentițiunii; eventualele accese de epilepsie nocturnă, cu incontinență urinară.

b) *Vârsta pubertății:* anomaliile la instalarea maturității sexuale.

c) *Facultățile intelectuale:* însușirile sau lipsurile de cari a dat dovadă în anii de școală sau în anii de ucenicie pentru învățarea unui meșteșug: capacitatea sau incapacitatea pentru a isbui într-o anumită îndeletnicire; caracterul, temperamentul și purtarea.

d) *O stare fiziologică și patologică* de natură a altera funcțiunile cerebrale și simțul moral: afecțiunile venerice, o boală acută sau cronică, modificările survenite în diversele perioade de dezvoltare, menstruația, sarcina, facerea, surmenajul, superstiția, fanatismul.

e) *Excesele de tot felul* caracteristice unei vieți fără busolă: risipă, trândăvie, abuzul de alcool, intoxicația cu stupefiante, desfrânare sexuală.

B. Starea prezentă

1. **Examenul somatic.** — *Căutarea viciilor de conformație ori a semnelor de degenerare fizică; de turburări sau de insuficiențe funcționale.* Acestea pot intrucâtva numai orienta pentru explicarea devierii în conștiința morală, dar în nici un caz nu pot fi acceptate ca un semn patognomonic al turburărilor mintale: *nu există un semn de degenerare propriu, specific alienaților și criminalilor.* (Deformațiunile craniene, de exemplu după cum am văzut, se întâlnesc și la omul normal și încă la unul superior. Anoma-

liile craniene — observă *Wagner-Jauregg* — au legături numai cu anumite manifestări de excitație și de paralizie ca: strabism, ticuri, pareze, contracturi). Ceeace e incontestabil, e că sunt anumite forme de alienație mintală congenitală, cari imprimă fizicului pecetea lor (idiotia, cretinismul); dar aceste semne pot diferi dela individ la individ (idiot hidrocefal și idiot microcefal). Semnele pot cel mult avea importanța unor tare ereditare cari pot ori nu fi o sursă a alienației mintale, dar nu se poate trage o concluzie *pro* sau *contra* din existența ori absența semnelor de degenerare.

2. Examenul funcțiilor cerebrale. — a) *Cercetarea gradului de inteligență* (după vârstă, instrucțiune, îndeletnicire, mediu social).

b) *Puterea de percepțiune, de asimilare și de elaborare, asociațiunile de idei.*

c) *Puterea de memorizare și aceea a formării reprezentațiilor abstracte.*

C. Raportul între act și starea mintală

1. Din prealabila consultare a dosarului și din observația atentă a persoanei, expertul va căuta să-și formeze convingerea:

a) *Dacă, date fiind împrejurările de fapt, există posibilitatea unei coordonări între actul săvârșit sau numai proiectat și psihopatia identificată.*

b) *Dacă, admisă fiind o atare corelațiune, nu există însă o disproporție între mobil și importanța acțiunii.*

c) *Dacă, deși există precedentele două condițiuni, actul sau proiectul nu e în contradicție cu mentalitatea și atitudinea anterioară faptului, iar în realitate actul sau proiectul ar fi produsul unei impulsii momentane.*

d) *Dacă a existat precugetare cu preparare a mijloacelor de execuție. (Se știe că, în anumite psycho-nevroze — histerie, mania procesivă, imbecilitate și chiar idiotie — se notează un uimitor rafinament sau o surprinzătoare viclenie în realizarea unei idei fixe).*

e) *Dacă turburarea mintală constatată comportă intervale de remisiune sau numai de intermisiune.*

2. Atitudinea după săvârșirea actului. — a) *Dacă individul a manifestat căință, mustrare de cuget, deci a avut ulterior conștiința actului ce i se impută; b) dacă, chiar cu această conștiință, a dat dovadă de apatie, sau dimpotrivă a încercat să-și degajeze răspunderea, fie tăgăduind, fie punându-se la adăpost, fie căutând să îndrepte bănuelile asupra altei persoane.*

3. Crime și delictе scuzabile: legitima apărare. — Codul penal (art. 250—251, 253—257) acordând beneficiul unei reduceri

a pedepsei (crime și delictе scuzabile) sau chiar al absoluțiunii (legitima apărare), justiția poate apela la luminile expertului, spre a constata dacă în realitate făptașul nu intră în categoria celor cu turburări mintale de ordinea iluziunilor și a halucinațiilor.

* * *

Cu un cuvânt, expertul va examina caracterul individului dinainte, din momentul săvârșirii și după săvârșirea actului ce i se impută.

(Pentru detaliile examenului unui alienat, vezi foaia de examen. Vol. I, pag. 671—676).



SERVICIUL MILITAR

„Toți cetățenii români (între 21 și 50 ani împliniți) dătoresc personal serviciul militar”. (Legea pentru recrutarea armatei).

Executarea oricărei îndatoriri presupunând anumite condițiuni de capacitate, urmează că și obligațiunea serviciului militar, deși principial are caracterul unei porunci absolute, e și ea condiționată de anume însușiri — fizice și intelectuale — fără de cari nici nu se poate concepe rostul ei. Bicisnicia trupească și infirmitatea mintală reduc, dacă nu anihilează cu totul, aptitudinea bărbatului între 21 și 50 ani de a-și da obolul cuvenit ființei sacre a patriei, astfel că un nevolnic, în loc să constituie un spor de putere, ar fi de fapt o sarcină inutilă pentru budgetul apărării naționale. Urmează dar, că interesul administrațiunii militare e de a face în prealabil o selecțiune a indivizilor cari vor alcătui contingentele forței armate.

Opera aceasta de triaj ține din momentul recrutării până la al 50-lea an al vieții, când încetează obligațiunea serviciului militar. Controlarea existenței unui minim de dezvoltare și de sănătate corporală și intelectuală se va face dar și la încorporare și apoi în tot timpul duratei serviciului. Cei găsiți cu o insuficiență totală, vor fi scutiți (la recrutare), reformati (în cursul serviciului); iar acei la cari se constată numai o insuficiență parțială, vor fi repartizați la serviciul zis auxiliar în care, în măsura aptitudinii lor, pot fi de un real folos. Aceasta fiind unica normă pentru constituirea forței armate, urmează că ea se va aplica și acelor cari, conform legii, au dreptul la dispensă, deoarece aceasta nu are decât un caracter provizoriu (art. 4), „dispensa putând fi anulată de consiliul de revizie sau din necesitatea de complectare a efectivului” (art. 10 al Regulamentului de aplicare a legii recrutării).

Acei cari, prin fraudă sau uneltire, încearcă să obțină dispensa ori scutirea, sunt pasibili de pedeapsa de 2—6 luni închisoare, fără prejudiciul penalităților prevăzute de lege în caz de fals. Iar complicele sau agentul provocător al delictului e pedepsit ca și autorul principal; dacă acest complice e militar, sancțiunea penală e aceea a îndoitului pedepsei.

Interesatul principal, precum și complicele sau agentul pro-

vocător, dacă n'au trecut vârsta de 50 ani (iar acești doi din urmă n'au satisfăcut legea recrutării), îndată după ispășirea pedepsei sunt încorporați în armata permanentă pentru o durată de 4 ani sub arme (*art. 112 L. R.*).

* * *

Recrutarea armatei se face anual de către consiliile de recrutare, câte unul de județ și unul deosebit pentru orașul București (*art. 61 L. R.*), iar hotărârile acestora sunt definitive, cu excepția deciziilor în ce privește dispensele (*art. 70 L. R.*), asupra cărora hotărăsc, în a doua instanță, consiliile de revizie ale recrutării.

Iar deciziunile consiliilor de revizie pot fi atacate, pentru violare de lege, înaintea consiliului de miniștri, însă numai din inițiativa Ministerului Armatei. În caz de dărâmare a hotărârii consiliului de revizie, consiliul de miniștri, prin jurnalul de anulare, statuează definitiv asupra pozițiunii militare a tânărului pentru care legea a fost violată.

I. Apti a face serviciul

Cu excepția celor înfierăți de societate (condamnații la muncă silnică pe viață sau pe timp mărginit, la reclusiune, la deținuția de la 5 la 10 ani, la degrađațiune civilă, precum și cei osândiți la o pedeapsă corecțională mai mare de 2 ani — *art. 3 L. R.*) și a celor atinși de o boală mintală, e considerat apt a face serviciul militar orice bărbat (21—50 ani) cu talia minimă de 1,54 m., și perimetrul toracic de 0,78 m. Pentru cei mai înalți ca 1,54 m. nu se cere în chip riguros ca perimetrul toracic să reprezinte jumătatea taliei, dacă examenul e satisfăcător în ce privește constituția anatomică în general (adică nu e caz nici de debilitate extremă nici de obezitate prea pronunțată).

Pignet propune drept criteriu sigur *coeficientul de robustețe*, care e reprezentat prin diferența dintre numărul în centimetri al taliei (T) și suma obținută din adunarea numărului în centimetri al perimetrului toracic (P) cu numărul în kilograme al greutateii corpului (G). Adică: C (coeficientul de robustețe) = $T - (P + G)$. În genere termenul ($P + G$) e mai mare decât T și rezultatul operației e negativ și atunci se însemnează cu semnul minus (—): atunci când e pozitiv, se însemnează cu semnul plus (+). Coeficientul e considerat *favorabil* atunci când nu e inferior lui — 25; *discutabil*, când e cuprins între — 26 și — 30; *defavorabil*, de la — 31 în jos (cu excepția pentru talile mici, când coeficientul poate fi coborât până la — 35). Pentru diferența în plus maximul ar fi de 10 unități.

Coeficientul de robustețe — după cum observă *Besson* (1921) — permite să se aprecieze nu numai aptitudinea fizică a momentului, ci și variațiunile ce pot să se producă în starea sănătății tinerilor soldați după încorporare. Iar *Saellen* (raportul citit la al 3-lea congres internațional din 1905 al medicilor experți ai societăților de asigurare) conchide: „Raporturile între talie, perimetrul și greutate sunt importante din punctul de vedere al aprecierii șanselor de longevitate. Aceste raporturi, coroborate cu ereditatea și profesiunea ofertantilor, cântăresc în concluziile (refuz sau admitere) medicilor-experti”.

Examenul medical are de obiect: 1) de a se stabili că nimic nu împiedică libertatea și întregimea mișcărilor necesare profesiunii armelor; 2) dacă nu există o conformațiune incompatibilă cu portul hainelor, al armamentului sau echipamentului militar; 3) dacă, din cauza debilității corporale, a unei dispozițiuni morbide sau a unei boli existente, sănătatea sau chiar viața individului nu s'ar compromite, prin vreuna din circumstanțele inerente carierei militare; 4) dacă nu există vreo infirmitate care, fără a stingheri exercițiul funcțiunilor, ar fi de natură a provoca scârba camarazilor de arme și, din acest punct de vedere, ar fi incompatibilă cu viața în comun a soldaților (*art. 2 din Instrucțiunile Medicale*).

1. Aceleași condițiuni fizice trebuie să le întrunească și voluntarii (vârsta minimă de 18 ani și un certificat că n'au avut nici o condamnare pentru atentat la bunele moravuri). Voluntarul eventual reformat e obligat ca, la vârsta legală de 21 ani, să se prezinte înaintea consiliului de recrutare care va decide din nou asupra aptitudinii sale de a face serviciul militar (*art. 290 Regulamentul I. R.*).

2. Când e vorba de repartizarea recruților pe arme, minimul de talie variază: 1.54 m numai pentru infanterie, pioneri, trupele de comunicație, aviație, automobilisti, grăniceri, tren, administrație, serviciul sanitar; 1.58 m. marină. 1.60 m. (maximum 1.70 m.) cavalerie; 1.65 m. artilerie; 1.75 m. escorta regală.

Condițiuni de greutate nu se pun decât pentru oamenii destinați aviației: greutatea maximă de 85 kgr. pentru piloți, și de 75 kgr. pentru observatori, bombardieri, mitralieri.

Dacă se întâmplă ca un tânăr care cade în prevederile art. 52 din Legea Recrutării (tinerii cari beneficiază de termenul redus — T. T. R.), deși recrutat pentru cavalerie sau artilerie, la vizita medicală (la prezentarea la corp sau la școală) să fie găsit bun numai pentru serviciul auxiliar, atunci el e trimis la Școala de Infanterie, pentru a urma cursurile secției de administrație (*art. 133 Regul. I. R.*).

3. În ce privește condițiile de admisibilitate în gimnaziile și liceele militare, în școlile militare pregătitoare și condițiile de bursă pentru școlile speciale din streinătate, Instrucțiunile Medicale (art. 165 și 166) stabilesc următoarele norme:

a) Pentru candidații cu 21 ani împliniți, la cauzele de inaptitudine din instrucțiunile generale se adaugă următoarele motive speciale de respingere: *alopecia pronunțată*, consecutivă dermatozelor capului; *surditatea*, chiar numai ușoară și unilaterală; *blefaritele ciliare* cronice pronunțate; *conjunctivita granulooasă* chiar incipientă; *dacriocistitele* și *epifora*; *nistagmul* pronunțat; *strabismul* mai mare de 2 mm.; *turtirea* sau scufundarea nasului; *polipii nazali*; *deviațiunile pronunțate ale septului nazal*; *buză-de-iepure* simplă neoperată; *gângăvirea* pronunțată; *adenitele cervicale* și *submaxilare cronice*; *distrucțiunile și aderențele cicatriciale ale vălului palatului*; *bronșita cronică*; *pleurita uscată* și *cea exudativă*; *herniile acoperite*; *deviațiunile pronunțate ale coloanei vertebrale*; *varicele membrilor*; *cryptorchidia* și *monorchidia*; *orice mutilațiune sau rea conformațiune a degetelor* (dela mâini și picioare); *manifestațiunile sifilitice*.

b) Pentru candidații sub 21 ani; după puțință aceleași condițiuni, fără

ca cifrele de talie și perimetrul toracic să fie obligatorii, cu rezerva însă, ca eventual medicul examinator să atesteze că mai sunt susceptibili de o desăvârșire a dezvoltării fizice.

c) Pentru *elevii gimnaziilor și liceelor militare*: existența unei diateze sau a unei boli infecțioase.

d) Pentru *candidații la școlile speciale de marină, aviație și trupe de comunicație*: vederea anormală, daltonismul.

e) Pentru *candidații la toate școlile militare pregătitoare*: anomalie vizuală, care nu poate fi corectată prin întrebuințarea ochelarilor.

f) Pentru *ofițerii și elevii cari se prezintă la concursurile de trimțtere în streinătate*, e un motiv de respingere, în afară de vreuna din bolile sau infirmitățile enumerate în Instrucțiunile Medicale, și insuficiența vizuală sau o dezvoltare fizică nearmonioasă.

4. **Amânările și dispensa medicală.** — Amânările pot fi motivate de o insuficiență în dezvoltare sau în interes de continuare a studiilor.

a) *Din considerațiuni medicale* (o amânare, eventual două succesive, în interval de doi ani): tinerii cari, la prima examinare medicală, se găsesc în condițiuni de slăbiciune fizică incompatibilă cu încorporarea contingentului lor. La a treia înfățișare înaintea consiliului de recrutare, ei sunt definitiv clasați: 1) cei găsiți buni pentru serviciul militar sunt încorporați cu contingentul anului; 2) acei cari nu îndeplinesc condițiunile de aptitudine militară, *dar n'au leziuni organice*, sunt repartizați serviciilor auxiliare (conducători, meseriași, ordonanțe lucrările de cancelarie, etc.); 3) acei cari, din cauza debilității extreme, nu pot fi utilizați nici în serviciile auxiliare, sunt trecuți ca *dispensați medicali*, la contingentele lor, după vârstă (*art. 52 L. R. și art. 69 Regulamentul L. R.*).

Unii — la cari nu există perspectiva unei ameliorări în ce privește insuficiența dezvoltării și debilitatea — sunt trecuți dela prima examinare la serviciul auxiliar.

Dacă, în cursul examenului local al gurii, medicul constată prezența unor *aderențe neoperabile, absența sau perforația intensă a vălului palatin, neînsoțite însă de turburări de deglutiție și de vorbire*, el nu va pronunța de dreptul dispensa medicală, ci, după aprecierea cazului particular, va putea recruta pe om nu numai pentru serviciul auxiliar, ci chiar pentru cel activ (*art. 61 Instr. Medicale*).

Dimpotrivă, *otita medie cronică supurată monolaterală* constituie un motiv de dispensă medicală (*art. 50 Instr. Med.*).

Acei cari, deși găsiți buni în momentul recrutării la epoca încorporării nu îndeplinesc condițiunile de aptitudine totală sau parțială, se lasă la vatră, (socotindu-se aceasta ca o primă amânare (*art. 35 L. R.*), până la viitoarea înțrmire a consiliului de recrutare (*art. 70 și 235 Regul. L. R.*).

b) *Amânările pentru studii* (cu plata unei taxe anuale — *art. 99 L. R.*). În timp de pace și numai pentru complectarea de studii, tânărul de 21 ani poate obține o amânare pentru continuarea studiilor până la 27 ani (pentru orice student), până la 29 ani (pentru studentul în medicină) (*art. 38 L. R.*).

Beneficiarul amânării trebuie să prezinte Ministerului Armatei, în fiecare an, în intervalul dela 1 Septembrie la 1 Ianuarie, un certificat prin care facultatea respectivă atestază de frecventarea regulată a cursurilor. — Studenților în medicină umană și veterinară, precum și studenților în farmacie li se aplică dispozițiunile legii asupra organizării serviciului sanitar al armatei (*art. 8 și 10 din legea din 1925*).

Mediciniștii, la 29 ani, (ceilalți studenți la 27 ani) indiferent dacă au ter-

minat sau nu studiile, sunt încorporați odată cu contingentul ce urmează a se chema la serviciu și obligați a face termenul de serviciu la care sunt supuși, după situația ce li s'a recunoscut la recrutare (*art. 91 Regulamentul L. R.*).

5. Dispensele sunt temporare, provizorii și definitive:

a) *Dispensa temporară* — o amânare automată pentru durata serviciului militar sub arme — se acordă unuia din frații gemeni sau trigeni chemați înaintea consiliului de recrutare. Această dispensă temporară se acordă aceluia care din punctul de vedere al constituției fizice, e într'o stare de inferioritate față de fratele sau frații lui (*art. 74 L. R.*).

b) *Dispensa provizorie* (cu trecerea la contingentul respectiv spre a fi chemat pentru instrucție, putând fi revocată atunci când, după trecere de cel mult trei ani, motivul de dispensă nu mai există) se acordă tânărului care — în ceea ce privește criteriul medical — intră în vreuna din următoarele categorii: 1) cel mai mare dintre orfanii de mamă, al căror tată este interzis sau cu desăvârșire sărac și în neputință de a munci; 2) fiu unic al unui tată sărac și infirm; 3) fiul unic sau cel mai în vârstă al femeii al cărei soț este interzis; 4) cel mai mare dintre băcți, unicul ginere, unicul nepot, cel mai mare dintre nepoți, pentru întreținerea unui tată, socru, bunici infirm și sărac; 5) cel mai mare dintre orfani fiind orb sau atins de vreo gravă infirmitate bine constatată, beneficiarul dispensei e fratele imediat mai mic al celui declarat inapt de a munci.

Motivul de dispensă nemai existând, tânărul e chemat spre a fi examinat din punctul de vedere al aptitudinii fizice și intelectuale și supus obligațiunii serviciului militar (*art. 40 L. R., și art. 93 și 97 Regul. L. R.*).

Pentru complectarea efectivului pot fi chemați spre a fi examinați și eventual încorporați dispensații, începând cu categoria aceluia de al căror ajutor familia se poate mai ușor lipsi (*art. 40 L. R.*).

c) *Dispensa definitivă* — scutirea de orice serviciu militar — se acordă atunci când, după trecere de 3 ani, se constată că motivul de dispensă subsistă.

d) *Examenul părintelui*. — Orișecâteori beneficiul dispensei e solicitat pe temeiul bătrâneții înaintate ori al infirmității părintelui, hotărârea e legată de examenul prealabil al acestuia din urmă. Legea fixează la 70 ani vârsta bătrâneții fiziologice, dar numeroase împrejurări (mizeria, marasmul, etc.) grăbesc decrepitudinea fizică și intelectuală. În privința diverselor infirmități, criteriul de apreciere a gradului de incapacitate de muncă e bazat și pe indeletnicirea părintelui a cărui stare de infirmitate e invocată: așa, de exemplu, o eventrație provoacă o incapacitate la un plugar, nu însă și la unul care are o meserie sau o profesiune sedentară. (*Art. 160 Instrucțiunile Medicale*).

II. Inapți a face serviciul militar

Inapținutudinea se poate rosti fie în momentul recrutării (scutirea) fie la încorporare ori în cursul serviciului (reforma).

A. Scutirea

Sunt scutiți de serviciul militar, în toate elementele armatei, tinerii loviți de o infirmitate sau slăbiciune fizică ori mintală care-i face improprii la orice serviciu combatant sau auxiliar al armatei.

Scutirile nu pot fi pronunțate decât de către medicul recrutor, ale cărui constatări sunt înscrise într'un registru, sub semnătura sa proprie. —

registru care, după terminarea operațiunilor recrutării, e depus la Ministerul Armatei (Direcția Sanitară) odată cu statistica medicală (art. 29 L. R. și art. 66 Regul. L. R.). — *Statistica medicală* cuprinde, între altele, un raport patologic, cu expunera bolilor, infirmităților și viciilor de conformație incompatibile cu serviciul militar.

Numai delegatul ministerului Armatei poate cere medicului recrutor să deslușească bine felul bolii care motivează scutirea, pronunțându-se categoric, dacă infirmitatea e de așa natură că, și în ipoteza că i s'ar acorda omului două amânări succesive, el tot impropriu serviciului militar (combatant sau numai auxiliar) ar rămâne. Medicul nu trebuie să uite că, odată scutit, tânărul nu mai poate face parte din nici unul din elementele puterii armate: deaceia, în cazul când sorțul nu ar fi pe deplin dezvoltat sau ar avea vreo slăbiciune fizică, datorită unei boli momentane, medicul îi va acorda o primă și, la nevoie, o a doua amânare (art. 67 Regul. L. R.).

Medicul recrutor nu va ține seama de certificatele liberate de medicii civili (medicii militari nu au voie să elibereze certificate sau să dea consultație tânărului chemat la recrutare), decât numai cu titlul informativ. Asistările medicale sunt interzise (Art. 68 Regul. L. R. și art. 8 Instrucțiunile Medicale).

Toate aceste îngrădiri nu știrbesc însă întru nimic autoritatea științifică a medicului recrutor, pentrucă legea îl face personal răspunzător de eventuala recrutare a unui om cu infirmități cari îl fac impropriu serviciului militar (art. 72 Regul. L. R.). Iar atunci când medicul, din considerațiuni de ordin pur medical sau moral (bănuiala de simulare din partea celui interesat) ezită să se pronunțe, tânărul e recrutat cu adnotația: „Rămâne a se examina din nou la corpul său și a se decide conform art. 29 și 32 din lege”. (Art. 74 Regul. L. R.). Acest supliment de examen e mai ales recomandat atunci când e vorba de nevroze și boli mintale, în cari uneori e foarte greu ca dela prima investigație, să se facă demarcarea între realitate și simulare.

Am văzut, că delegatul Ministerului Armatei, are căderea să ceară medicului recrutor să-și motiveze hotărârea de scutire. Dacă se produce divergență, cazul e examinat în a doua instanță de o comisiune compusă dintr'un ofițer și un medic, ambii superiori în grad celor din consiliul de recrutare. În caz de o nouă divergență, Ministerul Armatei decide pe baza avizului comitetului consultativ sanitar (art. 73 Regul. L. R.).

* * *

Constitue motiv numai de scutire de serviciul militar cei atinși de: *pelagră* (asociată cu debilitatea generală); *tuberculoza pulmonară* și *tuberculoza chirurgicală osoasă*; *lipsa nasului sau diformități ale nasului* cari alterează mult respirația și vocea; *gura de lup* și *macrostomia*; *cicatricile vicioase sau aderente* (cu jenă funcțională pronunțată sau când cauzează o desfigurare); *gușa kistică* sau *parenchimatousă* (cu volum considerabil); *scurtarea* unui membru inferior (dela 4 cm. în sus); *fistulele osoase*; *lepra mutilantă*.

Cât despre bolile mintale cari pot constitui o cauză de scutire, le indicăm la subdiviziunea: „Scutirea și reforma” (unde sunt enumerate insuficiențele fizice și intelectuale de natură a justifica eliminarea, *de plano* sau după încorporare, din toate elementele puterii armate).

2. Reforma

Tinerii recrutați în urma a două amânări consecutive și găsiți inapți cu ocazia examenului făcut la încorporare, sunt reformați (art. 71 Regul. L. R.).

Tinerii recrutați la prima sau a doua înfățișare și găsiți inapți la încorporare (din cauza debilității generale), sunt reformați, în urma unei supravizite a medicului diviziei respective (*art. 85 L. R. și art. 255 Regul. L. R.*).

Reforma se pronunță și în oricare moment al anilor de serviciu (21—50 ani).

Pentru recruții reformați în primele trei luni dela sosirea lor la corp se întocmește un raport patologic, în care sunt trecute toate bolile și infirmitățile preexistente în momentul încorporării (*art. 164 Instr. Med.*).

Constituie motiv de reformă:

a) Diverse boli: *diabetul; guta; paludismul* (cu cachexie ori leziuni organice pronunțate); *anemia pernicioasă; icterul hemolitic; hemofilia; leucoemita; limfadenia; tuberculoza* (în toate formele ei și la oricare dintre organe); *simfizele pleurale; bolile cerebrale; bolile spinale sau cerebro-spinale; bolile nervilor periferici* (însoțite de paralizii sau turburări trofice și vasculare cronice și incurabile); *bolile nervoase în legătură cu turburările glandelor endocrine; neurofibromatoza generalizată, psicho-nevrozele* (isteria, neurastenia, nevroza traumatică), *miopatiile primitive; infantilismul psihic și debilitatea mentală; psichozele toxice* (autogene sau exogene), precum și toate formele de demență, în special cea senilă precoce și cea organică; *desechilibrării sau degenerării* (cu turburări psihice); *favusul; tumorile maligne ale capului* (meningocelul sau meningoencefalocelul).

b) Bolile de urechi: *imperforația osoasă, otita medie cronică supurată bilaterară, otita medie cronică adesivă sau scleroasă; obliterația ambelor conducte auditive externe stenoza trompei lui Eustache de ambele laturi; surditatea complexă a unei urechi sau scăderea auzului vocii șoptite la o distanță mai mică de 1 metru; labirintitele cronice; vertijul lui Mennière; evidarea petromastoidiană* (chiar unilaterală).

c) Boli de ochi: *miopia, hipermetropia, anisometropia, astigmatismul* (ce trece de 8 dioptrii); *ambliopia, amaurosa, micșorările intense ale câmpului vizual* (de origine centrală și fără leziuni apreciabile), *blefaritele, blefarostomul înțepurat, epifora* (foarte pronunțată), *dacriocistita supurată, fistulele lacrimale, pterigiomul, cheratitele ulcerale sau interstițiale, scleritele și episcleritele* (foarte pronunțate); *leziunile coroidelor — coloboma, lipsă de pigment (albinism), retinitele, corio-retinitele, retinita pigmentară, temeralopia, deslipirea retinei, atrofiile nervului optic, hemianopsiile, scotomele întinse, paralizia mușchilor ochiului* (însoțită de diplopie).

d) Bolile nasului: *polipii fibroși naso-frontali, naso-maxilari sau nasofaringieni, rinoscleromul, ozena, sinița cronică ulceroasă, fistulele sinusurilor și caria oaselor nasului.*

e. Bolile gurii: *lipsa dinților* (însoțită de ulcerăriuni și fongozități ale gingiilor); *fistulele salivare* (cu orificiul exterior la față).

f. Bolile gâtului: *fistulele branchiale congenitale, tumorile vasculare inoperabile.*

g) Bolile laringelui, faringelui și esofagului: *leziunile traumatice ale laringelui, însoțite de stenoză sau alterăriuni grave ale vocii, laringita tuberculoasă, distrugerea parțială a epiglotei, abcesele retrofaringiene, paralizia cordelor vocale, viciile de conformație definitivă ale faringelui, laringelui și traheei, ulcerăriunile cronice, tuberculoase și sifilitice, dilatația pronunțată, străm-*

tările definitive: *diverticulile, tumorile și varicele esofagului, tumorile neoperabile ale laringelui.*

h) Bolile aparatului respirator: *bronșita cronică (cu emfizem pulmonar), bronhectazia, pleuresia exudativă (recidivată sau însoțită de debilitatea generală), turburările pulmonilor în fazele de germinație și de conglomerare, corpii strejeni ai pulmonilor (cu turburări funcționale).*

i) Bolile aparatului circulator: *pericarditele cronice, simfizele cardiace, asistolia, leziunile organice ale valvulei tricuspide, ale orificiului și aortei pulmonare, leziunile congenitale ale inimii, hipertrofia cordului (pronunțată), tachicardia permanentă, aritmia, pulsul lent permanent, aortitele cronice, arterio-scleroza (pronunțată), angina de piept, anevrismele, tumorile mediastinale, miocarditele cronice (manifestate numai prin insuficiența cardiacă).*

j) Bolile abdomenului: *traectele fistuloase (ținând de o leziune osoasă sau viscerală), abcesele reci, peritonitele, bolile inveterate ale stomacului și intestinelor (ulcere, stenoze), apendicita cronică recidivată; hemoroizii interni inoperabili (voluminoși și complicați cu ulceratii ale mucoasei sau cu fistule anale); leziunile cronice ale ficatului (hepatita supurată, hepatita cronică, cirozele, kistele hidatice), litiaza biliară rebelă; splenectomia, tumorile intraabdominale (neoperabile), resecția întinsă a unei porțiuni din aparatul digestiv, incontinență permanentă a materiilor fecale, tumorile maligne, orice tumori neoperabile sau cari după operație au lăsat aderențe.*

k) Bolile aparatului genito-urinar: *lipsa unui rinichi (din cauză chirurgicală); neferitele cronice, calculii renali și uretrali, rinichiul mobil (pronunțat), rinichiul polichistic, kistele, tumorile, hidronefrozele, pionefrozele, tuberculoza renală; tumorile bășicii, cistitele cronice sau tuberculoase, incontinența urinară permanentă, incontinența nocturnă, stricturile uretrale multiple; hipertrofia, tuberculoza și tumorile maligne ale prostatei, prostatitele cronice rebele, tuberculoza epididimară și testiculară, tumorile maligne ale testiculelor, sau cele benigne voluminoase și inoperabile; castrarea bilaterală chirurgicală.*

l) Bolile membrelor: *anchilosele fibroase extrem de jenante, proectilele neextrase (producătoare de turburări funcționale), sindactilia fibroasă; piciorul strâmb pronunțat, fractura rotulei (jenantă la mers), calusurile și cicatricile plantare aderente (jenând mersul).*

m) Bolile de piele: *eczemele cronice persistente: lepra tuberculoasă, tuberculoza pielii (pe suprafețe întinse); lupusul eritematos al feței, rebel și cu cicatrice atrofice; pemfigusul cronic, prurigo (Hebra); psoriasis rubra (Hebra), eritrodermiile exfoliante generalizate, psoriasisul trunchiului membrelor și pielii capului (rebel și recidivat), boala lui Dercum, keratomele palmare și plantare congenitale rebele; albinismul însoțit de turburări nervoase: sarcomatoasă cutanată și tumorile maligne ale pielii; sicosis rebel cu atrofia sistemului pilos; leucemiile cu manifestări cutanate.*

5. Scutirea și reforma.

Sunt afecțiuni, infirmități ori vicii de conformație cari, după aprecierea medicului recrutor, sunt o cauză de scutire pe loc, ori un motiv de reformă ulterioară (în momentul încorporării sau după încorporare). Acestea sunt:

a) Bolile generale: *obesitatea, când omul este diform și are dificultăți de respirație sau o mărire de volum a cordului; lepra, farcinul, tumorile maligne, rucitismul (cu deformațiuni osoase pronunțate), simultaneitatea mai multor boli (deși fiecare în parte poate fi compatibilă cu serviciul militar), epilepsia.*

b) Bolile capului: *chelia cicatricială* (ocupând mai mult de jumătatea capului), *tumorile benigne, osificarea necomplexă sau desosificarea pronunțată cicatriciale întinse, diformările pronunțate, asimetria prea pronunțată a feței, figura monstruoasă, surdi-mulțitatea.*

c) Bolile ochiului: *cicatricile vicioase, simblefaronul întins, triciaza* (cu leziuni corneene definitive), *tumorile maligne ale pleoapelor, ptosis congenital bilateral, lagoftalmia* (chiar unilaterală), *conjunctivita granuloasă recidivantă* (rebelă la tratament și complicată cu panus, cu cicatrice întinse, îngroșarea și devierea tarsului, retracțiunile fundurilor-de-sac, chiar numai la un ochiu), *opacitățile corneene definitive, stafilomul corneean sau sclerotic, viciile de conformație ale irisului, sinechiile posterioare și anterioare definitive, ocluziunile pupilare, luxațiile cristaliniului sau ale capsulei, tumorile intraoculare, exoftalmia* (foarte pronunțată), *nistagmul* (foarte pronunțat), *tumorile progresive sau maligne ale cavității orbitare, osteitele cronice, sinusitele fistulizate, aderențele întinse și jenante.*

d) Bolile nasului: *lupusul întins tuberculos sau eritematos al nasului.*

e) Bolile gurii: *atrofia maxilarului inferior; fracturile neconsolidate; luxațiile nereduse; anchiloză articulară temporomaxilară; pierderea unei porțiuni din limbă; cicatricile vicioase, atrofia și paralizia, hipertrofia definitivă a limbii; aderențele anormale (jănând vorbirca), tumorile neoperabile ale limbii; gângăvirea și mutismul.*

f) Bolile gâtului: *adenitele cervicale cronice în masă (caseificate sau supurate), torticolisul pronunțat definitiv.*

g) Bolile toracelui: *diformitățile congenitale sau dobândite pronunțate, lipsa însemnată a unor porțiuni osoase din pereții toracelui, calusul vicios al claviculei; leziunile cronice ale oaselor, tuberculoza pulmonară* (cu debilitate generală pronunțată sau cachexie) *fistulele toracice.*

h) Bolile inimii: *hipostolia și astolia.*

i) Bolile abdomenului: *cicatricile abdominale* (consecutive laparotomiei); *herniile ombilicale, orice fel de hernie operată și recidivantă* (după a doua operație), *herniile inguino-scrotale voluminoase* (de mărimea unui cap fetal), *splenomegaliile* (de origină palustră, leucemică sau cirotică), *fistulele aparatului digestiv, anusul contra naturii, prolapsul rectal.*

j) Bolile coloanei vertebrale și ale basinului: *spina bifida și luxațiile vertebrelor, anchilozesele vertebrale, morbuul lui Pott, deformațiunile pronunțate ale coloanei vertebrale, deformațiuni însemnate ale basinului.*

k) Aparatul genito-urinar: *extrofia bășicii, corpii streini, calculii vesicali, epispadias penian, penu-pubian; hipospadias perineal, hipospadias cu orificiul mai înapoi de treimea anterioară a penisului și micțiunea dificilă; hermafrodisumul, lipsa penisului, elephantiasis scrotal sau penian.*

l) Bolile membrelor: *lipsa totală sau parțială a unui membru: genu-valgum, varum, recurvatum* (rachitism) *pronunțate; amputațiile și resecțiunile, curburile defectuoase pronunțate ale oaselor lungi, luxațiile vechi nereduse, relaxarea capsulelor articulare, anchilozesele osoase ale articulațiilor mari, supinația, pronația și resecțiunea epifiselor oaselor lungi, osteo-mielita cu fistule persistente, tumorile osoase, fracturile consolidate cu turburări trofice sau impotența funcțională; tumorile albe, hidratosele vechi și recidivate, corpii mobili inoperabili; ulceresele cronice incurabile, ulceresele perforante trofice, cicatricile întinse și aderente varicele; lipsa sau impotența funcțională complexă și definitivă a două degete sau numai a policelui dela o singură mână ca și luxația ireductibilă a policelui, piciorul plat și răsturnat, pierderea 3 a trei degete dela unul din picioare sau pierderea a câte două falange dela patru degete.*

m) Bolile de piele: *hiperkeratoza extremităților membrelor, psoriasis*

vulgar, *ichtiosa generalizată, licheul roșu, sclerodermia și sclerodactilia, boala lui Raynaud, elephantiasis cronic* al extremităților, *naevi verucoși, piloși generalizați* (ocupând trunchiul și membrele și producând o înfățișare disgrațioasă), *ichtiosa nigricas generalizată, pelada generalizată* a întregului sistem pilos.

n) Bolile mintale. — În general alienația mintală confirmată (indiferent de varietatea ei). La scutire sau reformă se iau în considerare numai certificatele de internare eliberate de ospicij sau case de sănătate, anume autorizate de Stat. Chiar vindecat, un alienat nu e admis în rândurile armatei.

Sunt motive de scutire ori de reformă: *cretinismul, idioția, imbecilitatea, hidrocefalia, demența precoce, psychoza depresivă, delirurile sistematizate, paralizia generală, tabo-paralizia, sifilisul cerebro-spinal* (difuz sau localizat, dar cu leziuni definitive), *pelagra și alcoolismul* (ambele cu turburări mintale permanente).

* * *

Orice certificat de scutire ori de reformă trebuie să cuprindă nu numai diagnosticul bolii ori al infirmității, ci și considerațiunile de ordin științific cari motivează hotărîrea medicului (*art. 9 Instr. Med.*).

4. Supravizita.

Ministerul Armatei poate oricând chema la o supravizită medicală pe toți amânații sau scutiții, din orice contingent până la împlinirea vârstei de 50 ani: pe *amânații* în orice moment al intervalului amânării, iar pe *scutiții*, în interval de 7 ani dela pronunțarea scutirii. — Această supravizită se face fie de către un medic militar, în prezența unui ofițer superior anume delegat de către Minister, fie de către consiliul de recrutare.

În cazul când se constată că un tânăr a fost pe nedrept amânat sau scutit, el e imediat incorporat, iar medicul recrutor, care a pronunțat amânarea sau scutirea, e pasibil de pedeapsa prescrisă de art. 144 C. P.: 2—5 ani închisoare și amenda cât îndoitul valorii darului primit sau numai fâgăduit (*art. 51 L. R. și art. 77 Regul. I. R.*).

5. Recrutarea în absență.

Tinerii recrutați în absență, pe măsură ce sunt găsiți ori se prezintă singuri, sunt examinați de medicul regimentului de infanterie local și, după aptitudinile lor fizice, se va lua o hotărîre în ce privește repartizarea lor pe arme (*art. 86 L. R.*). Bineînțeles că unul absolut impropriu serviciului militar nu poate fi reținut sub arme, după ce și-a ispășit pedeapsa pentru nesupunerea nejustificată la obligațiunile legii.

6. Mutilările voluntare sau simularea bolilor.

Acestea nu constituie motive de scutire sau de reformă, iar cazurile constatate sunt deferite justiției civile sau celei militare (*art. 50 Instr. Med.*).

Tânărul bănuît a se fi mutilat *înainte de recrutare*, cu gândul de a se sustrage dela obligațiunea serviciului militar, e dat în judecata tribunalului

civil și vinovăția fiindu-i dovedită, e pedepsit cu închisoare dela o lună la un an. Aceeaș sancțiune penală se aplică — de astă dată de tribunalele militare — tânărului recrutat care, în răstimpul dintre recrutare și prezintare la corp, s'a făcut intenționat impropriu serviciului militar. — La expirarea pedepsei, omul din ambele categorii, intrucât slujirea nu-l face impropriu serviciului militar, e încorporat spre a servi 4 ani sub arme, indiferent de arma sau serviciul la care e repartizat.

Pentru eventualii complici — medici, chirurghi sau farmaciști — pedeapsa închisoarei e dela 2 luni la 2 ani și o amendă de 200—1000 lei, fără prejudiciul pedepselor mai grele prevăzute în legea penală (*art. 117 L. R. și art. 501 din Regul. L. R.*).

Printre mutilările voluntare de cari are să se ocupe medicul militar, în timpul serviciului și mai ales în timp de campanie, cea mai interesantă e desigur simularea unei răniri cu arma de foc (simulare care, dealtfel, se poate întâlni și în viața civilă: înșcenarea unui atentat imaginar, a unei răniri prin imprudență sau a unei încercări de sinucidere).

În simulările rănirilor cu arma de foc fraudă e demascată prin semnele descărcării dela o distanță mică (în genere, în simulare, avem tragerea *bout-touchant* — adică gura țevii atinge sau mai că atinge hainele sau pielea regiunii voluntare; *Chavigny* socoate mai expresiv termenul de *bout-touchant* decât cel de *bout portant* sau a *brûle-pourpoint*).

Semnele unei atari descărcări sunt: *aspectul rănii, tatuajul, arsura* (vezi mai departe: rănile prin arma de foc).

Chavigny a notat, în cursul marelui războiu, pe frontul francez, așa zise *mutilări mașinate*. Unii auto-mutilatori cu arma de foc au avut grijă de a interpune, între regiunea corpului în care urmau să tragă și între gura țevii, un cearceaf o cuvertură, etc. La examenul corpului intermediar s'a găsit urme de distrugere și o încrustațiune de fire de pulbere.

Weisselisch („Contributions à l'étude des mutilations volontaires et de quelques maladies simulées”. Paris 1921) care a făcut întreaga campanie pe frontul francez, notează și el câteva edificatoare observații de auto-mutilare prin armă de foc. Cele mai frecvente dintre aceste cazuri privesc rănirea voluntară a picioarelor și mânilor (îndeosebi a mâinii drepte). — Sediul de predilecție al mutilării îl formează părțile moi, nivelul comisurilor degetelor, eminența tenarului, spațiile interosoase, extremitățile degetelor.

În primul loc se recomandă studierea direcțiunii de pătrundere a glontelui, mai ales când avem de examinat o rană la picior: e greu să se noteze un traiect perpendicular al glontelui pe fața dorsală aabei, dacă arma n'a fost descărcată de însuși soldatul interesat.

În concluziile sale, expertul nu are să se pronunțe asupra acuzațiunii de auto-mutilare; el trebuie să se mărginească la identificarea distanței dela care a fost descărcată arma. E treaba autorităților de represiune ca, prin ancheta lor, să facă dovada acestei auto-răniri.

O atenție deosebită se cere medicului recrutor, spre a nu se lăsa indus în eroare prin *simularea* unei boli ori a unei infirmități inexistente, *exagerarea* unei boli ori a unei infirmități reale, sau chiar *provocarea* unei stări morbide cu caracter trecător și aceasta numai cu scopul de a se obține scutirea ori reforma.

Misiunea medicului militar e adesea ori dintre cele mai ingrate, pentrucă are de dejucat manopere de o ingeniozitate uluitoare și cari dovedesc o perfecționare nebănuită a sistemelor aplicate de „artiști” simulării.

Deosebit de instructive sunt câteva din exemplele citate de *Derblich* și printre cari spicuim: 1) Sorșarii dintr'un district al fostului regat lombardo-venetian obțineau aderența trecătoare a degetelor mâinei drepte, cu ajutorul unei plante locale *equisetum arvense* pe care o fixau între degete. Prin fricțiunea zilnică se producea o inflamație: scoțând în urmă planta, aplicau un bandaj compresiv și astfel se realiza aderența. După ce trecea recrutarea, înlăturau aderența cu foarte mare ușurință. 2) Un soldat internat la infirmeria regimentului prezintă o curioasă inflamație a ochilor. Supravegheat îndeaproape, s'a constatat că-și provoca inflamația cu fărâme de emplastru de cantaride pe cari le ținea sub unghiile dela degetele groase ale picioarelor și pe cari le fixa între pleoape.

Nu urmează însă, că orice bolnav trebuie privit ca un simulator și tratat ca atare. Știința și experiența oferă destule mijloace pentru demascarea impostorilor, fără a fi nevoie de a se recurge la mijloace condamnabile cari, cu intențiunea curată de a se împiedeca o fraudă, duc la erori și uneori la adevărate orori. Așa, a fost supus la un groaznic regim de tortură un soldat bănuțit că simulează boala, pe când în realitate el suferea de o coxită neobservată de medicul regimentului și pentru care în urmă a fost reformat (*Derblich*). La noi, a fost tratat ca simulator un soldat care suferea de o osteită vertebrală cu începutul unei mielite, ignorate de medicul regimentului (*Miletici*).

Medicul nu are dreptul să se folosească decât de indicațiunile științifice, iar nu și de practice reprobate de conștiința omenească, precum ar fi: aplicarea de vesicătoare, caustice, scarificațiuni urmate de fricțiuni cu spirt camforat pe pielea vulnerată, extensiunea forțată a membrilor, îndreptarea brutală a gâtului, narcotizarea, dușurile reci, bandajul compresiv al ochilor, cămașa de forță, trepanația, arderea cu fierul înroșit în foc, curentul galvanic, cloroformizarea (care poate avea urmări letale), etc. Hipnotizarea, din contră, e recomandabilă, dar de multe ori dă greș, față de rezistența simulatorului.

Repetăm: depinde de cunoștințele și de experiența medicului, precum și de răbdarea și tenacitatea acestuia spre a dovedi simularea, care se prezintă sub cele mai varii aspecte ale tuturor stărilor morbide din domeniul patologiei interne și externe.

Simularea constituind un câmp de investigație nu numai pentru medicul militar ci și pentru medicul-expert în genere, în toate cauzele în care verificarea bolii ori a infirmității prezintă un interes primordial pentru o bună administrare a justiției, consacram un capitol special (cel imediat următor) expunerii amănunțite a acestei chestiuni. În acel capitol vom examina în parte fiecare din manifestațiunile morbide a căror imitare sau exagerare ar putea tenta pe simulator pentru eschivarea dela obligațiunea serviciului militar ori în vederea unei fraude în civil, precum și pentru invocarea irresponsabilității totale sau parțiale în acte pasibile de sancțiuni penale.

7. Elementele periculoase sănătății morale a armatei.

Legea recrutării și regulamentul ei de aplicare, precum și instrucțiunile desvoltătoare date medicului recrutor înarmează pe acesta cu toate științele necesare spre a asigura respectul absolut al principiului că nici un bărbat valid, truște și sufletește, nu se poate eschiva dela marea datorie a serviciului militar. Dar problema nu are numai acest aspect constructiv, pentru că, ea ne oferă și o latură, greșit nesocotită, pe care nu ezităm s'o calificăm distructivă. Căci, interesul apărării naționale nu stă numai în *cantitatea* contingentului anual ci și în *calitatea* acestuia. Și socotim că nu se stăruie indeajuns asupra *calității*, de oarece criteriul de selecționare își pierde din elasticitatea ce ar trebui să aibă, atunci când medicul recrutor se găsește în fața unui individ care, deși perfect valid fizicește, nu e decât aparent valid sub raportul echilibrului psicho-cerebral. E vorba de acele cazături sociale cari, în dreptul penal, beneficiază de o responsabilitate atenuată, iar în dreptul civil sunt considerate ca susceptibile de a fi puse sub interdicție. — elemente pe cari medicul recrutor, legat prin instrucțiunile astăzi în vigoare, e obligat să le rețină ca *bune* pentru serviciul militar. Tăria armatei e astfel subminată de adevărați fermenți de disoluțiune ai sănătății morale a materialului uman al apărării naționale: (*Provent*, în: „La criminalité militaire en France en temps de paix” 1926, dă alarma contra primejdiei ce o constituie reacțiunile interpsichologice, provocate de prezența, într'o aglomerațiunea militară a anormalilor psihici, a celor atinși de tare mintale).

Iată latura distructivă a problemei și care a format obiectul unor ample desbateri la al 4-lea Congres internațional de medicină și farmacie militară. (ținut în 1927, la Varșovia). Prin moțiunea adoptată se preconizează eliminarea din armată, chiar în timp de război, a celor atinși de grave afecțiuni consecutive *traumatismelor craniene*: epilepsia, neuropsichozele, nevrozile, turburările fiziopatice,

După cum se vede, e vorba de ferirea armatei de contagiunea extrem de periculoasă prin microbul virulent de desagregare ce-l constituie debilitatea mintală și dezechilibrul cerebral. Chestiunea a fost reluată în două interesante studii apărute în periodicul „*L'Hygiène mentale*” (numărul din Noembrie 1928), datorite penelor competente ale profesorilor Fribourg-Blanc și Gauthier, dela Văle-de-Grâce.

Dacă e adevărat, precum observă Fribourg-Blanc, că în genere debilii mintali (acei cart îngroasă armata nevropașților, toxicomanilor, hiperemotivilor, obsedașilor, pithiacilor) pot fi utilizați în serviciul militar cu condițiunea exercitării unui control special al aptitudinilor lor, *constituie însă o primejdie morală prezența, în rândurile armatei, a debilibilor perverși sau pervertiți, foști sau viitori clienți ai instanțelor represive.*

Nu mai puțin periculoși sunt *desechilbrații* cari după cum foarte bine relevă Gauthier, sunt tot atât de vanitoși și de recalitrați, pe cât de timizi

și de maleabili sunt acei dintre debilii mintali cari nu au pecetea perversiunii. Desechilibrării turbură coeziunea morală a unităților sau a serviciilor militare prin spiritul de indisciplină, prin calomniile lor, prin recriminările lor cari își găsesc un ecou pernicios în coloanele gazetelor ori în cluburile și adunările politice. Atari elemente n'au ce căuta în armată, pentru că „armata nu trebuie socotită ca o școală de reeducare a psihopaților, nici ca un refugiu al falșilor morali și al inutilităților vieții sociale”.

Temciurile tezei, admisă în pomenitul congres și ulterior susținută de cei doi colegi dela Val-de-Grâce, sunt irefutabile: ogorul celei mai nobile îndatoriri cetățenești trebuie ferit de buruiana distrugătoare a debililor și purtătorilor de tare mintale. Dar adoptarea ei impune și aceea a corolărului punerii lor la carantină în viața socială, pentru că altfel, ar însemna crearea unui privilegiu monstruos în favoarea unor descalificați cari, scutiți de sarcina serviciului militar în timp de pace și la adăpost de riscurile din vreme de războiu, „pot, nestingheriți, să se infigă în primele rânduri ale societății, ca financieri, parlamentari, miniștri, — iar ironia vicisitudinilor să aducă, în calitate de ministru de războiu, pe unul din acești tarați în capul aceleiaș armate care nu l-a admis nici măcar ca simplu soldat” — după cum, cu o îndreptățită revoltă și îngrijorare, se exprimă *Desfosses* în observațiunile ce publică, în aceiaș chestiune în „*La Presse Médicale*” (9 Februarie 1929).

Vom încheia cu concluzia lui *Desfosses*:

„Nu ajunge să cerem de a i se lua desechilibratului psihic posibilitatea de a semăna desordinea într'un pluton sau într'un batalion, de vreme ce îi lăsăm, în viața civilă, o libertate prin nimic îngrădită de a exercita asupra norodului o acțiune sugestivă cu atât mai mare cu cât inteligența lui lipsită de frâul moral va avea mai multă imaginație, va găsi în judecata-i alterată mai puține piedici, iar în conștiința lui o mai pronunțată absență de scrupul. Și istoria modernă abundă în astfel de specimene”. Neavând ce căuta în armată, semi-nebunii trebuie ținuți la distanță și în viața civilă.

SIMULAREA. EXAGERAREA ȘI PROVOCARA AFECȚIUNILOR ȘI A LEZIUNILOR

„Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades“.

În această maximă, cu aparență de paradox științific, găsim definită sarcina expertului, civil ori militar, ori decâteori se află în prezența unui suspect: nici idea preconcepută că simptomele cutărei afecțiuni sau leziuni nu se pot crea în mod artificial, nici pornirea împotriva celui examinat, pe simpla considerațiune a absenței unuia sau mai multora din simptomele cari, în teoria patognomonică, trebuie să caracterizeze o anumită boală, infirmitate sau leziune. Starea morbidă e individualizată, ca una ce e în funcțiune de constituția anatomică, de condițiunile biologice și fiziologice ale fiecărei entități umane, și de aceea numai în cazuri foarte rare ea corespunde cu formula simptomatologică depe eticheta patologică — aceasta din urmă făcând parte dintr'o catalogare ideală. Necălăuzindu-se decât de aceasta, omul artei riscă să-și încarce conștiința cu păcatul unei adevărate crime, după cum mărturisește *Fodéré*, urmărit toată viața sa de mustrarea de cuget de a fi văzut cu ochii lui moartea unui soldat care se plângea de intense dureri reumatice, și pe care-l declarase simulator, numai pentru faptul că piciorul bolnav nu prezinta simptomele slăbirii și deformării — așa cum scrie la carte.

E ușor să decretezi simularea, greu, enorm de greu e s'o demonstrezi. Și apoi, însăși demonstrația, înconjurată cu toate garanțiile de sinceritate, e de multe ori atât de fragilă, pentrucă: „il existe des hommes certains, mais il n'existe pas de certitude“ (*Renouvier*). De aceea, medicului-expert, precum am spus-o și n'o putem repeta îndeajuns, i se cere, pe lângă cunoștinți aprofundate, o bogată experiență, o mare perspicacitate și o inepuizabilă doză de răbdare. Cum să ne pronunțăm cu ușurință asupra unui om viu, la care atâtea elemente de edificare sunt și de ordin pur subiectiv, atunci când însăș autopsia nu ne dă cheia enigmei în numeroasele cazuri de morți subite!

E adevărat că simularea tentează, dar dela legendarul Ulysse, căruia i se atribuie paternitatea sistemului de a se sustrage dela serviciul militar, și dela vechii „meșteri“ romani în arta de a crea

artificial debilitatea constituțională, profilaxia anti-simulatoare a făcut progrese uimitoare și nici acei cari, fie pentru a se sustrage dela o îndatorire, fie pentru a-și ușura răspunderea civilă sau penală, simulează o boală, nu mai sunt atât de naivi ca să-și închipuie că ajunge să încerci, ca înșelăciunea să isbutească. Astăzi se știe că știința dispune de un aproape nepuizabil arsenal de investigație și de depistare și deaceia simularea propriu-zisă a scăzut enorm: ceea ce se întâlnește mai frecvent e *exagerarea* afecțiunii, infirmității sau leziunii, stare de spirit atât de bine caracterizată de *Lasègue*: „*On ne simule bien que ce qu'on a*” — și nu prea sunt mulți acei cari se încumetă să prostească pe medic, atunci când au conștiința absenței totale a elementelor formulei simptomatologice a stării morbide invocate.

Cât despre rănilor, voluntar provocate, recomandăm regula generală de diferențiere atât de lapidar formulată de *Briand*: Omul artei, chemat să constate dacă o rană e reală sau simulată, trebuie să vadă întâiu, dacă leziunea e cu adevărat în raport cu cauza arătată. Adesea, unele răni sunt în aparență grave: în realitate, însă, instrumentul n'a atins decât pielea, cel mult mușchii sub-cutanați. Alte ori, forma și dimensiunile rănii sunt de așa natură, că e ușor să ne convingem că rana n'a putut fi făcută cu instrumentul cu care rănitul pretinde a fi fost lovit. Sau aceste răni erau imposibile în pozițiunea în care, după însăș spusele rănitului, acesta s'ar fi aflat. Înșfârșit, găurile, rupturile depe haine nu corespunde rănilor.

* * *

Ar fi să umplem pagini numai cu simpla enumerare a capitolelor speciale din tratatele de patologie externă și internă, din tratatele de medicină legală, cu pomenirea comunicărilor făcute la diversele asociațiuni științifice și la congrese, cu rezumarea studiilor consacrate fiecărei varietăți de simulare, cu înșirarea titlurilor manualelor și tratatelor închinat exclusiv explorării domeniului ingeniozității în arta mai mult sau mai puțin desăvârșită, de a crea stări patologice imaginare sau numai voit exagerate.

Simularea a furnizat material de cercetare și de interpretare unei extrem de bogate literaturi de specialitate. Din atâtea și atâtea nume cu autoritate nediscuțată în materie, reținem pe acela al lui *Boisseau*, din al cărui „*Traité des maladies simulées*” — 1870 s'au inspirat mai toți autorii de manuale de atunci publicate: *Derblich*, spre a nu-l cita decât pe acesta, n'a făcut decât să rezume și să adapteze în nemțește opera lui *Boisseau*; *Miletici* (adaptatorul și adnotatorul în românește al lui *Derblich*), etc. O mențiune deosebită pentru *Chavigny*, medic militar și profesor la Facultatea din Strasbourg, al cărui magistrat „*Diagnostic des maladies simulées*” (Paris, 1921) cu cele 545 pagini ale lui, constituie cea mai completă și totodată mai controlată operă didactică pentru studiul simulării bolilor și de care ne-am servit mai mult în analiza mijloacelor de verificare a faptelor medicale cari pot solicita intervenția medicului legist.

I. Bolile generale

Examenul acestora reclamă multă sagacitate din partea expertului, pentru că adesea are de examinat o afecțiune la debutul ei și simptomatologia acesteia prezintă multe lacune.

1. **Debilitatea generală artificială** se provoacă de obicei prin postire, purgative drastice, vomitive, ingerarea de substanțe otrăvitoare (arsenic, plumb, iod, mercur), cantități mari de oțet, introducerea de usturoiu în anus, fumatul exagerat de tutunuri tari, etc.

Debilitatea generală provocată se diferențiază de cea naturală, pe calea de eliminare a acelor afecțiuni cari, la debutul lor, în absența unor simptome obiective, pot da naștere la bănuială de simulare, — afecțiuni cum ar fi tuberculoza incipientă, neurastenia, histero-neurastenia. Pentru manifestățiunile *tuberculoase* (dintre cari cea mai insidioasă în perioada prodromică e *meningita tuberculoasă*) verificarea se face cu ajutorul radioscopiei, al sero-diagnosticului, al spirometriei, al cytodiagnosticului revărsărilor pleuretice, al chimismului respirator, al analizei scuipatului, al explorațiunii clinice și, în timpul unei observațiuni mai lungi, prin cântărirea periodică a individului.

a) *Frigurile*. — Mijlocul de control indicat e termometrul. Expertul trebuie însă să supravegheze în persoană luarea temperaturii, pentru preîntâmpinarea fraudelor: mișcarea instrumentului, frecarea lui, sub plapumă, între culele cearșefului sau ale cămășii, face să se ridice mercurul până la 58° și 59°. Trebuie exclus termometrul a maxima. De preferință temperatura rectală.

Cât despre frigurile zise histerice, realitatea lor e azi cu hotărâre contestată.

b) *Pulsul*. — Frecvența și amplitudinea pulsației radiale sunt artificial provocate prin: urcarea pe nerăsuflete a scărilor, un drum lung și obositor pe jos, starea de apnee voluntară, lovirea cotului de zid.

2. **Anemia** se provoacă prin: fricțiuni cu pomezi mercuriale, nopți albe după o muncă obositoare, insuficiență alimentară, abuz de alcool, ceaiu și cafea.

3. **Diabetul**. — Urina putând fi sofisticată prin adăugire de glucoză, medicul nu va examina decât urina emisă în prezența lui. Individul bănuie că și-a provocat diabetul cu ajutorul floridzinei, va fi izolat, percheziționat și apoi pus sub observație. Diagnosticul comportă, în afară de examenul urologic complet, un examen clinic amănunțit.

4. **Scorbutul** se simulează prin cauterizarea gingiilor cu acizi sau cu sare de bucătărie, ventuze uscate, prin tatuarea și colorarea extremităților spre a le da aspectul hemoragiilor multiple caracteristice în această afecțiune generală.

Diagnosticul diferențial. — În scorbutul autentic se notează: o debilitate generală cu o slăbire notabilă a energiei musculare; aspectul cachetic și colorația lividă a gingiilor tumefiate și spongioase; predispoziția la hemoragii, mirosul fetid al gurii, echimosele tegumentare, ulcerele greu de vindecat pe extremitățile inferioare și în regiunea sacrală, infiltrațiunea musculară a gambelor. În ce privește colorația gingiilor și a extremităților, o simplă spălătură ajunge pentru demascarea eventualului simulator.

5. **Tetanosul** e simulat prin unele atacuri de histerie. Accidente spasmodice, simulând perfect tetanosul, au fost observate la un bărbat care suportase operația circumciziei (*Pitres*).

6. **Turbarea** e simulată, fie pentru scăparea de serviciul militar, fie

pentru șantajarea proprietarului câinelui. Diagnosticul diferențial e lesne de făcut, grație cunoștințelor ce avem în ce privește accidentele nervoase consecutive transmisiunii virusului turbării prin mușcătura de animal sau de om.

7. Erisipelul: provocarea unei dermite erisipelatoase prin aplicarea unei substanțe vesicante (a cărei prezență se poate identifica pe calea analizei chimice). De obicei, erisipelul simulat e apiretic, iar un excelent element de diagnostic e examenul formulei leucocitare.

8. Oreionul se obține prin injecția subcutanată de aer, provocată prin strângerea nărilor și astuparea gurii cu mâna: tumefacția ce rezultă e sonoră la percuție și e însoțită de un emfizem cutanat. La examen nu se constată temperatură.

9. Lepra: un caz de lepră tuberculoasă provocată prin inocularea voluntară de puroiu lepros la ante-braț (*Coffin*).

10. Intoxicațiunile. — Intoxicație voluntară printr'o decoctie de dafin, provocând o încetinire a pulsului la 37 pe minut (*Bonnette*).

Intoxicațiile cu morfină, hașiș, ether, opium, cocaină, heroină, etc. sunt foarte frecvente. Simptomele sunt bine determinate.

II. Bolile de piele

Ele sunt provocate sau exagerate, fie prin frecarea cu un corp aspru (perie, de exemplu), fie cu ajutorul unor escitante și caustice: urzici, muștar, tartru stibiat, cantaridă, thapsia, usturoiu strivit, suc de euforb, pucioasă, ipeca, diverși acizi.

E de notat că afecțiunile simulate se diferențiază lesne de leziunile autentice. Mai greu e când ne aflăm în prezența unor leziuni cutanate întreținute, cari totuși isbesc prin aceea că vindecarea lor întârzie prea mult: atunci se caută să se identifice agentul de întreținere a afecțiunii.

1. Dermatozele, cari de obicei au o configurație geometrică (poligonală sau circulară), se provoacă prin lichide caustice, prin substanțe iritante sau prin fricțiuni cu un corp aspru.

Cele mai frecvente sunt:

a) *Eritemul simplu* — erisipeloidul — provocat prin făina de muștar, thapsia, scoarța de dafine, uleiul de croton, sau prin frecarea cu o bucată de stofă aspră ori cu o perie.

b) *Bășicarea*: cu cantaridă, tinctură de iod, rădăcini și frunze de diverse renonele, de clematită.

c) *Pustulele*: mai mici cu uleiul de croton, iar cele mai voluminoase se obțin prin înțepături, escoriații cu unghia, cu un corp aspru, ori prin inocularea de produse de secrețiune pe leziuni pustuloase antecedente.

d) *Leziunile ulceroase*: contuziuni repetate cu un corp solid, escoriații cu corpuri aspre (șmirghel, pilă, perie), fricțiuni cu sare, arsuri (chibrituri, țigară), fier înroșit, diferite substanțe caustice (acizi, alcaline, săruri).

Individul atins de un ulcer cronic e, în general, de un temperament slab, cu pielea palidă, iar membrul ulcerat e ușor atrofiat sau, cel puțin, foarte varicos. Dacă însă cel examinat are o înfățișare de om voinic, fără glande gătuite, cu marginile ulcerului rotunde și brune și cu fondul lui de un roșu aprins, cu vecinătatea inflamată cu pete sau beșici, e locul să bănuim fraudă. *Controlul*: se aplică pe membrul ulcerat un bandaj înfășurat, pe care,

cu cerneală, se trag linii; dacă suspectul desface bandajul, în vederea unor manopere de întreținere a ulcerăției, se va cunoaște numaidecât prin deplasarea liniilor cari marchează circularele primitive ale bandajului.

e) *Escare*: cu un emplastru de săpun și sare.

f) *Răia*: prin întepături cu un ac în spațiile interdigitale și frecarea cu o soluție concentrată de sare.

2. Turburările pigmentației și secrețiunile colorate:

a) *Chromidrosa*: Panas recomandă curățirea pleoapelor și observarea persoanei timp de 1—2 ore. *Spring* a dovedit simularea prin aplicarea pe față a unui strat subțire de colodiu, prin care, după 24 ore, a străbătut substanța colorantă.

b) *Hiperidrosă plantară* simulată cu ajutorul unor prelungite băi calde de picioare și aplicarea ulterioară a unei cărpe muiate în urină (*Edgard Blum*).

3. Bolile pielei capului. — a) *Inocularea fausului*.

b) *Chelbea* poate fi simulată prin turnarea câtorva picături de acid azotic pe pielea capului. Diagnosticul clinic (părul nu are caracterile speciale ale acestei alopecii) se completează cu examenul microscopic.

c) *Pelada* poate fi simulată prin epilare. Demascarea se face printr'un pansament ocluziv de colodiu: creșterea în masa a părului devine repede vizibilă. — Cât despre *inocularea peladei*, *Chavigny* e sceptic, deoarece mulți bacteriologi contestă caracterul ei contagios.

III. Leziunile chirurgicale

Diferențierea unei leziuni naturale de una provocată se face numai pe baza unui minuțios diagnostic.

1. Edemul dur al dosului mâinii (pentru întâia oară descrise de *Secretan*) se poate provoca prin lovirea înceată și repetată cu un corp tare, în vreme ce încheetura mâinii e legată strâns spre a se produce o stază venoasă.

2. Echimozele cutanate: fie prin loviri repetate, fie prin sugere (*cu gura*: echimozele sunt ovale; *cu ventuze*, ele sunt rotunde). — *Echimozele ochi* pot fi simulate fie prin frecarea cu o bucată de plumb, fie prin frecarea cu urzici sau cu ajutorul nitrului de argint. Invechindu-se, echimozele acestea artificiale nu se modifică.

3. Escoriațiile se întrețin: fie prin frecarea cu săpun și reșezarea pansamentului, fie prin frecarea răni cu un amestec de sare sau sticlă pisată, după aceea se spală pentru înlăturarea urmelor suspecte.

4. Mușcăturile se înștează cu ajutorul unor pense dințate speciale, cari variază după dantura animalului al cărui proprietar urmează să fie șantajat.

5. Flegmoanele. — a) *Flegmoanele septic*: un fir de ață sau un fir de păr, în prealabil îmbibat cu tartru dentar, puroiu, substanță putrefiată, materii fecale, e tras printr'o încreștură a pielii. — *Diagnosticul*: se caută în mijlocul porțiunii lezate două găuri mici, cu o distanță de 2—4 cm. între ele. — Se mai poate provoca prin introducerea directă de tartru dentar într'o incizie făcută în țesutul celular sub-cutanat.

b) *Flegmoanele aseptice*: injecțiuni subcutanate cu petrol, apă săpunită, urină, esență de terebentină. — *Diagnosticul*: la incizie, puroiul are un aspect special, iar mirosul indică substanța injectată. — O altă indicațiune prețioasă o dă examenul cytologic al constituției acestui puroiu: în loc să fie alcătuit aproape exclusiv din leucocite, conține până la 50% celule mononucleare mari. Iar pe cale histo-chimică se identifică prezența, în conținutul acestor celule

speciale. a unor mici picături din substanța întrebuințată (Fauré-Frémiet: „Étude sur les abcès provoqués par injection de substances non septiques”, 1920).

6. Rănile infecțioase: aplicarea unei bucăți de carne putrefiată pe piele, în prealabil frecată cu un corp aspru sau cu substanțe iritante. În armată, infecțiunea se poate obține prin infectarea unei simple escoriațiuni cu unsoarea întrebuințată pentru întreținerea armei. Se mai pot realiza la nivelul maleolei interne, prin următorul procedeu, verificat în cursul marelui război: provocarea unei arsuri a pielii cu o bucată de postav aprinsă, frecarea subsequentă sau aplicarea unui pansament cu o bucată de pânză muiată în clăbuci de săpun: după 12—24 ore, se observă o infecție și o infiltrare a tegumentelor (*Weisselisch*).

7. Tumori subcutanate. — Cea mai caracteristică tumoare artificială e *vaselinomul* (elaiomul), obținut prin injectarea uleiului de vaselină. Vaselinoamele, cari au aspectul unor mase fibroase, sunt provocate de preferință în preajma articulațiilor (genunchiu sau gleznă) sau în regiunea scrotului. Ganglionii corespunzători regiunii infiltrate cresc în volum și conțin și ei picături din uleiul injectat. Vasinomul se comportă ca o tumoare malignă, de vreme ce s'a văzut că el se reproduce *in situ*, chiar după o extirpațiune chirurgicală completă.

Diagnosticul se face prin procedeul Biondi-Mariani: cu ajutorul unei seringi Pravaz se prelevează, din lichidul tumorii, o picătură, a cărei natură se identifică prin tratarea ei cu albastrul de Nil.

Jacob și Fauré-Frémiet au observat cazuri de formare de vaselinoame la oameni cărora li se făcuse injecții terapeutice cu ulei de vaselină.

9. Arsurile: prin acidul sulfuric, acidul clorhidric, iar pentru evitarea îngririi arsurii se toarnă imediat peste rană untură topită. Se mai poate provoca prin frecare intensă cu un amestec de sare de bucătărie și de săpun negru.

9. Elefantiasis și sarcom prin injecții de parafină. S'a obținut astfel un elefantiasis al scrotului (*Kustner*) și un sarcom în unghiul maxilarului inferior (*Goldenberg*).

10. Cicatricele pot fi invocate întru pretextarea unei jene funcționale. — Jena mecanică se poate diagnostica prin aplicarea benzii lui Esmarch și prin utilizarea goniometrului pentru determinarea gradului de funcționare a articulațiilor. Expertul va stabili simptomele obiective concomitente, va face o anchetă asupra impotenței obicinuite, va studia atitudinile vicioase și va examina mentalitatea individului, pentru identificarea unor eventuale turburări nervoase.

11. Atentatele simulate se demască prin examinarea rănilor, a escoriațiunilor. — O atenție deosebită trebuie dată atentatelor imaginare, în deosebi când e vorba de atentatele la pudoare, născocite fie din răzburare, fie sub imperiul unui dezechilibru de natură histerică, fie în sfârșit sub acela al sugestiunii (mai ales la copii cari sunt prin excelență mythomani).

12. Tulburările contractilității musculare. — Noi propunem ca mijloc de verificare narcoza prin eter sau clorofom, deși *Chavigny, Déjérine, Pitres* contestă valoarea acestui procedeu, pentru că, după ei, narcoza ar avea de efect de a suprima orice contractură (de origine periferică, medulară, centrală, psihică sau voită). E însă de nețigăduit, că narcoticele permit diferențierea unei contracturi de o retracțiune, aceasta din urmă neputând fi niciodată simulată.

Mijlocul eficace de verificare e diagnosticul diferențial al tuturor cauzelor obicinuite ale contracturilor: afecțiunile cerebrale (în cari fascia pirami-

dală e atinsă în originile sau în traectul ei), bolile măduvii spinării interesând fascia piramidală, nevrozile, intoxicațiunea cu strichnină, virusul turbării, tetanosul, scorbutul, histeria. — Pentru diferențierea unei contracturi histerice de una simulată, Charcot recomandă tracțiunea continuă, cu înregistrarea traseului zguduirilor musculare: la histeric contractura cedează treptat — o destindere regulată care traduce efectul progresiv al oboselii musculare: simulatorul, din contră, care face eforturi voluntare spre a rezista, nu se poate împiedeca de a produce zguduiri cari, pe traseu, se înscriu cu mari neregularități. — Tot atât de caracteristic e, dacă se ia, simultan sau izolat, traseul respirator.

Din faptul încetării brusce a contracturii, nu trebuie numai decât se deducă simularea: Charcot a înregistrat numeroase asemenea vindecări.

13. **Herniile.** — Atribuirea unei hernii vechi unui traumatism recent (accident de muncă) necesită o intervenție a expertului: examenul direct îi va desvălui existența urmelor bandajului, iar ancheta va confirma această constatare.

Impotența funcțională variază după hernii și după individ. Pentru aprecierea durerilor de cari se plânge herniosul, medicul se călăuzește după următoarele elemente: sediul herniei (o hernie a liniei albe, chiar de volum redus, e mai dureroasă ca o hernie mare inguinală): aderențele între sac și organele din interiorul acestuia (reducția incompletă): mentalitatea bolnavului, starea lui nervoasă.

Herniile suportabile nu trebuiesc numai decât operate, pentru că de regulă cicatricea intervenției chirurgicale mărește cu mult incapacitatea de lucru.

14. **Afecțiunile scheletului.** — Grație radiografiei se pot identifica leziuni a căror ignoranță ar putea justifica bănuiala de simulare.

a) Perioada medico-legală a *fracturilor* începe din ziua ridicării aparatului imobilizator, când expertul are să se pronunțe asupra realității înțepenirilor articulare, a parezilor reflexe sau dinamice (cu sau fără atrofi musculară), a contracturilor histerice.

b) *Șchiopătarea.* — Orice jenă prelungită a mersului lasă o urmă pe talpa încălțăminte; de aceea expertul va căuta graficul natural al pasului și totodată va lua amprenta plantară a ambelor picioare. Unele neregularități ale mersului se notează foarte bine cu urechea.

Șchiopătarea intermitentă, cu manifestarea exagerată a durerii, justifică bănuiala de simulare.

c) *Picior forțat.* — Cele două leziuni principale ale piciorului, fractura metatarsienelor și artrita multiplelor articulații, se pot indentifica prin auscultație (procedeul lui Weber); paralel cu durerile cari își au sediul în picioare, există afecțiuni cardiace consecutive reumatismului articular. În absența unei alte afecțiuni, se caută dacă individul n'are blenoragie (artrita blenoragică, al cărei sediu obicinuit e la genunchi, se localizează uneori în laba piciorului). Dacă pe talpa piciorului există o umflătură, la nivelul unuia sau a mai multor metatarsieni, atunci avem a face cu un picior forțat.

d) *Metatarsalgia* sau *morbil lui Morton*: un sindrom dureros cu localizarea la nivelul capetelor metatarsienilor, fără existența vreunui semn obiectiv.

e) *Afecțiunile articulare.* — Disparația revărsării articulare nu e un semn al vindecării: dacă leziunea e articulară, prognosticul e muscular, iar în ce privește genunchiul, atrofia tricepsului e esențială. — *Artritele și reumatismul* se simulează prin percuția repetată a genunchiului cu un săculeț de nisip, timp

de 15—30 minute; se produce o umflătură datorită unei periartrite și se aud chiar pârâituri articulare.

Simularea afecțiunilor genuchiului se demască prin observație: intermitența schiopătării — individul, uitându-și rolul, uită se schiopăteze. — O cauză de eroare în apreciere se poate căuta în existența arthropatiilor variabile în simptomele lor. Arthropatia histerică e foarte frecventă.

f) *Luxația*. — Procedul de predilecție pentru provocarea artificială a luxației e următorul: sub gleznă se așează un dop, se încălță piciorul la loc și apoi cu marginea piciorului se lovește cu putere în zid; luxația e gata.

g) *Coxalgiile*. — Dacă observăm o schiopătare a soldului, fără notarea unei cauze apreciabile (a unei leziuni articulare), să nu uităm de existența pseudo-coxalgiei histerice înainte de a ne pronunța pentru simulare.

În cazul când coxalgia e complicată, prin contractură, cu atitudini vicioase, simularea se poate dovedi prin procedeul lui *Charcot*: tracțiune continuă (procedeu descris la „Turburările contractibilității musculare“)

IV. Afecțiunile pulmonare

Pretându-se mai ales la exagerare și provocare, acestea pot fi ușor identificate prin diagnosticul diferențial, clinic și bacteriologic.

1. Bronșita poate fi provocată pe cale de expunere la răceală, ori prin fumarea de tutun amestecat cu praf de pucioasă, inhalarea de gaze iritante.

2. Tuberculoza pulmonară se pretează la fraude, fie prin substituirea scuipatului de examinat, fie prin sofisticarea acestuia, dându-i o falsă aparență de amestec cu sânge *hemoptoic* (prin adăugarea eosinei sau a sângelui sănătos).

a) *Substituirea scuipatului*: în vederea examenului, unii țin în gură scuipat expectorat de un ftizic (cazuri semnalate de *Dorotéa*).

b) *Falsa hemoptizie se obține*: 1) prin adăugarea eosinei la scuipat; 2) prin amestecarea scuipatului cu sânge, care poate proveni, prin eroziune, din gură sau faringe, ori prin sugerea sângelui dintr-o înțepătură a degetului; 3) prin amestecarea scuipatului cu sânge animal.

Dar chiar o hemoptizie autentică nu e întotdeauna un semn pozitiv al unei leziuni pulmonare. Pentrucă adesea, în perioada hemoptiziilor pre-tuberculoase, semnele de auscultajie sunt foarte atenuate și există o afecțiune care simulează foarte mult hemoptizia tuberculoasă: e vorba de hemosialimesa (descrisă de *Josserand*), accident de natură histerică (datorit unui traumatism). Caracteristica *hemosialimesei*: lichidul, pus într'un pahar conic, se împarte, după trecerea de 24 ore, în trei straturi suprapuse: stratul superior foarte roșu, bogat în hemoglobină și foarte sărac în hematii; stratul median colorat în roz; stratul inferior, de un roșu bătând în cenușiu, constituit de celulele epiteliale și de globulele roșii foarte decolorate.

Diagnosticul tuberculozei comportă: 1) examenul clinic; 2) radioscopia și radiografia (cari însă pot da loc și la erori de interpretare a imaginilor; 3) proba tuberculinei sau a sero-diagnosticului tuberculos, oculo-reacția (susceptibile de cauze de eroare, prin aceea că notează leziuni tuberculoase la indivizi clinicește vindecați); 4) analiza bacteriologică, făcută însă cu toate garanțiile de sinceritate în ce privește proveniența expectorației examinate.

Atunci când e vorba de stabilit o legătură între o tuberculoză incipientă și un traumatism, se recomandă următoarele reguli de expertiză:

1) ancheta asupra stării anterioare a bolnavului; 2) stabilirea unui raport dela cauză la efect între locul contuziei toracice și situația zonelor tuberculoase ale plămânului; 3) verificarea dacă imediat după traumatism s'a ivit o hemoptizie.

3. *Pleurezia sero-fibrinoasă*, fiind mai întotdeauna de natură tuberculoasă, e firesc ca simularea ei să ispitească fie pe sorțar ori soldat, fie pe un accidentat de muncă. Diagnosticul se stabilește prin: 1) palpație, percuție și auscultație; 2) verificarea integrității mișcărilor toracelui: cu ajutorul unei aparat înregistrator special se înscrie traseul comparativ al dilatării fiecărui hemitorax și, constatându-se o diferență notabilă, trebuie exclusă ideea simulării. Deasemenea să se țină seama și de posibilitatea unei *pseudo-pleurezii de natură histerică*.

4. *Turburările ritmului respirator* se manifestă prin spasmurile, tonice ori clonice, ale diafragmei.

5. *Laringita și angina*: prin aplicarea în jurul gâtului de comprese reci, ori prin fumarea de țigări stropite cu alcool.

V. Bolile nasului și ale gurii

Deși numai câteva din ele pot justifica scutirea sau reforma, boalele acestea sunt în schimb un foarte frecvent element de fraudă, pentru obținerea de concedii, în timpul serviciului militar.

1. *Afecțiunile foselor nazale*. — a) *Epistaxis* e ușor de simulat sau de provocat (mai ales când există o leziune a punctului hemoragic al lui Kiesselbach). *Epistaxis-ul rebel* (care poate fi datorit unei afecțiuni cardiace, morbului lui Bright) va fi controlat prin rinoscopia anterioară și posterioară.

b) *Ozenul* poate fi provocat cu ajutorul unor corpi streini putriți.

c) *Polipii* pot fi simulați prin introducerea în nări a rinichilor de iepuri sau a testiculelor de cocoșel.

Prezența corpurilor streini se notează însă și la histerici.

2. *Afecțiunile cavității bucale*. — *Simularea fluxionii dentare* sau a unui *emfizem al obrazului*, care se provoacă prin insuflarea aerului în canalul lui Stenon. Frauda e dovedită prin dilatarea pronunțată a acestui canal.

3. *Dentițiunea*. — a) *Caria dentară generalizată* nu poate fi provocată.

b) *Urmele de infecțiune din perioada evoluției dentare*. — Nu numai sifilisul ereditar, ci și convulsivile din anii copilăriei, febra tifoidă sau orice altă boală gravă (între 8 și 12 ani) lasă ca stigmat striuri transversale pe incisivii primei dentiții și cari vor fi moștenite de incisivii din a doua dentițiune.

VI. Bolile urechii

Grație progreselor realizate de otologie, boalele acestea nu mai pot fi lesne simulate.

1. *Afecțiunile urechii externe și ale urechii mijlocii*. — *Surditatea unilaterală sau bilaterală* poate fi provocată prin obstrucțiunea voluntară a conductului auditiv (introducerea de corpi streini sau de amestecuri semifluides în urechca externă). Curățirea urechii și examenul cu speculum și cu oglinda dovedesc fraudă.

Otita medie cu otorce poate fi obținută prin injectarea unei soluții concentrate de acid acetic în conductul auditiv. — *Perforarea timpanului* cu un ac nu ajunge să provoace surditatea, dacă puncția nu e însoțită de o inoculare septică a urechii mijlocii.

Surditatea reală poate fi datorită unei scleroze progresive a timpanului.

2. Turburările subiective, cari se pretează simulării, sunt: amețeala, văjăitul, surditatea.

a) *Surditatea unilaterală* simulată se verifică întâiu prin cercetarea acuității auditive a ambelor urechi, după obturația lor alternativă. Apoi se examinează transmisiunea craniană. Prezența unei leziuni a urechii externe și mijlocii nu înlătură simularea. Nu trebuie însă să se uite că, în otita medie cu scleroza interstițială progresivă, infirmul urmărește mai bine o conversație în mijlocul zgomotului decât în tăcere (*paracusia* lui Willis). Deasemenea, șoapta e mai bine auzită decât glasul tare de o ureche cu timpanul perforat și cu distrugerea ciocanului și a nicovalei. Există și o histerie a urechii și deaceia, numai după ce s'a eliminat prezența elementului histeric, se poate recurge la proba care constă în a face pe cel examinat ca, după ce a repetat cuvintele auzite cu urechea sănătoasă, să repete și cele auzite, fără să o știe și cu urechea pretinsă bolnavă.

b) *Surditatea bilaterală* adevărată, traducându-se uneori printr'o stare de deprimare mintală, trebuie să fie caracterizată și prin modificarea mimicii. Proba cu gradarea vocii în descreștere cu o injurătură rostită încet la urechea celui examinat, precum și proba cu zgomotul produs de căderea unei monezi sau a unui pahar (ceașcă, etc.) pe parchet nu sunt concludente, pentrucă tocmai simulatorii vor ști să și joace rolul, pe când surdul adevărat poate uneori percepe și vocea slabă și zgomotul.

Diagnosticul comportă: ancheta, examenul complet al urechii, surpriza (la un moment dat simulatorul poate să se trădeze). Dintre procedeele întrebunțate, cel mai ingenios e al lui Gowseff: Alternativ se freacă mai întâiu cu mâna, apoi cu o perie pe spatele hainei celui examinat: la fel se operează cu altă perscană așezată cu spatele în imediata apropiere a suspectului: acesta din urmă trebuie să spună instantaneu ce aude. Surdul adevărat nu se 'nșeală, pe când simulatorul confundă într'una senzația tactilă cu cea auditivă. — Proba aceasta e concludentă, cu condițiunea ca în prealabil să se stabilească în mod neîndoios că suspectul nu suferă de o surditate de natură histerică, aceasta comportându-se exact la fel cu surditatea simulată.

c) *Surditatea verbală pură*. — Bolnavul aude ușor zgomotele, dar nu prinde înțelesul cuvintelor ce i se adresează, Incapabil de a scrie sub dictare, e în stare, în schimb, să scrie spontan, să citească, indiferent cu glas tare sau încet, să copieze literele scrise sau tipărite.

VII. Turburările vorbirii

Acestea au dat, dau și vor mai da loc la încercări de mistificare, cu mai multe sau mai puține șanse de succes.

1. *Gângăvitul* e coexistent cu histeria, degenerescența mintală, neurasenia. — Proba cloroformizării, preconizată de unii pentru dovedirea simulării, noi o combatem cu hotărîre, ca fiind periculoasă. Singurul mijloc de control e ancheta și formula simptomatologică: turburări respiratorii, intermitența și dispariția totală a infirmității în timpul cântării.

a) *Gângăvitul asociat cu unele ticuri*: un fel de sughiț sgomotos sau o inspirație șuerătoare și sacadată, apoi spasmuri ritmate ale feței, ale unuia din brațe, ale unuia din picioare care bate în cadență, în timp ce infirmul se înalță în vârful degetelor celui alt picior.

b) *Gângăvitul histeric*, în opoziție cu gângăvitul esențial care apare din copilărie, se produce brusc la o vârstă înaintată, consecutiv unei emoțiuni sau unui traumatism. Gângăvitul histeric poate precede sau succede mutismului histeric sau să alterneze cu afonia histerică (*Charcot*).

2. *Afazia* (pierderea memoriei semnelor pentru exprimarea ideilor) prezintă câteva varietăți: *afazia recepțiunii, afazia transmisiunii, cecitatea sau surditatea verbală, agrafia, amusia, dislexia, parafazia, atalia idiopulică*. Consecutivă unei boli sau unui traumatism, afazia nu prea dă loc la încercări de simulare.

3. *Afonia* (stingerea vocii, care nu mai are decât caracterul de șoaptă) tencează des pe simulators. Ea e datorită unei paralizii a coardelor vocale, — paralizie consecutivă fie unei leziuni anatomice, fie unei histerii laringee.

Diagnosticul: determinarea, cu ajutorul laringoscopului, a pozițiunii exacte a coardelor; identificarea leziunii anatomice (leziunea trunchilor nervoși, leziunea bulbului, leziunea creierului, myopatiile laringee); studiul turburărilor funcționale ale vocii (cuvântul rostit, zgomotele laringee reflexe: țipetele de durere sau spaimă, tusea, strănutul, fluieratul); căutarea principalelor stigmatice ale histeriei: semnul lui *Thaon de Wice* (prezența unei zone de anestezie cutanată pe fața anterioară a gâtului, la nivelul laringelui) și semnul lui *Sollier* (anestezia pielii capului la nivelul zonei motrice atinsă de nevroză, în ocurență zona circonvoluțiunii lui Broca).

4. *Disartria* (dificultatea de articulare a cuvintelor) e datorită unei parezii sau unei paralizii a mușchilor fonatori (buzele, limba, etc.), de obicei consecutivă unui traumatism sau unei spaimi. Tencează pe simulators cari pot fi ușor demascați prin aceea că, în cursul unui interogatoriu prelungit, se trădează singuri.

5. *Mutismul* (absența totală a graiului articulat) poate fi congenital sau dobândit de mic copil, sau datorit unei grave degenerări mintale (idioția). Poate fi datorit și unui traumatism al capului, sau alienației mintale dobândite (mutismul ca simptom inițial la unii melancolici, care nu suprimă monologul interior — tradus prin atitudine și gesturi și care se prezintă cu intermitențe). — Tipul cel mai straniu, cu mai pronunțat caracter de intermitență, e acela al *mutismului histeric* (consecutiv unei infecțiuni sau unui traumatism) însoțit uneori și de o agrafie ciudată (o mută histerică, incapabilă să scrie cu penița, nu însă și cu creionul — *Déjérine*). Alte particularități ale mutismului histeric: conservarea sonorității obicinuite a tusei și strănutului, recăpătarea graiului în somn sau în urma unei impresii anodine (un mut histeric isbucnește în hohote de râs și reîncepe să vorbească, la vederea unei femei care alunecă și se stropește cu supa din castronul pe care-l aducea la masă — *Robert*). — O emoțiune puternică poate și ea provoca mutismul (un dezertor, în momentul când este prins, pierde graiul și, cu toată cura terapeutică, rămâne mut timp de trei ani, pentru ca deodată, fără intervenția vreunei cauze externe, să-și recapete uzajul vorbirii — *Roth*).

Diagnosticul simulării: nu ajunge examenul limbii și al coardelor vocale (cari în anumite forme ale mutismului nu prezintă nici o leziune anatomică), ci trebuie, în afară de ancheta asupra antecedentelor personale, să se procedă la un examen psihic și mental cât mai amănunțit. Îndeosebi pentru identificarea mutismului histeric, se recomandă, cași pentru afonia cu caracter histeric, căutarea celor două zone de anestezie (semnul lui *Wice* și acela al lui

Sollier). Pentru expertiza cu demascarea unui interesant caz de mutism simulat, vezi: Vol. I, pag. 805—811.

6. Surdi-mufitatea, congenitală sau dobândită, are aceleași cauze cași mutismul, așa că i se aplică aceleași regule de expertiză, atunci când există bănuiala unei simulări.

VIII. Bolile ochilor

Ele tentează foarte mult pe simulatori.

1. Conjunctivitele se provoacă fie printr'o fricțiune puternică fie prin cauterizarea cu var, nisip, ipsos, cenușă, sticlă pisată, pulbere de cantaride, de ipeca, praf de tutun, nitrat de argint, sulfat de cupru, sublimat corosiv, naftol. În cursul ultimului războiu s'a observat provocarea conjunctivitei cu ajutorul unui mic fragment de sămânță de rișină, pus în fundul-de-sac conjunctival: reacțiunea se manifestează prin apariția unor hemoragii sub-conjunctivale, în general limitate la regiunea inferioară bulbară, precum și la conjunctiva care căptușește pleoapa inferioară.

Conjunctivita artificială e frecvent unilaterală, în deosebi la ochiul drept.

Demascarea (procedeul lui *Kalt*): se freacă bine conjunctiva cu un mic tampon de fulmicoton, care e apoi uscat în etuvă la 50°. Se dizolvă fulmicotonul în alcool-eter, se evaporază uscat pe o lamă de sticlă și pelicula se examinează cu lupa sau cu microscopul. Ipeca, de exemplu, se prezintă sub aspectul unor mase sumbre cu cari se colorează amidonul în albastru-negru, prin soluția iodată a lui Gram. — Se mai recomandă explorarea fundurilor-de-sac, îndeosebi a celor de jos, în cari se mai pot găsi particule din substanța iritantă.

Se întâlnesc și conjunctivite blenoragice provocate.

2. *Blefaroptoza* histerică, care e destul de frecventă, dă de multe ori loc la bănueli nedrepte de simulare.

3. *Blefarospasmul* cu forma tonică sau clonică e o consecință a emoțiilor și a diverselor răni. Există și un *blefarospasm histeric* cu o evoluție foarte neregulată, care poate dispărea brusc sub influența unei distracțiuni.

4. *Strabismul* nu poate fi simulat vreme îndelungată. — *Strabismul* voluntar e de obicei orizontal și dă loc la o diplopie homonimă, rare ori eteronimă. Dovada fraudei se face prin neidentificarea nici unei cauze patogene: o turburare a refracțiunii, o leziune vechie. *Diplopia* simulată se poate demasca prin întrebuițarea diploscopului. — Există și un *strabism histeric*.

5. *Globul ocular*. — *Miopia* traumatică e de obicei unilaterală. — Un lucrător atribuia o gomă a irisului unei arsuri prin cenușe fierbinte, în cursul lucrului: la examen s'a dovedit că era o gomă sifilitică.

6. *Cataracta* (care de obicei e un semn al vârstei) poate fi și ereditară. — *Cataracta* provocată printr'un instrument înțepător n'are de obicei, la început, forma cataractei spontane: are un punct de iradiațiune excentric.

7. *Reflexul cornean*. — Abolirea acestui reflex e un semn obiectiv al insensibilității în atacul epileptic. La histerici, dimpotrivă, anestezia corneană e rară.

8. *Imobilitatea irisului*. — Unii indivizi pot obține o dilatație voluntară a pupilei. Imobilitatea pupilei poate fi obținută prin instilarea câtorva picături de atropină, dar aceasta provoacă o *mydriază* prea exagerată. Instilarea

cocainei, din contră, contribuie la succesul momentan al fraudei, pentru că mydriasa moderată provocată dispare după câteva ore. — Există și o mydriasă histerică.

9. Acuitatea vizuală. — Anomaliile acesteia pot avea drept cauză: a) o leziune anatomică a părților situate înaintea retinei (leziunea membranelor, turburările mediilor refringente sau vicii de refracțiune); b) o leziune anatomică a retinei sau a părților subjacente; c) o simplă turburare psihică.

Există cazuri de cecitate psihică, de cecitate a sufletului, de vedere inconștientă, cari îngreuiază diagnosticul simulării, în prezența unui histeric ambliop (*Baudry*).

a) *Ambliopia monoculară* simulată se demască prin următorul procedeu: printr'un dispozitiv special facem pe cel examinat ca, fără să-și dea seama, să continue, cu ochiul pretins bolnav, cititul început cu ochiul sănătos. Dispozitivul în chestie constă în: 1) o serie a cutiei lui Flees și a echivalențelor ei; 2) interpunerea de prizme cari dau două imagini; 3) interpunerea de sticle sferice cari suprimă viziunea ochiului sănătos; 4) interpunerea unui corp opac, care maschează o parte din caracterele tabloului; 5) diplopia provocată prin presiunea laterală pe ochiul ambliop; 6) căutarea rezistenței în reacțiunea pupilară; 7) întrebuițarea de sticle colorate.

Semnul acesta pozitiv e susceptibil de o eroare de interpretare, atunci când, cu toată absența unei insuficiențe anatomice, ne găsim în prezența, totdeauna posibilă, a unei ambliopii histerice. În cazul acesta, expertul va căuta să stabilească diagnosticul histeric, după stigmatetele caracteristice și după rezultatul anchetei asupra crizelor convulsive anterioare.

b) *Ambliopia bilaterală (cecitatea)*. — Conservarea pupilelor nu e un semn sigur al simulării, pentru că atunci când o leziune distruge radiațiunile optice într'o emisferă cerebrală dincolo de tuberculii quadrigemeni, reflexul luminos persistă în jumătatea câmpului vizual atins de hemianopsie (reflexul lui Wernicke). La fel, în cecitatea histerică. Tot atât de puțin probant e semnul lui Fallot: apropierea repede a unui corp înșepător de ochi și numărarea bătailor inimii, spre a se vedea dacă nu sunt accelerate. — *Willard* (1927) citează un caz de amauroasă bilaterală simulată de un soldat vreme de 14 luni — în care timp a fost ținut în observație în spital; în cele din urmă a fost reformat — și, imediat după aceasta... a recăpătat integritatea vederii.

10. Străntarea câmpului vizual. — Demascarea eventualei simulări se face prin compararea traseurilor luate cu campimetrul, instrumentul fiind așezat succesiv la distanțe variate. — *Cauză de eroare*: la nevrozații în genere și la histericii în particular măsurătoarea câmpului vizual poate varia în foarte largi proporții și să indice chiar un câmp vizual normal. De aceea, înainte de a conchide, expertul va proceda și la examenul celorlalte organe.

11. Simjul culorilor. — Alterațiunile simjului chromatic sunt foarte frecvente după traumatisme. În unele cazuri eroarea în aprecierea culorilor e de origine psihică. Proba cu discul lui Newton nu e decisivă, pentru că experiențele au arătat că atât omul atins de daltonism congenital cât și în cazul unei dischromatopsii histerice, culoarea complimentară absentă e percepută în timpul rotirii discului.

12. Hemeralopia (slăbirea acuității vizuale în timpul nopții) nu prea tentează pe simulatori. Din cauza procedeelelor întrebuițate pentru demascarea fraudei: a) izolarea prelungită într'o cameră neagră; b) aplicarea unui bandaj negru peste ochi; c) administrarea de purgative drastice de cum înoptează pentru a-l sili pe cel suspect să se scoale noaptea de câteva ori spre a se duce singur, pe întuneric, la privată. d) ingerarea unei mari can-

tități de untură de pește. — Atunci când hemeralopia are la bază o retinită pigmentară, prezența acesteia se poate identifica prin examenul oftalmoscopic. După teoria mai nouă, această afecțiune ar avea în genere ca origine o insuficiență hepatică, insuficiența alimentară și surmenajul.

IX. Afecțiunile aparatului digestiv

Acestea constituie unul din cele mai interesante capitole ale studiului simulării bolilor, atât prin varietatea lor cât și prin ingeniozitatea simulatorilor.

1. Digestiunea. — a) *Nevrozele digestive* își au originea într'o masticațiune insuficientă.

b) *Nevrozele secrețiunii, ale sensibilității și ale motilității stomacului; gastralgia, bulimia, merycismul, vărsăturile neroase* sunt tot atâtea elemente necesare unui diagnostic diferențial, pentru caracterizarea unui sindrom gastric suspect.

2. Tulburările apetitului și ale ingerării. — a) Creta, albul de Spania servesc spre a provoca *aspectul sabural al limbii*.

b) *Absența apetitului* poate fi simulată, dar nu trebuie să se uite că la historici ea e reală. *Anorexia și sitiofobia* sunt caracteristice perioadei de debut al unor stări melancolice.

c) *Turburări ale gustului* (pica, malacia), turburări ale apetitului (bulimia, abținerea voluntară) își au obârșia în afecțiuni mintale sau într'o nevroză.

d) *Obsesiunile digestive* sunt adesea pe nedrept luate ca simulate, ele fiind efectul unei stări anormale a căilor digestive.

e) *Dysfagia* e demascată prin introducerea sondei esofagiene de un calibru voluminos. — Cu toate acestea pot exista spasmuri reale ale esofagului, în cazuri de *esofagism* caracteristic epilepsiei, neurasteiniei, melancoliei, hipochondriei, histeriei, deși nu se constată o slăbire a organismului. Spasmul histeric al esofagului poate simula strămtarea neoplasică.—Radiscopia și radiografia pot induce în eroare în ce privește prezența unui corp strein introdus în esofag (s'a căutat identificarea unei plăci cu dinți falși, înghițită și oprită în esofag, pe când umbra înregistrată era datorită proiecțiunii unei mici gușe kistice — *Ecot*).

3. Vărsăturile. — a) *Merycismul* simulat nu poate fi diagnosticat decât în urma unui examen complet. — Merycismul, care se întâlnește la cei nervoși, poate fi și contagios, prin imitație.

b) De multe ori localizarea digestivă a nevrozei se explică prin *carie dentară, plosă intestinală*; bolnavii vomitează la 5—10 minute după ingerarea alimentelor, cu particularitatea că uneori varsă numai elementele solide, reținând pe cele lichide.

c) *Vărsăturile reflexe* își au originea în afecțiuni ale ficatului, rinichiului, în peritonită, constipație, helmintiasă intestinală, stenoză intestinală, excitație laringee, tumoare nazală, vertij auricular.

d) *Vărsăturile periodice*, descrise de Leyden, nu au o cauză bine identificată.

e) *Vărsăturile incoercibile din perioada sarcinii* sunt de atribuit histeriei (*Mathieu-Roux*).

Diagnosticul diferențial pentru demascarea simulării necesită un examen amănunțit și o observație foarte atentă.

4. Ingerarea de corpi streini. — Spre a simula persistența unui proiectil

întra-abdominal. unui răniți înghițit fie o bilă, fie un cocoloș de miez de pâine îmbrăcat în staniol, fie chiar un glonte. (*Edg. Blum*). Radiografia demască fraudă.

5. Colicile și diareea se provoacă prin înghițirea de cantități mari de apă săpunată sau introducerea de piatră acră în anus. Se demască prin căutarea ghiorăitului intestinal în fosa iliacă dreaptă, prin izolarea, observația și cântărirea suspectului. Numai examenul fecalelor nu poate înlătura fraudă pentru că se fac substituirii de scaune; pe vremuri, printre soldații francezi din garnizoanele din Cochinchina, cari voiau să se întoarcă în metropolă, se făcea un întins trafic cu scaunele disenterice.

6. Crizele apendiculare pot fi simulate și sunt greu de demascat, mai ales că există și o apendicită histerică.

7. Peritonita bacilară, în perioada ei latentă, se manifestă prin dureri vagi, intermitente, fără posibilitatea notării unui simptom obiectiv, nici chiar acela al temperaturii. Expertul va fi foarte prudent, înainte de a se pronunța pentru simulare; un element al diagnosticului îl constituie cântărirea periodică a suspectului.

8. Timpanita poate fi reală și chiar de natură histerică. Patologică, timpanita nu e datorită unei simple paralizii a mușchilor motori intestinali, ci și unui mecanism de deglutițiune care provoacă hipertensiunea gazoasă.

La femei, o timpanită nervoasă, mai frecvent histerică, simulează sarcina.

9. Pentru afecțiunile intestinale e greu de pus diagnosticul diferențial pentru dovedirea simulării, pentru că turburările digestiunii intestinale nu sunt încă bine indentificate cliniceste.

Cât despre *helmintiasa intestinală* ea se verifică prin examenul fecalelor.

10. Colicile hepatice se pretează la simulare și se demască numai prin rezistența suspectului la tratamentul terapeutic. — Sunt și histerici cari de bună credință se plâng de asemenea colici (un soldat s'a declarat ușurat după ce a constat cu ochii lui prezența unor pietricele în propriile lui dejecțiuni — pietricele pe cari le înghițise și acum le lua drept calculi — *Chavigny*).

11. Icterus *provocat* (prin absorbțiunea de camforă în doze mari, amestec de tutun și de pucioasă, carne sau pește stricat) e greu de diferențiat de icterul autentic, deoarece putem avea aface cu un icter emotiv consecutiv unui mare traumatism și cu o gălbănarea contagioasă (descrisă de *L. Martin* și *A. Petit*).

Garnier, Vanier și Roussille („Archives de Médecine et de Pharmacie militaire” 1914) și *Leclercq* (în raportul citit la Societatea de Medicină Legală din Paris, Februarie 1919) au descris o formă frecventă a icterului provocat: *icterul picricat*. Doza de acid picric necesară colorării în galben a tegumentelor unui adult e de 0,20 gr. (doza toxică fiind în medie de 0,01 gr. de kilogram de greutate a corpului, iar doza mortală de 0,15—0,30 gr. de kilogram). Doza ingerată de simulatori varia între 0,30 gr. și 1 gr.; adesea simulatorii absorbbeau, timp de câteva zile în șir, cantități variind între 0,30 și 0,50 gr. Colorația pielii și a mucoaselor după trecerea de 6—12 ore dela ingerare își atinge maximul de intensitate după 24 ore.

Prezența acidului picric în organism se caracterizează prin identificarea acidului picramic în urină. Pentru expertiza chimică, se recurge la reacțiunea Mithouard sau la diazo-reacțiunea lui Derrien.

Reacțiunea Mithouard: lichidul alcalinizat cu ajutorul amoniacului se pune în contact cu o soluțiune tartrică de sulfat feros. Prezența acidului

picric sau a acidului picramic e indicată de formarea unui inel vișiniu. Sensibilitatea acestei reacțiuni e de 1 la 300.000.

Diazo-reacțiunea lui Derrien: în urină se toarnă câteva picături de acid sulfuric și câteva picături dintr-o soluție de nitrat de sodiu. În contact cu acidul picramic se produce un derivat azotic incolor. Adăugând soluția diazotată la o soluție de naftol pe loc preparată, se formează un produs azotic care, dizolvat în eter, are o nuanță violacee. Reacția Derrien are o sensibilitate de 1 la 100.000.

Expertul, prin ancheta lui, va căuta să stabilească dacă acidul picric n'a fost ingerat din nebușare de seamă. În caz când soldatul afirmă că a putut să respire pulbere de acid picric (prin explozia unui obuz — acidul picric fiind întrebuințat ca exploziv), expertul examinează hainele pe cari nu se poate să nu se găsească atare pulbere care e foarte aderentă de stofă.

Simularea icterului cu ajutorul acidului picric se mai poate determina și cliniceste: nici o turburare a stării generale, absența temperaturii, absența stării saburale, absența decolorării scaunelor, absența pruritului, a bradicardiei; nici o modificare a tensiunii sanguine. Diagnosticul clinic se pretează însă la confuzie; e același ca al icterului acholuric sau al icterului hemolitic. Mai e de ținut seamă de spirochetoza ictero-hemoragică în care deasemenea se notează colorațiunea în galben a tegumentelor.

12. Incontinența fecalelor poate fi simulată, iar diagnosticul diferențial comportă un examen al cărui obiect este de a se căuta: a) o leziune anatomică a rectului; b) o leziune medulară; c) o nevroză sau o psihoză, — cari toate pot provoca incontinența.

X. Afecțiunile aparatului genito-urinar

Simulate sau provocate, aceste afecțiuni prezintă o destul de mare varietate și toate sunt de natură a influența deciziunea medicului în ce privește condițiunile de prestare a serviciului militar și de îndeplinire a unora dintre îndatoririle civile.

1. Incontinența urinei are drept cauze patologice: extrofia vesiceei, hipertrofia prostatei, calculi angajați în col sau uretru, neoplasme ale colului vesiceei, tuberculoza colului, ataxia, morbul lui Pott, mari traumatisme cerebrale, histeria, epilepsia, malformațiuni (fimosi, hipospadias) leziuni de vecinătate (rect, uter), leziuni la distanță (polipi, vegetații nazale), compoziția anormală a urinei; însfârșit, o cauză psicho-patică.

Începând din cea mai fragedă vârstă, incontinența urinară, care poate fi nocturnă și diurnă, se prelungește uneori până dincolo de 30 ani, ceea ce explică frecvența simulării sau provocării acestei afecțiuni.

Unii au căutat explicația incontinenței într-o stare paretică a vesiceei, alții în insuficiența sfincterului uretral. Fapt e că micțiunea voluntară e o funcțiune a creierului, iar mecanica expulsivă e sub dependența măduvii spinării; dar micțiunea poate fi și un act subconștient, efect al unor excitațiuni vizuale, auditive, sensitive.

Diagnosticul diferențial între o incontinență esențială și una simulată comportă: a) *antecedentele ereditare și colaterale*, sub raportul urinar, genital, mintal și nervos; b) *antecedentele personale*: condițiunile concepțiunii, ale gestațiunii și ale nașterii, vârsta la care individul a început să umble și să vorbească, bolile copilăriei, condițiunile de urinare din copilărie și adolescență, vicia sexuală după subertate, vicia intelectuală trecută; c) *examenul somatic* cu

notarea tuturor malformațiilor, leziunilor, afecțiunilor para-urinare sau para-genitale; d) numărul de micțiuni diurne și nocturne, micțiunile imperioase, cantitatea de urină emisă la fiecare micțiune și în interval de 24 ore, compoziția urinei; e) examenul chirurgical al uretrei și al vesicii (strămtarea, sensibilitatea canalului și a vesicii, toleranța acesteia la distensiune, forța ei de contractilitate); f) starea de nutrițiune generală și de nutrițiuni locale; g) starea aparatelor digestiv, circulator, respirator; h) afecțiunile genitale și repercursiunea lor asupra stării mintale; i) examenul psihic și mintal.

Dacă nu constatăm nici o cauză anatomică, nici una de atribuit unei leziuni a sistemului nervos, nici o cauză de origine reflexă sau psihopatică putem conchide la simulare, exagerare sau provocare.

2. Timiditatea urinară (explicată printr'o formă a degenerescenței, localizată în regiunea aparatului genito-urinar) e o adevărată inhibiție a micțiunii, provocată de jena morală: individul atins de această afecțiune nu poate urina ori de câte ori se simte observat. Inhibiția aceasta circumstanțială devine cu timpul o a doua natură, astfel că timidul ajunge un anuric, nemai putând să urineze chiar când nu există motiv de sfială. — O altă explicație a timidității urinare e aceea a obsesiunii la individul care a suferit moralmente depe urma unei incontinențe vindecate sau dela sine dispărută.

Simularea e greu de demascată, pentru că mijlocul observației nu-și găsește aplicarea, tocmai prin natura psihică a infirmității.

3. Polyuria e posibilă cu toată absența glicosuriei și a albuminuriei: un soldat, pus sub observație, a urinat până la 29 litri pe zi (*Beaudoin-Stoupy*). După *Mariani* o atare polyurie ar fi de natură histerică.

4 Anuria se observă la indivizi cari, sub raportul stării generale (fără accidente uremice) nu lasă nimic de dorit. Diagnosticul: simularea, afară numai dacă nu avem aface cu un histeric (ischuria histerică — *Charcot*).

5. Sofisticarea urinei. — a) *Cu puroiu*. Spre a simula consecințele unei boli, unii prezintă spre analiză urină amestecată cu puroiu.

b) *Urină fermentată*. — Alții, spre a simula consecințele unui traumatism (accidente de muncă) prezintă o urină cu depozite turburătoare (un accidentat a adus o urină turburată, cu miros amoniacal, cu un depozit masiv și abundent de fosfați amoniaco-magnezieni: s'a dovedit că această urină fusese în prealabil lăsată să fermenteze).

6. Hematuria. — Simularea e posibilă: prin eroziunea canalului uretral, prin injectarea de sânge în vesică și prin absorbțiunea de mari cantități de urotropină. Există însă și hematurii adevărate, de origine blenoragică ori de una histerică (aceasta din urmă consecutivă unei supărări sau unui acces de furie). — *Diagnosticul diferențial*: examenul căilor urinare: examenul microscopic și spectroscopic al urinei emise: examenul sistemului nervos: punerea sub strictă observație.

7. Chiluria (prezența de materii grăsoase în urină). — Un caz de simulare e relatat de *Chavigny*: O fată de 20 ani, recunoscută ca histerică, a prezentat la analiză o urină turburată, aproape lactescență. Internată în spital, i s'a luat urina cu sonda: acelaș caracter de lactescență. Intrigat însă de un sgomot ce auzise sub plapomă, internul desvelește bolnava și constată că aceasta mai ținea în mână o sticlă cu lapte, din care vărsase o parte în recipientul urinei.

8. Albuminuria simulată prin injectarea de albumină în vesică. *Demascarea*: dela suspectul pus sub observație se colectează, în recipiente separate și la intervale de câteva ore, timp de o zi sau două, cantități din urina emisă; examenul va arăta scăderea treptată a proporției de albumină, până la completa dispariție a acesteia.

9. Cistita poate fi provocată prin injectarea, în vesică, de soluțiuni iritante (18 cazuri de cistite prin injecțiunea unui amestec de urină, zeamă de lămâie și o doză mică de chinină — *Galienkowsky*).

Diagnosticul diferențial: examenul urinei (pedeoparte micimea depozitului format în urina colectată și menținută în stare de repaus, pe dealta sărăcia în elemente figurate, în deosebi leucocite, constatată la microscop).

10. Uretrita e simulată prin injectarea în canal fie a unei substanțe caustice, fie u emulsiunii unui corp gras. Pseudo-scurgerea blenoragică se mai poate simula (observațiile medicului rus *Sorocinsky*) prin următoarea manoperă: introducerea în canalul uretral a unei lumânărele de săpun (lungă de 4—5 cm. și cu diametrul de 3—4 mm.): prin mesaj, lumânărica e împinsă în profunzime, iar iritația pricinuită durează 48 ore, după care tricul e repetat.

Diagnosticul diferențial: identificarea gonococului și a leucocitelor din puroiu. În lipsă de microscop, se recurge la următoarele probe: 1. puroiul uretral, colectat pe jumătatea unei baghete de sticlă și examinat la lumina zilei, trebuie să apară galben sau gălbui; 2. puroiul colectat pe o sticlă de ceas e adăugat cu câteva picături dintr'o soluție de bicarbonat de sodiu 1%; dacă e vorba de un corp gras, se formează îndată un lichid săpunos din care, cu un paiu, se pot obține beșici (*Potopov*); 3. adăugarea puroiului suspect cu câteva picături dintr'o soluție de acid osmic 2%: lichidul se turbură, se colorează în negru, ca după puțin timp să capete nuanța roșu-brun (*Galienkowsky*).

11. Orchita simulată prin fricțiuni cu suc de euforb (aliu, laptelecucului).

12. Spermatooreea, după *Trousseau*, are ca origine predispoziții personale (incontinență urinară în copilărie) sau cauze ereditare (hipochondrie, melancolie, epilepsie, ataxie locomotrice): *Delbet* o consideră numai ca manifestarea unei inflamații locale a vesiculelor seminale sau a țesuturilor vecine.

Lichidul suspect se identifică prin caracterizarea elementelor figurate din spermă.

13. Vulvita provocată, în deosebi la fetițe, în scop de șantaj, se demască prin anchetă și examen (vulvita unei fetițe de 8 ani, provocată prin fricțiuni cu o perie aspră de văzuit).

14. Sifilisul. — Un caz de erupție sifilitică simulată, raportat de *Brouardel*: sifilide perfect imitate cu ajutorul nitrului de argint și cari au dispărut sub acțiunea unei spălături cu o soluție de sare de bucătărie.

15. Șancrul: prin arsuri provocate cu țigara pe penis.

XI. Afecțiunile aparatului circulator

Dintre cele susceptibile de a fi simulate, exagerate sau agravate sunt:

1. Sincopa, ca una ce e însoțită de abolirea aproape completă a respirației și a circulației, nu poate fi decât extrem de rar simulată și de indiziți cu o îndelungată pregătire în această direcție. — *Diagnosticul* comportă: căutarea elementului cardiac și a elementului nervos (o leziune bulbară, un mecanism reflex: traumatism, arsură, colice hepatice, etc.).

2. Palpitațiile, cari se caracterizează prin percoperă dureroasă a bățăilor inimii, nu sunt decât foarte rareori manifestarea unei afecțiuni cardiace: în marea majoritate a cazurilor, originea palpitațiilor trebuie căută

intr'o leziune a plămânului, uneori într'o afecțiune a tubului digestiv. La individul tânăr, palpitațiile sunt simptomatice pentru debutul tuberculozei pulmonare.

Palpitațiile pot fi *provocate* prin: digitală (în doză mai mare), veratrum, abuzul de cafea, ceaiu, nopți de veghe, masturbație, iar la acei cari au suferit odată de palpitații, *criza* poate fi provocată prin intoxicație, exerciții violente, urcarea pe nerăsuflete a unor scări, mersul cu alură repede, eforturi prelungite de inspirație, abuzul de tutun.

Diagnosticul simulării: se examinează separat aparatele respirator, circulator și digestiv, căutându-se vreuna din cauzele obicinuite ale palpitațiilor.

5. Cardiopatiile se pot simula prin exploatarea unui suflu extra-cardiac, însoțit de dispnee. Sub raportul suflurilor funcționale există false boli de inimă (inimă morală, inimă emotivă — *Emile Weil*). — De multe ori leziuni cardiace reale nu se traduc prin nici o turburare a stării generale a individului care nici nu bănuiește afecțiunea de care e atins, îndeosebi în ce privește leziunile aortice.

4. Varicele sunt singurele afecțiuni vasculare simulate sau provocate, printr'o strângere circulară a rădăcinii membrelor inferioare. *Exagerarea* volumului varicelor existente se obține prin rămânerea prelungită în picioare și prin marșuri oboșitoare. — *Diagnosticul*: căutarea urmei sau a șanțului legăturii (*provocarea*), observarea individului în timp de odihnă absolută (*exagerarea*).

5. Edemele se provoacă printr'o constricție intensă și prelungită. — *Diagnosticul*: se caută urmele legăturii cu care s'a practicat strângerea. — De notat însă, că există *edeme patologice cu alură suspectă*: edemele datorite leziunilor creierului, ale măduvii spinării, ale trunchiurilor nervoase, ale rețelilor simpatice, precum pot fi edeme reflexe, angio-nevrotice, edemul lüsteric. (*Chanigny* citează cazul curios al unui soldat care, la alegere, se producea când cu un edem roșu, când cu unul alb, când cu unul albastru — edemul tricolor).

6. Gușa nu poate fi ușor simulată, cel mult poate fi provocată prin șederea într'o regiune în care această afecțiune e endemică (unele din regiunile noastre muntoase). — *Gușa exoftalmică frustă* — la care tachicardia nu e influențată de efort — se observă în faza ei maximă dimineața la sculare. *Diagnosticul*: inima în stare de eretism aproape constantă, dureri precordiale, un tremur constant.

7. Sângele. — Pentru identificarea lui sub toate raporturile vezi Vol. I. p. 538—582.

XII. Diversele boli nervoase

Acestea se grupează precum urmează:

1. Neuritele pot fi simulate numai în perioada incipială. Ele se caracterizează prin stabilitatea simptomelor, progresiunea lor metodică și prin informațiile procurate de electro-diagnosticul.

2. Nevralgiile. — *Mannkopf* a observat, la un bolnav atins de *nevralgie post-traumatică*, o sporire însemnată a frecvenței pulsului, oricâteori comprima punctele dureroase. *Coppioli* indică semnul dilatării irisului, ca efect al aceleiaș comprimări. *Bonni* indică, pentru nevralgiile periferice, semnul unei bruște urcări a curbei sfigmografice, ca urmare a presiunii exercitate pe punctele dureroase.

Diagnosticul simulării se obține prin studiul complet al simptomatologiei, prin stabilirea etiologiei. Studiul simptomatic comportă explorarea

sensibilităților tactile, dureroasă, termică și electrică, precum și a sensibilităților profunde.

3. *Sciatica-neurita* abundă în semne obiective, pe când *neuralgia sciatică* nu posedă atari semne.

Nu trebuie să conchidem la simulare numai din faptul variabilității în ce privește intensitatea sciaticii dela o zi la alta. Cât despre punctele dureroase (spina iliacă posterioară și superioară) ele nu se observă întotdeauna. Concludent e semnul lui *Lasègue* (ridicare în flexiune, apoi în extensiune) și semnul lui *Bonnet* (aducțiune și abducțiune). În cursul explorării, presiunea trebuie să provoace refluxul irian al durerii. — După *Babinski*, abolirea reflexului achilean în sciatică e un element de diagnostic al simulării. — *Villaret* și *Faure-Beaulieu* notează că în genere contracțiunea muschilor gemeni, obținută prin percuțiunea directă, e mai amplă și mai durabilă decât în starea normală, și că percuțiunea tendonului lui *Achille* provoacă o flexiune mai mult sau mai puțin amplă a degetului gros dela picior. — Atunci când individul se plânge de dureri eractice la membrul inferior, diagnosticul e de regulă acela al sciaticii simulate, dar se poate întâmpla să ne aflăm în fața unei sciatică histerice.

4. *Anesteziile*. — Persistența reflexului papilar cu toată înțeparea regiunii anesteziate, nu e un semn al simulării, după cum demonstrează *Pitres* că a notat dilatațiunea papilară, deși bolnavii, după cum și era de așteptat, n'au avut nici o senzație dureroasă la înțeparea sau ciupirea părților anesteziate ale tegumentului. — Reflexele vaso-motrice, persistente la nivelul plăcilor anesteziate în histerie, sunt abolite în cazurile de neurită sau de syringomieli. *Marinescu* recomandă ca mijloc de verificare a simulării: întâiu să se admită ca reală anestezia invocată de cel suspect, apoi să se facă examenul diverselor moduri ale sensibilității: analgesie, sensibilitate osoasă, întârzierea percepțiunii, sensibilitatea la presiune, termanalgesie și termanestezie. Schemele rezultatelor obținute pun în evidență repartițiile foarte speciale ale unei topografii periferice, radiculare, segmentare, medulare, etc., sau ale unor disociațiuni particulare (disociația syringomielică a sensibilităților — *Grasset*).

5. *Hemiplegia și paraplegia*. — a) *Hemiplegia* nu poate fi simulată, pentru că nu e de conceput ca un individ să poată susține rolul hemiplegicului adevărat cu multiplele manifestațiuni ale bolii. Se poate însă întâmpla să se ia drept hemiplegie vreuna din hemiplegiile inorganice: hemiplegia transitorie a sclerozei în plăci, a tabesului, hemiplegia toxică sau hemiplegia histerică.

b) *Paraplegia*. — Simulatorii afectează atitudinea spondylosicilor sau a celor atinși de morbul lui *Pott*. — Se examinează reflexele tendinoase și cutanate, *Spondylita traumatică (Kummel)* se poate constata prin radiografie.

6. *Myopatiile* nu pot fi simulate, iar cele prezentate ca recente (consecutive unui accident de muncă, de exemplu) se pot ușor verifica, deoarece, la myopatiile ereditare, atrofiile revelatoare sunt deacum constituite înainte ca jena mișcărilor să devină considerabilă.

7. *Afecțiunile medulare și vertebrale* se prezintă sub următoarele forme:

a) *Deviațiunile rachisului* pot fi simulate fără leziune, fără deformare a scheletului vertebral. Există o *scoliosă histerică*, după cum există o *cifosă* sau o *lordosă* datorită histeriei sau ticurilor. Numai în urma unei observațiuni minuțioase ne putem pronunța asupra deviațiunii cu alură suspectă. Medicul nu va neglija căutarea stigmatelor histerice și examenul mental pentru identificarea ticurilor.

b) *Lumbago*. — După *Levai* verificarea lumbagoului se face astfel: individul, stând pe scaun, ridică genunchiul asupra căruia medicul exercită o contra-presiune: nici o durere. Apoi, i se ordonă să lase în jos membrul inferior, în vreme ce medicul rezistă, trecând mâna sub coapsă. Dacă suspectul nu manifestă nici o durere, atunci e un simulator, pentrucă mușchii lombari participă la mișcare.

c) *Lumbago histeric*. — Simularea nu poate fi bănuită decât după eliminarea riguroasă, printr'un examen și un diagnostic complet, a deformațiunilor anatomice și a deformațiunilor *sine materia*, precum și prin căutarea stigmatelor.

d) *Hiperestezia rachidiană* are deobicei ca origine o plăcă hiperestezică vechie.

e) *Morbul lui Pott*, în faza lui incipială, se pretează mult simulării, pentrucă această perioadă se caracterizează numai prin simptome subiective greu de interpretat. Durerile se distribuie în benzi exact perpendiculare pe axa corpului și mai mult sau mai puțin oblice pe direcția coastelor. Durerile acestea sunt datorite pachimeningitei care înglobează rădăcinile, iar nu periostitei. — Unul din semnele debutului morbului lui Pott sunt turburările reflexe ale membrului inferior. Există și un *morb al lui Pott histeric*, care e caracterizat prin atacuri convulsive. — În perioada incipială, înainte de a ne gândi la simularea morbului lui Pott tuberculos, să căutăm simptomele unei eventuale forme histerice a acestei boli, în care turburările sensibilității sunt foarte precoce.

Ca mijloc de diferențiere între cele două forme ale morbului lui Pott se recomandă semnul lui Wenz: apăsând pe umerii unui bolnav atins de morbul lui Pott tuberculos, se provoacă mai întotdeauna o durere vie la nivelul vertebrelor bolnave, pe când la un histeric nu se obține niciodată acest rezultat.

f) *Afecțiunile medulare de origine traumatică* sunt: *hematomielia, tabesul dorsal, polimyelita anterioară cronică, syringomyelia traumatică, scleroza laterală amyotrofică, pachimeningita cervicală hipertrofică, scleroza în plăci*.

Un bun procedeu de analiză a turburărilor meningece e puncția lombară.

XIII. Paraliziile

De gradul de „pregătire“ și de abilitatea în „execuție“ depinde și gradul de perfecțiune în simularea diminuării sau chiar a abolirii complete a motricității, care caracterizează diversele forme ale reducerii vieții animale sau vegetative. Toate manifestațiunile paralitice (*hemiplegia, paraplegia, paraliziile locale, paralizia amyotrofică, paralizia asfixică, paralizia choreică, paraliziile consecutive bolilor infecțioase, paralizia reumatică, paralizia glosolabio-faringee, paralizia saturnină, paralizia spinală, paralizia simpatică, paralizia agitantă — Parkinson*) pot fi de natură *organică* (idio-musculară, ori consecință a unei leziuni toxice sau infecțioase a nervilor periferici, a trunchilor nervoși, a centrilor nervoși, ori, înfârșit, datorită unui accident, unei răniri, unui traumatism interesând un trunchiu nervos) sau de natură *dinamică* (histerică).

Indeosebi în ce privește paraliziile de origine histerică, e de observat că uneori ele se caracterizează prin inconstanța și incoerența lor: un medic inexperimentat va înclina să le ia drept simulate, cu toate că de fapt se găsește în prezența unor tipuri

clinice foarte reale. *Cheinisse* a studiat un caz de paralizie periodică familială, producându-se prin accese de o durată de câteva minute până la câteva ore, fără simptome accesorii importante.

Diagnosticul prin cloroformizare nu are altă valoare decât aceea de a diferenția o paralizie organică de una dinamică. Pentru identificarea acesteia din urmă, *Sollier* recomandă următorul semn: în cele mai multe cazuri de paralizie histerică, se găsește o zonă de anestezie tegumentară a cărei situație reprezintă proiecțiunea, pe suprafața craniului, a zonelor motrice interesate.

Expertiza compoartă: 1) stabilirea accidentului inițial ori a cauzelor particulare ale paraliziei; 2) definirea tipului paretic (modul de grupare a mușchilor atinși, vigoarea dinamometrică a membrilor interesate, raportul între diminuarea forței musculare și gradul de atrofiie constatată); 3) studierea turburărilor sensibilității; 4) notarea turburărilor trofice, a modificărilor termice și vaso-motrice; 5) starea reflexelor și reacțiunea de degenerare; 6) examinarea tuturor organelor.

Un interesant caz de paralizie provocată a unuiia din brațe — cu edem și o coborire cu 10 grade a temperaturii membrului iscenjat — prin fixarea unui crucifix la subsoară, a fost observat de *Bellot*.

XIV. Epilepsia

Cea mai interesantă dintre afecțiunile nervoase cu descărcare, epilepsia se întâlnește nu numai la pensionarii azilurilor de alienați, ci chiar la indivizii înzestrați cu o intelectualitate superioară, la adevărate genii. S'a văzut în războiu cum unii simulatori ai epilepsiei au ajuns să reproducă mai toate semnele bolii: aura, țipătul, spuma la gură, somnul consecutiv, mușcătura limbii. Ceeace însă nu se poate provoca în chip artificial, e pe deoparte congestiunea feței (nuanță violacee-negricioasă, ușor de diferențiat de roșeața simulatorului), iar pe de alta *semnul lui Babinski*. Acest din urmă semn constă în extinderea degetelor dela picioare sub influența excitării tălpii, care se produce adesea în timpul crizei și persistă câțva timp. O valoare diagnosticală verificată o au fenomenele notate în hiperpnea: modificări umorale, tetania cu aspectele ei caracteristice la nevropați.

În ce privește formele ei, e de notat că, în urma nouilor cercetări, epilepsia Jacksonienă nu se mai diferențiază atât de net de celelalte varietăți; cicatricile cerebrale nu au privilegiul exclusiv de a fi punctul de plecare al crizelor convulsive, deoarece e astăzi demonstrat că zonele epileptogene periferice, identificate de Brown-Séquard pe cobaii de experiență, se regăsesc și la om: epilepsia nazală, epilepsia pleuretică.

După originea ei, epilepsia poate fi accidentală ori datorită unei predispoziții de obicei congenitală (ceace explică existența verificată a unui temperament epileptic: impulsuni de mânie, mișcări desordonate din cea mai fragedă copilărie — *Maurice de Fleury*). Cu timpul se instalează crizele vecinic identice, vecinic

provocate sub influența aceluiaș cauze. După o statistică a lui *Masoin*, în 10% din cazuri prima manifestație convulsivă poate întârzia până la vârsta de 21—25 ani.

1. Criza epileptică. — Medicul nu trebuie să se pronunțe decât după ce, în timpul observației, va fi avut prilejul să asiste la producerea câtorva crize. (Sunt atâtea exemple de simulatori cari își provoacă artificial echimoze, lovindu-se cu capul de mobile ori de zid și trântindu-se pe jos). Apoi mai e de observat că numai în concepțiunea sintetică a autorilor de tratate de patologie internă există o formă tipică a crizei epileptice: încă nu s'a pomenit bolnav care să prezinte în chip exact simptomele crizei teoretice. Simularea nu se poate dovedi decât atunci când se găsește în gura individului o bucată de săpun (pentru provocarea clăbucilor) sau se stabilește un ansamblu simptomatic care nu se aplică nici uneia din crizele convulsive. — Am spus că medicul nu-și poate forma convingerea decât dacă e martor la mai multe crize, pentru că epilepticul fiind un monoton, crizele se repetă în chip identic, aproape la aceeaș oră și în aceeași condițiuni, iar în cădere (care se produce întotdeauna în acelaș fel) își face răni multiple și suprapuse: fazele crizei sunt întotdeauna de aceeaș natură și se succed în aceeaș ordine, iar durată e mai întotdeauna aceeaș.

Simptomele crizei sunt:

a) *Pierderea cunoștinței*, care nu e constantă, poate exista și în atacurile de histerie.

b) *Aura* (motrice, vaso-motrice, sensitivă), după *Gélineau*, lipsește în jumătatea cazurilor observate. Apoi, *aura* se notează și în crizele isterice.

c) *Căderea*, care e de obicei cu bruscă, indiferent de locul în care se află bolnavul poate să și lipsească în crizele epileptice incomplete (simplu *partij epileptic*).

d) *Paloarea feței*, care se ivește la începutul accesului, e absentă la unii epileptici cari deadreptul devin cianozați.

e) *Cianosa* se poate ușor provoca artificial, prin oprirea voluntară a respirației.

f) *Lateralizarea convulsivunilor*, clinicește studiată de *Ağostini*, nu poate constitui un semn sigur pentru diferențierea realității crizei de simularea acesteia

g) *Mușcarea limbii*, care e unul din primele rezultate ale spasmurilor tonice și clonice, poate lipsi atunci când nu există zguduiri clonice în domeniul feței, sau când convulsivunile se mărginesc la membre, limba rămânând dinapoia arcadei dentare.

h) *Tremurul fibrilar*, indicat de *Boisseau*, e contestat de *Pierret*.

i) *Semnul policelui*. — După *Laurent*, faptul că individul în timpul accesului, nu ține policele adus sub celelalte degete, e o dovadă de simulare.

j) *Abolirea sensibilității* a fost greșit interpretată ca un semn peremptoriu, pentru că *Brown-Séguard* (prin flexiunea intensă și dureroasă a degetului gros dela unul din picioare) și *Marshal-Hall* (prin administrarea acidului carbonic) au putut intrerupe criza, demonstrând astfel că insensibilitatea nu e completă. Apoi, simulatorul își poate crea artificial această insensibilitate, prin aplicarea de cocaină pe mucoasa conjunctivală și pe cea nazală.

k) *Imobilitatea pupilară* nu e nici ea un semn de certitudine absolută. Dacă e adevărat că mydriasa provocată cu ajutorul atropinei persistă timp de câteva zile, eu e însă mai puțin demonstrat că, servindu-se de cocaină, simulatorul își provoacă o mydriasă mai puțin intensă și de o durată care se apropie de abolirea normală a reflexului pupilar la epilepticul real.

l) *Agitarea pleoapelor* se observă și în accesele de histerie.

m) *Emisiunea învoluntară de urină și de materii fecale* se poate ușor provoca în chip artificial.

n) *Pulsul și traseurile sfigmografice* în timpul crizei și după încetarea acesteia nu oferă sennul de certitudine indicat de *Voisin*, după cum dovedesc traseurile foarte variabile înregistrate de *Lorain* și *Féré*.

o) *Durata crizei*, de 1—2 minute (după *Boisseau*), e în realitate (după observațiunile lui *Gélineau*) de 5—10 minute.

p) *Momentul apariției crizelor* e, după cum am spus, la oră aproape fixă, dar observațiile lui *Pierret* dovedesc că, sub o influență oarecare, se poate produce și o deplasare.

2. *Urmările crizei*. — Simptomele post-paroxistice, cari persistă timp de câteva ore, au fost indeosebi studiate de *Féré* și ele se grupează astfel:

a) *Turburări motrice*: Puterea reflexă a măduvei e diminuată, iar reflexul rotulian se epuizează repede și, după 2—3 excitațiuni, devine nul. — Forța musculară scade până la 70% și această slăbiciune persistă cel puțin o jumătate de oră. — Tremurul se observă în prima oră după criză, în care timp se notează și o parezie trecătoare, vizibilă mai ales la membrele inferioare (la umbrel). — *Turburări ale vorbirii*: încetineală sacadată a elocuțiunii (însoțită de tremurul buzelor și al limbii) sau chiar o *afazie trecătoare*. — Apariția *nistagmului* sau exagerarea celui preexistent. — O durată mai lungă a *myoedemului*.

b) *Turburări sensitive*: Anestezia sau dysestezia generalizată, în perioada de toropeală care urmează accesului. — O diminuare (2/5—4/5) a acuității vizuale și o strâmtare a câmpului vizual. — Diminuarea acuității auditive.

c) *Stupoarea* se manifestă prin somnul care succede crizei și printr'un fel de rezidu mental al crizelor (vise cu alură specială).

d) *Turburările nutrițunii*: o ușoară slăbire, albuminurie transitorie, criză diareică; o diminuare a activității de reducere a oxyhemoglobinei.

e) *Șanțurile transversale ale unghiilor* cari nu devin vizibile, la baza lunulei, decât la 15 zile după criză.

3. În *epilepsia latentă, larvată*, care nu se produce niciodată în mod spontan, se poate provoca descărcarea motrice prin administrarea belladonei sau a altor medicamente cu efect convulsiv.

4. *Formele incomplete ale epilepsiei sunt: crampele, molfăitul, ticul lui Salaam, epilepsia procursoară, atacurile apoplectiforme, echivalenții dis-cerali: forma vizuală, auditivă, olfactivă, gustativă: impulsunile la omor, incendiu, exhibiționism: automatismul comițial ambulatoriu, spermatoria nocturnă, paralizile transitorii, echivalenții muzicali, cefaleea epileptică.*

5. *Migrena adevărată*, care nu trebuie confundată cu cefaleele obi-cinuite, are ca simptom caracteristic dilatarea acută dar trecătoare a sto-macului în momentul acceselor (*Mangelsdorf*, 1905: în 418 cazuri de migrenă observate, n'a notat decât o singură excepție).

XV. Formele histeriei

Reale, acestea au la bază o idee sau o sugestiune, ori o stare mintală și pot fi imitate. Edemul albastru al histericilor, pem-phigusul histeric și toate turburările trofice, considerate drept cla-sice pe vremea lui Charcot, au pierdut din valoarea lor simpto-matologică. *Edemul albastru* se poate provoca prin strângerea unui

membru cu o legătură: *pemphigusul* se provoacă prin arsuri cauzate cu un chibrit aprins ori cu un tăciune.

1. **Criza convulsivă**, fiind întotdeauna atipică, trezește ușor bănuiala de simulare. De reținut însă: a) la același bolnav, atacurile prezintă de obicei un fond totdeauna identic, criza fiind un fel de vis trăit, mimat; b) prezența unor stigmatе permanente.

Elementele diagnosticului: a) antecedentele ereditare și personale, intoxicațiunile și tarele nervoase; b) confruntarea crizelor cu stigmatеle permanente, pentru reconstituirea unității patologice a tipului morbid.

2. **Letargia:** un caz de letargie histerică simulată cu ajutorul veronului e raportat de *Ioanoff* („Revue neurologique” 1910).

3. **Anestezia.** — Localizarea acesteia la histerici nu e anatomică, ea e una fiziologică (*Charcot*). Anesteziiile histerice sunt mai întotdeauna mai mult sau mai puțin sistematice, adică limitate la anumite categorii ale sensibilității. Adesea dispar sub influența unui excitant puternic (faradisarea). Mai trebuie să se țină seama și de faptul curios că, deși individul prezintă o zonă de analgezie completă cu anestezie, totuși înțeparea plăcii insensibile (bolnavul nici nu știe că a fost înțepat) provoacă un reflex dureros al irisului. *Marinescu* („Revue médicale”, 1904) recomandă examenul sensibilității vibrațiilor osoase. Faradisarea intensă, bruscă, neprevăzută, demască lesne simularea: pui pe individul suspect să citească ori să povestească repede și cu voce tare și, în mijlocul unei fraze, faci să treacă un curent faradic prin regiunile anestezice. histericul își va continua imperturbabil citirea sau povestirea, fără o modificare de timbru sau de ton: simulatorul, din contră, se oprește din citit și din povestit, cu o modificare a timbrului vocii.

4. **Anestezia sensorială de natură retiniană**, adică strămtarea câmpului vizual, se verifică prin așezarea individului în fața campimetrului; apoi, fără ca persoana examinată să fie prevenită, se plimbă dealungul arcului campimetrului, începând dela periferie, o lumânare aprinsă; în momentul precis în care flacăra ajunge în dreptul punctului care marchează limita externă a câmpului vizual al unui om sănătos, histericul adevărat scoate un țipăt și are o criză.

5. **Paralizia histerică** se identifică prin diagnosticul complet, cu ajutorul altor simptome concomitente, în deosebi anestezia.

Pentru demonstrarea simulării sau a agravării voluntare a pareziilor *Strusberg* (1910) recomandă întrebuințarea ergografului lui *Mosso*.

6. **Contracturile histerice.** — Anestezia prin cloroform sau eter (după *Derblich*, *Escande de Messières*), aplicarea benzii lui *Esmarch* (după alții) face să înceteze contracturile simulate. *Pitres și Dégérine*, însă, susțin că narcosa cloroformică intensă e susceptibilă de a face să înceteze până și o contractură organică, atitudinea vicioasă nepersistând decât dacă e vorba de o retracțiune tendinoasă.

7. **Turburările trofice.** — Grație investigațiilor lui *Babinsky* e astăzi neîndoios că turburările trofice, ulcerățiunile, escarele, etc., observate la isterici, sunt în general provocate de dănsii cu ajutorul unor instrumente tăioase sau înțepătoare, sau al unor caustice ca potasa.

8. **Mythomania** nu e specifică histeriei, ea întâlnindu-se în grad și mai pronunțat la debili, paranoici, degenerații în genere. Mint din obicinuință și oameni perfect sănătoși (cazul istoricului englez *Froude* care era incapabil de a descrie ceea ce a văzut, fără ca relațiunea lui să nu fie radical inexactă — *Langlois et Seignobos*: „Introduction aux études historiques”). Minciuna histericului e sistematică, orientată asupra unui simptom, a unei categorii speciale.

9. **Histero-traumatismul.** — Simularea lui ar avea după unii (*Alt, Oppenheim, Knopp*) o frecvență foarte mică (1.25—4%), după alții (*Seeligmuller, Hofmann, Schultze*) una destul de mare (25—56% din cazurile examinate).—Individul bătut e supus unui examen complet al tuturor organelor și al sistemului nervos. Intocmai ca pentru o formă oarecare a histeriei, se caută diferitele simptome și stigmatе, cari sunt funcționale, adică inorganice. Adevărata histerie traumatică se traduce, la unii printr'o repercursiune asupra nutriției (*Sand*), turburări intelectuale (asthenie), diminuarea sensibilității laterale (*Vibert*), bolnavii sunt abătuți, îmbătrânesc prematur, prezintă o cachexie precoce, cu o slăbire considerabilă, turburări digestive, paresă populară (*Brissaud, 1909*).

10. **Histero-neurastenia traumatică, tetania, paralizia agitantă, gusa exoftalmică** necesită un diagnostic foarte complet și cât mai minuțios posibil pentru demonstrarea eventualei simulări.

11. **Somnambulismul.** — Pe când *Charcot, Gilles de la Tourette* socot foarte grea simularea somnambulismului, *Liégeois*, din contră, o consideră foarte ușoară. Trebuie făcut diagnosticul etiologic și simptomatologic. *Spontan*, somnambulismul e de natură histerică sau epileptică: *artificial*, e provocat prin hipnotism. — Una din caracteristicile somnambulismului adevărat e, la trezire, amnezia completă a faptelor petrecute în cursul atacului hipnotic. *Charcot* recomandă ca mijloc de verificare traseurile oscilațiilor membrelor contracturate și ale curbei pneumografice. După *Féré* („Mouvement de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoqués des hystériques“, 1881) și *Binet* („Hypnotisme et responsabilité“, 1885), sinceritatea halucinațiilor în perioada catalepsiei se poate verifica prin observarea pupilei în timpul apropierii sau depărtării obiectului halucinației: pupila se strânge sau se dilată proporțional cu distanțele: or, această mișcare de acomodare nu poate fi voluntar produsă decât de foarte puțini indivizi și în condițiuni cunoscute.

XVI. Psicho-nevrozele

Sunt manifestățiunile nevropatice cari însoțesc sau succed nevrozelor. — Intr'o comunicare făcută (în 1915) la Academia de Medicină din Paris, *Chavigny* a demonstrat natura organică a turburărilor nervoase (deprimare psihică, stupoare, melancolie, amnezic, etc.) provocate de zguduirea cauzată de explozii ori de bombardament. Puncțiunea lombară a dovedit prezența de sânge sau sporirea cantității de albumină în lichidul cefalo-rachidian.

1. **Psichonevrozele epileptice** se studiază din punctul de vedere al stării mintale, al delirului și al dementei epilepticului.

a) *Starea mintală:* tendință la deprimare sau la excitațiune.

b) *Delirul epileptic* e însoțit de impulsuni irezistibile cu halucinațiuni de spaimă și uneori cu pierderea memoriei faptelor delictuoase.

c) *Demența epileptică* nu poate fi decât cu greu simulată.

2. **Psicho-nevrozele histerice** se manifestă prin:

a) *Starea mintală permanentă:* sugestivitatea și distractivitatea.

b) *Delirul histeric* se produce înainte, în cursul acceselor sau după acestea și poate da loc la violențe grave (răniri, omor, incendiu), la false acuzațiuni de atentat sau la sinucidere.

XVII. Turburările mintale

Cele mai frecvent simulate sunt:

1. Halucinațiile vizuale și auditive. — Numai un actor desăvârșit, știind să fie discret în atitudinile sale (pentru că mimica unui halucinat traduce foarte bine doar prin gesturi imperceptibile, erorile simțurilor sale), poate simula una din formele halucinației.

2. Mania. — Simularea ei e anevoioasă dacă nu chiar imposibilă vreme mai îndelungată, pentru că ea se traduce prin insomnie aproape permanentă — și simulatorul nu poate rezista prea mult lipsei voite a somnului. Pe când delirul maniac se manifestă printr'o înlanțuire de idei foarte analoagă cu aceea a stării normale dar întrucâtva puerilă, silabică, delirul simulat se traduce printr'o incoerență forțată, voită, fără nici o alură clinică. Mania fiind un sindrom mental, trebuie căutată cauza ei: o pyrexie la început (pneumonie, febra tifoidă), o intoxicație alcoolică, o auto-intoxicație. Una din caracteristicile esențiale ale acceselor prelungite ale maniei e scăderea greutateii corpului: un simulator care, în timpul zilelor de observație, va câștiga în greutate, se poate astfel lesne demasca.

3. Melancolia. — Simularea ei se poate dovedi prin absența turburărilor somatice inerente: turburări ale nutriției și ale digestiei (constipație, anurie relativă, hipotermie, anorexie, pierderea din greutate, căderea părului, etc.).

4. Debilitatea intelectuală simulată sau numai exagerată. — Râsul prostesc și șiret totodată e intempestiv la debilul adevărat, pe când la simulator el nu se manifestă decât după ce a reușit să păcălească pe medicul examinator. Acesta din urmă se va călăuzi în primul loc de rezultatul anchetei în ce privește antecedentele personale, debilitatea fiind o afecțiune fără variații, fără oscilații. Medicul nu va neglija nici indicațiunile biologice, deduse din puterea de muncă, din gradul de remunerație a acesteia, dacă presupusul simulator e un salariat. În ce privește pe debili adevărați, dar într'o formă mai ușoară a afecțiunii, cari exagerează infirmitatea, medicul să nu uite că debilitatea nu implică numai decât histeria delirul grandoarei.

5. Demența adevărată, secundară, are o origine toxică, organică (ramolism, hemoragie cerebrală), paralytică, epileptică, și e deci consecința unor afecțiuni cu diagnostic evident: pe când simulatorul e demascat prin bruscheța debutului bolii și prin absența simptomelor afecțiunii cauzale. De notat că un traumatism poate provoca o evoluție aproape fulgerătoare a *demenței senile*. În ce privește *demența precoce*, identificarea ei reclamă o lungă perioadă de observație.

6. Confuziunea mentală adevărată se traduce prin obnubilarea conștiinței, slăbirea atențiunii, încetinirea și desordinea asociațiunilor de idei, abulie, însoțite de simptome fizice caracteristice pe cari medicul nu trebuie să le neglijeze la examinarea presupusului simulator.

7. Delirurile acute (infecțioase, eterotoxice sau auto-toxice) au ca origine turburări somatice și nu prea sunt susceptibile de simulare.

8. Ideile delirante (de persecuție, grandoare, negațiune, hipochondriace mistice, erotice) se identifică prin simptomele specifice vreuneia din bolile mentale cari le produc. La simulator, grăbit să obțină rezultatul dorit, nu se va observa niciodată perioada prodromică.

9. Delirurile sistematizate (paranoia). — *Formele cronice*, tocmai pe considerațiunea evoluției lor, nu prea pot fi simulate. *Formele acute*, din contră, se pretează la simulare.

10. Degenerescența mintală se prezintă sub următoarele forme: a) *stări morbide ale caracterului* (mania raționantă, nebunia morală, persecuții-persecutorii); b) *stări morbide intermitente ale emoționalității și voinței* (obsesiuni impulsive, perversiuni sexuale); c) *accidente mentale transitorii* (isbucniri delirante). — *Simularea se demască* prin ancheta asupra antecedentelor personale și ereditare, prin interogatoriul individului, prin identificarea stigmatelor în ce privește turburările de nutrițiune.

11. Delirurile de intoxicație (alcoolismul cronic produs al etero-intoxicației, prin alcool, și al auto-intoxicației rezultată din slăbirea funcțiilor organice). Simularea alcoolismului cronic se poate ușor constata. *Pierret* recomandă administrarea de mici doze de beladonă care, la alcoolici, provoacă fenomene de excitație.

12. *Psichoza puerperală* se prezintă, după *Régis*, sub trei forme: a) *confuziunea mintală halucinatorie* (explicată prin auto-intoxicația gastro-intestinală); b) *confuziunea mintală cu toropeală și somnolență* (datorită unei insuficiențe hepatice); c) *confuziunea mintală cu crampe, atitudini cataleptoide* (datorită insuficienței renale sau morbului lui *Bright*). — *Diagnosticul* simulării acestei psychoze speciale (mai ales în cazurile de pruncucidere) comportă: un examen complet al femeii, identificarea turburărilor de nutrițiune (șanțurile unguale, starea pielei și a secrețiilor).

13. *Morfina*: o anchetă asupra antecedentelor personale și ereditare, asupra predispozițiilor individului; identificarea urmelor lăsate de înțepături, de infecțiunile accidentale provocate de acestea.

14. *Paralizia progresivă*, în faza ei medico-legală, adică la început, e caracterizată pedecoparte prin modificarea caracterului și turburări precoce ale memoriei și ale scrisului, iar pe de altă prin turburări fizice: tremurul limbii, al degetelor, inegalitatea pupilelor. Absența acestor din urmă simptome e o dovadă a simulării.

15. *Leziunile organice ale encefalului*. — *Babinski* recomandă examenul oftalmoscopic pentru căutarea leziunilor meningeale sau cerebrale, ori a tumorilor.

16. *Cefaleea*, care poate marca debutul unor boli grave, chiar mortale, e uneori unicul simptom inițial în tumorile și abcesele creierului, în hidrocefalie, meningită, encefalită, pachimeningită hemoragică, în accidentele sifilitice ale craniului și ale meningelor, în arterioscleroza cerebrală. Cefaleea mai poate fi o complicațiune obicinuită a unor anumite anomalii sau leziuni ale ochilor, afecțiuni ale nasului, dinților, urechilor, ale unor turburări ale aparatului digestiv, ale rinichilor. Se mai notează în diverse infecțiuni și intoxicațiuni. Tot atâtea indicațiuni simptomatologice pentru medicul examinator.

17. *Neurastenia* e un sindrom ai cărui factori sunt: ereditatea nervoasă, infecțiunile, intoxicațiile, surmenajul, traumatismul, leziuni organice ca insuficiența renală, turburări generale ale circulațiunii, debutul tuberculozei. La mai toți neurastenicii se notează turburări ale nutrițiunii, caracterizate prin accidente ale digestiunii, micțiunii, căderea periodică a părului, șanțurile unguale.

18. *Choreele histerice* se deosebesc de *choreea lui Sydenham* ba prin inconsecvența, ba prin sistematizarea mișcării, sau prin stări alternative de repaus și de agitație — *Examinatorul* va face un diagnostic diferențial între *choreea eronică*, ereditară, variabilă, moale, paralytică, *choreea lui Bergeron*, *choreea electrică* a lui *Dubini*.

19. *Tremurul mișcării voluntare*, cum e acela al sclerozei în plăci, tentează pe simulatori. — Iată, după *Charcot*, diagnosticul etiologic al tremurărilor sau oscilațiilor ritmate:

a) *Tremur intențional* (scleroza în plăci, boala lui Friedreich).

b) *Tremurul în timpul repasului*: 1) oscilațiuni lente, 4—5 pe secundă (paralizia agitantă, tremurul senil); 2) tipul intermediar, 3½ — 6 pe secundă (tremurul histeric); 3) oscilațiunile rapide, tremur vibrator, 8—9 pe secundă (absența unui tremur individual al degetelor — *Basedow*; tremurul separat al degetelor — alcoolism; paralizia generală).

c) În timpul repasului, *mai ales dacă survine o emoție*, 5—6 pe secundă, și exagerarea considerabilă a oscilațiunilor (tremurul mercurial).

Examinatorul trebuie să mai știe că tremurul histeric incetează în cursul somnului.

20. *Ticurile* (banal, tonic, de atitudine). — Simularea se dovedește printr-o observațiune atentă și prin căutarea unor afecțiuni locale caracterizate.

21. *Torticolis mental*. — Singurul mijloc de investigație e observațiunea prelungită.

22. *Crampele profesionale reale* sunt greu de diferențiat de cele simulate, din cauza simptomelor lor contradictorii, fugace, ilogice. Elementele de control: a) ancheta asupra antecedentelor personale; b) examenul complet al individului, în ce privește variatele tare mentale de degenerescență și particularitățile intelectuale.

23. *Amețelile* (vertijul de origine sensorială sau periferică, vertijul de origine centrală, vertijul bolilor generale, vertijul reflexelor, vertijul nevropatic, vertijul paralizant epidemic al lui Gerlier, vertijul lui Ménière) sunt în legătură cu leziuni ale diverselor organe (urechea, stomacul, etc.) pe cari examinatorul trebuie să le caute.

24. *Amnezia*. — Se stabilește întâiu forma ei simptomatică: amnezia simplă, anterogradă, retrogradă sau retro-antegradă, paramnezia, dismnezia, amnezia parțială. Se caută și se elimină toate afecțiunile de natură a provoca pierderea memoriei, utilizându-se tabloul lui Sollier:

A. *Amneziile progresive sau dismneziile*: a) organice (paralizia generală; pseudo-paraliziile generale, sifilitice, alcoolice, saturnine; demența epileptică sau senilă; b) organico-funcționale (sifilis cerebral; intoxicațiuni cronice datorite alcoolului, morfinei, opiului, mercurului, arsenicului, plumbului, etc.; auto-intoxicațiuni; myxoedem operator și spontan).

La copii, amneziile progresive au sau o *origine organică* (idiotia, meningita cronică, tuberculoza) sau una *funcțională* (onanismul).

B. *Amneziile cu debutul brusc* sunt funcționale și aparente și originea lor trebuie căutată în: traumatism, epilepsie, alcoolism acut, cloroform, eter, sincopă, coma, apoplexie, strangulare, submensiune, șoc moral histeric, somnambulism, hipnotism, choree, eclampsie, oxid de carbon, febra tifoidă, holera, ciuma, hemoragie, surmenaj, inanție.

C. *Amnezia parțială*: organică sau funcțională (afazie, amnezie prin sugestiune).

D. *Amnezia ca fenomen accesoriu sau explicativ*: histeric, neurastenic, nebunia indoleii, manie, melancolie, stupoare, nebunie circulară, delir febril.

Simularea se poate demasca numai prin particularitățile simptomatologice ale fiecăreia din formele amneziei. În genere, după cum observă Sollier, simulatorul nu reușește decât atunci când e întrebat, dar în ce privește actele sale, se poate spune că *uită să uite*.

25. *Impulsiunile* (conștiente și inconștiente) sunt de origine epileptică, isterică degenerativă, alcoolică, vesanică. Simptomatologia și ancheta ajută la demascarea simulării.

26. Automatismul ambulatoriu (*dromomanie cu pierderea memoriei și a poînței*) se întâlnește la epileptici și la simpli epileptizanți (cei atinși de sifilis cerebral și alte leziuni encefalice). — *Examenul comportă*: analiza psihologică a individului, ancheta asupra trecutului patologic, stabilirea semnelor conținente și a caracterelor dromomaniei, căutarea stigmatelor histerice, a stigmatelor paranoice.

27. Vampirismul, necrofilia, necrosadismul, necrofația, misticismul, fanatismul, dipsomania, piromaniam au ca sursă fie ereditate, fie o formă oarecare a alienației mintale.

28. Narcolepsia, pentru întâia oară descrisă de *Gélineau* (1881) e caracterizată prin accese periodice de somn și se poate ușor diagnostica prin simptomele ei proprii.

* * *

Diagnosticul vreuniei din formele alienației mintale e din cele mai anevoioase (*Minovici*: „*Quelques considérations médico-légales sur les maladies mentales simulées*“), mai ales atunci când expertul se găsește în fața unui simulator capabil de a cunoaște formula simptomatologică respectivă, fie prin gradul lui de instrucție fie prin reminiscențele unei internări anterioare. Ceeace însă întrucâtva înlesnește misiunea expertului, e uitarea momentană de către simulator a rolului jucat sau exagerarea excesivă a caracterelor afecțiunii mintale.

Un punct de orientare pentru medicul legist e și împrejurarea în care s'au manifestat pentru întâiaș dată simptomele alienației: situația dificilă pentru cel suspect (răspunderea pentru o obligațiune asumată sau pentru un act delictuos ori criminal), în momentul intervenției justiției, în cursul informațiunii judiciare, la judecată ori după pronunțarea sentinței; în momentul demascării simulării unei altfel de infirmități în scopul de a obține scutirea de serviciul militar ori reforma. Dovada simulării vreuniei din formele de alienație mintală se poate face și atunci când, la individul suspect, există o stare de netăgăduit de debilitate mintală, ori de imbecilitate manifestă.

Simulatorii sunt incapabili de a reproduce la perfecție, în ordinea firească a semnelor, întregul tablou simptomatologic. Felul de nebunie simulată e mai întodeauna în raport cu scopul particular urmărit de simulator: acela care vrea să scape de serviciul militar, se va preface că e imbecil, idiot; hoțul prins asupra faptului va invoca scuza cleptomaniei; autorul unui atentat la pudoare va simula una din formele psihopatiei specifice; uci-gașul se va preface atins de nebunie impulsivă sau de delirul de persecuție, etc., etc.

În caz de îndoială, expertul va pune pe cel suspect sub observație în secțiunea de plasare provizorie a unui spital de boli nervoase și mintale.

Neavând să țină seama de părerile emise de anturajul celui

suspect sau de eventualele certificate eliberate de medici neasertați (opiniunea acestora putând servi cel mult ca element de orientare), expertul nu va recurge la nici unul din procedeele cu caracter inchizitorial: cauterizațiuni transcurente, electrizare, eterizare, beție provocată, hipnotism.

Elementele diagnosticului se bazează pe:

- a) *O anchetă asupra antecedentelor personale și ereditare.*
- b) *Mobilul simulării sau al infracțiunii.*

c) *Studiul habitusului general, al fizionomiei* (cu punerea de întrebări anodine spre a distra atenția celui examinat). *Expresia stărilor psihice* e, după *Pierret*: la *omul sănătos*, rapidă, concordantă, adecuată, homogenă, persistentă; la *alienat*: lentă sau insuficientă (tâmpenie, stupoare totală sau parțială), discordantă (râsul, de exemplu, în mijlocul situațiilor triste), excesivă (excitație maniacă sau insuficientă: demență indiferentă), disociată (paralizie sau spasmi parțiale), fugitivă (instabilitate mentală). — *Asimetria expresiunii faciale*, care se traduce prin *lateralismul* jocului fizionomiei la alienați și la predispuși. — *Sterotipia, manierismul*, caracteristice celor atinși de demență precoce.

d) *Actele.* — Medicul va observa dacă actele concordă cu vreuna din formele descrise ale psihozelor:

e) *Interogatoriul*: 1) examenul diverselor funcțiuni ale inteligenței, raționamentului, calculului, memoriei, voinței și atenției; 2) un circuit pe cât de complex prin diversele categorii de idei pe cari se poate instala delirul (idei erotice, religioase, de bogăție, de ambiție, de persecuție, etc.);

f) *Scrisul* (text dictat, text copiat, text de compoziție liberă). Se examinează cu atenție: forma literelor, logica scrisului, modificările de sintaxă. Rar se întâmplă ca simulatorul să cunoască și să realizeze turburările ce alienația le provoacă în scris. Bine înțeles că nu se va neglija de a se stabili în prealabil gradul de instrucțiune al bănuțului.

g) *Examenul somatic.* — La alienații adevărați turburările mentale își au originea fie într'o infecțiune generală, fie într'o intoxicație — exogenă sau endogenă (insuficiență glandulară, etc.), fie, înfârșit, într'o afecțiune encefalică, și aceste turburări sunt foarte adesea însoțite de turburări trofice variate, de modificări ale secrețiunilor. Se va lua temperatura celui examinat. O atențiune deosebită se va da: *digestiunii* (constipație sau diaree), eventualelor *turburări hepatice* (provocarea glicosuriei, prin ingerarea albastrului de metylen), *funcțiunii urinare*, *funcțiunii capsulelor suprarenale*, *modificărilor vizibile ale structurii dinților, unghiilor, perilor, șanțurilor ungueale* (șanțuri transversale, arcuite) cari sunt semnele unei turburări locale sau generale a nutrițiunii, după

cum sunt localizate la un deget sau la un singur membru (traumatism, neurită) sau la două ori toate membrele.

DISIMULAREA

Logic și firesc e ca, la încheierea capitolului simulării, să expunem pe scurt și valoarea de netăgăduit a expertizei medico-legale în cazurile de disimulare a afecțiunilor sau leziunilor reale sau autentice. Neapărat, cazurile sunt foarte reduse, pentru că sunt puține bolile și infirmitățile ce ar putea fi ascunse sau ar putea trece neobservate de ochiul scrutător și experimentat al omului artei.

Rostul disimulării trebuie căutat în interese de ordin profesional (obținerea sau conservarea unui post într'o întreprindere particulară), de ordin administrativ (obținerea sau păstrarea unei slujbe, reangajarea unui gradat în armată, admiterea într'o școală de ofițeri, evitarea punerii în disponibilitate sau chiar reformarea unui ofițer); interes în materie de asigurare asupra vieții; interes de ordin matrimonial, de ordin conjugal (pentru evitarea despărțenici); interese în legătură cu exercițiul drepturilor civile (pentru evitarea punerii sub interdicție); interese în legătură cu sancțiunile penale (nedeclararea unei boli contagioase).

Sunt și nebuni cari își disimulează boala, în scopul de a scăpa de internare ori de a obține liberarea, pentru a avea astfel puțința de a-și satisface impulsunile delirante (cazul unui alienat de tipul persecutat-persecutor care, obsedat de închipuirea că propria sa mamă e cauza nenorocirilor lui, se preface vindecat și, în chiar ziua în care pleacă dela azil, își omoară pe autoarea zilelor lui).

Disimularea blenoragiei e foarte frecventă: în Anam, se practică introducerea, în uretru, a unui dop de lemn înfășurat în vată care oprește temporar scurgerea și totodată absoarbe puroiul excretat. Prostituatele anamite pe deoparte întrebuințează și ele dopul, iar pe de alta, înainte de vizita medicală, își ung vulva cu sânge de porc, spre a putea pretexta menstruația.

Femeia care a păcătuit și premeditează avortul criminal sau suprimarea pruncului ce urmează să se nască, disimulează, pe cât poate, sarcina.

ULTRAJUL PUBLIC CONTRA PUDOAREI

„Oricine va comite un ultragu public contra pudoarei se va pedepsi cu inchisoare dela 3 luni până la un an și cu amendă” (art. 262, al. 1. C. P.).

Nici legea penală în vigoare, nici proiectul de reformă (art. 449) nu definesc „ultrajul public în contra pudoarei”. Cea mai larg cuprinzătoare formulă o găsim într'o jurisprudență a Casăției franceze, după care prin atare infracțiune se înțelege „orice act atentator la pudoare, săvârșit cu intențiune sau din neglijență într'un loc public, adică într'un loc accesibil publicului, sau chiar într'un loc nepublic, dar unde fapta necuvincioasă a putut să isbească privirea publicului, datorită imprudenței sau lipsei de precauțiuni. În chip absolut, publicitatea poate rezulta din natura locului în care se săvârșește actul, dacă e perpetrat, de pildă, în stradă, într'o piață, indiferent de e noapte și departe de orice privire streină. Publicitatea există dar nu numai în cazul când actul impudic a fost comis intenționat spre a fi văzut, ci și atunci când, fără voință dar din lipsă de prevedere și prin natura locului unde a fost săvârșit, a putut fi oferit ca spectacol ochiului strein și deci să fie numai întâmplător văzut”.

Urmează că de delictul de ultraj public contra pudoarei se pot face vinovați nu numai acei cu intențiunea manifestă de a-l săvârși, ci și indivizi cărora în definitiv nu li se poate imputa decât cel mult uitarea precauțiunilor de luat spre a nu se expune de a jigni simțul moral astfel cum e conceput de societatea organizată. Așa, se poate aplica sancțiunea penală acelei perechi care, practicând coitul, n'a avut grija de a lua măsurile necesare spre a se sustrage privirilor indiscrete (ale persoanelor din casă, ale vecinilor sau ale trecătorilor). Dată fiind elasticitatea cadrului de interpretare — pentru că sunt foarte variate formele (act, gest, miică) de săvârșire a delictului — medicul expert e indicat să lumineze instanța represivă atât asupra eventualei naturi patologice a faptului cât și asupra gradului de responsabilitate a infractorului.

Cu caracter de fapt medical ultrajul public în contra pudoarei se prezintă în următoarele categorii de manifestațiuni bolnave:

I. Exibiționismul

Îndeplinirea sau numai schițarea actului sexual (după legile firii sau în contra acestora); expunerea sau numai gestul de expunere la o privire streină (indiscretă ori nu) a așa ziselor părți rușinoase; manopere sau simpla atingere a genitalelor proprii sau a regiunii anale (acoperite ori desgolite) constituie delictul de exhibiționism.

Conștient, exhibiționismul nu merită nici o cruțare, atunci când nu se constată nici o tară ereditară ori dobândită, de natură a răpi individului puterea discernământului (adică nici judecata nu e deformată, nici simțul moral nu e alterat, iar voința nu e frântă de o obsesiune-impulsiune).

Inconștient, exhibiționismul e un produs al psihopatiei și ca atare iresponsabilitatea lui urmează să fie stabilită.

Această iresponsabilitate, după cum cu drept cuvânt observă *Lasègue, Krafft-Ebing, Magnan, e de plano* recunoscută și de un profan, atunci când delictul e comis de un imbecil, idiot, paralytic progresiv, dement senil, de unul atins de una din diversele forme ale delirului. (Un infirmier, sub imperiul halucinației provocate de o criză de delir alcoolic, și-a scos membrul, în credința că infirmierele prezente „i-au cerut stăruitor să le facă această plăcere“ — *Balthazard*).

Examenul mai minuțios se impune când e vorba de un degenerat superior ori de un epileptic.

Degeneratul superior, având conștiința necuviinței sau imoralității actului la care-l împinge o adevărată obsesiune, duce o crâncenă luptă lăuntrică: dar, din cauza inegalității între forța voinței lui și aceea a impulsunii morbide, sucombă ispitei pe care, în cugetul lui adânc turburat, o blestemă. Existența acestui conflict între conștiința morală și puterea oarbă, neîndurătoare a impulsunii urmează s'o învedereze expertul, spre a demonstra justiției că nu e vorba de un vițios ori de un viciat, ci de un adevărat bolnav (un inginer francez, la sfârșitul inspecțiunii unei manufacturi de tutun, în mijlocul personalului adunat în jurul lui, și-a exhibat penisul — *Gilbert Ballet*).

La fel pentru **epileptic** ori **somnambul**, al căror exhibiționism, de o obscenitate caracterizată, e traducerea unui acces vertiginos, care, cu subita obnubilare a eului moral al individului, se deslănțue cu impetuositatea unei forțe elementare. Inconștienței absolute a actului imoral urmează o amnezie nu mai puțin completă: își încheie pantalonii în chip automatic, fără a ști pentru ce îi descheiasse.

Exibiționismul e, după *Thoinot*, singura caracteristică a *epi-*

lepsiei mici, în deosebire de epilepsia comițială a cărei manifestare esențială o formează convulsiunea.

Nimfomania, satiriasis și alcoolismul acut ori *cronic* constituie și ele un element de apreciere în ce privește responsabilitatea exhibiționistului. (Exhibiționist dela 15 ani, individul are deatunci obsesia de a-și arăta organele genitale, dar nu are curajul s'o facă decât atunci când s'a îmbătat — *Balthazard*).

* * *

Exhibiționismul mai poate fi explicat și deci, într'o oarecare măsură, scuzat, la un individ lipsit de orice tară psicho-patică, dar în schimb atins de o afecțiune fizică în directă legătură cu actul osândit și de morală și de lege, — afecțiune care poate fi: atrezia uretrală, cistită, prostatită, incontinență, hemoroizi, eczemă, morpioni.

1. Un bărbat suferă de o hipertrofie a prostatei și de hemoroizi extrem de voluminoși. În timpul micțiunii, emiterea urinei, frecvent întreruptă, nu se restabilește decât în urma unui efort, iar bolnavul era nevoit să execute cu o mână tracțiunea penisului, iar cealaltă s'o ție lipită de anus, spre a reține hemoroizii cari, sub influența efortării, aveau tendința de a țâșni.

2. Un alt individ, atins de o mare strâmtare uretrală, de o cistită purulentă și de incontinența urinară, luase obiceiul ca, atunci când se găsea într'un local public, să țină scos penisul sub paltonul încheiat și să lase urina să se scurgă picătură cu picătură; în chipul acesta, nu era nevoit să se scoale mereu, spre a se duce la privată (*Maurice Laugier*).

II. Frecarea. — Palparea. — Saliromania

1. **Frecarea** caracterizează ultrajul public la pudoare săvârșit de indivizi marcați de perversiunea fetișismului, cărora însă nu le ajunge numai vederea acelei părți din corpul femeii care le provoacă orgasmul, ci simt și nevoia de nestăpânit de a atinge fetișul, frecându-se de el (indeosebi, când e vorba de fese, coapse, pânțe, sân), de a executa această frecare chiar cu penisul acoperit sau scos. Și aceasta, indiferent de locul unde fetișistul se n-tâlnește cu purtătoarea fetișului (în stradă, în tramvaiu, în tren, într'un local public, etc.).

Frecătorii împing uneori obșcenitatea până a se masturba pe loc după ce, prin frecare, au obținut un început de erecțiune.

Unora dintre „frecători“ le ajunge atingerea unei anumite stufe, spre a juisa.

2. **Palparea.** — Unora dintre maniacii psicho-patiei sexuale le provoacă orgasmul pipăirea părților adipoase ale trupului feminin, sau chiar a regiunii genitale, atingerea cu degetul ori ciupirea.

3. **Saliromania** — *mânjirea cu cerneală sau cu o altă sub-*

stanță a rochiei purtătoarei fetișului — e și ea o formă a perversității simțului genital în sensul fetișist.

III. Azoofilia

E o cauză de ultraj public contra pudoarei și se caracterizează prin manifestațiile erotice, mai mult sau mai puțin pronunțate în obscenitatea lor, față de lucruri neinsuflețite cum ar fi, d. e. o statuie (1. legendarul Pygmalion îndrăgostit de statua de el sculptată; 2) Pygmalionul modern — un elev dela Școala de Bele-Arte din Paris). Așa se citează între altele, cazul unui detractat care, după ce a fixat o bucată de carne cu un orificiu central (reprezentare a genitalelor externe feminine) pe o copie a statuiei Venerci de Millo, a executat actul coital. — Un altul s'a masturbat cu dreapta, în timp ce stânga mângâia regiunea pubiană a unei statui feminine.

Obiectul dragostei poate fi și să rămână pe veci inaccesibil simțurilor detractatului: unul înamorat de o stea cerească, nu una de music-hall sau de cinematograf.

Tot ca azoofilie trebuie interpretată acea formă atenuată a necrofiliei, caracterizată prin faptul că perversitul are orgasmul și se masturbează în fața unui cadavru de femeie.

IV. Bestialitatea

E manifestarea simțului genital, sub toate formele până aci descrise, în raporturile sexuale dintre ființa omenească și un animal. E sodomia biblică, desemnată, în psihopatia sexuală, sub numele de bestialitate.

Mult în scădere, aberațiunea, care a dispărut aproape complet în orașele mai mari, e refugiată la țară, unde adepții se recrutează îndeosebi dintre indivizii în contact mai mult sau mai puțin permanent cu animalele: argații, grăjdarii, vizitiii, ciobanii, etc. Rarele specimene cari țin ca specia infamă să rămână reprezentată și în aglomerațiunile urbane se recrutează deobiceiu dintre călăreți, proprietari de cai amorezați de superbele lor iepe, detractați al căror desechilibru e desăvârșit de alcool și stupefiante. — Să nu uităm pe fiicele Evei cari, — puține, numeroase câte sunt, — țin să aducă frenetic contribuția lor la cultul falusului animal.

Adoratorii, de ambele sexe, sunt de toate vârstele (dela foarte tineri la foarte bătrâni) și din întreaga galerie a psihozelor, nevrozelor și alienației mintale (debili, imbecili, epileptici, degenerați, histerici, maniaci). Rareori se rătăcește în tagmă, numai temporar, câte unul cu echilibrul aproape stabil: o aberațiune pasageră, săvârșită într'o clipă de eclipsă mintală (beția acută).

Insfârșit, bestialitatea e practică și din superstiție, din falsă credință că raportul sexual cu un animal vindecă sifilisul, blenoragia, impotența.

O formă curioasă a acestei aberațiuni sexuale e *zoerastia* — uranismul bestial: individul (bărbat sau femeie), din chiar momentul trezirii instinctului genezic, nu poate concepe raportul sexual decât exclusiv cu animalele.

La bărbat. — Întreaga floră a perversiunii sexuale: dela coitul vaginal la coitul anal, trecând prin coitul bucal, perineal, în nările animalului (cal, iapă, vacă), simplă atingere a genitalelor sau introducerea mâinii ori a unui corp strein în vaginul sau anusul animalelor. — În coitul anal bărbatul e uneori și pasiv (cu câinele, taurul, etc.).

Partenerii bărbatul și-i recrutează nu numai dintre mamifere (vacă, boi, cai, capre, câni, oi, măgari, porci), ci și dintre păsările de curte (găini, rațe, găște, curce).

Bestialitatea, la bărbat, e colorată uneori de sadism, iar victimele sunt, în marea majoritate a cazurilor, mamiferele mai mici și păsările de curte. Sadismul acesta e uneori numai imaginar, adică se reduce la o simplă reprezentare nevinovată a crimei; un avocat se masturbează, iar în timpul manoperei strivește muștele de penis (*Hofmann-Haberda*).

Un caz tipic: la 9 ani coit cu o găină; la 15, cu o juncă; la 29 ani, deși înșurat de 4 ani și deși continuând să coabiteze cu soția sa, se acuplează cu o capră. La 36 ani, e închis la balamuc.

La femeie. — Practica perversiunii *safice* cu cățele anume dresate de unele prostituate.

Cunnilingus practicat de câinele dresat în acest sens. (*Haberda* raportează cazul următor: femeia murind subit în spasmiile provocate de manopera animalului, acesta i-a sfâșiat și mâncat părțile genitale).

Coit vaginal între femeie și câine.

Mai ingenioasă decât bărbatul, femeia a găsit mijlocul să-și satisfacă pornirile venerice și cu peștii (nu la figurat!): la Viena s'a judecat procesul unui grup de prietene cari s'au dat în spectacol stând călare pe câte un bidet, cu câte un lin viu cu coada introdusă în vulvă; strâns cu mâna de cap, peștele se zbătea, provocând astfel, prin repercursiune, mișcări ale cozii în vulvă.

Iar o ilustrație și mai edificatoare despre spiritul inventiv al femeii ni-l dă cazul raportat de *Stekel* (1915): o tânără fată, din înalta societate, sta pe o canapea în poziția ginecologică, cu buzele vulvei unse cu miere, care atrăgea muștele și astfel îi provocau o senzație voluptoasă.

* * *

Sancțiunea penală nu intervine decât atunci când, sub o formă sau alta, actul de bestialitate capătă, după formula jurisprudenței franceze, caracterul de publicitate.

Expertiza medico-legală are, în atare împrejurare, un dublu obiectiv: examinarea animalului (pentru stabilirea consumării actului) și examenul bestiei umane.

După cum am arătat și în volumul I („Expertizele medico-legale veterinare”, pag. 759), se caută:

1. *Spermă* în vagin, în rectul animalului (cloaca la paseri).

Guillebeau (1912) a identificat prezența spermei umane în cloaca unei găini.

2. *Urme de escremente, peri* (de mamifere), *puf* (de paseri) pe genitalele omului sau la deschizătura pantalonilor (*Pfaff* a identificat un păr negru al câinelui complice pe pubisul acoperit cu peri blonzi ai femeii).

3. În actul de sodomie perpețrat cu un câine (atunci când animalul îndeplinește rolul activ în coitul vaginal sau în *cunnilingus*, la femce; în coitul anal la bărbat), se pot identifica, pe corpul omului (pântece, coapse, fese, pulpe, spinare) *urme de zgârieturi făcute cu ghiarele*.

4. În coitul anal al unui bărbat cu un câine mare (activ) se pot vedea *la anusul omului rupturi*, datorite faptului că s'a produs întreruperea coitului înainte ca animalul să fi ejaculat și înainte ca penisul acestuia să se fi desumflat. Asemenea rupturi anale grave se observă mai ales în cazurile când penisul câinelui are o umflătură mare a glandului.

5. Uneori, atunci când animalul activ e excesiv de mare, membrul acestuia poate provoca leziuni de o gravitate excepțională (perforarea peretelui rectal la un muncitor agricol în copularea anală cu un taur — *Sury*).

V. Acțiunea de pervertire a simțului moral

Prin aliniatul II al art. 262 C. P. edictându-se aceeaș sancțiune (închisoare dela 3 luni la un an și amendă) pentru acela care se va face vinovat de o acțiune de corupere a simțului moral, urmează că medicul expert poate fi chemat să se pronunțe asupra responsabilității morale a infractorului.

Art. 294 C. P., la care se referă zisul aliniat pentru definirea acestei specii de ultraj public contra pudoarei, păcătuiește însă prin confuziunea redacțiunii sale, neajuns care a izbit și pe autorii proiectului de reformă a legii penale, în care găsim precizările necesare. Comite un ultraj public contra pudoarei acela care „fabrică, deține sau expune, în vederea comerțului sau distribuirii, scrieri, desene, imagini sau embleme, fotografii, plăci gramfonice, filme cinematografice, sau alte obiecte obscene”. Și maximul pedepsei e întotdeauna aplicat atunci când „oferirea, vânzarea sau distribuirea se va fi făcut unui minor mai mic de 18 ani deplin” (art. 449). — Acțiunea de pervertire a simțului pudoarei se mai poate manifesta și prin cuvântul grăit.

VI. Ademenirea. — Codoșlăcul

Tot ca ultraj public contra pudoarei sunt socotite ademenirea, codoșlăcul, delict de care se face vinovat „oricine va fi aten-

tat la bunele moravuri, ațâșând, favorizând sau înlesnind *obici-
nuit* desfrânarea sau corupțiunea tinerilor de ambe-sexe mai mici
de 21 ani" (art. 267 c. p.).

Și redacțiunea acestui articol păcătuiește, nu însă prin im-
preciziune, ci prin restricțiune, prin faptul adăugirii termenului:
*obici-
nuit*. Și acest neajuns e reparat de proiectul de reformă, prin
următoarea enunțare: „Oricine, în scop de a satisface pasiunile
sale (ademenire) sau ale *altuia* (codoșlăc), sau în scop de câștig,
favorizează sau înlesnește desfrâul unei persoane minore sau o
ațâță la corupțiune sau prostituție, se va pedepsi ...” (art. 454).

Așa cum e redactat, art. 267 a dat loc, înainte de 1900, la
interpretări greșite din partea câtorva din tribunalele noastre.
Așa Trib. Putna și Curtea de Apel din Galați adoptaseră punctul
de vedere că „faptul unei persoane de a ademeni tineri, mai mici
de 21 ani și a-i corupe, satisfăcându-și cu ei pasiunile sexuale,
însă *în ascuns*, fără ca la comiterea acestor fapte să fi fost față
o altă persoană sau vreun alt minor, nu constituie delictul de aten-
tat la bunele moravuri, prevăzut și pedepsit de art. 267 c. p.“:
Curtea de Casație (1900) a casat cu trimitere la Curtea de Apel
din Iași, care s'a conformat jurisprudenței fixate de instanța su-
premă. jurisprudență rămasă de atunci constantă.

Sancțiunea penală se aplică și aceloră cari, în scop de tre-
zire a instinctului genital, — fie sau nu cu gândul de a abuza
de starea de excitare a nevârstnicului (băiat sau fată) — oferă
copilului spectacolul unor raporturi sexuale îndeplinite sau numai
schitate.

Intervenția expertului e de rigoare atunci când actul de pro-
stituare a minorei sau minorului e consumat sau numai prezumat
ca atare. Medicul va informa justiția despre realitatea faptului.

Expertiza mai poate fi necesară și pentru examinarea stării
mintale, atât a victimei cât și a autorului infracțiunii.

ATENTATUL LA PUDOARE

Pe când ultrajul public contra pudoarei constituie o jignire a simțului moral al obștii, atentatul la pudoare presupune, după natura și gradul de gravitate a *delictului* (care poate îmbrăca forma mai atenuată a unei simple tentative) sau a *crimei*, o vătămare mai mare sau mai mică, fizică sau morală, adusă direct unei persoane determinate. Astfel definit, atentatul sau numai tentativa de atentat la pudoare, poate, în anumite condițiuni, să figureze ca o parte integrantă a ultrajului public contra pudoarei.

Elementul *vătămării* fiind condițiunea necesară, indispensabilă pentru existența delictului sau a crimei, e dela sine înțeles că atentatul sau tentativa de atentat la pudoare va avea, înainte de toate, caracterul unei violențări, fie favorizată prin starea de inconștiență a victimei, de ascendentul exercitat de infractor asupra acesteia din urmă, fie executată prin întrebuițarea forței brutale, prin terorizare morală ori prin viclenie și anihilarea, prin mijloace artificiale, a conștiinței și posibilității de rezistență a victimei.

În chipul acesta socotim a fi dat adevărata interpretare a dispozițiilor respective din codul penal și cari glăsuesc:

„Art. 263. — Orice atentat în contra pudoarei, indeplinit sau cercat, *fără violență*, asupra persoanei unui copil, de sex bărbătesc sau femeesc, de vârstă mai mic de 14 ani, se va pedepsi cu închisoare dela 2 până la 3 ani.

„Art. 264. — Oricine va comite un atentat în contra pudoarei, indeplinit sau cercat, *cu violență*, încontra unui individ de sex bărbătesc sau femeesc, se va pedepsi cu maximum închisoarei.

„Dacă crima s'a comis în contra persoanei unui copil mai mic de 15 ani impliniți (vorbind despre minoritate, am relevat această nepotrivire în fixarea vârstei — *N. A.*), culpabilul se va pedepsi cu maximum reclusiunii”.

Art. 265 edictează o agravare a pedepsei atunci când atentatul a fost săvârșit în anumite condițiuni morale sau materiale, iar vinovații fac parte dintr-o categorie determinată (calitate ce urmează a fi stabilită de instrucție):

„Dacă culpabilii sunt ascendenții persoanei asupra căreia s'a comis *siluirea*, sau dacă sunt dintr'acei cari au o autoritate asupra-i, dacă sunt instituțiilor sau servitori săi sau ai persoanelor mai sus însemnate, dacă acești culpabili sunt funcționari ai unui cult, sau preoți ori călugări, sau dacă culpabilul, oricare ar fi, a fost ajutat în *crima* sa de către una sau mai multe persoane, pedeapsa va fi pentru cazul prevăzut de art. 263 și 264, maximum reclusiunii.

„Când *siluirea* se va fi comis de către persoanele menționate în acest

articol asupra unui copil, de sex bărbătesc sau femeesc, în vârstă mai mică de 15 ani, pedeapsa va fi maximum muncii silnice pe timp marginit“.

„Art. 266. — Dacă din *crimele* prevăzute la art. 263, 264 și 265 va rezulta moartea se va pedepsi cu munca silnică pe viață“. (Moarte consecutivă unei îmbolnăviri în legătură directă cu atentatul; omor săvârșit după comiterea faptelor, pentru suprimarea eventualului denunțător sau denunțătoare; crimă sadică).

Dar în dispozițiunile de mai sus — copie mai mult sau mai puțin fidelă a articolelor corespunzătoare din codul penal francez (art. 331, 332 și 333) — notăm o omisiune, probabil voită a legiuitorului român: e vorba de specificarea atentatului calificat *viol*. Specificare peste care dăm în chiar capul art. 332 c. p. fr. (art. 264 c. p. r.): „*Quiconque aura commis le crime de viol sera puni des travaux forcés à temps*“. E drept că în art. 263 c. p. r. găsim termenul „siluire“, dar acesta e întrebuințat în locul expresiunii „atentatul la pudoare“ vizat prin art. 263 și 264, al căror compliment e art. 265. Or, nici doctrina și nici jurisprudența nu pot da noțiunii cu sfera mai întinsă de „siluire“ valoarea pe care semantica o dă noțiunii mai restrânse de „viol“, astfel cum e tâlmăcită și de Littré-Robin („*Dictionnaire de médecine, chirurgie, pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*“): „*Viol: attentat à la pudeur commis avec violence ou par ruse sur une personne de sexe féminin, vierge ou non*“. Această definiție e conformă și cu jurisprudența Casajiei franceze: „*Abuser d'une femme avec violence, c'est commettre le crime de viol, alors même que cette femme aurait eu déjà des enfants*“.

„Siluirea“ din legea noastră penală nu poate avea acest înțeles, pentru că, repetăm, termenul e întrebuințat pentru desemnarea faptelor penale de art. 263 și 264, în cari e vorba de „atentat la pudoare“, consumat sau numai încercat, asupra unui „individ de sex bărbătesc sau femeesc“. Legiuitorul român asimilează deci orice atentat la pudoare (*siluire*) „îndeplinit“ cu infracțiunea calificată *viol* de codul penal francez. Deosebirea o găsim numai în scara penalității: așa, pe când în c. p. fr. (art. 332) „l'attentat à la pudeur“ e calificat crimă, în c. p. r. (art. 265) acelaș fel de „atentat la pudoare“ (victima e un minor sau o minoră, față de care nu s'a uzat de violență) e trecut în categoria delictelor, de vreme ce pedeapsa e „închisoarea“ simplă. Corecționalizarea infracțiunii în cazul acesta special oferă avantajul, că sustrage jurisdicțiunii, adesea prea indulgentă, a juraților o infracțiune care, altfel, s'ar bucura de o impunitate quasi-permanentă. Singurul reproș ce putem face legiuitorului român, e că nu prevede maximum închisorii corecționale (5 ani). Căci, nu înțelegem de ce pedeapsa ar fi mai ușoară atunci când victima crimei (căci crimă este) e minor sub 14 ani (art. 263: atentatul la pudoare *fără violență*), decât atunci când victima e un minor sub 15 ani (art. 264

al. II: atentatul la pudoare *cu violență*). Adică: un copil (fată sau băiat) sub 15 ani are deacum discernământul importanței și primejdiei ademenirii și pentru săvârșirea infracțiunii e neapărată nevoie de uzarea violenței? Dar tot codul nostru penal nu presupune *de plano* existența discernământului la această din urmă vârstă, nici pentru delictul sau crima comisă de „un minor, ce are vârsta dela 8 ani deplini până la 15 ani deplini” (art. 62).

Și dacă nu e capabil să discearnă propria-i responsabilitate, e de admis să-l declarăm capabil de discernământ, atunci când el e numai obiectivul unei crime de altul concepută? Minorul sub 15 ani fiind tot atât de inconștient ca nevârșnicul sub 14 ani, e o adevărată monstruoziție juridică să-l socotim că a consimțit la siluire, atunci când informațiunea judiciară nu reține agravantul: „*cu violență*”.

Aceeaș corecționalizare a siluirii o găsim în codul nostru (art. 264, al. I: victima e o persoană mai mare de 15 ani). Pentru considerațiunea expusă la comentarea art. 265, nu putem decât aproba preschimbarea calificativului din crimă în delict, atâta vreme cât competența tribunalelor corecționale e restrânsă numai la sancționarea delictelor. Altfel, am cere ca, întocmai ca în alte țări, atentatul la pudoare consumat să fie considerat crimă, indiferent de vârsta victimei și indiferent de circumstanța violenței.

O singură excepție e creată de legea asupra alienaților care (art. 45) pedepsește cu reclusiunea atentatul la pudoarea unui alienat, indiferent de sex și indiferent dacă a fost comis cu sau fără violență.

I. Siluirea și tentativa de atentat

E adevărat că legea noastră penală, în ce privește quantumul pedepsei, nu admite nici o diferențiere a răspunderii, pe care o hotărăște aceeaș și pentru *atentatul la pudoare consumat (siluire)* și pentru simpla *tentativă de atentat* („Pentru existența delictului prevăzut de art. 262 c. p. nu se cere decât ca atentatul să se fi săvârșit sau numai încercat” (*Casația, S. II, 1900*). Medicul-legist însă are îndatorirea de a lumina justiția, făcând această deosebire. Demarcațiune necesară, atât pentru gradarea pedepsei (în limitele ei extreme, 2—5 ani, atunci când e vorba de un atentat săvârșit fără violență), cât și pentru orientarea judecății intru acordarea despăgubirilor civile (prin aplicarea art. 998 C. C.).

a) Siluirea. — Codul nostru penal nefăcând deosebire de sex, există siluire ori de câte ori se poate constata satisfacerea pe orice cale a instinctului genezic, fie prin abuzarea de inconștiența copilului, fie prin violentarea persoanei adulte, indiferent dacă aceasta e feminină ori masculină.

Am ținut să facem precizarea subliniată, deoarece cu surprindere vedem școala franceză definind *violul* — nedefinit dar textual indicat, precum am arătat, în art. 552 c. p. fr. — ca fiind pur și simplu „*le coît pratiqué avec une femme non consentante*”. Cu această definiție — care nu e nici aceea a lexicografilor, nici aceea a doctrinei și jurisprudenței franceze — nu mai poate fi urmărit pentru viol caracterizat individul care ar desvirgina o fetiță sub vârsta la care legea presupune existența discernământului. Dar această definiție contrazice și textul enunciativ al codului penal francez, care pedepsește cu munca silnică pe timp mărginit pe cel vinovat de violul comis „*sur la personne d'un enfant au-dessous de quinze ans accomplis*”. Codul penal francez a înțeles să aplice definiția lexicologică, în care intră și circumstanța de ademenire indicată prin expresia: „*par ruse*”.

Tot viol e ceea ce *Gelma* (Strasbourg) caracterizează prin denumirea de *abuz sexual*, în care elementul delictuos esențial e înșelăciunea: încrezătoare în promisiunea de căsătorie, femeia cedează stăruințelor bărbatului care, după ce a necinstit-o, o părăsește. Fiind vorba de o virgină, e neapărat loc de pornirea acțiunii penale. Dacă femeia n'a fost virgină, ea are în orice caz dreptul la despăgubiri civile (art. 998 c. c.).

Tot așa de nedumeriți suntem și în privința părții a doua a definiției franceze: „*le viol implique une intention criminelle, car l'inculpé, provoqué par les imprudences d'une femme, peut s'être trompé sur le caractère de résistance de cette femme*”. Dar de vreme ce există rezistență, dovada violențării e făcută. Și apoi, această distincție e de domeniul suveranei interpretări a instanței represive, medicul-legist neavând alt rol decât acela de a face demonstrația științifică a faptului medical al silurii.

Stăruind în greșita-i concepțiune, școala franceză susține că violul presupune și posibilitatea sarcinii: „*Il (le législateur) a visé la possibilité, à la suite du viol, d'une grossesse et les conséquences graves qui peuvent en résulter pour la société et la famille*”. Dar nicăiri nu e definit violul ca implicând neapărat fecundarea victimei. Dovadă și o deciziune recentă a *Casației Belgiene* (7 Mai 1928): „*Le crime spécial de viol prévu au § 4 de l'article 50 de la loi du 15 mai 1912 requiert la conjonction des sexes, c'est-à-dire l'union charnelle, qui est visée dans l'article 50 par l'expression „rapprochement charnel des sexes” et qui peut se trouver consommée sans la circonstance d'émission de substances séminales à l'intérieur des parties sexuelles de la victime*”.

Aceeaș talmăcire o găsim și în codul penal austriac și în jurisprudența Curții de Casație din Viena. Legea califică viol nu numai atentatul săvârșit, ci și cel în care, dintr'o împrejurare sau

alta (himen prea rezistent, disproporție între căile genitale prea strâmte și penisul prea voluminos) pătrunderea completă a membrului a fost zădărnicită. „E suficient să se constate existența unei *conjunctio membrorum*, indiferent dacă a urmat un coit complet sau a fost numai unul încercat“ (*Casația austriacă*, 1877). Iar *Stoss*, în comentariile lui asupra principiilor de drept penal austriac, declară și el, că violul există atunci când e dovedit că „atentatorul a întreprins un act care are de scop coitul“.

Cât despre codul german, atunci când e vorba de copii, el nici nu mai specifică existența actului coital, ci se mărginește la calificativul atât de elastic de „acte imorale“.

În ce privește pederastia, coitul bucal, indiferent de sexul victimei, dacă ar fi să aplicăm la noi teoria franceză, ar urma să asemuim siluirea caracterizată (pederastia, coitul bucal, indiferent de sexul victimei) cu tentativa de atentat, cum ar fi „faptul de a ridica rochia unei femei, de a-i desgoli organele genitale, de a practica atuşamente, în contra voinței femeii“. Și tot simplă tentativă de atentat la pudoare ar urma să calificăm „l'attouchement“ practicat „cu buzele, cu penisul“. Deasemenea, siluirea pederastică sau aceea a coitului bucal ar urma să nu aibă decât valoarea penală a faptului când „l'individu oblige l'enfant à le masturber ou à se livrer à des actes obscènes sur ses organes génitaux“.

O demarcațiune arbitrară, pe care n'o poate îndreptăți cea mai subtilă răstălmăcire a doctrinei și jurisprudenței și pe care, mai presus de toate, o condamnă bunul simț. Și ne surprinde cu atât mai mult această interpretare, cu cât și codul penal francez care, am văzut, consideră drept *crimă* orice atentat la pudoare, nu face nici o deosebire de sex în nici unul din cele trei articole privitoare la atentatul la pudoare, ci numai una de vârstă: „*enfant de l'un ou de l'autre sexe*“ (art. 331); „*enfant*“ (art. 332 în aliniatul privitor la viol); „*individus de l'un ou l'autre sexe*“ (art. 332 al. II — „attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou l'autre sexe“); „la personne sur laquelle a été commis l'attentat“ (art. 333).

b) Tentativa de atentat la pudoare e, în lumina celor mai sus expuse, orice act care, prin execuțiunea lui, nu întrunește elementele unei siluiri caracterizate (indiferent de sexul victimei). Tentativei de atentat, așa cum o înțelegem noi, se aplică perfect definiția pe care i-o dă jurisprudența franceză: „*Tout acte exercé dans le but de blesser la pudeur d'autrui, et de nature à produire cet effet*“.

Așa, vom considera ca simplă tentativă: desgolirea forțată a regiunii genitale sau a celei anale a victimei, atuşamentele impudice cu mâna, piciorul, gura, penisul.

Nu e simplu atentat la pudoare (în interpretarea școalei franceze), tentativă de atentat (în interpretarea noastră), ci siluire, atunci când victima (băiat sau adult) e imobilizată sau numai terorizată și astfel, în contra voinței sale, e constrânsă să practice coitul natural (cu o femeie), bucal sau anal (cu o femeie sau un bărbat). În literatura medico-legală sunt înregistrate cazuri tipice: 1) un adult menținut de mai multe prostituate, în vreme ce una din ele s'a acuplat cu el; 2) un băiat de 16 ani doborât de două fete pubere, iar una din ele i-a provocat erecțiunea penisului pe care apoi l-a introdus în vaginul ei (*Menzei*, 1917); 3) un grup de băieți și fete a imobilizat pe un argat cast. silindul la coitul complet (*Ehmer*, 1909).

Siluirea caracterizată e și atunci când o femeie, prin manopere masturbatoare (cu mâna ori cu gura) provoacă erecția membrului unui copil și apoi îl silește să practice coitul cu ea (vaginal, anal sau bucal).

Deasemenea nu e simplă tentativă de atentat la pudoare atunci când un individ, abuzând de inconștiența unei fetițe, se dedă la manopere ca acestea: 1) introducerea degetului în vulva victimei; 2) introducerea de corpi streini în vulvă, spre a obține dilatarea forțată a acesteia; 3) coitul perineal (anterior sau posterior, după poziția pe care atentatorul o împune victimei).

II. Etiologia atentatului la pudoare

Victimele, în marea lor majoritate, sunt copii impuberi, cu un contingent de 60—70 la sută pentru minorele până la 15 ani (70% fete de 10—15 ani; 50—60 la sută fete de 10—13 ani). Sub 10 ani, cazurile sunt mai rare, totuș s'au înregistrat atentate la pudoarea unor fetițe foarte mici: 21 luni (*Haberda*); 12 luni (*Coutagne*); 8 luni (*Hofmann*). În al doilea rând, un important contingent îl formează adolescenții (de ambele sexe) între 15 și 20 ani. După statistica lui *Haberda*, în 399 cazuri examinate, victimele au fost: 46 până la 6 ani, 100 de 7—10 ani, 156 de 11—14 ani, restul peste 14 ani. *Casper-Liman*, *d'Aquiar*, *Maschka* citează și ei numeroase cazuri de minore impubere victime.

Autorii sunt de regulă adulți până la 50 ani, dar nici bătrânii nu sunt excluși dela exercitarea tristului privilegiu, pentru că „*senectus non quidem annis sed viribus magis aestimatur*“. Adolescenții (între 14 și 18 ani) dau un contingent enorm (efect al educației, al mediului, al alcoolismului). S'a observat că adolescențul pare a avea o deosebită predilecție pentru femeia mai matură. Cu drept cuvânt stabilește *Thoinot* legea, că în măsura în care crește vârsta atentatorului, în aceeaș măsură scade vârsta victimei. Nu o dată sunt de examinat cazuri în cari bătrânii, im-

potenți dar totuși frământați încă de libido, atentează la pudoarea unor fete vițioase cari, în schimbul darurilor primite sau făgăduite, se pretează la practice de perversiune sexuală: masturbație digitală, cunnilingus.

Asistăm la procese de psicho-patie sexuală: de *paedofilie* (predilecție pentru copii) și de *gerontofilie* (predilecție pentru femei bătrâne) care e o formă a fetișismului. *Wagner* (1907) citează cazul unui tânăr care a siluit pe o bătrână de 82 ani, iar drept scuză a dat următoarea explicație: fusese inițiat de o femeie răscopătată și de atunci nu putea avea raporturi sexuale decât cu femei bătrâne. Siluirea unei bătrâne de 72 ani (*Haberda*); a uneia de 90 ani (*Wachholtz*).

Uneori, geneza atentatului la pudoare trebuie căutată și în *superstiție*: credința că leacul pentru bolile venerice ar fi în raportul sexual cu o fecioară, cu o femeie în timpul menstruației ori cu o femeie însărcinată. Până în secolul XVII mulți medici europeni îl recomandau.

Ascendentul exercitat de autorul atentatului joacă și el un rol covârșitor: stăpânul slugii, duhovnicul, institutorul, șeful ierarchic etc.

Însfârșit, categoria cea mai infamă — pentru că atentatul în caracterul incestului — o formează rudele victimei, începând cu spița cea mai îndepărtată și sfârșind cu proprii genitori.

O fată de 18 ani a fost dela 8 ani victimă a repetate tentative de atentat, iar la 16 a fost violată de propriul ei tată. Timp de doi ani raporturile incestuoase s'au continuat în chiar patul în care dormia și mama. Fata fiind însărcinată în luna a 7-a, părintele satir și-a trecut poftete bestiale asupra celei de a doua fete, o copilă de 8 ani (*Balthazard*).

Statistica atentatelor incestuoase e înspăimântătoare: în cel puțin 25 la 100 din cazuri (și vorbim numai de cele cunoscute justiției, pentru că multe sunt tănuite) autorul e sau părintele, sau o rudă de sânge (frate, văr, unchiu, hunic).

Nici mama nu rămâne cu totul exclusă. Se cunosc cazuri de ademenire a propriului băiat; se cunosc și cazuri în cari mama, histerică ori depravată, a abuzat de nevinovăția propriei ei copile. (1. *Casper* citează cazul unei atare descreecate care a obținut dilatarea progresivă a vestibulului prin intromisiunea succesivă a unui deget, a două, trei și patru degete și în fine prin introducerea unei pietre ovale. — 2. *Tardieu*: o fetiță de 12 ani fusese timp de ani de zile victima manoperelor mamei sale, care îi introducea degetele în vagin și în anus).

III. Natura atentatului

Consumat sau numai încercat, cu sau fără violență, atentatul la pudoare trebuie examinat în lumina tuturor cunoștințelor ce avem despre diversele forme ale manifestării instinctului genезic.

A. Raportul etero-sexual normal

E atentatul săvârșit de un bărbat la pudoarea unei persoane de sex feminin (minoră sau adultă), sau cel comis de o femeie asupra unei persoane de sex masculin (minor sau adult).

Atunci când victima e de sex feminin, atentatul se caracterizează prin forțarea căilor genitale, iar când victima e de sex masculin, elementul esențial pentru caracterizarea atentatului e introducerea sau numai încercarea de introducere a penisului în căile genitale ale atentatoarei.

B. Raportul etero-sexual contra naturii

a) Victima de sex feminin: 1) coit anal; 2) coit perineal (anterior sau posterior); 3) coit între pulpe; 4) coit mamar; 5) coit subsiori; 6) coit bucal; 7) cunnilingus; 8) masturbarea (pasivă sau activă); 9) introducerea degetelor sau a corpurilor streini în vagin sau în anus.

b) Victima de sex bărbătesc. — Formele cele mai frecvente: 1) coit perineal; 2) coit anal; 3) coit bucal; 4) cunnilingus.

C. Raportul homosexual

1. *Tribadism, safism, manopere cu degetul sau cu corpi streini (între femei).*

2. *Pederastie anală sau între coapse, coit bucal, masturbare unilaterală sau bilaterală (între bărbați).*

IV. Frângerea rezistenței și abuzul de starea sau situația victimei

Legea penală nu se preocupă de elementul violenței, atunci când e vorba de un minor (indiferent de sex) sub 14 ani, pentru că unei atari vârste i se atribuie inconștiența firească în ce privește și natura și însemnătatea actului la care e ademenită victima. Singura chestiune ce se poate pune expertului, e de a lumina justiția dacă atentatorul sau atentatoarea a putut, judecând după desvoltarea fizică a victimei, să se'nșele asupra vârstei acesteia. Fapul brutal al atentatului nu e contestat, dar vinovatul sau vinovata scapă de sancțiunea agravată (*art. 264*), atunci când a putut exista o eroare în ce privește vârsta victimei; un atentat la pudoare comis asupra unei persoane sub 14 ani împliniți *nu* implică, în spiritul legiuitorului, și întrebuițarea violenței pentru frângerea unei rezistențe, socotită firească (discernământul putând exista la individul de 15 ani — *art. 62 c. p.*).

Chestiunea violenței nu se pune dar decât atunci când victima a împlinit sau a depășit vârsta de 15 ani. Violentarea are ca

mobil: 1) frângerea în prealabil a rezistenței obiectului poftelor genezice; 2) paralizarea tentativelor de rezistență în cursul actului; 3) terorizarea sau chiar suprimarea *post actum* a denunțoarei sau denunțatorului.

Violența (am indicat-o în definiția ce am dat atentatului la pudoare) nu trebuie concepută numai ca o brutalizare fizică (atunci când lipsa de consimțământ a victimei se traduce printr'o împotrivire dârză, desperată), ci și ca o anihilare pe orice cale a conștiinței și voinței victimei. Vom avea dar două specii de frângere a rezistenței: frângerea brutală și frângerea morală. Aceasta e și interpretarea pe care Curtea de Apel din București o dă articolului 264 C. P.:

„Pentru existența acestui delict violența poate să fie și morală, și o întrebuintare de forță brutală nu e indispensabilă pentruca atentatul să fie pedepsit de legea penală, iar o violență morală ca aceea rezultând din administrarea unor substanțe narcotice sau a unor băuturi alcoolizate, având de efect anihilarea sau chiar numai micșorarea voinței, este suficientă pentru a imprima actului caracterul penalității, deoarece faptul, pe care legiuitorul a voit să-l pedepsească, este atentatul la pudoare, săvârșit fără sau în contra voinței victimei”. (C. A. S. II, București, 5 Noembrie 1901).

A. Reducerea la neputință prin uzarea forței brutale

În prealabil se examinează natura violențelor.

a) Atunci când victima e atacată de un singur individ, unul din elementele de convingere îl formează, în mod firesc, considerațiunea raportului de forțe fizice, pentrucă victima, fiind mai viguroasă sau cel puțin de o putere egală cu aceea a agresorului sau agresoarei, poate triumfa într'o luptă egală.

b) Atacă în grup de cel puțin două persoane, victima sucombă, bine înțeles dacă grupul nu e constituit din nevrâstnici pe cari victima să-i poată înlătura (o femeie voinică atacată de 2—3 adolescenți debili sau chiar de doi-trei bătrâni decrepiți: la fel pentru cazul unui bărbat).

c) Atunci când violența e exercitată și cu o armă (indiferent de natura instrumentului), lupta e inegală și victima sucombă chiar în fața unui singur agresor.

d) Victima sucombă și atunci când loviturile aplicate, chiar de un singur individ inferior ca forță fizică, sunt dintre acelea cari au ca efect slăbirea puterii de rezistență.

e) Victima poate sucumba și când e atacată prin surpriză, chiar de un singur individ, indiferent de raportul de forțe.

* * *

Semnele de violență se caută pe îmbrăcămintea și corpul victimei.

Pe îmbrăcăminte: urme de înțepături, rupturi, sfâșieri.

Pe corp: zgârieturi, zdreliri, echimoze, pe brațe, la încheetura mâinii, față, piept, spate, fese, picioare, coapse (sfortarea agresorului pentru desfacerea lor), pe genitalele externe și în regiunea anală (pentru înlesnirea întromisiunii), în jurul gâtului (tentativă de strangulare), la nări, gură (tentativă de sufocare); mușcăături, lovituri date la cap pentru amețirea victimei; răni provenind dela arma întrebuințată (corp contondent, instrument înțepător ori tăios, urmele armei de foc): semne de mutilare (în crimele sadice).

B. Reducerea la neputință prin violentarea morală

(Și în materie de atentat la pudoare — art. 264 c. p. — violența morală este suficientă pentru a imprima actului caracterul penalității. — *Curtea de Apel din București, S. II, 1901*).

a) **Simpla amenințare cu o armă** anihilează rezistența victimei, care astfel, sub imperiul groazei, cedează. Nu se poate invoca existența unui consimțământ, pentru că e un consimțământ smuls, viciat.

b) **Terorizarea cu divulgarea unei anumite situațiuni, șantajarea cu exercitarea de represalii** având ca obiect fie însăși victima, fie o ființă dragă acesteia constituie o violență morală caracterizată. (Atentatorul, amenințând cu asasinarea copilului prezent, a obținut resemnarea victimei — *Maschka*).

* * *

În sfera noțiunii de violență intră neapărat și atentatul caracterizat prin abuzul de starea de inferioritate accidentală a victimei, sub raportul putinței de a opune rezistență.

C. Abuzul de situația victimei

Sunt așa zisele atentate prin surpriză, pentru expunerea căroră ajunge exemplificarea:

a) *O fată se culcă pe spate și-și trece brațele prin legăturile unei boccele, spre a o ridica apoi: în poziția aceasta semi-ginecologică e surprinsă de un individ care abuzează de ea (Bernt).*

b) *Câteva prietene, în timpul jocului, conving pe o fată să se lase legată cu mâinile după genunchi și cu un băț trecut prin îndoiturile coatelor. Fata e apoi răsturnată, iar un flăcău practică asupra ei coitul anal (Hofmann).*

c) *O servitoare, pe când, aplecată pe genunchi, freca parchetul, e surprinsă de un bărbat din casă, care abuzează de ea.*

d) *Un medic așează pe o pacientă în poziția genu-pectorală și, înainte ca ea să-și fi dat seama de intențiunea lui, practică asupra ei coitul vaginal.*

D. Abuzul de starea victimei

1. Victima se poate găsi în stare de impotență fizică de natură patologică: a) *hemiplegie*; b) *coma epileptică*; c) *letargia spontană* sau un *atac de somn*.

2. Starea de inconștiență morală naturală: a) *Imbecilitatea idiopia, alienația mintală*. S'au văzut însă și cazuri când degenerații mintali au opus rezistență și atunci s'au notat pe ei semne de violență.

b) *Somnambulismul hipnotic* nu exclude nici el rezistența pentru că individul care se găsește în această stare poate reacționa, atunci când sugestiunea ce i se face îi displace.

c) *Noctambulismul natural* deasemenea nu exclude rezistența fizică, dar care poate fi lesne frântă: iar când se trezește, victima nu-și amintește de ceea ce s'a petrecut cu ea.

d) *Vigilambulismul sau dedublarea persoanei*. Individul are două personalități: 1) *normală*, cu conștiința și voința nealterate, când deci atentatul nu e posibil fără violentare fizică sau morală; 2) a doua, *patologică*, în care individul a pierdut cu totul conștiința adevăratei lui personalități și e susceptibil de un atentat fără opunerea celei mai neînsemnate rezistențe; ceva mai mult, nu-și amintește de atentatul a cărui victimă a fost. *Azam, Bellanger* au notat cazuri în cari persoana atinsă de vigilambulism, după ce a refuzat în starea *primă* (normală), a cedat imediat aceluiaș atentator, atunci când s'a găsit în starea *secundă* (patologică).

3. Starea de inconștiență naturală nepatologică. — *Atentatul la pudoare săvârșit în somnul natural*:

a) În primul loc, trebuie socotită ca exclusă posibilitatea unui coit vaginal sau anal, oricât de greu ar fi somnul victimei, atunci când aceasta nu și-a pierdut încă fecioria. Nu e cu puțință ca victima să nu se trezească sub imperiul senzației ce o provoacă numai tentativa de atentat, cu atât mai mult atentatul isbit.

b) Când victima are deacum obicinuița raporturilor sexuale, atentatul, fără o încercare de rezistență, nu ar fi posibil decât în două împrejurări: 1) victima e cufundată într'un somn adânc, următor unei mari oboseli fizice, unei extenuări psihice și cerebrale sau unei beții acute (cazuri excepțional de rare); 2) victima, surprinsă în somn, se trezește dar suportă raportul socotind că partenerul e soțul sau amantul absent în momentul culcării și

care, în interval, s'a întors sau a venit: acest atentat nu e, firește, posibil decât în întuneric.

Această a doua ipoteză a fost în repetate rânduri verificată iar un caz recent (Martie 1928) a făcut obiectul unor ample debateri înaintea tribunalului din Lisieux (Franța) care a rostit o condamnare de 6 luni închisoare, 100 franci amendă și plata cheltuielilor de judecată. Tribunalul n'a făcut decât să se conformeze unei jurisprudențe a Casației, care califică drept viol caracterizat un atentat comis în atari circumstanțe. — Totuși, condamnarea a stârnit o vie divergență în lumea juridică, iar José Thery, unul din măștrii baroului parizian (în „Mercure de France”, 1 Octombrie 1928, sub titlul „Le cambriolage sexuel”) consacră cazului o cronică-studiu pe cât de spirituală, pe atât de bogată în argumente, pledând teza interesului pentru femeie de a înregistra și a tăcea, spre a nu se arăta publicului în ipostaza de eroină a unei tragi-comedii.

4. Starea de inconștiență artificial provocată. — a) *Amețirea cu băuturi alcoolice sau cu stupefiante.* (Îmbătarea victimei constituie o constrângere. — *Camera de punere sub acuzare Craiova, 1905.*) 1) Atentatul e posibil cu un minor (de ambele sexe) la care se presupune absența facultății discernământului, în ce privește primejdia la care se expune, consimțind să se amețească. 2) Mai cu greu se poate admite ca un adult (bărbat sau femeie) să nu bănuiască intenția aceluia sau a celorla cu care a primit să se împărtășească din fumul beției. Numai atunci când se face dovada că, fără știrea femeii, băutura a fost sofisticată (prin adăugarea de substanțe amețitoare — opium — sau substanțe afrodisiace — cantaridă), și când, sub influența băuturii naturale, victima nu și-ar fi putut pierde conștiința primejdiei, atunci se poate reține elementul violenței. — S'au înregistrat și cazuri de amețire cu ajutorul *atropinei*.

b) *Narcotizarea cu ajutorul cloroformului, eterului.* — Atentatul e posibil, dar e de observat că anestezia nu se produce brusc, dela chiar primele respirații ale narcoticului așa că victima are un răgaz, firește scurt, de a se apăra, urmând să cedeze unei violențe fizice mai mult sau mai puțin caracterizate. Și apoi nu oricine știe să administreze anestezicul, pentru a obține în scurt timp narcoza dorită. — Atunci, însă când victima consimte dinainte la anestezie (pacienta unui medic, a unui dentist), atentatorul nu riscă să se lovească de cea mai mică veleitate de rezistență: cazul unui dentist din Rouen care, în timpul narcozei, abuzând de naivitatea unei fete — pacientă a sa — în câteva rânduri a pretentat asupra ei coitul, până ce mama victimei, observând că aceasta a rămas însărcinată, a sesizat parchetul (*Brouardel*).

Narcotizarea completă *în somn*, fără o eventuală trezire a victimei, nu reușește decât în cazuri excepționale și numai cu

persoane bolnave (experiențele făcute de Stephens Royers, Debeau, Guerrieri, Stone Scott au dat rezultate pozitive în vreo 30 la 100 din cazuri). — Cu o persoană sănătoasă, aceiași experimenterii notează că, după 2—3 minute dela apropierea buretelui imbibat cu cloroform, victima prezumată s'a trezit din somn speriată și a sărit în sus, deci capabilă de a opune oarecare rezistență.

c) *Hipnotizarea* nu reușește decât cu persoanele cu temperamentul nervos propice acestei provocări artificiale a inconștienței. Sunt cazuri verificate de *Ladame* (mai de mult), de *Hoepler* — 1921 și de noi în câteva rânduri.

5. *Paralizarea voinței victimei.* — Experții în ale erotismului știu, prin anumite atingeri, să paralyzeze voința femeii.

* * *

Abolirea conștiinței și voinței victimei nu trebuie să fie complectă, pentruca elementul violentării să fie reținut. În acest sens hotărăște și o jurisprudență a *Casației austriace*: „Prin starea de inconștiență nu se înțelege numai decât totala absență a percepției întâmplărilor exterioare, ci orice fel de turburare a sferei de acțiune a voinței și a intelectului, care exclude posibilitatea unui consimțământ liber la actul sexual”.

V. Atentatele imaginare

Înainte de a trece la diagnosticul atentatului la pudoare, trebuie să ne ocupăm și de atentatele imaginare, căci fără de cunoașterea etiologiei acestora expertul riscă de a fi indus în eroare de aparențe de multe ori foarte impresionante și astfel, în desăvârșită bună credință, să se lase mistificat, iar el, la rândul lui, să mistifice justiția.

Atentatele imaginare au la baza lor fie minciuna (conștientă ori inconștientă) fie o simplă iluzie a simțurilor.

A. Minciuna

a) *CONȘTIENȚĂ*, minciuna diferă ca substrat, după cum pretinsa victimă e minoră sau adultă.

1. *Copilul, meșter în a minți*, sofistică adevărul fie din proprie pornire, fie sub influența unei sugestii directe (lecția învățată) ori indirecte (repercursiunea psihică a unei întâmplări la care a fost martor sau despre care numai a aflat din auzite ori din citite).

I. *Din proprie inițiativă.* — Explicația minciunii copilului, poate fi:

1. *Motivarea unei greșeli.* — În curent cu frecvența atentatelor la pudoare, copilul — care a lipsit de acasă și a fugit dela școală spre a hoinări, singur sau în tovărășia altora — plăzmuște o întreagă povestire în care apare ca erou al unei ademeniri cu caracter erotic.

2. *Razbunarea*. — Știind că atentatul la pudoare e pedepsit născocoște, clădind o acuzațiune împotriva persoanei vizate. — Clasic în această privință e cazul abatelui Bérard pe care mai multe minore, „spre a-l învăța minte să nu mai fie așa aspru cu ele la împărțășanie”, l-au acuzat că „dela distanță, printr'o gaură a ușii gheretei confesionalului, clericul a pus pe tinerele sale penitente să-l masturbeze”. Abatele n'a ieșit cu fața curată, decât în urma consultății lui Lacassagne, care a demonstrat că săvârșirea acestui atentat la pudoare era neapărat condiționată de un penis de o lungime de cel puțin 25-30 cm.

3. *Mythomania perversa*. — Minte numai și numai pentru plăcerea de a mistifica.

4. *Tanuirea masturbării*. — Părinții constată semnele masturbării (la față, apariția unei vulvite) și copilul, de teama pedepsei, inventează un atentat. Firește, va stăruii în minciună și în fața instanței represive, iar persoana năpăstuită, dacă, pe deasupra, va avea și nenorocul ca expertiza să fie făcută de un ignorant, va infunda pușcăria.

5. *Histeria*. — a) O fată de 14 ani acuză pe mai mulți bărbați — printre cari și pe propriul ei tată — de a fi atentat la pudorea ei. Ancheta dovedește că totul se reduce la o invențiune datorită histeriei. — b) O altă fată dispăre de acasă pentru 8 zile, iar la întoarcere povestește părinților, ca fost răpită de mai mulți bărbați, dusă și ținută sechestrată într'un castel unde un înalt personaj avea zilnic cu ea raporturi sexuale. Parchetul, sesizat, începe investigații. În cele din urmă se prezintă la judecătorul de instrucție o doamnă care arată, că pretinsa victimă a stat cele 8 zile la ea (venise în vizită la fiica informatoarei, o colegă de școală). Examenul medical a stabilit virginitatea completă, dar și simptomele neîndoioase ale histeriei.

II. *Sugestiunea directă* a celor de acasă sau a unei alte persoane:

1. *În scop de calomnie și de șantaj*. — Cu „lecția învățată” copilul acuză și stăruie în invinuirea adusă unei anumite persoane (tentativă de coit natural, una din variatele forme ale atentatului contra-naturii, uneori cu complicația transmisiei unei boli venerice, artificial provocată de cei interesați). În chipul acesta își propun ascendenții minorului să stoarcă bani, sau urmăresc numai scopul de a compromite și expune pedepsei pe cel vizat. (O fetiță, căreia propria sa mamă îi provocase grave leziuni prin frecarea genitalelor externe cu o perie de văcsuit, fusese învățată să acuze pe un bărbat în vârstă dar foarte bogat. Cu o păpușă dată în dar, expertul a isbit să afle adevărul și astfel imaginarul satir, arestat în interval, a fost pus în libertate — *Fournier*).

2. *Motiv de divorț*. — Spre a-și putea crea un temeinic și impresionant motiv de divorț, mama își învață fetița sau băiatul să acuze pe propriul lor părinte de un atentat la pudoare (unic sau repetat) săvârșit asupra lor.

III. *Sugestiunea indirectă* are ca bază *vanitatea*, minora socotindu-se într'o stare de inferioritate, dacă n'a fost și ea eroina unui atentat la pudoare, întocmai ca o prietenă a ei sau ca una din victimele despre cari a auzit vorbindu-se ori a citit în gazetă, în vre-o povestire senzatională. Vrea și dânsa să se vorbească de ea, să fie interviuată și, — mai ști? — aventura'i imaginară să facă obiectul unei nuvele, unui roman sau al unei piese de teatru.

2. *Adultul* minte întocmai ca minorul, de multe ori pentru aceleași motive, cu agravanta că, în caz de șantaj, există și elementul delictuos al premeditării, al intențiunii de a trage personal profit de pe urma născocirii. Să mai notăm că s'au văzut cazuri de adulți ascultând de o sugestie streină, bine înțeles interesată, iar adulții s'au pretat în vederea împărțirii beneficiului.

(Un gen al şantajului care nu e specialitatea exclusivă a codoşilor, ci şi a unor soţi şi părinţi legitimi, cari prin practicarea lui îşi fac o meserie foarte lucrativă).

I. „Alibi”. — Fata, femeea, petrec o noapte, câteva zile, cu amantul, iar la întoarcerea acasă, invoacă „alibiul” unei răpiri romantice!

II. Sarcina. — Fata şi-a pierdut fecioria, sau soţia impotentului ori a absentului a rămas grea. Explicaţia: şi una şi alta au fost victima unui atentat la pudoare!

III. Şantajul. — Fata, văduva, ochesc un bărbat cu avere, îi acordă întâlniri platonice, despre cari au grija ca să fie iniţiaţi şi eventualii „martori” şi apoi îl prezintă ca autor al sarcinii (consecinţă a unui viol imaginar) pe când autorul adevărat e amantul sau concubinul. — Sau, înşelată în aşteptările ei — scontarea unei căsătorii cu bărbatul ademenit —, adulta se răsbună, acuzându-l de viol.

b) INCONŞTIENŢĂ, minciuna minorului e produsul unei halucinaţiuni, al unei serii de auto-sugestii.

La adult minciuna e inconştientă în diversele forme ale isteriei sau în accesele de delir ale unor boli febrile. (Trezită dintr'un atac epileptic, o femeie indică persoana care, profitând de starea ei de inconştienţă, ar fi siluit-o. Expertul a dovedit neverosimilitatea invenţiei, pe simpla consideraţiune că, în starea de inconştienţă patologică în care se afla, pretinsa victimă nu putea să cunoască şi să-şi amintească, precizându-le, toate detaliile imaginărilor atentat).

B. Iluzie a simţurilor

În timpul narcozei, examenul ginecologic poate procura pacienţei vise sensuale şi senzaţii erotice atribuite coitului.

Tipic, sub acest raport, e următorul caz:

O fată (în prezenţa părinţilor, a medicului familiei şi a asistentului acestuia) e adormită de un dentist, în vederea operării unei extracţiuni extrem de dificile. La trezire, fata acuză pe dentist de a o fi violat. (Cloroformizarea, se ştie, e uneori însoţită de senzaţii de voluptate sexuală).

C. Călăuza expertului

1. Examenul minorului.

a) Starea psihică şi mintală.

b) Examenul somatic. — Eventualele semne de violenţă pot fi artificial provocate (Vezi: „Examenul persoanei vii” Vol. I, pag. 356. şi capitolul „Simulările”, Vol. II).

c) Examenul local. — 1. La copii slabe, *deslipirea vulvei* în partea superioară, forma de pâlnie a himenului pot fi naturale. — 2. *Efectele onaniei*: fenomene secundare violente au fost observate la fetiţe deprinse să se masturbeze şi cari nu se mărginesc la introducerea degetului, ci îşi vâră ace în uretră şi beţişoare în vagin. — La fetiţe epileptice ori idioate, în urma unei practici îndelungate a masturbaţiei, se produce o pareză şi vestejire

a nimfelor, a clitorisului și chiar a himenului, însoțite de inflamații. Eventual, o ruptură a himenului de origine onanistică se manifestă prin scurgeri hemoragice. — 3. *Scărpinarea*: mici eroziuni ale vestibulului vaginal pot avea ca origine scărpinarea la părțile genitale atinse de *pruritus vulvae* sau în caz de prezență de *oxyuris vermicularis*. — 4. *Inflamații datorite necurăteniei*: la copile impubere murdare (atunci când vulva nu se închide bine), praful, descompunerea resturilor de urină, secrețiunea mucoasă produc o inflamație a mucoasei vestibulare.

Atunci când examenul local are de obiect un băiat, expertul va avea grija să diferențieze eventuala stare a penisului, perineului și anusului de starea care poate avea ca origine masturbarea și scărpinarea.

2. Examenul adultului.

a) *Starea psihică și mintală a victimei*. — Informațiuni asupra faptului, dacă presupusul atentator era dinainte edificat asupra unei eventuale stări psihopatrice a victimei prezumate.

b) *Circumstanțele*. — Locul și timpul perpetrării atentatului: 1) dacă atacul s'a produs într'un loc singuratic; 2) dacă victima a avut posibilitatea de a da cu succes alarma; 3) dacă există o prea mare disproporție în ce privește vigoarea fizică a celor doi actori ai pretinsei drame; 4) dacă victima a fost pusă în stare de inferioritate, agresorul având complici efectivi.

c) *Examenul somatic*. — Semnele de violență, am arătat, pot fi simulate. Caracterul quasi-uniform al zgărieturilor, echimozelor, rănilor poate orienta aprecierea expertului în sensul suspiciunii în ce privește autenticitatea violențelor. Sunt și semne naturale cari ușor pot fi confundate cu echimose.

(Medicii cari au examinat pe o femeie, care se pretindea victimă a unui viol, au identificat pe fața internă a ambelor coapse sugilații cari imitau perfect echimozele produse prin strivirea țesuturilor superficiale, prin apăsarea cu degetele. Hofmann, însărcinat cu contra-expertiza, a dovedit că pretinsele echimozes nu erau în realitate decât așa zisele pete semilunare pigmentate cari, la unele fete și femei brune, se găsesc — câteodată simetric dispuse — pe marginea inferioară a cutei genito-crutale).

4. *Examenul local*. — În ce privește starea himenului, e nevoie de toată sagacitatea expertului spre a diferenția un himen lezat de unul intact, dar cu aspect de leziuni, cari pot fi particularități naturale ale membranei. Va ține seama și de timpul scurs dela ziua când ar fi avut loc atentatul.

Pentru o mai amplă documentare asupra modificărilor anatomice ale himenului, a se vedea capitolul imediat următor: „*Diagnosticul atentatului la pudoare*”.

Când e vorba de un atentat pederastic (pe care de asemenea îl examinăm în acelaș capitol), ținem să relevăm cazul când pretinsa victimă și-a făcut singură (cu unghiile) zgărieturi la anus.

DIAGNOSTICUL ATENTATULUI LA PUDOARE

*„Un viol est aussi difficile à prouver
qu'à faire” (Voltaire). — „Difficilis res
virginitas ideoque rara” (St. Hieronim).*

Identificarea semnelor atentatului la pudoare diferă după natura acestuia, după sexul și vârsta victimei. — Semnele acestea, mai mult sau mai puțin revelatoare — uneori simple urme îndoelnice, cecece îngreuează enorm misiunea expertului — se caută nu numai la victimă, ci și la autor (denunțat sau numai bănuțit).

I. In raportul etero-sexual natural

Eventualele leziuni putând interesa toate sau numai parte din organele genitale externe ale victimei, pentru o mai bună caracterizare a modificărilor anatomice e necesar să se cunoască starea normală a acestor organe.

A. **Buzele mari**

Acestea sunt de obicei tari, strâns lipite, închizând aproape ermetic crăpătura vulvei la fetița impuberă și la fecioara nubilă. Dar acesta nu e un semn de certitudine, pentrucă din observațiile multiple rezultă:

1. La unele fetițe în vârstă fragedă și cu mulți ani înainte de instalarea pubertății, buzele mari sunt moi și desfăcute, la comisura de sus, lăsând să se vadă clitorisul și partea superioară a buzelor mici.

2. La multe femei deflorate, cu coit repetat și chiar foste parturiente, buzele mari sunt tari și împreunate ca la o fecioară autentică, sau cel mult sunt parțial desfăcute în partea inferioară a crăpăturii vulvare.

Aceste anomalii se explică prin absența (la copilele impubere și la fecioarele nubile) și prin prezența (la femeile de mult deflorate) a unor condițiuni de nutrițiune cari întretin frăgezimea buzelor și le procură țesutul subcutanat de grăsime care le tapisează, întretinând consistența tare. Cu toți anii tineri, frăgezimea și turgeșcența țesuturilor (cari, în virtutea legilor biologice, scad odată cu înaintarea vârstei și cu slăbirea funcțiunii

nutriționale) lipsesc la fetele impubere și la fecioarele nubile care suferă de o debilitate fizică congenitală ori dobândită.

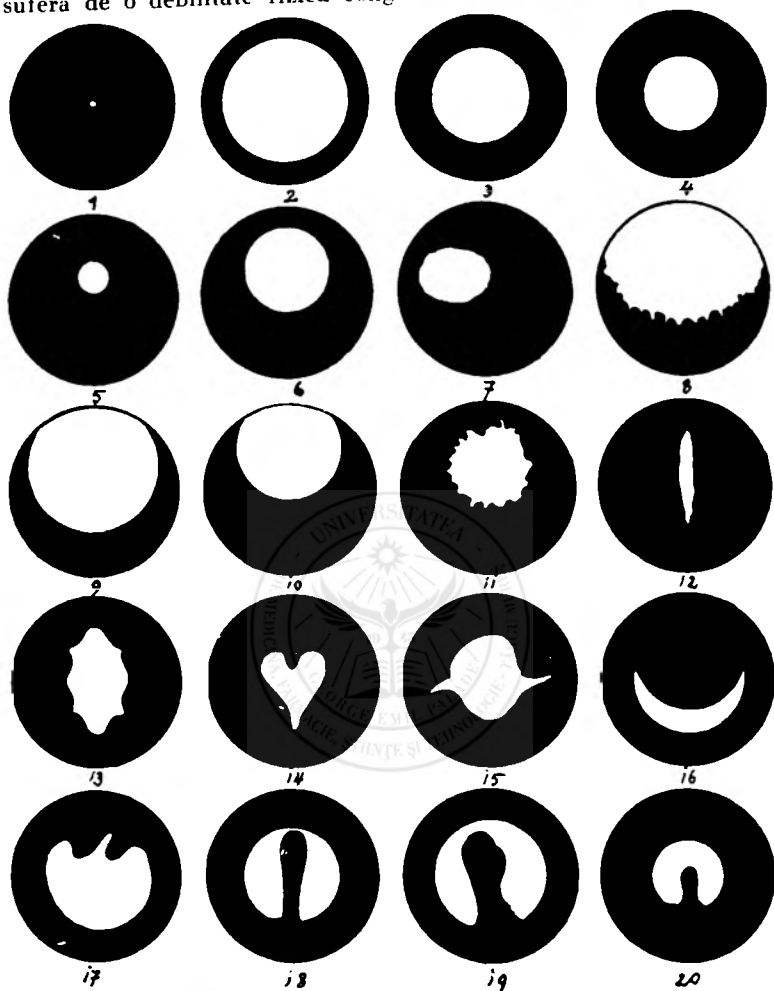


Fig. 10. — Imaginile schematice ale principalelor forme de himene virgine (spațiul negrit reprezintă substanța membranei, iar spațiul alb orificiul sau orificiile acesteia). — 1. Himen imperforat. — 2, 3 și 4. Himen inelar cu orificiul central mai mic sau mai mare. — 5, 6 și 7. Himen inelar cu orificiul excentric mai mic sau mai mare. — 8. Himen semi-lunar dințat. — 9 și 10. Himen semi-lunar. — 11. Himen inelar cu marginea dințată. — 12. Himen labiat. — 13. Himen inelar cu marginea simetric crestată. — 14. Himen cu orificiul în formă de inimă. — 15. Himen inelar cu două creștături simetric așezate transversal. — 16. Himen cu orificiul în formă de seceră. — 17. Himen inelar cu două stalactite. — 18, 19 și 20. Himen septus mai mult sau mai puțin incomplet (cu stalagmită).

B. Buzele mici (nimfele)

La impubere și la fecioarele nubile: aspect mucos, rozate și acoperite de buzele mari. Dar nici acesta nu e un semn de certitudine.

1. La fecioarele slabe, cu buzele mari, moi și desfăcute, nimfele atârnă afară din vulvă și din această cauză pierd aspectul

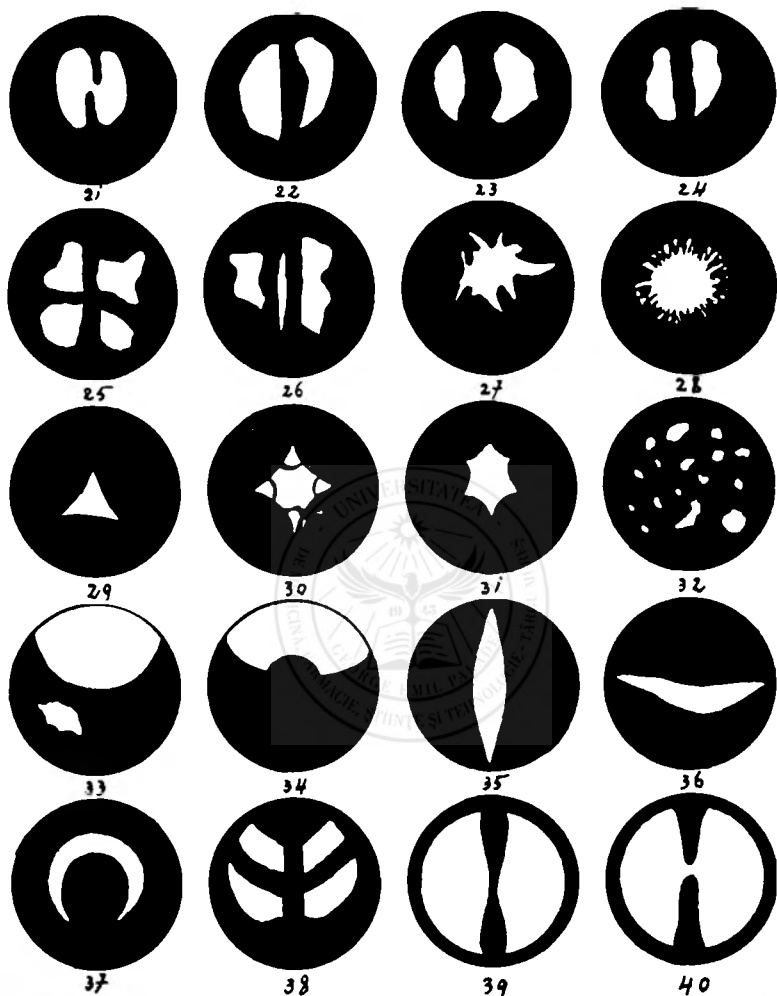


Fig. 11. — Imaginile schematice ale principalelor forme de himene virgine (spațiul înegrit reprezintă substanța membranei, iar spațiul alb orificiul sau orificiile acesteia). — 21. Himen septus cu o soluție de continuitate în mijlocul punții. — 22, 23 și 24. Himen septus cu conturul dierit al celor două orificii laterale. — 25. Himen cu dublu sept încrucișat (patru orificii neregulate). — 26. Himen pseudo-labiat (în dreapta și în stânga orificiului longitudinal câte un orificiu de formă neregulată și de mărime inegală. — 27. Himen inelar cu multiple creștături neregulate. — 28. Himen franțat. — 29. Himen cu orificiul triunghiular. — 30. Himen cu orificiul rombic. — 31. Himen cu orificiul hexagonal. — 32. Himen ciuruit (cribriform). — 33. Himen semi-lunar cu un orificiu suplimentar în substanța membranei. — 34. Himen semi-lunar cu stalagmită. — 35. Himen labiat. — 36. Himen labiat cu orificiul transversal (gura de pește). — 37. Himen inelar cu o stalagmită mare și cu orificiul semi-lunar. — 38. Himen etajat. — 39. Himen cu septul în formă de clepsidru. — 40. Himen inelar îngust cu sept întrerupt în mijloc.

mucos și din rozate devin brune (nemai fiind apărate de buzele mari și în contact direct cu aerul se usucă, capătă înfățișarea epi-



Fig. 12. — Himen natural nedeflorat cu orificiul în mijloc.

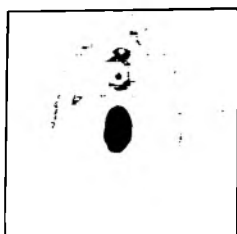


Fig. 13. — Himen natural nedeflorat, cu orificiul în partea de sus.



Fig. 14. — Himen inelar nedeflorat cu creștături multiple ale marginii orificiului.



Fig. 15. — Himen natural inelar cu orificiul excentric.

dermei, iar culoarea li se închide). Particularitatea aceasta se observă mai ales la fecioarele tomnatice la cari, odată cu vârsta mai înaintată, se instalează și pareza nimfelor, deci și lungirea lor.

2. Buze mici rozate, fragede, complet acoperite de buzele mari se întâlnesc atât la prostituate cât și la foste parturiente.

3. Lungirea și veștejirea consecutivă a nimfelor se observă și la fecioarele cari practică masturbarea.

4. Să notăm, în sfârșit și existența excepțională a unor nimfe debublate.

C. Clitorisul

Examenul lui nu interesează decât numai pentru constatarea mărimii volumului sub acțiunea manoperelor onanistice.

D. Furculița

Această mică bridă așezată la comisura posterioară a vaginului și fosa naviculară (fundul-de-sac, de o adâncime variabilă, care separă furculița de himen) interesează prin eventualele leziuni ce se pot nota.

E. Himenul

È o membrană elastică încrețită (destinsă apare numai atunci când, prin desfacerea buzelor mari, e observată în poziție ginecologică), inserată pe pereții vaginului, dedesubtul uretrei, la un nivel care variază cu vârsta: la copila mai mică de 5 ani (la una grasă chiar mai mare), himenul e situat la o mare adâncime; cu vârsta el se tot înalță, iar la adultă și-a terminat apropierea (imediat sub buzele mici) de orificiul vaginal, al cărui capac este. În cazuri de anomalii constituționale (infantilism), himenul rămâne în poziția inițială, așa că la prima vedere pare inexistent.

De o absență totală a himenului nu poate fi vorba decât în cazul viciului de con-

formație caracterizat prin absența vaginului. *Pozzi*, totuși, într'o comunicare făcută în 1884 la Academia de Medicină din Paris, a arătat un caz cu un himen dezvoltat în absența vaginului. Or, himenul poate lipsi când a intervenit o oprire în dezvoltarea vaginului: *Roze* citează 12 cazuri de vaginuri hipoplasice, lipsite de himen; câteva observații au fost făcute și de noi.

Vaginul nefiind un tub rigid, la vârsta fragedă himenul nu numai e încrețit, dar apare chiar ca o prelungire a liniei perineului. La epoca pubertății, vestibulul vaginal se netezește; la bătrânețe, orificiul vaginal se strâmtează, vestibulul se adâncește și odată cu el se lasă în jos și himenul.



Fig. 16. — Himen inelar natural.



Fig. 17. — Himen natural inelar lat.

După *Schroeder, Taussig* și *Dohrn*, himenul e o dezvoltare tardivă a vaginului, în a 19-a săptămână a vieții fetale. *Schaeffer* crede și el că himenul apare la aceeaș epocă; dar după el, e constituit dintr'o lamelă internă a vaginului și dintr'una externă a vulvei. Ori cum, nu am avea aface cu o membrană independent constituită și inserată pe marginea superioară a vaginului, ci de o formațiune în prelungire transversală a acestuia, care constituie capacul vaginal natural. — părere pe care o împărtășim și noi.

* * *

Am spus că, văzut pe fața lui superioară, himenul apare ca o membrană încrețită. Uneori fața aceasta (ca și fața inferioară a buzelor mici și conturul meatului) e acoperită cu țepi mici (carunculi). Se poate însă ca greșit să luăm drept carunculi himenali proeminențele papilelor mucoasei vaginale.

Examenul himenului prezintă un interes capital pentru diagnosticul unui atentat la pudorea unei virgine la care, de regulă, membrana e intactă și cu un orificiu mic. Se observă — în cazuri foarte rare — și un *himen imperforat* și atunci, la instala-



Fig. 18. — Himen natural inelar cărnos, complezant.



Fig. 19. — Himen natural rudimentar inelar, cu marginea foarte îngustă și cu orificiul foarte larg: himen completant.

rea primei menstruații, e nevoie de practicarea unei incizii, spre a se lăsa curs liber fluxului catamenial.

Fără exagerare putem afirma, că aproape nu se pot vedea două himene identice sub toate raporturile: diametru, grosime, elasticitate, forma orificiului, aspectul și consistența marginii interioare, adică a bordurei orificiului.

Pentru ușurarea expertizei, infinita varietate de himene se grupează în două clase mari: *himen tipic* și *himen atipic*, clase cari, la rândul lor, se subîmpart într'un număr de tipuri consacrate prin frecvența lor în cazurile cari au făcut obiectul examenului medical.

1. Himenele tipice

Se prezintă sub 5 forme: inelar, pseudo-semilunar, semilunar, potcoavă și labiat.

1. **Himenul inelar** e o membrană, cu un orificiu circular, de regulă ușor excentric (foarte rar situat în chiar mijlocul membranei), mai întotdeauna spre periferia superioară (anterioară) a intrării vaginale. Din

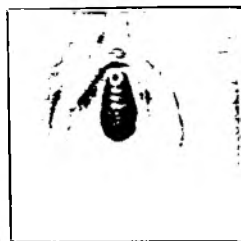


Fig. 20. — Himen natural semi-lunar nedeflorat.

cauza poziției excentrice a orificiului, lățimea membranei e puțin mai mică sus decât jos. Putându-se întâmpla ca orificiul să fie întrucâtva deplasat într'o parte, urmează că și părțile laterale ale membranei nu vor fi egal de late. Marginea liberă — conturul orificiului, — e în genere netedă și numai în foarte rare cazuri prezintă creștături mai mult sau mai puțin accentuate.

2. **Himenul pseudo-semilunar**: o deplasare ceva mai mare a orificiului spre partea superioară a membranei.

3. **Himenul semi-lunar caracterizat**: membrana, în formă de semi-lună, are marginea inferioară (convexă) lipită de planșeu și de pereții laterali ai vaginului, iar marginea superioară (concavă) limitează, prin colțurile ei, orificiul (situat pe partea superioară a intrării vaginale, sub meat).



Fig. 21. — Himen in potcoavă natural cu un mic orificiu supranumerar lateral.

partea superioară a intrării vaginale, sub meat).

4. **Himenul în potcoavă** e tot un himen semi-lunar, cu singura deosebire că inserția extremităților (mai depărtate) e deasupra meatului urinar, iar orificiul e mai mare.

În aceste patru forme de himene, orificiul e mai frecvent oval decât circular (cu diametrul longitudinal mai mare decât cel transversal), iar mărimea lui variază de la o perforație — prin care abea poate pătrunde o sondă subțire — până la una prin care, chiar la o fetiță în vârstă cea mai fragedă, trece lesne auricularul, fără să provoace cea mai neînsemnată leziune a marginii libere. La unele fecioare nubile poate excepțional trece, iarăși fără o leziune, speculumul.



Fig. 22. — Himen natural labial nedeflorat.



Fig. 23. — Himen natural cu stactilită.

Sunt și orificii atât de mari, că substanța himenală e redusă la o foarte îngustă bandă circulară, ceea ce a făcut pe *Maschka*, într'un caz examinat de el, să conchidă la absența completă a membranei nuptiale.

5. **Himenul labiat** — varietate mult mai rară decât celelalte patru mai sus descrise — se caracterizează prin forma excesiv de lungită a orificiului (extremitățile diametrului longitudinal ajung până aproape de părțile superioară și inferioară ale vaginului, iar diametrul transversal e redus la ultima expresie). Marginea

liberă a membranei, foarte îngustă, uneori aproape inexistentă la extremitățile diametrului longitudinal (între meatul urinar și furculiță), e în schimb foarte lată pe părțile laterale așa că, văzut prin vulva desfăcută, himenul apare ca o a treia pereche de buze, de unde și numele de *himen labiat*.

O varietate a acestui fel de himen: *orificiul e așezat transversal*, cu extremitățile atingând aproape locurile de inserțiune laterală, cu substanța himenală împărțită în două segmente (superior și inferior).



Fig. 24. — Himen inelar cu marginile laterale înguste.

La examenul oricărui din cele cinci tipuri de himene normale, expertul trebuie să dea o deosebită atenție aspectului marginii libere a orificiului, spre a nu fi indus în eroare

de unele particularități cari l-ar putea face să confunde un himen intact cu unul rupt.



Fig. 25 - Himen septus natural.

Nu mai la un himen tipic ideal, conturul orificiului e perfect egal, fără subțieri și neted. În marea majoritate a cazurilor, marginea liberă prezintă *crestături* (variabile ca număr și ca adâncime; adâncimea poate varia la același himen).

A. Crestăturile acestea, situate, de obicei simetric, pe jumătățile superioară și inferioară, în dreapta și în stânga orificiului dacă nu sunt adânci și în număr mai mare, înprimă marginii libere aspectul unei danteluri, iar himenul se zice *dințat*.

B. Atunci când crestăturile sunt mai numeroase, dar cu o adâncime excesivă, care poate merge până la locul de inserție în peretele vaginal, avem forma *himenului lobat*, format din mai mulți lobi (cel puțin 5 sectoare himenale despărțite prin crestături). În himenul lobat se deosebesc patru varietăți:

a) Când sunt 4 lobi, aceștia de regulă sunt dispuși simetric, câte 2 în dreapta și în stânga, cu lobi superiori de dimensiuni mai mici decât cei inferiori.

b) Când sunt 5 sau mai mulți lobi, se notează unul pe marginea superioară (delimitat de două crestături) și doi sau mai mulți pe marginile laterale.

Lobii, stând pe același plan, sunt uneori net despărțiți, alte ori însă, se acoperă parțial unul pe altul, ceace face ca lobi dedesubt să apară ca niște cute vaginale, lambourile îmbinându-se ca olandele de acoperiș.

c) Se înregistrează rar, e adevărat, o formă lobată și mai curioasă: unul din lobi, mai frecvent cel superior, e format din mai mulți lobi mai mici (despărțiți sau în parte lipiți), constituind astfel un fel de frunze. Un curios specimen e himenul *trilobat*, în care membrana e împărțită în trei lobi aproape egali iar orificiul are forma triun-



Fig. 27. - Himen natural deflorat cu deformarea infundibuliformă a vulvei și cu ruptura incompletă a membranei.

ghiulară.

d) O altă varietate a himenului lobat: un întreg sistem de



Fig. 26. - Himen septus natural.

lobi mici, dispuși în cerc în jurul meatului urinar. — **himenul coroliform.**

C. Sunt orificii cu marginea liberă necrestată, dar în schimb garnisită pe toată întinderea ei cu firisoare moi, scurte, aproape uniform de lungi: **himen fimbriat** sau **himen franjat.**

D. Uneori himenul — mai ales la fețițe de 1—2 ani — e prea disproportionat cu orificiul vaginal al cărui capac este și atunci se prezintă sub aspectul unei mem-



Fig. 28. — Himen natural deflorat, cu ruptura recentă a membranei și a furculiței.



Fig. 29. — Himen inelar deflorat.

brancă excesiv de cutată cu o cută mai mare în sens longitudinal și altele mai mici, radiate, în toate direcțiunile. — Plicatura longitudinală se accentuează în deosebi la himenul semilunar și atunci avem himenul în carenă care, la sugace, proemină prin deschizătura buzelor mari.

E. Atunci când încrețiturile interesează întreaga suprafață a membranei (ceea ce se observă mai mult la anumite himene inelare), himenul ia aspectul unei pâlnii cu gura în jos și cu vârful la orificiul vulvar: râtul de porc, târâța de pasere (Tardieu) — **himenul coniform.** Fața externă e brăzdată de cute longitudinale cari fac ca marginea liberă să pară crestată. Chiar în perioada pubertății și la femeia adultă se găsește câteodată o formă de pâlnie, care e forma tipică a himenului în faza prepubertară; în genere, însă, la fecioara ajunsă la maturitate sexuală, prin extinderea orificiului vaginal, cutarea laterală se netezește și conul dispare.

brancă excesiv de cutată cu o cută mai mare în sens longitudinal și altele mai mici, radiate, în toate direcțiunile. — Plicatura longitudinală se accentuează în deosebi la himenul semilunar și atunci avem himenul în carenă care, la sugace, proemină prin deschizătura buzelor mari.

E. Atunci când încrețiturile interesează întreaga suprafață a membranei (ceea ce se observă mai mult la anumite himene inelare), himenul ia aspectul unei pâlnii cu gura în jos și cu vârful la orificiul vulvar: râtul de porc, târâța de pasere (Tardieu) —



Fig. 30. — Himen natura deflorat cu două rupturi recente.

F. Atunci când conul are gura în sus și vârful în jos, avem **himenul pâlnie**, care de multe ori nu se rupe la coit.



Fig. 31. — Himen natural deflorat, formând 4 lambouri rezistrate în afară.

II. Himenele atipice

Sunt caracterizate prin existența unuia sau mai multor orificii accesorii: himenele cu *orificiu dublu* sau *multiplu*.

1. Varietatea cea mai frecventă e **himenul septus**, adică *himenul cu punte* sau



Fig. 32. — Himen natural, cu un mic orificiu supranumerar lateral; deflorat prin ruptura ce se vede dedesubtul orificiului principal.

trece o sondă). Poate fi și *filiform* sau în mijloc să prezinte o subțiere mare, luând înfățișarea de *clepsidru*.

După *Klaatsch* — 1914, la început orice himen are un orificiu dublu. Aceasta ar explica curiozitatea — foarte rar observată: prezența unui al doilea orificiu, mult mai mic decât cel principal, în apropiere de locul de inserțiune pe peretele vaginal.

Septul se observă îndeosebi la himenul inelar semi-lunar și în potcoavă.

La aceste două din urmă forme ale



Fig. 34. — Himen natural cu deflorare veche: retractionea lam-bourilor și formarea carunculi-lor mirtiformi.

himenul barat: o bandă care desparte orificiul (în sensul longitudinal, excepțional în sens transversal, dar puțin oblic) în două, constituind astfel două orificii foarte rar de mărime egală. Atunci când ambele orificii sunt foarte mici, avem tranziția la atrezia himenală completă. Marginea liberă a orificiilor poate fi netedă sau dințată.

La himenul cu puntea transversală, orificiile sunt în totdeauna inegale și cu marginile când netede, când crestate (chiar la același himen contururile celor două orificii pot fi diferite).

Puntea se continuă uneori printr'o prelungire mai scurtă sau mai lungă, care dă în vagin până la un nivel mai mic sau străbate întregul tub genital.

De o grosime și lățime variabilă, septul uneori proemină în vestibulul vaginal ca o toartă (prin care se poate



Fig. 33. — Himen natural deflorat cu ruptura membranei și a furculiței (prin introducerea brusei a degetelor sub marginea liberă).

membranei, orificiul divizat e excesiv de mic, puntea se continuă printr'o îngroșare mediană a substanței himenale, luând aspectul ascuțișului unei lame de cuțit.

Variabilă, rezistența punții poate constitui un obstacol la coit.

2. Himen subseptus: e himenul în al cărui sept există o soluție de continuitate, fie în mijloc (când avem două fragmente aproape egale), fie mai mult spre extremitatea superioară ori spre cea inferioară (mai

mult spre dreapta ori spre stânga, în septul transversal), fragmente cari au aspectul unei stalactite sau al unei stalagmite. În cazul acesta avem un himen cu 5 orificii: două orificii laterale (sau unul superior și unul inferior) și unul mai mult sau mai puțin central (pe locul unde s'a produs pierderea de substanță). Uneori există numai o stalactită sau numai o stalagmită și atunci avem iarăși trei orificii, al treilea (de formă neregulată) începând dela extremitatea septului incomplect.

Atunci când puntea e inserată numai cu o extremitate, ea se poate prezenta mult lungită și subțiată — sept vermiform (pentru întâia oară identificat de Mierzsewski—1871), care se observă mai ales pe periferia posterioară și, prin oscilațiile lui, provoacă o iritație a mucoasei vulvare de care se freacă.

Uneori himenul se găsește proptit pe coloanele vaginului, îndeosebi pe coloana posterioară (*columna rugarum*), care, în partea mediană a feței postero-inferioare a membranei, formează o colonetă triunghiulară cu direcția antero-posterioară; în punctul acela îngroașă himenul, terminându-se printr'o umflătură la marginea liberă, pe care o poate depăși, prelungindu-se astfel printr'o langetă liberă, situată deasupra marginii orificiului. În alte himene *columna rugarum* se bifurcă în unghiu ascuțit, iar laturile acestuia constituie, pe fața posterioară a membranei, doi stâlpi de proptea perfect vizibili.

E de observat că, în himenul cu septul incomplect, rudimentele punții pot fi confundate cu vestigiile unei rupturi traumatice.

3. Himenul cribriform (himenul ciuruit).

cu mai mult de două orificii. E un specimen extrem de rar. La himenul cribriform se distinge un orificiu normal și două sau mai multe orificii mai mici, presărate pe întinderea membranei.

Dintre varietățile mai interesante notăm:

a) *Himenul labiat* cu orificiul central foarte îngust și cu două orificii laterale de formă neregulată și inegale ca mărime.

b) *Himenul dublu barat*: două punți în cruce, formând astfel 4 orificii, neregulate ca formă și inegale.

c) *Himenul etajat*: un himen barat vertical, iar de ambele părți ale punții centrale câte două sau trei bare mai mici, arcuite, formând astfel câte trei sau patru orificii de fiecare parte a septului median vertical (în total 6 sau 8 orificii).

O curioasă varietate himenală e aceea observată de Fritz



Fig. 35. — Himen natural inelar deflorat.

Hermann (1929) la o fecioară de 20 ani: *himenul, aparent complet închis, avea totuș un orificiu semilunar, cu marginile îngroșate, situat imediat sub uretră*. Practicându-se exciziunea, s'a dat peste două bride groase de 5 mm. și lungi de 6 mm., fixate deoparte și de alta a locului de inserțiune a himenului, așa că s'au format două orificii.

Un ciudat specimen de himen am avut și noi prilejul să observăm: *membrana, foarte subțire, formată din două segmente încâlcite pe linia mediană longitudinală, iar orificiul nu devenia vizibil decât în urma deschiderii forțate a vaginului*.

III. Consistența himenului

Prezintă și ea o foarte mare varietate:

1. **Himen plin și cărnos**, care opune o rezistență apreciabilă.
2. **Himen tendinos** (pentru întâia oară descris de *Velpeau*), care nu e accesibil copulării decât în urma unei prealabile inciziuni. Această anomalie a dat adeseori naștere la divorțuri.

3. **Himen cartilaginos** — și mai puțin propice deflorării. El se observă mai ales la fecioarele tomatice și bătrâne (deoarece, odată cu vârsta, membrana, descinzând împreună cu vestibulul vaginal, devine mai compactă și mai puțin elastică). Exceptional, un astfel de himen se întâlnește și la o femeie tânără. (Într'un proces în nulitate a căsătoriei, *Haberda*, examinând pe o femeie de 29 ani și măritată de 8 ani, normal dezvoltată, a dat peste un himen cartilaginos, constituit dintr'o cută superioară și una inferioară, iar între ele o deschizătură transversală atât de îngustă că abea putea trece prin ea cotorul unei pene de găscă, iar orificiul acesta nu se lăsa dilatat).

4. **Himenul transparent** e, din punctul de vedere al consistenței, diametralmente opus celorlalte trei feluri de membrane. Uneori e atât de subțiat că-ți dă impresia unei pânze de păiajen.

5. **Himenul cu lacune** e o membrană de consistență obișnuită, însă cu marginea liberă mai subțire decât conturul de inserțiune și cu părți mai puțin rezistente, subțiate, transparente, constituind lacune cari deobicei, prin perforare naturală, dau loc la orificiile supranumerare.

IV. Dilatabilitatea himenului

Proprietatea aceasta e în funcțiune de consistența membranei.

1. **Himenul normal** (de culoare roșie, cu fețele vaginale anterioară, vestibulară și posterioară despărțite printr'un abundent strat de țesut conjunctiv) are orificiul foarte elastic (un adevărat inel de cauciuc), așa că, fără risc de ruptură, se poate trece prin el nu numai degetul, ci chiar un speculum subțire.

2. **Himenul rezistent** cu orificiul nedilatabil: himenul tendinos, himenul cartilagos; prin presiune mai mare poate fi rupt, nu însă destins.

3. **Himenul fragil** care, la cea mai ușoară presiune, se rupe: himenul subțire, himenul transparent, himenul lacunar.

4. **Himenul complezant** e un himen cu marginea liberă abundent cutată și foarte elastică, prin care speculum-ul trece cu mare ușurință.

5. **Himenul dublu**. — Dalla Volta (1925) a identificat un *himen dublu*: două cute, una supero-anterioară și una infero-posterioară, încălecându-se, fără însă a acoperi orificiul în întregime. Cutele acestea ori rămân despărțite ori sunt în parte sudate, așa că între ele se formează burse. Al doilea himen poate fi constituit de o cută detașată din peretele vaginal, deasupra himenului propriu zis (*pseudo-himenul* identificat de *Schaeffer*).

6. **Himenul multiplu**. — Sub creasta uretrală se găsesc uneori lobi de formă și mărime diferită cari, atunci când atârnă mai mult în jos, dau impresia unui himen multiplu.

1. Desvirginarea

a) De regulă un himen intact, cu una din formele mai sus descrise, e semnul aproape cert al virginității. Zicem dinadins *aproape* cert, pentru că deseori, în cazuri de deflorare mărturisită și confirmată prin sarcina subsequentă (uneori, precum am arătat, chiar până în momentul facerii) vedem membrana fără nici o urmă de ruptură mai recentă sau mai vechie. *Dastrac* a găsit himenul intact la 47 femei gravide. Dintr'o statistică a lui *Budin*: din 75 primipare, 15 au avut, în momentul durerilor de ușurare, himenul intact, iar prin orificiul lui puteau pătrunde 2—3 degete.

b) Dimpotrivă, **rupturile himenale** (crestături neregulat dispuse pe substanța himenală, cu marginile lipsite de înveliș mucos și ulcerate), atunci când examenul permite diferențierea crestăturilor traumatiche de crestăturile naturale (pe cari le-am văzut în unele forme de membrane), constituie dovada peremptorie a coitului premergător (afară de cazurile, mai jos expuse, în cari rupturile se pot produce și fără coit).

De regulă rupturile himenale sunt consecutive primului coit. Excepțional, îndeosebi la un himen inelar, se poate vedea o ruptură nouă, la o puberă deacum deflorată. Explicația trebuie căutată în volumul penisului, în poziția în care a avut loc coitul.

Să observăm, în prealabil, că la o *fetiță sub 6 ani*, ruptura membranei e exclusă, din cauza atreziei escesive a căilor genitale. — La o *impueră de 6—11 ani*, ruptura himenului e posibilă numai în caz de traumatism violent, interesând perineul, fun-

durile-de-sac vaginale, peretele recto-vaginal, (Rupturi himenale, însoțite de hemoragie, la fetițe între 7 și 10 ani). — Dela 11 ani la vârsta pubertății, ruptura himenală e posibilă, dar e uneori însoțită de leziuni ale furculiței și ale fosei naviculare. Prin tentative repetate (de regulă în incest) se poate obține treptata lărgire a vestibulului și astfel penisul să pătrundă lesne până la himen, rupându-l. Dar și după vârsta pubertară, atunci când fata e insuficient dezvoltată, căile genitale nu permit accesul penisului. (Un satir a spintecat cu un cuțit comisurile vulvei și buzele mici la o pueră de 15 ani — Frank, 1887).

Rupturile variază prin numărul și adâncimea lor, precum și după locul lor pe substanța himenală. Iar sediul lor variază și după poziția în care e executat coitul. Uneori complectă chiar dela primul raport sexual (depinde de volumul penisului, de violența actului, de mărimea orificiului și de consistența membranei), ruptura poate rămâne necomplectă chiar după câteva coituri repetate (volumul redus al membrului, rezistența mai mare a substanței himenale, complezența orificiului).

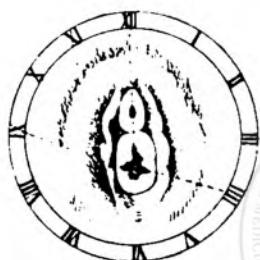


Fig. 36. — Cadranelul Lacassagne pentru localizarea creștăturilor sau rupturilor himenale, în vederea redactării raportului: pe desenul cadranelui de ceas, în mijlocul căruia se află himenul, se însemnează (prin indicarea cifrei corespunzătoare, locul unde au fost constatate leziunile himenale. Așa, în clișeu de față, rupturile sunt indicate la „orele” 9, 12 și 4.

Complectă, ruptura sfâșie himenul pe toată lățimea lui, dela marginea liberă până la linia de inserțiune, interesând chiar uneori mucoasa vestibulară sau vaginală. Numai excepțional se poate nota o ruptură în sens contrar și care se caracterizează prin smulgerea (pe o întindere mai mare sau mai mică) membranei depe linia ei de inserțiune.

Incomplectă, ruptura se caracterizează prin creștături mai puțin adânci.

În himenul septus, ruptura poate interesa numai puntea, pe care sau o smulge cu totul, sau o frânge numai (în mijloc, în jumătatea superioară ori în cea inferioară). Cu puntea prea rezistentă (care, la facere, necesită o inciziune) penisul își face loc printr'unul din cele două orificii, de obicei prin cel mare. Se întâmplă ca, în acțiunea lui de pătrundere, penisul să alterneze, așa ca și al doilea orificiu să prezinte creștături, de astădată mai adânci. Septul continuând să reziste până la facere, atingerile lui cu penisul provoacă femeii dureri caracteristice vaginismului și cari sunt cu mult mai mari decât inșeș acele ale rupturilor himenale.

În himenele atipice, ruptura se produce acolo unde rezistența e mai mică. La himenul fimbriat deflorarea se identifică prin absența franjurilor pe o întindere variabilă a marginii libere.

Se notează uneori și false rupturi, adică numai o leziune superficială în substanța himenală, între marginea liberă și linia de inserție: se produce o zădrelire, de formă și mărime variabilă, asemănătoare unei lacune naturale, dar de care, în primele zile, se diferențiază prin aspect (absența mucoasei).

Lambourile rezultate rămân pe același plan, iar himenul, ca să zicem așa reconstituit, își conservă forma generală inițială. Se întâmplă ca lambourile să se resudeze și atunci, luându-se numai după dâra scleroasă, sedefie a *cicatricii* sau a cicatricelor (al căror număr corespunde numărului de creștături traumatiche) — adică numai după linia care tranșează pe fondul rozat al mucoasei de pe fața superioară a membranei, i-ar fi aproape imposibil expertului să diferențieze un himen violat de unul respectat (*Brouardel*). De remarcat că nu întotdeauna *cicatricia* e semnul unei rupturi traumatiche, ea putând fi și urma unui proces patologic distructiv (difterie, nomă, variolă, febra tifoidă, etc.).

Dar și în cazul când lambourile rămân despărțite, de îndată ce a intervenit cicatrizarea liniei de ruptură (marginea e din nou acoperită cu o mucoasă fină, rozată, la fel cu aceea a substanței himenale) — cicatrizare care, de obicei, se produce în 3—4 zile și numai excepțional (în caz de prea mare supurație ori de existență a unei vulvite) în 5—16 zile, — e iarăși anevoios să se deosebească un himen intact (cu creștături congenitale) de unul care a suferit traumatismul coitalui. Uneori persistă și un mic trombus granular. Numai atrofierea excesivă a lambourilor (consecutivă unor raporturi îndelung repetate, în cursul cărora lambourile sunt împinse spre pereții vaginului) constituie un indiciu sigur al violului.

După facere, din himenul normal, din cauza necrozării unor lambouri izolate, n'au mai rămas decât niște creste mucoase înșirate pe circumferința vaginului — *carunculi mirtiformi*. Numai excepțional, după mai multe faceri, orificiul vaginal e complet neted.

Sunt cazuri în cari, chiar după raporturi sexuale regulate de ani de zile, cu rețracțiunea părților conservate ale membranei, nu se poate observa o modificare anatomică diferită de aceea provocată de primul coit de deflorare. Cum se poate vorbi de o dilatare a orificiului, atunci când nu cunoști mărimea lui inițială?

Uneori, marginile creștăturilor nu depășesc bordura orificiului dilatat; după câteva zile, micile creștături sunt umplute și deflorarea nu se mai poate identifica decât prin îngroșarea marginii libere a orificiului himenal. (La fete mici, cu raporturi sexuale des repetate, cu orificiul cât grosimea degetului dar ușor dilatabil, nu s-a observat decât îngroșarea și rotunjirea marginii libere).

Când s'au produs rupturi adânci, dintre cari două mărginesc un lambou de formă triunghiulară, acest lambou are marginile în-

groșate și, prin retracțiune, ia aspectul unui dop aplicat în afară și rebel la încercarea de a-l îndrepta.

Atunci când ruptura de deflorare merge în jos, orificiul capătă forma unei găuri a cheii în broască; între marginile creștăturii se pot identifica cutele columnei rugarum.

Himenul poate rezista nu numai primului coit, ci și la raporturi repetate. La o servitoare, care a avortat în mijlocul primei gestațiuni, s-a găsit un himen septus intact, cu puntea groasă, cărnoasă, îndreptată dela stânga la dreapta și cu orificii mari, fără creștături ale marginilor libere (*Haberda*). Un rest al septului se poate observa și la femei cari au născut de mai multe ori.

Faptul observat, cu înserarea unei colonete triunghiulare la mijlocul feței inferioare a membranei, ne dă explicația că, după lacerarea himenului inelar sau semi-lunar, rămâne un lambou median triunghiular, care apoi se retractează.

Numărul lambourilor variază cu consistența și tipul himenului. Uneori există numai o ruptură unică. Deobiceiu se notează: a) la *himenul inelar* 5—4 lambouri; b) la *himenul semilunar* 5 lambouri — unul median, triunghiular, și două laterale (atunci când plesnește în două puncte laterale), sau 5 ori 7, dintre cari 5 sau 5 jos și 2 laterale (*Tourdes*; noi, însă, n'am observat niciodată mai mult de 4 lambouri); c) la *himenul labiat*, 2 lambouri cari sunt înseși cele două buze ale himenului (rupt numai la comisurile lui) sau 4 lambouri (la rupturile comisurale adăugându-se două rupturi laterale).

c) **Hemoragia**, care deobiceiu însoțește prima ruptură a himenului, poate fi foarte abundentă (în caz de *hemofilie*, când hemoragia, uneori mortală, necesită o intervenție, cum ar fi torsiuinea unui vas arterial). Hemoragia himenală poate fi și foarte neînsemnată, abea câteva grame de sânge.

În funcțiune de bogăția vasculară a membranei, importanța hemoragiei depinde și de adâncimea rupturilor. Dacă acestea ajung până la linia de inserțiune, sau se produc la inserțiunea de jos a septului, putem avea o hemoragie profuză și chiar leziuni vaginale.

I. Himenul rămâne intact:

1. Când penisul în erecțiune nu pătrunde în vagin, coitul cu ejaculare având loc în vestibulul vaginal.—Un atare coit se produce nu numai la impuberele până la 11 ani (la cari, din cauza strâmtării excesive a genitalelor externe, penisul abea poate forța intrarea vulvei) ci și la femei măritate (la cari consistența tendinoasă sau cartilagineasă a himenului, atunci când presiunea nu e deosebit de mare, se opune la dilatarea și la ruperea marginii libere a membra-

nei). Himenul poate fi cel mult apăsat în jos (uneori până în vecinătatea colului uterin) și să provoace durere la presiunea exercitată asupra lui. La unele fecioare bătrâne, din cauza unei proliferări a țesutului conjunctiv care susține mucoasa, himenul e excesiv de îngroșat și nu se rupe sub efortul fizic. S'au văzut himene la cari țesutul conjunctiv s-a transformat treptat în țesut osos, făcând astfel imposibilă intromisiunea vaginală.

2. Atunci când forma și elasticitatea himenală permite penetrațiunea membrului, prin simpla dilatare a orificiului. — O atare dilatare e însă exclusă, atunci când orificiul e extrem de mic (himen inelar, himen semi-lunar, himen în potcoavă, himen septus) sau când, deși cu orificiul relativ mare, membrana e de o consistență prea gîngășă (himen transparent, himen cu lacune), ca prin forțarea intrării să nu se rupă.

3. Intact rămâne himenul excesiv de elastic și cu orificiul atât de mare, că prin el pot trece unul sau două degete. La prostituate, la femei după repetate avorturi naturale, chiar la primipare cu asemenea himen nu se constată adesea nici o modificare anatomică a membranei. O atare formă de himen e foarte des întâlnită și se explică dece, nu numai în popor dar și în clasele sociale mai bune și chiar în păturile intelectuale, a dat, dă și va mai da încă naștere la cerere de divorț din partea bărbatului, pe presupțiunea că, primul raport sexual neprovocând o scurgere de sânge, femeea n'a fost virgină. Pentru o atare împrejurare recomandăm medicului examinator următoarea formulă de concluzie: *X. nu e deflorată în înțelesul medical al cuvîntului, adică himenul nu este rupt; acesta e însă astfel conformat că permite intromisiunea repetată a penisului fără a fi expus să se rupă.*

4. În forma labiată, himenul nu prezintă nici un fel de ruptură; lobii sunt împinși către vagin, acesta și inserția lobilor pe el se estind și astfel lasă drum liber penisului.

II. Himenul rupt fără coit

Ruptura nu e întotdeauna datorită coitului, ci și unei cauze chirurgicale, accidentale sau patologice.

1. *Intervenția chirurgicală* se produce în himenele imperforate sau în cele cu orificiul prea strîmt, pentruca, în momentul instalării menstruației, să permită scurgerea fluxului catamenial. Integritatea himenală mai poate suferi atunci când o afecțiune a organelor genitale necesită o intervenție care să intereseze și membrana virginității.

2. *Involuntar, în cursul unui examen medical* atunci când omul artei, fie din lipsă de experiență, fie printr'o intromisiune prea

brutală, fie înfârșit din nebăgare de seamă, provoacă o ruptură mai mare sau mai mică a membranei. În astfel de împrejurare e datorita medicului ca, fără a fi solicitat, să elibereze un certificat atestând originea rupturii.

3. *Masturbarea repetată* (activă — auto-masturbare — și pasivă — masturbare suferită dela altă persoană) prin frecarea buzelor mari pe fața lor internă și a clitorisului, prin lărgirea deschizăturii nimfelor și înfârșit prin împingerea chiar nebrutală a degetului sau a unui alt corp dur, poate la o fată (cu puțin înainte de ivirea primei menstruații și nu mult după aceasta) să producă grave leziuni — până la plesnirea himenului.

4. *Accesele de histerie*. — În apropierea instalării pubertății și după aceasta, fecioarele nevrozate, într'un acces de histerie, își pot provoca rupturi himenale, prin introducerea forțată în vagin a unor corpuri dure (un borcănaș de pomadă — *Segond*) sau înfigerea degetului. Fete psihopatice găsesc, în durerea ce le-o pricinuește ruperea himenului, o senzație voluptuoasă. O fetiță cu accese histero-epileptice și-a rupt himenul cu o pietricică pe care a împins-o cu degetul (*Viviani*).

5. *Înfigerea degetului*. — Atentatorul, atins de una din formele perversiunii simțului genital, se mulțumește cu forțarea și lărgirea treptată a intrării vaginale cu unul, două sau chiar trei degete și cauzează astfel rupturi himenale. (Pe himenul rupt s'a găsit un fragment din stofa rochiței unei copile, căreia un satir i-a înfipt degetul în vagin, prin rochiță — *Lender*. — O perforare în lățimea himenului, alături de orificiul natural al unei membrane semilunare, a fost făcută cu degetul — *Tardieu*). Expertul trebuie să examineze cu atenție o asemenea ruptură circulară, spre a nu o confunda cu un eventual orificiu accesoriu congenital.

6. *Accidentul*: a) Căderea unei copile de 6 ani peste o cărmidă; s'au produs leziuni ale coapsei și vulvei, și o plesnire a himenului. Toate aparențele militau pentru siluire, dar imaginea complexului leziunilor explica în chip evident originea adevărată a rupturii himenale (*Minobici*).

b) Căderea dela înălțime, cu picioarele desfăcute și cu părțile genitale pe un obiect care pătrunde prin vulvă în vagin (gâtul unei sticle — *Keszly*, 1922).

c) Căderea în picioare sau pe șezut, fără rănire a regiunii genitale, poate provoca plesnirea himenului.

d) Simpla tracțiune a coapselor nu ajunge spre a provoca plesnirea himenului.

e) Spargerea unui recipient pe care e așezată fata: rănirea perineului, a fosei naviculare, a furculiței, și o ruptură la partea po-

sterioară a himenului, la o fetiță sub care s-a sfărâmat o oală de noapte (*Minovici*).

f) Altfel de accident: *trecerea roșilor unui vechicul greu peste regiunea genitală*. Ruptura himenală nu e însă de regulă, pentru că, în atari accidente s-a văzut himenul cruțat, deși a existat strivirea vulvei cu ruptura fosei naviculare și chiar deslipirea vaginului.

7. *Cauze patologice*. — Afecțiunile destructive ale vulvei (ulcerații, gangrene) pot interesa și himenul, atacându-i integritatea. — Leziunile himenale mai sunt datorite bolilor venerice și afecțiunilor sifilitice, proceselor destructive în difterie, noma (cancer aquaticus), variolă, febră tifoidă. — Pe cadavru, himenul poate fi distrus de putrefacție; sunt însă și excepții: în afacerea otrăvitoarei din Giurgiu (1883) — care acuzase pe soțul ei de a-și fi deflorat fata — la desgroparea practică după vreo cinci luni, am găsit himenul bine conservat: nici examenul microscopic nici cel histologic n'a pus în evidență nici cea mai neînsemnată leziune himenală, nu numai vitală dar nici măcar post-mortală (*Minovici*). Ulterior, *Strassmann* a notat și el o membrană cruțată de putrefacția înaintată.

8. *In aberațiuni sexuale*: la Viena s-a notat desvirginarea unei fete cu un penis artificial.

9. *Datini populare*. — În Egipt, desvirginarea miresei e făcută de o matroană bătrână, cu ajutorul unei surcele înfășurată într'o batistă albă și numai după aceea fecioara astfel deflorată ia contact sexual cu soțul.

2. Leziunile vaginale

În afară de cazurile rare, în cari se notează pe el leziuni traumatiche, sau de cazurile cu infecțiuni, vaginul are o importanță relativ mică în expertizele medico-legale. Și aceasta pe considerațiunea elasticității tubului vaginal, ale cărui încrețituri se destind, permițând pătrunderea în adâncime a penisului care a isbutit odată să rupă bariera himenală. La o femeie de mult desvirginată și care vreme îndelungată a avut raporturi sexuale normale, atentatul coital nu mai lasă nici o urmă (afară de cazul unui penis escesiv de lung și voluminos, sau de cazul unei poziții neadequate: deanpicioarele, posterior, în trăsură). În raporturile sexuale îndelung repetate și persistente, se produce cu timpul o pareză a vaginului: cutele acestuia rămân destinse (uneori apar aproape cu totul șterse); mucoasa lui pierde turgeșcența originară, cu alterarea pronunțată a constituției gingașe a căptușelii epiteliale a mucoasei.

Bellei — 1928, într'un studiu consacrat la 11 observații de leziuni vaginale, la femei în vârstă de 19—45 ani, notează la toate hemoragii și dureri. În

ce privește localizarea leziunilor: la 2 femei în peretele posterior drept; la restul, în diverse părți ale vaginului. Dintre femeile examinate, 6 erau nemăritate, dar deprinse cu raportul sexual, iar 5 căsătorite. De 9 ori leziunile au fost produse în pozițiunea normală, o dată deapicioarele și o dată în pozițiunea cubito-genuchială. — O interesantă observație făcută de noi în cazul unui himen tendinos: cu prilejul primului raport sexual (în noaptea nunții) prin brutala lui întromisiune, penisul, după ce a rupt himenul, fosa naviculară și furculița, a pătruns în mușchii coapsei, producând o ruptură mare și o hemoragie abundentă. Femeea a fugit și a cerut divorțul.

Examenul atent al vaginului se impune însă atunci când victima prezumată e o impuberă ori o nubilă cu hipoplasic genitală, dar și în aceste cazuri, numai examenul unei leziuni recente poate fi cu adevărat edificator. Oricum expertul trebuie să fie de o mare prudență în formularea concluziunilor sale, pentru că propriile noastre observații, — coroborând pe acele ale lui *Hofmann-Haberda*, *Brouardel*, *Tardieu*, *Lacassagne*, *Ballog* (1914), *Landmann* (1917) — ne-au arătat că leziuni vaginale — mai ușoare și mai grave — există și la femei cu raporturi sexuale legitime, chiar la multipare.

Leziunile acestea sunt deobicei unilateralale: mai mult în peretele din dreapta (aceasta se explică prin direcțiunea penisului); mai rar se identifică leziuni longitudinale bilaterale și pe fundul vaginului. — După *Warmann* rupturile vaginale (în coitul consimțit) s-ar datora uneori spasmului voluptos excesiv al femeii.

Leziunile mai pot fi spontane: consistența prea slabă a țesutului, notată mai ales în primele trei luni dela naștere (*Kayser*, 1921); vaginismul de altă natură decât cea traumatică.

Leziunile vaginale, însoțite de hemoragie ori de o infecțiune și cari interesează și parametrul (țesutul conjunctival subseros de pe fețele laterale ale uterului și care se continuă între cele două foi ale ligamentului lat) pot fi foarte periculoase, mortale chiar.

5. Alte leziuni caracteristice

Desvirginarea sau chiar numai violul săvârșit asupra unei femei anterior deflorate (care însă a opus o rezistență dârză, prin strângerea coapselor, sau prezintă o atrezie congenitală a căilor genitale sau starea hipoplasică a genitalelor, viciu de conformație cu care s'a acomodat penisul cu volumul redus al cohabitorului obișnuit) sunt adesea caracterizate nu numai prin ruperea himenului, ci și prin alte leziuni ale regiunii genitale. Leziunile acestea sunt datorite pedeoparte disproporției între poarta de intrare și volumul membrului, între adâncimea vaginală și lungimea acestuia, iar pe de altă violenței atentatorului și poziției în care se găsește victima.

1. Ruptura perineului. — Se notează mai frecvent la copii.

2. Ruptura furculiței și a fosei naviculare. Cel mai frecvent la copii.

3. Grave leziuni vulvare și vaginale, uneori rupturi adânci: *ulbo-vaginita traumatică*. (La o fetiță de 11 ani: o ruptură comisurală de 8 mm., distrugerea fosei naviculare, ruptura transversală a vaginului în partea postero-superioară, stabilindu-se astfel o comunicare directă între vagin și abdomen).

4. Sufuziunile mucoasei vaginale observate de regulă la femeile mai bătrâne, la cari atentatul se produce după un repaus sexual mai îndelungat.

5. Fistulă vestibulo-rectală notată la o fecioară de 20 ani, cu genitalele intrucâtva hipoplasice.

6. Hemoragie provocată prin rupturi altele decât cele himenale. — a) Ruptură mai mare, cu hemoragie uneori letală, în intervalul dintre clitoris și uretră, mai ales atunci când coitul are loc într'o poziție anormală: femeea, ținută de complici, imobilizată în picioare, lipită de un zid, de un dulap, de un gard, etc. (*Klaproth, Müller* — ruptură de 2 cm., cu moartea consecutivă unei hemoragii escesiv de abundentă; *Wichmann* — hemoragie letală la o femeie însărcinată). — b) O ruptură în treimea superioară a vaginului senil atrofic la o femeie de 48 ani (*Cadwick*). — c) Ruptură de 12 cm. dealungul vaginului, la coitul deanpicioarele (*Seynsche*).

Toate aceste leziuni, în rare cazuri, nu sunt de atribuit acțiunii directe a penisului, ci întrebuițării în prealabil a degetului sau a unui corp dur pentru lărgirea căii vaginale (În 248 violuri, 5 cu leziuni făcute cu degetul — *Maschka*).

7. Prolapsul mucoasei uretrale (notat de *Dorfmeister* în atentatul la pudoarea unei fetițe de 8 ani). Împreună cu *Hofmann-Haberda* vom observa, că un atare prolaps nu e întotdeauna semn al unui atentat la pudoare, pentrucă el poate fi consecutiv: a) introducerii unui corp strein în caualul uretrei (masturbație); b) inflamației uretrei; c) angioamelor mucoasei uretrale; d) inflamației vesicii; e) obstipației (retențiunii urinei).

8. Inchiderea cicatricială a vaginului (*Weiss*).

* * *

Multe din leziunile căilor genitale pot fi datorite și unui traumatism fără nici o legătură cu atentatul la pudoare: o lovire sau o rănire accidentală. *Thoinot* a notat un hematom pe buzele mari ale unei fete, în urma căderii dela înălțime pe șezut. În cădere, se pot observa și rupturi ale nimfelor, leziuni ale clitorisului și ale mucoasei vestibulului vaginal.

4. Infecțiunea venerică

În ordinea lor de frecvență, infecțiunile venerice transmisibile prin raportul sexual sunt: 1) blenoragia; 2) sifilisul; 3) șancrul (moale și indurat).

I. Blenoragia

E infecțiunea cea mai ușor transmisibilă, chiar prin simpla atingere a genitalelor cu penisul (atunci când scurgerea, la bărbat, e mai abundentă). Contaminarea blenoragică poate deveni extrem de periculoasă, prin extinderea ei la organele interne, provocând astfel nu numai dureri durabile, dar, în unele cazuri, și sterilitatea.

Contaminării avem câteodată de atribuit: cistita, pyelonefrita, septicemia gonococică, cu afecțiuni metastasice, interesând endocardul și pericardul, aorta, pleura, plămânul, meningele, peritoneul, articulațiile, tunica tendinoasă, mușchii, oasele. Atari complicațiuni pot avea și urmări letale.

E însă de observat că nu întotdeauna fenomenele metastasice au ca origine transmisiunea genoreică (în deflorare prin infecția rupturilor himenale cu bacterium coli — *Widbolz*, 1912): sunt, de exemplu, salpingitide cu peritonită consecutivă, de natură neblenoreică. După cum deasemenea nu vom atribui *de plano* contaminării blenoragice orice inflamație și decolare a mucoasei genitalelor externe, orice secrețiune mucoasă sau purulentă, deoarece ele pot avea obârșia în iritațiuni mecanice (masturbație cu mâna sau cu corpi streini) sau în impurități pătrunse în căile genitale. Expertul trebuie să fie de o extremă prudență, pentru că sunt foarte frecvente cazurile de provocare artificială a unor atari afecțiuni, în scop de șantaj.

Mai e apoi de observat, că blenoragia se mai poate contracta chiar în absența oricărui contact sexual direct: a) S-a văzut scurgere blenoragică la copii cari au dormit într'un pat cu părintele, mama, sora mai mare, etc. atinse de scurgere gonoreică. — b) Două fetițe surori (una de 1 an și cealaltă de 4 ani) au fost contaminate prin simpla atingere cu un burete cu care mai înainte se spălasă un adult blenoragic (*Rym*). — c) Utilizarea aceluiaș prosop, cearșaf de baie, etc., atingerea unui obiect pătat cu secrețiune blenoreică crează (în pensionate, căminuri, căzărmi, spitale de copii) adevărate epidemii de vulvo-vaginită blenoragică; întrebuițarea unui termometru care a servit la luarea temperaturii vaginale la o femeie infectată.

Să mai notăm, pentru transmisiunea infecțiunii venerice, și cazul când, deși aceasta are ca origine coitul forțat, mobilul însă trebuie căutat nu în dorința satisfacerii brutale a instinctului genezic,

ci în superstiție: la unele popoare există credința că leacul cel mai eficient al unei boli venerice e, pentru bărbat, raportul sexual cu o fecioară, iar pentru femei, cu un flăcău cast.

Gonoreea mai poate fi consecința unei transmisiuni prin intermediar, în amorul lesbic: O femeie de 29 ani, care n'a avut niciodată raporturi eterosexuale, s'a pomenit cu o scurgere blenoragică; explicația a fost găsită în faptul că „prietena“ cu care practica aberrațiunea sexuală și care era măritată, fusese infectată de soțul ei (Heller, 1928).

Înfățișat, nu trebuie scăpat din vedere, că numai cliniceste e foarte greu de identificat gonoreea, mai ales când e știut astăzi că nu ne putem bizui numai pe informațiunile privitoare la: durata incubării, cantitatea și constituția secrețiunii, intensitatea fenomenelor inflamatorii. Singurul semn diferențial cert e prezența *gonococului lui Neisser* (pentru al cărui mod de izolare vezi Vol. I. pag. 592—594). *Joachimovits* (1928) a identificat gonococul într'o pată spermatică uscată (de pe o cămașă) după 17 luni.

a) Încosebi virulentă e blenoreea la impubere, la cari chiar numai urmele de secrețiune pot da naștere la infecțiuni acute.

Vulvo-vaginita blenoragică atacă uretra, rectul, excepțional canalul cervical, endometrul și anexele uterine și se poate prezenta și complicația unor fenomene peritoneale. Frecvență mai ales la minorele sub 11 ani, ea se manifestă prin roșeață, tumefacție, echimose, ulceratii, adenită inguinală, Bartholinită, scurgere purulentă (imediat sau după 2—5 zile). Ușoară, vulvita dispăre după câteva ore; gravă dar îngrijită, cedează tratamentului după maximum 15 zile; gravă și neglijată și când, pedeeasupra, fetița e și murdar ținută, afecțiunea poate deveni cronică.

Înainte însă de a ne pronunța, trebuie să ne înarmăm cu toate informațiunile cu ajutorul cărora să ne putem edifica asupra originii afecțiunii. În cazurile de vulvită blenoragică, expertul trebuie să fie foarte prudent: nu va conchide numaidecât că ea e consecutivă unui raport sexual desăvârșit sau numai încercat, pentrucă o atare vulvo-vaginită poate avea ca obârșie și o infecțiune indirectă.

1. În primul loc, grație identificării *gonococului lui Neisser*, se poate lesne diferenția o *vulvită blenoragică* de una cu cauză traumatică, în absența oricărei atenat sau tentative de atenat la pudoare.

2. Dar, precum am arătat, contaminarea putându-se produce indirect (burete, prosop, contactul asexual cu persoane blenoragice), anamneza ne va procura un prețios element de convingere.

3. Iarăși, precum am indicat, există și vulvovaginite epidemice, în secrețiunile cărora se pot identifica: bacterium coli, streptococul, stafilococul, pneumococul, micrococul cataral, trichomonas vaginalis. O vulvită asemănătoare cu cea blenoragică, după cum notează *Bucura* (1923), poate fi provocată și de *bacterium ureae*.

4. Deasemenea, după cum iarăși am indicat-o, prezența unor corpi streini în uretră, vesică sau vagin (în cari pătrund prin orificiul himenal) poate provoca vulvo-vaginite.

5. Eczeleme pruriginose, aftele, herpes, râia dau naștere la secrețiuni.

6. Obstipația produce și ea uneori secrețiiuni.
 7. Vulvite datorite unor boli infecțioase (pojar, scarlatină, angină diltetrică).
 8. Febra tifoidă, nefrita, diabetul provoacă scurgeri nu numai la im-pubere, ci și la *adulte*.
- b) La băeți infecțiunea se poate transmite de femeile prostituate (servi-toarea, guvernanta, mama, sora) cari abuzează de ei, fie prin stabilirea rapor-tului sexual, fie prin simpla atingere a vulvei cu penisul. Infecțiunea, neingri-jită la timp, poate da naștere la procese metastasice (epididimită, prostatită).
- c) La adulți (femece sau bărbat) infecțiunea se face pe aceeaș cale.

II. Sifilisul

Virusul sifilitic nu cruță nici o parte a organismului și pro-voacă uneori afecțiuni cari pot apărea abea după câțiva ani dela contaminare.

Dar sifilisul nu se contractează numai pe calea de transmisiune directă a raportului sexual, ci și accidental, pe calea unei infecțiuni extragenitale. In circumciziunea rituală, deopildă, sifilisul e trans-mis prin gura „specialistului“ care suga rana prepuțială (*Schick*, 1917, a identificat un mare număr de asemenea cazuri de con-taminare).

De multe ori (la examinarea acuzatului sau acuzatei), din cauza absenței unui semn manifest al sifilisului, e anevoios să se identifice sursa de infecțiune (mai ales când e vorba numai de efec-tul primar al bolii).

Pozitiva Wasserman nu ne ajută și la determinarea epocii la care acuzatul a putut să aibe eflorescențe sifilitice apte la transmi-siunea infecțiunii. Nici negativa Wassermann nu exclude existența sifilisului la epoca atentatului, pentrucă — atunci când examenul are loc după trecere mai îndelungată dela raportul sexual — acu-zatul (acuzata) a putut in interval să urmeze un tratament pentru înlăturarea simptomelor primare. Atunci însă când există tunefac-țiuni multiple ale glandelor, leucoderma cepei, psoriasisul mucoasei bucale și al limbii, avem oarecari șanse de identificare a sifilisului latent.

La examinarea victimei, vom prefera reacției Wassermann (care abea in a 7-a săptămână dela infectare poate da un rezultat pozitiv) căutarea di-rectă a germenului bolii, *spirocheta pallida* in manifestațiunea primară a afec-țiunii. Izolarea spirochetei se obține astfel: serul, extras prin frecarea unui efec-t primar sau a unei papile cu o spatulă de platină, se colorează cu o soluție Giemsa (azur de methylen, albastru de methylen, rosă în alcool metilic și glicerină) și atunci apare microbul.

III. Șancărul

A) Șancărul indurat e greu de identificat după o trecere de timp mai îndelungat dela data infecțiunii, pentrucă acest șancăr nu lasă cicatrice ulceroase.

B) Șancărul moale se caracterizează cliniceste prin: purulența glandelor, procese flegmonoase sau gangrenoase, tromboze, etc. — Șancărul moale poate da loc la confuzii:

a) În primul loc, mai ales la origine, se poate lua drept șancăr ulcus vulvae acutum (*Lipschütz*, 1918).

b) Ulcerele herpetice, aftoase, tuberculoase și traumatice sunt greu de deosebit de șancărul moale.

c) Eroziunile vulvitice dau și ele loc la confuzie.

d) Umflarea glandelor limfatice și purulența glandelor pot avea ca origine nu numai un șancăr moale, ci și o ulceratie traumatică.

e) Procesele gangrenoase (luate uneori drept ulcere șancroase plagedenice) se pot vedea și la fetițe indemne de orice atingere impudică, dar atinse de noma, difterie, scarlatină, febră tifoidă.

f) Herpes praeputialis (care se notează și pe genitalele feminine) se caracterizează prin prezența unor vezicule punctiforme cari se usucă și se vindecă sub crustă.

g) Bubonii se văd mai des la bărbat decât la femei.

Caracterizarea șancrului moale se face pe deoparte prin determinarea evoluției procesului, iar pe de alta prin identificarea strepto-bacililor lui *Ducrey-Unna* în secrețiunea ulcerului.

5. Turburările psihice și nevrozele

I. La copii excitația sexuală prematură poate provoca stări psihice și nervoase cari să le altereze mult sănătatea.

Cele mai frecvent întâlnite sunt *manifestațiunile epileptoide* (cu spasmuri). Expertul va fi foarte precaut:

a) Din cauza *mythomaniei* atât de specifică nevărstnicului care, cu cât e mai mic, cu atât e și mai susceptibil de o *suugestiune streună*.

b) După ce va confirma existența acceselor convulsive și natura acestora, va stabili dacă există *concordanță între data apariției acceselor și epoca atentatului*.

c) Convulsiunile pot avea ca origine: stări hidrocefalice, iritații periferice asexuale (*helmintiasis*), schimbarea dentițiunii, apropiata instalare a pubertății, temperament iritabil cu predispoziție la turburări neuropatice, convulsive.

d) Nevrozele și fenomenele psihopatice își pot avea obârșia și în masturbația inveterată.

II. La adulți. — Deprimarea neuro-psichopatică, melancolia, histeria, chorea și alienația histero-epileptică caracterizează adesea efectul groazei provocate de atentatul la pudoare consumat, de conștiința consecințelor din punctul de vedere al poziției sociale (*Krafft-Ebing*). Nu e însă mai puțin adevărat, după cum am arătat și noi (capitolul „Pubertatea”), că și debutul vieții sexuale poate fi cauza unor stări absolut identice.

6. Moartea

În cursul sau după consumarea atentatului, moartea se produce mai ales în următoarele împrejurări:

I. În timpul coitului: a) *Violența exercitată de atentator*, spre a stăpâni victima și a o împiedeca să strige (astuparea gurii cu mâna, sufocarea prin punerea unui căluș, strangularea, lovituri grave).

b) *Bolile inimii, plămânilor* contribuie la bruscară morții. Paralizia inimii se poate produce numai sub influența spaimii, chiar înainte de consumarea violului.

c) *Hemoragia cerebrală*.

Dar atât paralizia inimii cât și hemoragia cerebrală se pot produce și în coitul consimțit.

II. După atentat: a) *Leziuni grave ale genitalelor și procese secundare ale actului brutal* (anevrism dissecant după 14 zile la o fată — *Blumenstock*).

b) *Efectele narcozei sau ale substanței amețitoare* (băutura alcoolică sofisticată, stupefiante în doze mari).

c) *Hemoptizie* cu moartea consecutivă la 3 săptămâni de la atentat (viol comis de un dentist — *Hofmann-Haberda*).

d) *Infecțiune venerică*, pe care s-a greșit o altă afecțiune, cu moartea consecutivă după un timp variabil: 1) peritonită metastasică (*Tardieu*); 2) edem al extremității inferioare stângi, metrită purulentă și vaginală, tromboză a venei iliace sinoviale, embolie a arterei pulmonare (*Brouardel*).

e) *Crimă sadică*.

7. Sarcina

Vechea teorie, după care fecundarea n'ar fi posibilă în cursul unui coit forțat, nu mai găsește astăzi nici un adept cu greutate. Și aceasta, pentru că nu e serioasă, în orice caz pe nimic întemeiată, obiecțiunea că fecundarea ar fi în funcțiune directă și absolută de un grad minim de spasm voluptuos din partea femeii.

Atunci când examenul se face după apariția primelor semne, existența gravidității e în afară de discuție (bine înțeles că expertul va avea grija să nu ia drept fruct al concepțiunii o tumoră).

Examenul făcându-se imediat după atentat, posibilitatea sarcinii se deduce din identificarea spermei cu spermatozoizi în vagin sau chiar numai la intrarea vestibulului. Apoi se identifică prezența spermatozoidului viu în lichidul spermatic al autorului violului.

Examenul acesta are importanță și din punctul de vedere al cercetării paternității, dat fiind că, în anumite împrejurări, siluirea poate fi asimilată ca o răpire momentană (art. 507 c. c.).

1. **Identificarea spermei la victimă.** — Desvirginarea neimplicând neapărat și fructificarea (în cazurile descrise la *impotencia fecundandi*, cu toate că există *potentia coeundi*), urmează că în primul loc trebuie să demonstrăm existența spermei (dovada coitului cu ejaculare subsequentă) și numai în urmă să analizăm calitatea lichidului seminal, prin identificarea elementului esențial al fecundării — spermatozoidul.

a) *Căutarea spermei*: pe mucozitățile vaginului și ale uterului (extracțiunea, după desinfectarea radicală a vaginului, se face cu ajutorul unui instrument de platină), pe mucozitățile uscate din vecinătatea genitalelor și pe peri. — Sperma putându-se identifica chiar pe cadavre intrate în putrefacție, urmează că urmele ei se pot ușor găsi pe persoana vie, chiar după trecere de câteva zile.

O dovadă a ejaculării în timpul siluirii se mai poate obține și prin căutarea *celulelor epiteliale pavimentoase cu glicogen*, în pata formată de sperma scursă din genitale (pe rufe, așternut) sau în sperma de pe rufa, cârpa, prosopul, cearșaful cu care victima s'a șters. Procedeele de identificare a acestor celule pavimentoase glicogenice e cel experimentat de *Wiegmann* cu soluția Lugol (0.2 iod, 0.5 potasiu iodat, 45.0 apă distilată). Proba nu e însă peremptorie, deoarece, după cum observă și *Strassmann* (1925), asemenea celule glicogenice se găsesc și în uretra bărbatului.

b) *Caracterizarea lichidului spermatic* se face prin procedeele expuse în vol. I (pag. 585—595). *Waldstein* și *Ekler* (1915) au reușit, pe cale experimentală (cu o femelă de iepure), să identifice sperma prin prezența unor fermenți în sângele în care aceasta s-a resorbit, fermenți cari au o acțiune specifică asupra lichidului seminal. Proba aceasta biologică n'a dat până acum rezultate concludente în aplicarea ei la femei; e incontestabil că, în ziua în care ea va putea fi deantregul verificată, expertiza medico-legală va fi înarmată cu un mijloc de investigație superior celor până azi întrebuintate.

Pentru identificarea petelor de spermă se recomandă și utilizarea *luminii lui Wood* (raze ultra-violete filtrate cu 3.650 Angstromi, cari dau spermei uscate o fluorescență albă lucitoare). Dar—observă *Simonin* (1929) — lumina lui Wood nu excită numai fluorescența petei spermatică (care pare datorită cholinei) ci și aceea a altor secrețiuni organice (mucusul nazal, vaginal și uretral, scurgerea leucoreică, lochiile, puroiul blenoragic, puroiul stafilococic, urina normală, urina icterică, glycosurică și urobilinică, bila, saliva, materiile fecale, meconiul, sângele normal și menstrual, laptele). Așadar fluorescența spermei nu poate avea o valoare diagnostică sigură; cel mult poate servi ca un semn de orientare.

2. Identificarea spermatozoidului se face după indicațiunile date în vol. I (pag. 588—591).

Ceeace indeosebi interesează în caz de siluire e durata persistenței spermatozoidului în lichidul seminal ejaculat în genitalele victimei.

Știindu-se că spermatozoidul pătrunde prin colul uterin în maximum 4—5 minute, se vede cât de ușoară e impregnarea. Afară de cazul când victima, imediat după ejaculare, și-a făcut o spălătură, sau lichidul spermatic a suferit acțiunea unor soluții acide sau aceea a urinei, impregnarea s-ar putea produce și mai târziu, cunoscută fiind extrema vitalitate a spermatozoidului în anumite condițiuni de mediu și de temperatură. (Am arătat, în vol. I, că spermatozoidul poate trăi și în vaginul cadavrului, de regulă 30 ore, în cazuri excepționale și mai mult: 45 ore într'o observație a lui *Jaeger*; 55 ore într'una a lui *Rauber*, iar *Hofmann* a mai notat mișcări slabe pe o lamă, după 72 ore).

În genitalele femeii vii spermatozoidul își conservă vreme relativ îndelungată întreaga vitalitate. După *Pryll* (1917) durata medie a acestei vitalități e de 6—10 zile; după alții, până la două săptămâni și chiar mai mult (*Bossi* a găsit în vagin spermatozoizi vii o dată la 12 zile și altă dată la 17 zile după coit). Vitalitatea aceasta e mai ales mare, atunci când spermatozoidul a izbutit să se refugieze în uter, unde se produce procesul de fecundare (mucozitatea alcalină a colului uterin și a uterului e foarte prielnică spermatozoidului). Într'o trompă uterină ulterior sudată, *Dährsen* a putut identifica spermatozoizi vii după trecerea de 25 zile dela coit, iar *Nürnberg* (1920), într'o trompă nesudată, o dată la 15 zile și altă dată la 14 zile dela coit. În sperma captată într'un condom, vara, la temperatura camerei, *Guggenberger* (1922) a identificat spermatozoizi foarte mobili, după 14 zile. Iar *Höhne* (1914) a găsit spermatozoizi vii și în sângele menstrual.

8. Sperma pe cadavru

1. Dacă moartea s'a produs accidental, sperma se caută în aceleași locuri ca și la femeia vie.

2. Dacă moartea e consecutivă violenței comise în timpul atentatului, se poate întâmpla ca ejacularea să nu se mai fi produs decât după scoaterea membrului din vagin și atunci sperma trebuie căutată în regiunea genitală, pe coapse, abdomen, pe îmbrăcămintea femeii, pe parchet, etc.

3. Dacă violul e urmat de o crimă sadică, sperma se va găsi în vagin, uter, trompe. Spermatozoidul, odată pătruns în uter, face o oră până parcurge drumul până la orificiul abdominal al trom-

pelor, apoi trece în cavitatea abdominală unde e inhățat și aglutinat de leucocite.

II. In atentatul etero-sexual contra-naturii

A. Masturbarea

1. **Fată sau femeie masturbată de un bărbat.** — Se caută semnele masturbațiunii pe cari le-am indicat la himenul rupt fără coit, precum și la celelalte leziuni observate în atentatul la pudoare etero-sexual natural. (Ligatura clitorisului la o fetiță de 8 ani — *Fredet*).

2. **Băiat masturbat de o femeie.** — Semnele uneori caracteristice la penis.

B. Introducerea de corpi streini în vulvă și vagin

Cele mai frecvente semne sunt leziunile vulvo-vaginale. Uneori se găesc, pe himenul nerupt, sgărieturi curbe, caracteristice urmelor lăsate de unghii.

C. Introducerea degetelor și a corpiilor streini în anus

În unele perversiuni sexuale (masoșism, fetișism), atentatorului îi ajunge să introducă degetul sau un corp strein în anusul femeii (fetei), spre a avea erecțiune și ejaculare. În cazul acesta se notează leziuni ale rectului (lingură introdusă în anusul unei fete — *Tardieu*).

D. Atentatul perineal (anterior sau posterior)

Se notează roșeață, eroziuni pe perineu și între coapse.

E. Cunnilingus

Se poate observa o iritare a mucoasei vulvo-vaginale.

F. Coitul bucal

1. **Băiatul victimă a unei femei sau fete depravate, cu accese de histerie, poate avea pe penis urme mai mult sau mai puțin pronunțate de mușcăături.**

2. **Fetița (inconștientă de actul la care e ademenită) e expusă la o infecțiune venerică transmisă prin penis. Formula simptomatologică a gonoreei gurii e: roșeața, tumefacțiunea mucoasei gingiilor, a căptușelii bucale, a învelișului limbii; secrețiunea purulentă: abcese. Căutarea gonococului e foarte anevoioasă. E de observat însă că o scleroză sifilitică a gurii și a limbii poate fi și de natură acciden-**

tală: marginea gurii unui pahar, unei cești, unei cane, unei sticle din care a băut un sifilitic (o sifilitică), sau ștergerea gurii cu o batistă, șervet, prosop, de care s'a servit o persoană atinsă de sifilis.

* * *

Intrucât privește semnele atentatului pederastic etero-sexual, le descriem mai jos, la: „Atentatul la pudoare homosexual“.

G. Atentatul cu caracter sadic

1. La femeea victimă a unui atare atentat nu se constată întotdeauna semnele desvirginării sau ale siluirii: nici ruptură a himenului, nici leziuni vulvo-vaginale, nici spermă în sau pe genitale. Sadicului îi ajunge uneori satisfacerea plăcerii de ași face victima să sufere, spre a putea juisa, fie prin erecțiune spontană cu ejaculare, fie prin masturbare ulterioară cruzimilor.

2. Atunci când sadicul își omoară victima, urme de spermă se pot căuta în toate orificiile naturale ale corpului sau în rănilor provocate. (Sperma a fost găsită în spintecătura abdomenului).

III. În raportul homosexual

Victimele sunt de obicei copii, dar pot fi și adulți, atunci când aceștia se găsesc în vremea din condițiunile de impotență fizică ori morală de a se apăra și rezista (toate eventualitățile mai sus descrise la atentatul la pudoare etero-sexual). Nu e exclus însă ca raportul să fie consimțit, iar ulterior, cu intențiunea de șantaj, pretinsa victimă să facă plângere.

A. Semnele pederastiei active

Indicațiunile anatomice date de *Tardieu* și *Coutagne* continuă a fi discutate, pentru că până acum ele n'au putut fi verificate ca semne de o certitudine, dacă nu absolută, dar măcar relativă. Numai sub beneficiu de inventar, rezumăm și noi aceste semne: a) când penisul e mic, se observă la el (în pederastia activă cronică) o subțiere dela bază spre vârf; b) când penisul e mare, glandul apare strangulat la bază și lungit în formă de con, penisul însuș e răscuit, iar meatul ia o poziție transversală; c) când pederastul se și masturbează, penisul se umflă, căpătând aspectul unei măciuci, iar glandul e turtit.

1. Un semn de probabilitate l-ar constitui prezența unor escoriațiuni pe gland și prepuț, atunci când accesul anal prezintă o dificultate excepțională. Dar aceste zdrelituri pot avea și o altă origine: de exemplu, eroziuni mecanice provocate fie prin masturbare, fie prin frecarea membrului de fața interioară a pantalonilor.

2. Un semn de certitudine (numai în cazul când examenul se face imediat după atentat) îl oferă prezența urmelor de materii fecale pe penis.

I. *Fibert* a identificat, la microscop, elementele constitutive ale fecalelor în sânul balano-prepușal, iar pe gland trei peri din regiunea anală a victimei. — II. *Jaumes*, 1891, a făcut dovada atentatului pederastic, prin identificarea elementelor fecalelor și a spermei în petele de pe o cârpă cu care paedicatorul își ștersese membrul.

B. Semnele pederastiei pasive

Cu tot respectul datorat înaintașilor, nu ne putem opri un zâmbet față de puerilitatea unora dintre așa zisele stigmatate specifice, cu un mare lux de detalii descrise mai întâiu de *Zacchias* și apoi adoptate și completate de *Tardieu* și *Casper*.

Zacchias și, după el, *Casper* pun, de exemplu, un preț deosebit pe destinderea sfincterului și ștergerea încrețiturilor radiate ale anusului, a cărui față apare astfel netedă, — ca semn al pederastiei pasive cronice. Vom vedea mai jos, la discutarea simptomatologiei pasivității în coitul anal, la ce se reduce valoarea acestui semn.

Tardieu vrea să atribue pederastiei pasive obicinuite și darul de a influența însuș habitusul exterior al individului: de exemplu, *escesia desvoltare a feselor!* Cu foarte mult bun simț observă *Balthazard*, că o atare interpretare ar îndreptăți să se considere ca prostituată orice fecioară cu sânii prea desvoltați.

* * *

Să trecem acum la examinarea semnelor dintre cari unele ar putea numai impresiona ochiul și judecata expertului, iar altele să-i ofere oarecare certitudine. Le vom împărți dar în: semne îndoelnice și semne de probabilitate.

1. Semnele îndoelnice

Acestea privesc niște modificări morfologice de o valoare discutabilă:

1. Destinderea sfincterului extern anal cu incontinența materiilor fecale. — Semn de reținut numai în cazul când ne aflăm în fața unui prim atentat pederastic, săvârșit asupra unui copil și când examenul se face în primele 2—3 zile dela comiterea actului. Pentrucă, după acest termen, regiunea anală își recapătă aspectul normal. Dar, chiar verificarea acestui semn n'ar fi de loc concludentă (în caz de șantaj), pentrucă stigmatul se notează, după cum observă și *Balthazard*, și în dilatarea digitală a anusului, în tratamentul chirurgical al hemoroizilor.

Când e vorba de un adult, semnul e lipsit de valoare, atunci când preexista o pareză sfincterială, în care caz, în narcoza clorofornică, anusul e atât de dilatabil că permite trecerea prin rect nu numai a două-trei degete, ci chiar a mâinii și a brațului, îngăduind astfel chirurgului până și palparea rinichilor.

Dar, indiferent de vârsta individului, destinderea sfincterială poate să aibe o origine patologică: disenteria, diareea cronică, tuberculoza însoțită de enterită, leziunile medulare cu paralizie sfincterială.

Ceva mai mult, nici chiar pederastia cronică nu lasă întotdeauna semnul destinderii anale, după cum de altfel nici defecația regulată, timp de o viață de om, nu are ca efect lărgirea permanentă a orificiului.

Pe cadavru, semnul nu merită absolut nici o atențiune, pentru că destinderea aceasta e constantă imediat după dispariția rigidității cadaverice. Cel mult poate da loc la bănuială, atunci când, la un copil, observăm o netezire a încreșiturilor longitudinale.

2. Deformarea infundibiliformă a anusului (pentru întâia oară indicată de *Cullerier* și adoptată ca semn indiscutabil de către *Tardieu*): forma de pâlnie, cu vârful în orificiul anal, ar rezulta din îndesarea treptată a perineului, partea inferioară a sfincterului cedând mai ușor acțiunii de dilatare decât partea superioară. Dar, după cum cel dintâiu a demonstrat-o *Brouardel*, formațiunea „pâlniei“ e un efect al contracturei mușchiului ridicător al anusului — contractură reflexă consecutivă unei leziuni dureroase fie a anusului fie a mucoasei rectale din vecinătate (recită acută, fisură anală). Apoi, absent la pederastii pasivi notorii, semnul „pâlniei“ se întâlnește la unele persoane bătrâne, cu o pronunțată debilitate fizică.

2. Semnele de probabilitate

Sunt acelea pe cari ni le dau leziunile și infecțiunea venerică. De observat că, atunci când se notează, leziunile se întâlnesc mai frecvent la persoanele slabe, de oarece la cele grase penisul nu poate pătrunde adânc. În practica noastră personală (examinarea a sute de prostituate, dintre cari multe foarte slabe, cari au mărturisit pederastia pasivă) n'am înregistrat *niciodată* vreo leziune revelatoare. Aceasta se explică pe deoparte prin faptul că penisul e în prealabil lubrefiat, iar pe de alta prin absența rezistenței (pederastia pasivă consimțită).

1. Leziunile cele mai frecvente sunt: căderea mucoasei rectale, un proces inflamatoriu cronic care se traduce prin ulcerații, fistule, hemoroizi, carunculii din jurul anusului, formațiuni canceroase (a. ruptura pe linia mediană, lângă cea perineală, în cele

două puncte unde mucoasa e îndeosebi de aderentă — *Lacassagne*; b) o ruptură dela anus la vulvă — *Coutagne*; c) tumefacție supra-anală cu ruptura adâncă a anusului, dilatarea extremă a inelului — *Touhnouche*).

Dar identificarea tuturor acestor leziuni poate da loc la erori de interpretare:

a) *Leziunile rectale* pot proveni din introducerea de corpi străini: 1) pătrunderea accidentală a unei cozi de mătură, de furcă; 2) escoriațiuni făcute cu degetul în masturbația solitară sau în cea pasivă; 3) accident în cursul tratamentului: cazuri de perforare rectală cu siringa; 4) plesnirea rectală la defecație, ridicare de greutate.

b) *Fistulele* de origine canceroasă.

c) *Formațiunile canceroase* nu sunt în nici un caz de atribuit unui traumatism de natură pederastică.

d) *Fisurile și hemoroizii* nu se pot atribui exclusiv dilatării anale, atunci când știut este că în tratamentul acestor leziuni se provoacă dinadins o dilatație a anusului.

Atunci când e vorba de *leziuni ușoare*, ele dispar, fără nicio urmă după 2—5 zile.

2. *Infecțiunea venerică* se poate manifesta prin: blenoragia ano-rectală; sifilisul; șancărul indurat; șancărul moale.

a) *Arsurile anale*, defecația dureroasă, urinarea deasă, scurgerea muco-purulentă caracterizează, cliniceste, **blenoragia ano-rectală**. — Foarte rar ea provoacă ulcere și chiar atunci când acestea există, diagnosticul diferențial ne va feri de a le confunda cu ulceratiile disenterice, tuberculoase și carcinomatoase.

La *bărbat*, blenoragia ano-rectală trebuie să rețină atențiunea, atunci când e dinainte exclusă existența unei blenoragii genitale, a unui abces genoreic al prostatei, al vesiculelor seminale, scurgerea putându-se prelinge până la anus. (*Storchi* — 1928 citează cazul unui băiat de 7 ani cu o infecție blenoragică rectală indirect comunicată de propria lui mamă: aceasta, care avea o gonoree acută, a șters copilul, după bae, cu cearșaful cu care se ștersese și ea în aceeași zi).

La *femeie*, e un semn de contaminare, atunci când nu putem identifica o secrețiune gonoreică a glandelor lui Bartholini. — Autoinfecțiunea blenoragică anală se face sau prin prelingerea secrețiunii pe linia perineului, sau prin ștergerea orificiului după defecație.

Identificarea *gonococului* e îngreuiată de faptul că diplococul e copleșit de bacteriile rectului.

b) Manifestațiunile secundare și terțiare ale sifilisului anal nu prezintă un deosebit interes medico-legal, pentru diagnosticul pederastiei pasive. Manifestațiunile primare, din contră, merită să rețină atenția.

c) Peremptorie nu e nici dovada șancărului indurat, pentrucă el poate fi inoculat prin atingerile cu degetul încărcat cu virusul sifilitic sau prin pantalonii infectați (cazul unui croitor examinat de noi).

d) Dimpotrivă, ulcerația șancroasă a anusului sau a rectului, atunci când proveniența ei n'ar putea fi atribuită preexistenței infecțiunii la genitalele persoanei examinate, are o reală valoare diagnosticală.

e) E indiscutabil însă că șancărul moale, mai frecvent la femei ca la bărbați, e un semn de oarecare certitudine.

5. Sperma. — Prezența ei în regiunea ano-rectală, pe trupul și pe rufele victimei prezumate, e un semn de certitudine, atunci când e exclusă bănuiala că ar putea fi spermă dela alt bărbat (pusă în acea regiune pentru simularea unui atentat la pudora unei fete sau a unei femei), sau spermă proprie (când victima e un bărbat). Se examinează batista, cămașa, ismenele, interiorul pantalonilor celui prezumat ca autor al atentatului, spre a se căuta petele lăsate prin ștergerea penisului.

Pentru identificarea spermei în rect *Pittarelli* — 1927 a imaginat următorul procedeu: 1) un tampon de tifon, cu care a frecat rectul, e introdus într'o eprubetă și lăsat să macereze timp de câteva ore într'o soluție de: aceton 20 gr., eter sulfuric 20 gr., cloroform 5 gr., eter de petrol 5 gr.; 2) lichidul prelevat e evaporat la 60°; 3) pe reziduuul gălbui se practică reacțiunea lui Florence. Dacă reacțiunea e pozitivă, se caută spermatozoidul: a) se pune în eprubetă o soluțiune fiziologică formolizată 5% care are proprietatea de a detașa spermatozoidul de pe suport; b) după câteva ore se centrifughează lichidul; c) sedimentul, pus pe o lamă, e adăugat cu o picătură de eritrosină amoniacală care pune în evidență spermatozoidii existenți.

Identificarea spermatozoidului are o importanță capitală, știindu-se că sunt și alte pete cu aspectul și cu reacțiuni asemănătoare cu acele ale spermei. (*Jaumes* a reușit să identifice spermatozoidul în apa, scoasă după administrarea unei clisme).

3. Alte leziuni

De multe ori, în afară de leziuni ale regiunii ano-rectale, se observă și unele pe organele genitale, pe coapse, abdomen, fese, pulpe.

IV. Călauza expertului

În toate genurile de atentate rămân semne mai mult sau mai puțin specifice, uneori simple urme, a căror identificare și caracte-

rizare e unica misiune a expertului. Sarcină cu atât mai delicată că, precum am arătat, practica medico-legală are crestate pe răbojul ei nenumărate cazuri de atentate la pudoare simulate sau pur și simplu născocite, fără existența vreunui semn obiectiv. Deaceia, oridecâteori e sesizat, expertul își va pune în prealabil întrebarea: **Vârsta victimei prezumate și aceea a autorului atentatului, circumstanțele de loc, poziție și timp erau ele de natură a favoriza atentatul?** Deși nu întotdeauna eliminatorie, chestiunea aceasta are o necontestată valoare de orientare nu numai pentru informaținea judiciară propriu zisă, ci și pentru omul artei. În orice caz determinarea vârstei — atunci când e vorba de un minor, a cărui etate nu se poate stabili cu acte autentice — are o valoare esențială, deoarece absența unei indicațiuni precise e un motiv de casare a sentinței judecătorești.

I. Art. 265 cerând, ca element constitutiv al delictului de atentat la pudoare, ca victima atentatului să fie mai mică de 14 ani, neconstatarea acestui element, în hotărâre, constituie o lipsă de motivare, care atrage casarea. — *Cas. S. II. 1891.*

II. Atentatele la pudoare cu violență, pedepsindu-se ca crimă sau ca delict, după cum pacienta este mai mică sau mai mare de 15 ani, Camera de punere sub acuzațiune trebuie să stabilească, prin mijloacele permise de lege, etatea părții vătămate. — *Cas. S. II. 1884.*

III. În Anglia, unde vârsta minimă e de 12 ani, *Taylor*, prin expertiza lui, a putut stabili că fata trecuse de 12 ani și astfel, neexistând circumstanța violenței, tribunalul a admis existența consimțământului din partea fetei.

După aceea, va proceda la examinarea laturilor caracteristice ale problemei medico-legale:

1. Atentatul — indiferent de natura lui — e el real?

a) Atunci când e vorba de o siluire caracterizată, expertul trebuie să se convingă în prealabil de posibilitatea unui raport sexual între persoanele indicate ca victimă și autor al atentatului (diversele forme de impotență masculină și feminină, viciile de conformație în regiunea genitală și anală, pe cari le-am studiat).

b) Chestiunea realității atentatului capătă o însemnătate capitală, atunci când în sarcina persoanei, care se pretinde victima unui atentat la pudoare, se pune o lovire, o rănire sau chiar un omor. Pentrucă în cazul confirmat al agresiunii cu caracter sexual, autorul lovirii, rănirii sau omorului beneficiază de o *atenuare* sau de o *apărare de orice răspundere* (atunci când e bărbat — băiat mai mare de 8 ani sau adult, fată sau femeie, indiferent de vârstă și de stare civilă — măritată sau nemăritată, văduvă).

În adevăr, realitatea atentatului la pudoare fiind demonstrată, fetei sau femeii, băiatului sau adultului, autor al delictului de lovire — rănire ori al

crimei de omor, i se aplică art. 250 c. p. („Omorul, răniile și lovirile sunt *scuzate*, dacă au fost provocate prin loviri sau violențe mari urmate asupra unei persoane”). Delictul ori crima sunt scuzabile și atunci când băiatul sau adultul le-a comis numai spre a preveni atentatul la pudoare, „respingând ziuă escaldarea sau efracțiunea îngrădirilor, a zidurilor ori a intrărilor unei case locuite, sau a unui apartament locuit, ori a dependențelor acestora” (art. 251 c. p.). Iar dacă apărarea aceasta se produce *noaptea*, băiatul sau adultul e *apărat de orice penalitate* (art. 257 c. p.).

Băiatul sau adultul, fata sau femeia mai sunt *apărați de orice penalitate* și pe considerațiunea legitimei apărări („Nu este nici crimă nici delict, când cel ce a săvârșit omuciderea, răniile și lovirile, a fost silit la aceasta prin necesitatea actuală a unei legitime apărări conform art. 58”. — art. 256 c. p.).

Iar în ce privește îndeosebi femeia siluită, apărarea de orice pedeapsă e special edictată printr-o dispozițiune a legii penale (mai întră în cazul de legitimă apărare „dacă omuciderea, răniile sau lovirile comise de o femeie vor fi fost provocate imediat de o siluire exercitată asupra persoanei sale” — art. 257, al. III c. p.).

Socotim suficientă această dispoziție, de vreme ce atentatelor la pudoare li se pot aplica dispozițiunile generale cuprinse în art. 250, 251 și 256 c. p.

Numai o singură excepție face legea penală: omorârea părintelui atentator nu beneficiază de scuză legitimei apărări („Paricidul nu este nici odată scuzabil” — art. 252 c. p.).

2. Găsitura s'a victima într'una din condițiunile de inferioritate fizică ori morală mai sus descrise, în așa fel ca ori rezistența să poată fi frântă, ori să nu fi existat posibilitatea unei împotriviri?

5. Semnele de certitudine ori cel puțin de probabilitate ale atentatului.

4. Consecințele constatate, consecințele eventuale, precum și complicațiunile posibile.

5. Există, dacă nu semne sigure, cel puțin indicii de probabilitate că în adevăr persoana ori persoanele arătate ca atari au comis sau au putut comite atentatul?

6. Autorul sau autorii erau ei perfect sau numai parțial conștienți de caracterul delictuos al actului săvârșit?

* * *

În lumina celor expuse la descrierea diverselor forme ale atentatului la pudoare vom da acum câteva îndrumări sumare pentru facerea expertizei.

A. Desvirginarea

1. În atentatul unic: examenul himenului; indiciile eventuale ale unei hemoragii consecutive rupturii himeniale; examenul vulvo-vaginal; examenul celorlalte leziuni existente; contaminarea venetică: sarcina.

a) *Himenul*. — 1. Din capul locului ținem să prevenim pe expert: să nu ia drept ruptură orificiul sau orificiile supranume-

rare în anumite varietăți ale himenului atipic. În himenul septus, de exemplu, soluția de continuitate a punții poate fi naturală și atunci prezența stalagmitei și a stalactitei, indiferent de mărimea lor, poate fi confundată cu resturi ale unui sept întreg.

2. Multă băgare de seamă trebuie să prezideze la diferențierea unei creștături traumatice de una congenitală, a unei rupturi recente de una vechie.

3. Când e vorba de examinat un *cadavru*, e de remarcat că, putrefacția fiind declarată, pereții vaginali și perineul se boltesc excesiv și din această cauză nu mai putem avea noțiunea exactă a diametrului inițial al orificiului himenal. — Putându-se afla în prezența unui caz de necrofilie, sau de sadism, e neapărat necesar să se facă demonstrația că violul e anterior sau posterior morții.

Esențialul: expertul să-și amintească toate împrejurările în cari pot exista *rupturi fără raport sexual*, sau *himen intact cu coit*.

b) *Hemoragia*, am văzut, nu are întotdeauna ca origine o ruptură a membranei virginale (menstruație prematură, plesniri vasculare spontane interesând clitorisul, furculița, vestibulul, vaginul). Pot fi și hemoragii simulate (Vezi: „Examenul petelor“, vol. I, pag. 555, cazurile 3, 4 și 5).

c) *Examenul vulvo-vaginal*: identificarea eventualelor leziuni; modificări anatomice.

d) *Examenul extern al regiunii pubiene și examenul somatic general* pentru caracterizarea violențelor eventuale.

e) *Turburările psichico-neurotice, mintale* — consecutive atentatului.

f) *Identificarea spermei*.

g) *Identificarea și caracterizarea infecțiunii venerice*.

h) *Eventualele semne ale sarcinii*.

* * *

Când victima prezumată e o *fetiță*, expertul va avea în vedere toate posibilitățile indicate de noi, în cari aparențele sunt de natură a ne face ca, eronat, să conchidem la siluirea consumată ori numai încercată.

2. În atentatul repetat (*o serie de indivizi abuzează de fecioara imobilizată ori terorizată; acelaș individ ține victima sechestrată un timp mai mult sau mai puțin îndelungat*): buzele mari au pierdut din fermitatea lor și nu mai ascund vederii nimfele; oarecare destindere a cutelor vaginale; numărul și importanța rupturilor himenale.

* * *

Elementele de diferențiere între efectele unui atentat unic sau numai de puține ori repetat și efectele unor raporturi înde-

lungate (cu o frecvență variabilă) le găsim în notarea, la o fată sau femeie în acest al doilea caz, a următoarelor caracteristice (*de o constantă capricioasă*, însă): 1) vestejirea buzelor mari, mai mult sau mai puțin căscate; 2) dezvoltarea nimfelor; 3) dezvoltarea prepuțului clitorisului; 4) dilatarea orificiului himenal; 5) îndesarea nivelului mai scoborit al membranei; 6) lărgirea vaginului; 7) un infundibulum (variabil ca dimensiuni în lărgime și adâncime), al cărui fund e format de himenul retractat.

B. Siluirea unei fete sau femei cu deflorare vechie

Semnele cari pot reține atenția expertului:

1. La o femeie (fată) care n'a născut încă se pot nota:

a) *Himenul*: rupturi recente, datorite disproporției între penisul atentatorului și intrarea vaginală.

b) *Leziunile vulbo-vaginale* recente.

c) *Prezența spermei*.

d) *Contaminarea venerică*.

e) *Leziuni traumatiche extragenitale*.

2. La o femeie care a născut, siluirea se poate confirma numai prin:

a) Prezența spermei (când individul e arestat în chiar momentul atentatului).

b) Contaminarea venerică;

c) Identificarea și caracterizarea leziunilor genitale și extragenitale.

Cât despre *himen*, examenul lui e de o valoare nulă, pentrucă de regulă membrana e redusă, dacă nu la câțiva carunculi mirti-formi. În orice caz la o fâșie circulară foarte îngustă.

C. Atentatul pederastic

În ce privește modificările anatomice, prezența unor leziuni ano-rectale, infecțiunea venerică, am văzut cât de fragile sunt inducțiunile ce se pot face la pederastul pasiv. Pedeparte multe din semnele indicate se pot întâlni la persoane constatate ca îndemne de orice pervertire a simțului genezic, iar pe de alta ele pot lipsi la pederasți inveterați.

Cât despre semnele pederastiei active, am văzut cât de puțin preț se poate pune pe ele.

D. Băiat victimă a unei femei

În atentatul repetat, se observă la copil o stare de oboseală generală și o dezvoltare prematură a penisului. Semne fără valoare concludentă. — În cumpăna judecății poate cântări transmisiunea unei infecțiuni venerice.

E. **Cunnilingus**

Se poate foarte rare ori identifica.

F. **Examenul victimei și al autorului atentatului**

1. **Femeea (fata, fetița)** în atentatul etero-sexual. În caz de menstruație, în momentul examenului, să se spele bine cu apă, pentrucă amânarea până la trecerea periodului — recomandată de unii autori — poate avea neajunsul ca în răstimp leziunile să se vindece.

a) *Poziția.* — Femeea (fata nubilă) e așezată în poziția ginecologică (șezutul pe marginea mesei, patului, divanului, etc.), coapsele ridicate și desfăcute, iar gambaie indoite pe coapse.

b) *Explorarea organelor genitale* (la lumină bună și, la nevoie, cu lupa): desfăcerea buzelor mari și a nimfelor cu ambele mâini, trăgând înainte; cu un con de hârtie (iar nu cu o sondă, o baghetă de sticlă cari, printr'o mișcare a persoanei examinate, pot rupe himenul), se explorează marginile himenului, fără a încerca să introducem degetul în vagin. Indiferent de anotimpul la care se face examenul, mâinile expertului trebuie să fie calde, spre a se evita eventuale contracțiuni ale mușchilor respectivi. — Examinarea membranei se face cu o foarte mare precauțiune, spre a se evita o leziune sau o ruptură. (*Schrepens* — 1922 citează numeroase cazuri de deflorări cu ocazia expertizei, fapt notat și de noi).

În ce privește dimensiunile orificiului himenal, atunci când pe membrană nu găsim leziuni sau urme de rupturi, expertul nu va conchide la desvirginare, numai din simplul fapt al accesului ușor pentru deget sau speculum (himene complezante).

c) *Semnele subiective* (în absența semnelor obiective) să nu fie înregistrate decât cu o deosebită circumspecțiune. La o fată nubilă ori la o fecioară mai în vârstă, numai raporturile sexuale prea violente, leziunile vulvo-vaginale pot explica existența unor dureri deosebite, cu dificultate la mers, urinat, defecațiune.

2. **Bărbatul autor al atentatului** va forma și el obiectul unei cercetări amănunțite:

a) *Examenul hainelor:* căutarea urmelor de luptă (rupturi: o bucată de stofă, un nasture, găsite în mâna victimei — vie ori moartă — imediat după atentat): căutarea petelor de spermă, de sânge.

Numai cu titlu de simplă mențiune relevăm că *Manoilov* și *Bernatzki* au propus utilizarea reacțiunii colorate a sângelui pentru determinarea sexului individului cărui aparține. Cercetările de laborator făcute de *Krainskaja-Ignatova* — 1929 au dovedit că această reacțiune n'are nici o valoare diagnostică.

3. **Examenul somatic.** — Se caută urmele de luptă (sgârieturi cu unghia, zdreliri, răni cu o armă de apărare: mușcăături pe orice

parte a corpului, inclusiv genitalele externe; absența unei șuvițe de păr, care a fost găsită, imediat după atentat, în mâna victimei (vie ori moartă); prezența pe genitale sau în regiunea pubiană a unor peri din aceeași regiune a victimei.

4. **Contaminarea venerică.** — În regulă generală coexistența aceleiași afecțiuni venerice la femei și la autorul prezumat e o indicațiune de mare probabilitate, indiferent dacă la bărbat infecțiunea e de dată mai recentă ori mai vechie, dacă are un caracter acut sau unul cronic.

1. **Blenoragia.** — a). Dacă blenoragia bărbatului e recentă, acută, do- vada contaminării e lesne de făcut. — b). În blenoragia cronică, examenul reclamă multă atențiune, pentru că e posibil ca existența ei să nu fie observată cliniceste. De aceea, bărbatul e pus sub observație și i se examinează, bacte- riologiceste, secrețiunea (dacă aceasta se produce în interval), ori urina, spre a se identifica în ea filamentele mucoase gonoreice, *purtaătoare de gonococ*. Examenul bacteriologic trebuie repetat, pentru că nu întotdeauna și dela prima cercetare se identifică gonococul în celulele purulente ale substanței mucoasei uretrale.

Mai e de observat, că în blenoragia cronică sau chiar în cea vindecată, *saprofiți ai uretrei pot provoca o uretrită acută*. Circumspecțiune absolut necesară, spre a nu se lua drept blenoragie: 1) un *catar uretral* provocat prin iritațiuni mecanice, chimice, termice; 2) un *catar uretral* consecutiv unor boli constituționale și în secrețiunea căruia se pot găsi alți diplococi decât acela al lui Neisser, stafilococi, streptococi. — Există și o *uretrită cronică negono- reică*, a cărei incubație e de vreo două săptămâni, iar procesul ei evolutiv se manifestă prin dureri ușoare și secrețiune mică.

Incubațiunea blenoragică se face de regulă în 4—6 zile, rar până în 15 zile dela data contaminării.

II. **Exantemul sifilitic.** — a) Termenul de incubație a *șancărului moale* e, în medie, de 6 zile. — b) Fenomenele primare ale *șancărului indurat* apar în 2—5 săptămâni dela contaminare.

Dacă a trecut un timp prea mare dela atentat și a dispărut efectul pri- mar al infecțiunii sifilitice, e foarte greu să mai facem, judecând numai du- după natura și aspectul exantemului, vreo inducțiune temeinică în ce privește data atentatului.

5. **Data atentatului.** — Verificarea afirmațiunii victimei, de- terminarea datei probabile a atentatului — atunci când examenul nu se face imediat după săvârșirea actului — e în funcțiune de modificările anatomice ale genitalelor femeii, de natura și durata de incubațiune a infecțiunii venerice, de semnele eventuale ale sar- cinii, de aspectul leziunilor și al rănilor identificate. Cu privire la răni e de observat că, atunci când victima a murit, expertul trebuie să facă diferențierea între o *rană vitală* și una *post mortem*.

Toate aceste indicațiuni, inclusiv aspectul rupturilor himenale (cicatrizate ori nu) nu îndrituiesc pe expert decât la *concluziuni foarte rezervoate*, fixând data siluirii cu o aproximație de câteva

zile sau chiar câteva săptămâni (atunci când examenul nu mai îngăduie caracterizarea absolută a tuturor semnelor, mai ales a celor himenale).

* * *

Deoarece am demonstrat posibilitatea unui coit vestibular sau chiar numai perineal, care totuș să aibă ca urmare pătrunderea spermatozoidului, prin orificiul himenal intact, în vagin și de acolo în uter, expertul va conchide la realitatea atentatului, cu puțința sarcinii, însă cu absența unei leziuni a membranei virginală. — Sarcina e exclusă în caz de himen imperforat.

În definitiv, în toate cazurile, inclusiv acela când există o ruptură himenală, dar nu se poate administra proba în ce privește originea acestei rupturi (rupturi fără coit), concluziunea va fi cea recomandată de Tardieu și amendată de noi: „*Leziunile constatate rezultă neîndoios din intromisiunea unui corp voluminos care ar putea fi penisul în erecțiune sau orice alt obiect dur: deget, corp străin*”.

Coexistența infecțiunii venerice și dovada indiscutabilă a posibilității de transmisiune ne permit a fi mai categorici în concluziunea noastră: „*E neîndoios că atentatul a fost săvârșit de X*”.

G. Responsabilitatea autorului

Autorul e identificat. Expertul nu-și va fi încheiat misiunea, dacă nu se va fi rostit și asupra responsabilității penale a autorului („Nu se socotește nici crimă nici delict faptul săvârșit în stare de smintire și în oricare altă stare de pierdere a uzului rațiunii sale, prin cauze independente de voința sa” — art. 57 c. p.). — Responsabilitatea civilă există întotdeauna, pentrucă art. 998 c. c. exclude elementul intențional, principiul despăgubirii având un caracter generic pentru orice prejudiciu cauzat.

Vom avea dar două categorii: atentatori responsabili (ori cu responsabilitatea atenuată, în caz de existență a unor ușoare tare creditare sau dobândite) și atentatori iresponsabili.

1. **Responsabil** e individul care, în posesiunea neștirbită a puterii de discernământ, comite atentatul. *Depravațiunea din obicinuință* ori *pervertirea sexuală dobândită* nu pot fi invocate ca element de atenuare a răspunderii. — Nici tarele fizice (infirmitatea fizică, viciul de conformațiune a penisului) nu pot cântări în judecata expertului, cu atât mai puțin bolile venerice, de cari se feresc înseși prostituatele.

2. Beneficiul **responsabilității atenuate** îl vom acorda individului atins de nevroza caracterizată a *spinalo-cerebrărilor poste-*

riori, la cari satisfacerea pe loc a instinctului genital apare ca o impulsione fulgerătoare. In specia aceasta intră *satiriasis*. — De o mare atenuare a responsabilității se mai poate bucura invertitul congenital, clasat în categoria *spinalilor-cerebrali anteriori* (cari, întocmai ca in starea normală, sunt sub dependența inițială a unei idei psihice, dar o idee psihică profund alterată).

3. **Iresponsabil** e alienatul caracterizat, spinalul la care atentatul e produsul unui reflex automatic, al centrului genito-spinal al lui *Budge*, fără participarea centrilor sensitivi ai creierului posterior și a centrilor psihici ai creierului anterior. Prototipul spinalului e idiotul.



ACTELE VIEȚII CIVILE — INTERDICȚIA

Exercițiul drepturilor civile, adică facultatea de a dispune de persoana și bunurile sale (valabilitatea oricărui act sau angajament) nu e recunoscută decât individului *capabil* în înțelesul codului civil. Minorul neemancipat, individul pus sub consiliu judiciar și interzisul (1. interdicția legală — efectul unei condamnări la reclusiune sau munca silnică; 2. interdicția judiciară care are de cauză slăbirea totală sau parțială a facultăților intelectuale) sunt persoane incapabile.

I. Interdicția

1. Cazurile de interdicție judiciară

Interdicția se pronunță în contra individului dovedit atins de o slăbire sau absență a facultăților mintale: „*Majorele* care este în o stare obicinuită de imbecilitate, de sminteală sau de nebunie cu furie, trebuie a fi interzis, *chiar și când are intervale lucide*” (art. 433 c. c.). Am subliniat cuvântul „*majorele*”, pentru a arăta că nu era nevoie să se adauge și cuvântul „*minorul*”, pentrucă acesta, câtă vreme e neemancipat, e o persoană incapabilă (articolele 342—420 c. c.), iar emancipat (art. 421—433) încă nu se bucură de facultatea de a dispune, fără controlul unui curator (art. 425 c. c.); atunci când se găsește necesar, poate fi pus sub interdicție ca unul care e asimilat cu un major. Interdicția minorului e totuși formal prescrisă de lege, numai atunci când, în absența ascendenților, dreptul de a se opune la căsătoria nevârstnicului, pe motiv de smintire, e exercitat de fratele sau sora, unchiul sau mătușa, vărul sau vara primară — toți majori. În cazul acesta i se impune oponentului în prealabil „de a cere interdicțiunea și de a dobândi, în privirea ei hotărâre formală în termenul ce i se va da de tribunal”, altfel opozițiunea poate fi respinsă de tribunal fără nici o instrucțiune sau formalitate (art. 155 c. c.).

Alexandresco, însă, ar vrea o precizare în codul civil că minorul, în orice împrejurare, poate fi pus sub interdicție și aceasta pe considerațiunea că, la vârsta de 16 ani — deci neemancipat — are capacitatea de a dispune într'o anumită măsură, pe cale testamentară („Minorele de 16 ani poate dispune prin testament și

numai pentru jumătate din bunurile de cari după lege poate dispune majorele” — art. 807 c. c.).

Necesitatea interdicției în genere reiese din întreaga economie a codului civil, care consideră valide actele făcute de un desechilibrat, neinterzis, *într'un interval lucid*, deoarece se presupune că în această perioadă există complectă conștiință de dispozițiunile luate sau de angajamentele făcute. Și cu toate acestea sunt stări — cari fără a putea fi caracterizate „imbecilitate, sminteală sau nebunie cu furie”, cum cere art. 455 c. c. — răpesc totuși individului uzul rațiunii integrale. O atare stare ar fi *delirul febril* — produs temporar al unei boli generale.

Prin derogare dela principiul general al iresponsabilității interzisului în ce privește toate actele vieții civile (cari sunt declarate nule și neavenite), prin aplicarea art. 1162 c. c., cel pus sub interdicțiunea judiciară e totuși socotit „civilmente răspunzător de delictele sau quasidelictele comise într'un interval lucid” (Curtea de Apel din Iași). Expertiza medicală va stabili posibilitatea existenței intervalului lucid în momentul săvârșirii delictului ori quasidelictului.

Cererea de interdicție (care poate fi introdusă de orice rudă sau de soț — art. 456 c. c., sau de ministerul public — art. 457 c. c.), am văzut, e bazată pe „o stare obicinuită de imbecilitate, de sminteală sau de nebunie”. Diferențierea între imbecilitate, idioție și alienație mintală am făcut-o, vorbind despre responsabilitatea minorului (Vol. II, pag. 159). În noțiunea „imbecilitate” din art. 455 c. c. e cuprinsă, bine înțeles, și aceea de idioție, pentru că aceasta din urmă e o formă agravată a celei dintâi. „Sminteala”, astfel cum a conceput-o legiuitorul, e alienația mintală fără accese de furie, în deosebire de „nebunia cu furie” care este starea de demență cea mai periculoasă, individul atins de ea constituind o primejdie nu numai pentru alții, dar și pentru propria persoană.

Revenind la „sminteală”, trebuie să arătăm că nu concepem termenul decât ca o indicațiune, deoarece tot smintire, adică desechilibrul mental, sunt diversele forme ale psycho-nevrozelor cari iau individului puterea discernământului și, după cum foarte judicios o caracterizează Alexandresco „nu este în stare de a se cărmui singur și a-și administra averea din cauza desorganizării facultăților mintale” (*quia rebus suis superesse non potest*).

Deși, „*beția în ecnes* și obicinuită, care este mama tuturor vișților, nu constituie în sine și fără alte împrejurări cauze suficiente pentru a provoca interdicția” (Alexandresco), totuși „o slăbiciune obicinuită a minții (și alcoolismul cronic e o cauză verificată — N. A.) ar putea da loc la o interdicție, deși persoana atinsă de această infirmitate n'ar fi pierdut cu totul uzul rațiunii dacă asemenea slăbiciune ar împiedeca pe individ de a-și cărmui averea și persoana sa” (*Casafla franceză*). Codul civil german (art. 6) prevede și beția ca un motiv de interdicție.

Art. 455 precizând că numai „*starea obicinuită*” a infirmității intelectuale și mintale justifică interdicția, urmează că expertul, înainte de a conchide, își va întemeia demonstrația științifică nu pe acte sporadice, ci pe o înlănțuire de fapte de natură a caracteriza permanenta afecțiunii („Oarecari fapte izolate

și trecătoare n'ar fi suficiente pentru a motiva interdicția, chiar dacă ele ar denota o desorganizare a facultăților intelectuale". *Trib. Ilfov, C. A. București, 1894, 1902*). Vom observa că art. 455, punând condiția formei de „permanențizare” a dezechilibrului mintal, comite o eroare, iar interpretarea ce se dă expresiunii de „stare obicinuită” poate da loc la refuzul interdicției, cu toate că interesul individului, al familiei și al societății o reclamă neapărat. Dar întreaga economie a art. 455 e anihilată prin precizarea finală „*chiar și când are intervale lucide*”. Or, restricțiunea aceasta nu se poate aplica exclusiv „nebniei cu furie”, ci tuturor formelor „de desorganizare a facultăților intelectuale”. Și cu foarte multă dreptate constată și *Alexandresco*, că „interdicția e mai necesară când smintirea este intermitentă, decât atunci când este permanentă”. Pentru că, vom adăuga noi, atunci când este permanentă, interdicția se impune în mod automat: când e intermitentă, individul e expus de a cădea pradă acelor care îi pândesc starea de dezechilibru spre a abuza de absența liberului-arbitru, ademenindu-l la obligațiuni pe cari, fiind interzis, nu ar avea putința să le asume, legea nerecunoscându-le validitatea.

Să notăm, însfârșit, că, prin aplicarea art. 58 al legii asupra alienațiilor, rudele unui dezechilibrat pot cere, pe baza actului de internare, punerea sub interdicție a celui internat.

2. Expertiza medico-legală

Sesizat de o cerere de interdicție, Tribunalul e obligat prin lege să ordone o expertiză medicală („După ce va primi părerea consiliului de familie și *opiniunea medicilor competenți*, tribunalul...” — art. 442 c. c. — „Prezidentul va comunica petiția și toate actele procurorului, care va face cercetările ce va apretui, cerând și părerea consiliului de familie și *părerea medicilor competenți*” — art. 644 c. pr. c.).

Expertiza, conform art. 213 c. pr. c., se face de un singur medic sau de o comisiune de trei medici, putând fi recuzați (vezi „Mecanismul funcționării experților — Recuzarea”, vol. I, pag. 325—326). Și în materie de interdicție, ca de altfel în orice expertiză. „judecătorii chemați a se pronunța nu sunt legați de rezultatul cercetării medicale” (*C. A. Iași, 1895*). Aceasta în principiu, pentru că de regulă demonstrația și concluziunile medicului-expert formează însăși baza hotărârii judecătorești („Mijloacele de probațiune sunt: ... actul medico-legal”. — *Trib. Iași, 1887*).

Punctul de plecare al investigațiilor medicale îl formează faptele indicate în petiția de punere sub interdicție (art. 643 c. pr. c.).

„Cererea de interdicție trebuie să arate în scris faptele de imbecilitate, de smintire sau de nebunie cu furie: aceasta se cere pentru a se putea pune persoana a cărei interdicție se cere, în măsură de a se apăra cât și pe justiție în poziție de a aprecia seriozitatea cererii”. — *Caș. S. I. 28 Septembrie 1895*.

Cererea de interdicție poate avea un caracter preventiv sau unul corectiv, adică sau să se urmărească preîntâmpinarea unui act în stare de proect, sau anularea unui act săvârșit (căsătorie, dona-

țiune între vii, testament, un act de vindere-cumpărare, o tranșacție, un angajament de orice natură — material sau chiar numai moral — cum ar fi o promisiune în scris, o convențiune pentru o întreprindere comercială, industrială, etc.).

Sarcina expertului e de a demonstra, dacă persoana a cărei interdicție sau punere sub consiliu judiciar se reclamă, sau mortul al cărui act cată a fi declarat nul și neavenit, se găsea, în momentul contractării angajamentului, în starea de inferioritate condiționată de lege. Și această inferioritate se deduce atât din natura bolii (pentru că sunt afecțiuni cari nu răpesc complect individului exercițiul facultății discernământului) cât și din natura actului atacat (sunt stări mintale compatibile cu discernământul pentru anumite acte și incompatibile pentru altele).

Există deci, în ochii expertului, un raport direct de netăgăduit între starea mentală și actul determinat care motivează cererea de declarare a incapacității: 1) cu toată slăbirea manifestă a facultăților mintale, un individ rămâne capabil într'o indeletnicire în care cu anii, pe temeiul rutinei, a dobândit o pricepere care poate fi chiar remarcabilă; acelaș individ, captat, se lansează într'o întreprindere aleatorie, care nu se poate solda decât cu o ruină sigură; 2) un bătrân, cu mintea debilitată, e încă în stare să-și administreze averea, dar incapabil de a rezista artificiiilor întrebuintate de o femeie rafinată, în scopul de a-l prinde în mrejele unei dragosti senile; 3) un bătrân, un muribund mai posedă el luciditatea de spirit necesară spre a putea face acte de donații între vii, testa sau contracta o căsătorie *in extremis*? Și așa mai departe.

Așa dar, expertul trebuie, după împrejurare, să stabilească dacă persoana care s'a obligat, a uzat de dreptul de a dispune de persoana și averea sa, era, în momentul contractării, în plenitudinea facultăților sale mintale; dacă exista deacum o lacună înainte de săvârșirea actului sau dacă lacuna, constatată în urmă, se explică printr'un proces de dezechilibru anterior.

II. Consiliul judiciar

O formă a interdicției judiciare e punerea sub consiliu judiciar (art. 445, 458—460 c. c.) a unei persoane care, fără a fi „în o stare obicinuită de imbecilitate, de sminteală sau de nebunie cu furie“ (cum cere art. 455 c. c., pentru pronunțarea interdicției), dă totuș dovadă de debilitate mentală, care explică actele ei nesocotite:

1. „Tribunalul sau Curtea rânduește consiliul judiciar persoanelor *slabe de minte*, a căror slăbiciune nu este însă atât de gravă spre a putea da loc la interdicție. Slăbiciunea voinței și pornirea ce o persoană ar avea pentru unele acte extravagante, care ar dovedi o dezechilibrare a facultăților intelectuale, intră în împrejurările cari pot motiva consiliul judiciar“ (*Curtea de Apel din Bruxelles*).

2. „*Beția*, atunci când alterează intrucâtva facultățile intelectuale ale omului, e o cauză de consiliu judiciar“. (*Curtea de Apel din Rouen*).

3. „*Surdo-mutul*, ce nu știe să scrie, nu poate accepta o donațiune decât cu asistarea unui curatore special, numit de autoritatea judiciară, după regulile stabilite pentru minori“ (art. 816 c. c.). Iar *Alexandresco*, dând o mai largă interpretare acestei dispozițiuni, socotește că „surdo-mutul poate oricând fi pus sub consiliu judiciar, atunci când lipsa de instrucție ar face ca inteligența lui să rămână inertă și nedesvoltată“.

4. *Epilepsia* sau *bătrâneșile* înaintate ar putea da loc la consiliu judiciar, numai atunci când aceste infirmități ar slăbi facultățile intelectuale ale individului. (*D. Alexandresco*).

Intocmai ca pentru punerea sub interdicție, atunci când e să se institue consiliul judiciar, examenul medical e esențial:

„Conform art. 644 pr. civ., pentru a se intenta acțiune de punere sub consiliu judiciar pentru motiv de risipă, se cere, pe lângă constituirea unui consiliu de familie, care să-și dea avizul, și *avizul medicilor*.“

„Prin urmare, în speță neexistând decât avizul consiliului de familie, prin care se autoriză ca să se ceară punerea sub consiliu judiciar, *fără avizul respectiv al medicilor, această autorizare n'are valoare legală și ca atare nici acțiunea, care este lipsită de o bază legală* C. A. S. III București, 15 Februarie 1922).

III. Auto-interdicția

Pe cale de interpretare s'a creat și o *quasi-interdicție* sau mai bine zis o *auto-interdicție*:

„Persoana atinsă de smintire, imbecilitate sau nebunie furioasă, poate ea însăși cere anularea actului, cu toate că interdicția n'a fost pronunțată, nici măcar cerută. Trebuie să facă dovada că, în momentul când a contractat, n'avea uzul rațiunii“. (*Trib. Tecuci*, 1915).

Această dovadă se face tot prin expertiză medicală.

Deasemenea e necesară o expertiză medicală pentru ridicarea interdicției, numai după care toate actele civile făcute de fostul interzis capătă validitatea legală.

IV. Internarea

Interzis sau nu, individul, care dă semne manifeste de turburare mintală, poate fi internat, fie din inițiativă privată, fie din aceea a autorităților administrative sau judecătorești.

Internarea poate avea de obiect: 1) îngrijirea unei persoane atinse de o boală mintală sau de o gravă boală nervoasă de natură a altera discernământul; 2) punerea unei persoane în imposibilitate de a deveni dăunătoare intereselor proprii sau ale altora, ori un pericol pentru sănătatea și viața proprie sau ale altora; 3) observația unui delincvent, la începutul sau în cursul instrucției, atunci când există indicii că prevenitul nu se bucură de integritatea

facultăților sale mintale: 4) punerea sub observație, în cursul judecății, când se manifestă simptome de alterare a discernământului acuzatului; 5) punerea sub observație, după pronunțarea sentinței, în aceleași condițiuni; 6) punerea sub observație a persoanei a cărei interdicție judiciară se cere.

Interpretarea semnelor de alterare a discernământului fiind foarte elastică pentru un profan, o legiuire specială („Legea asupra alienațiilor“ din 1894 și „Regulamentul legii asupra alienațiilor“ din 1896) fixează normele după cari o persoană poate fi pusă sub observație, pentru confirmarea sau infirmarea semnelor de alienație mintală. Confirmarea are de efect menținerea persoanei în ospiciu sau într-o casă de sănătate particulară; infirmarea atrage imediată punere în libertate. Vom avea deci: o internare provizorie (durata observației) și o internare definitivă (de o durată variabilă). — Atunci când nu e vorba de nebunie cu accese de furie, observația se poate face și la domiciliul persoanei suspecte, cu prealabila incuviințare a parchetului.

Dar, indiferent de locul izolării, legea crează garanții contra unor eventuale abuzuri (având ca mobil interesul material ori moral, răzbunarea, un act de autoritate nejustificat), când privațiunea de libertate ia caracterul unei sechestrări ilegale (art. 272 — 274 c. p.). Aceste garanții sunt cuprinse în următoarele dispozițiuni ale legii asupra alienațiilor și ale regulamentului respectiv:

1. Izolarea la domiciliu

„Nici un individ nu poate fi izolat și căutat în domiciliul său propriu sau în acela al vreunora din rudele sale, *dacă starea sa de alienație mintală nu a fost prealabil constatată prin doi doctori în medicină*. Certificatul acestora, împreună cu o declarație scrisă, se va adresa, de persoana în domiciliul căreia se află bolnavul, către procurorul tribunalului din județul respectiv“. În caz când s'ar dovedi că bolnavul nu este deajuns îngrijit, sau este maltratat sau păsăsit, procurorul are dreptul să ordone transferarea alienatului într'un ospiciu de alienație sau într-o casă de sănătate, și deciziunea aceasta se va lua în fața tutorelui sau a persoanei chemate a îngrijit de alienat (art. 5 al legii și art. 9 al regulamentului).

Dacă parchetul local primește un denunț arătând că într-o familie există un alienat izolat, procurorul merge la fața locului și cercetează dacă starea mintală a acelei persoane a fost în prealabil constatată de doi medici și dacă legiuitul certificat medical a fost comunicat oficial sau confidențial ministerului public.

Dacă magistratul constată că bolnavul nu are îngrijire medicală, că este maltratat sau păsăsit, ordonă transferarea alienatului într'un azil sau într-o casă de sănătate (art. 66 al regul.).

2. Internarea cerută de familie

„Nici o persoană atinsă de alienație mintală nu va putea fi primită în vreun ospiciu public sau în vreo casă de sănătate, decât în puterea următoarelor acte:

„a) O cerere în care să se arate profesiunea, etatea și domiciliul, atât al persoanei care subscrie cererea, cât și al aceleia care cată să fie așezată, precum și gradul de rudenie între aceste două persoane. — Această cerere va fi mai înainte vizată de primarul comunei sau de poliția urbei unde ea domiciliază. Dacă petiționarul este tutore al persoanei alienate, el cată să prezinte o copie a actului de interdicțiune și a deciziunii consiliului de familie.

„b) Un certificat medical vizat de procurorul tribunalului unde domiciliază alienatul sau al aceleia unde se află ospiciul, și subscris de doi medici.

„În acest act se va descrie, pe cât se poate, simptomele mintale și corporale ale boalei, cauzele ei, timpul de când durează, mersul ce l'a avut și motivele din cari rezultă necesitatea ca persoana să fie izolată într'un ospiciu de alienați. Acest certificat nu poate avea o dată mai veche ca 30 zile.

„Medicii semnatori ai certificatului medical cată să nu fie nici rude cu persoana izolată, nici cu aceea care cere izolarea ei, nici medici ai ospiciului unde se va așeza bolnavul.

„În caz de urgență, un simplu certificat este de ajuns însă el se va completa, în primele 3 zile după așezare, prin un alt act în regulă. De această excepțiune nu va putea uza decât autoritatea publică.

„c) Orice act prin care se constată identitatea persoanei așezate. Dacă în momentul așezării petiționarul nu posedă aceste acte, el cată să le completeze în prima săptămână, după ce persoana a fost așezată“ (art. 8 al legii și art. 12 al regulamentului).

„Medicul este obligat a trimite, în primele 3 zile după așezarea persoanei, copie a petiției și a actului medical, procurorului tribunalului județului unde se află ospiciul și procurorului și prefectului județului unde domiciliază persoana așezată (art. 9 al legii și art. 13 al regul.).

„În fiecare ospiciu sau casă de sănătate există un registru special cu semnătura directorului general al serviciului sanitar și a procurorului tribunalului respectiv. În acest registru medicul va înscrie:

„a) Toate actele arătate în art. 8.

„b) Observațiunile ce el și ajutorii săi au făcut asupra persoanei așezate. Aceste observațiuni se fac în fiecare săptămână în cursul primei luni și la o lună odată în tot cursul șederii ulterioare a alienatului în ospiciu.

„c) Data ieșirii persoanei din ospiciu sau data morții și cauzele ei.

„Acest registru se poate examina numai de persoanele cari au dreptul a supraveghia ospiciul“. (art. 10 al legii și art. 14 al regul.).

3. Internarea provizorie ordonată de autorități

„În orașele capitale de județ, șeful de poliție poate ordona așezarea provizorie, într'un local destinat pentru aceasta, a oricărei persoane interzise sau nu, care, prin starea sa de alienație mintală constatată prin un proces-verbal, compromite ordinea publică sau este periculoasă ei însăși“ (art. 14 al legii). „În asemenea cazuri el va raporta procurorului tribunalului județului“ (art. 15 al regulamentului).

„În orașele mici și în comunele rurale primarii pot lua măsurile convenite în contra unui alienat periculos, cu condițiunea ca, în 24 ore, să se facă cunoscut prefectului de județ, care va ordona imediat să fie transferat la reședința județului“. (art. 16 al legii). — „În asemenea cazuri el va raporta procurorului tribunalului județului“ (art. 20 al regul.).

„Șeful de poliție, care a ordonat internarea provizorie a cuiva, sau prefectul de județ care a ordonat transferarea unui alienat într'unul din localurile

separate. *va înainta imediat procurorului procesele-verbale, certificatele și actele medicale asupra stării mintale a persoanei izolate*" (art. 17 al legii și art. 21 al regul.).

„Prefectul, care a ordonat așezarea unui alienat într'un ospiciu, va notifica imediat această familie sau tutorelui său, dacă alienatul este din altă localitate, primarului comunei, ca acesta, la rândul său, să înștiințeze familia" (art. 19 al legii și art. 23 al regul.).

4. Locul de izolare și examenul medical

„În fiecare capitală de județ există o secțiune separată, fie într'o casă de sănătate fie într'un spital general, destinată a primi provizoriu asemenea alienați" (art. 15 al legii și art. 19 al regul.).

„O comisiune medicală de cel puțin doi medici se va ordona de procuror spre a examina persoana izolată provizoriu și a raporta conform art. 9. — *Raportul, vizat de procuror, se va înainta prefectului, care va adia la așezarea bolnavului într'un ospiciu de alienați. El va înainta direcțiunii sau administrațiunii ospiciului procesele-verbale certificatele și actele medicale și autorizațiunea procurorului de așezarea bolnavului*" (art. 18 al. legii și art. 22 al. regul.),

5. Internarea preveniților și a condamnaților

„Preveniții și condamnații la închisoare de orice natură, cari după o expertiză medicală s'ar constata că sunt atinși de alienație mintală sau de epilepsie, vor fi așezați pe baza ordinului procurorului, într'un ospiciu de alienați, până la vindecarea lor sau până la expirarea pedepsei".

„O secțiune specială și separată de celelalte secțiuni se va crea în două din cele mai mari ospicii din țară, destinată la izolarea alienaților criminali" (art. 29 al legii și art. 33 al regulamentului)

Expertiza medico-legală în ce privește pe inculpații presupuși alienați se poate face în depoul provizoriu, dependinte de prefecturile de poliție unde există asemenea secțiuni, iar unde nu există un atare loc de plasare provizorie „într'un local separat de spitalul public, fie chiar în ospiciul de alienați, după ce se vor lua toate măsurile severe de supraveghere pentru izolarea lor" (art. 30 al legii și art. 34 al regul.).

„Când se cere ieșirea din azil a alienatului criminal, așezat conform art. 29, medicul cată să declare dacă el este vindecat și dacă recidiva este posibilă. După avizul medicului, procurorul poate ordona ieșirea bolnavului. Ieșirea este condiționată și revocabilă. După primele semne de recidivă, remțernarea alienatului în ospiciu se va face imediat" (art. 31 al legii și art. 35 regul.).

6. Congediul

„Medicul primar al ospiciului poate acorda, când va crede de cuviință, sub titlu de încercare, alienatului un congediu de 15 zile. Dacă congediul întrece acest timp, el va fi dator a înștiința administrațiunea superioară de unde depinde ospiciul și pe șeful de poliție sau prefectul de județ" (art. 40 al legii).

7. Liberarea

„Nici o persoană așezată în ospiciu după formalitățile prescrite nu poate fi reținută, dacă medicul ospiciului declară că este vindecată.

„Medicul va înștiința despre aceasta pe familia individului sau pe tutorele lui, pe primarul comunei, pe procurorul tribunalului județului de unde

a venit bolnavul și pe procurorul tribunalului unde se află ospiciul" (art. 11 al legii și art. 15 al regul.).

„Familia, tutorele sau euratorul pot cere liberarea internatului, chiar dacă nu este vindecăt, cu condițiunea ca medicul să consimtă la aceasta.

„Dacă, însă, medicul declară că punerea în libertate a acelei persoane este periculoasă ei însăși și familiei sale sau pătămătoare securității și ordinii publice, sau recunoaște că petiționarul nu poate procura alimente și un tratament cuviincios, va amâna permisiunea de ieșire până va aviza pe procurorul localității, sau pe șeful poliției al urbei sau pe prefectul județului unde domiciliază alienatul. Dacă procurorul sau prefectul nu vor răspunde, în termen de 15 zile, că acea persoană trebuie să fie deținută în ospiciu, buletinul de ieșire se va semna imediat" (art. 12 al legii și art. 16 al regul.).

„In primele două zile după ieșirea bolnavului din ospiciu, medicul înștiințează despre aceasta pe autoritățile cărora li se notificase așezarea lui, conform art. 9, arătând și motivele pentru cari persoana a fost concediată" (art. 15 al legii și art. 17 al regul.).

Aceste dispozițiuni se aplică și persoanelor a căror internare provizorie a fost ordonată de autoritățile publice.

„Medicul director al unui stabiliment de alienați, public sau privat, va fi admonestat sau suspendat provizoriu din funcțiunea sa, dacă va reține în stabiliment o persoană vindecată, sau dacă va refuza de a libera o persoană așezată, când prefectul sau procurorul o ordonă, sau când vreuna din persoanele arătate in art. 14 o va cere" (art. 42 al legii).

8 Evadarea

Alienatul care a evadat dintr'un ospiciu public poate fi readus fără altă formalitate în primele 20 zile după evaziune. Dacă a trecut mai mult, formalitățile prescrise de art. 8—20 ale legii trebuiesc îndeplinite din nou.

9. Inspecțiunile judiciare și administrative

Procurorul general și procurorul tribunalului, însoțiți sau nu de un medic competent, cel dintâiu la 3 luni, cel de al doilea la o lună, cercetează dacă în spitale, ospicii, case de sănătate, se află persoane pe nedrept internate și dacă bolnavii însănoșiți mai sunt reținuți.

Mănăstirile de monachi și de monache, în cari se internează alienați, pot fi deasemenea inspectate o dată pe an de procurorul general al Curții de Apel al circumscripției respective de prefectul județului și, în cazuri urgente, de procurorul tribunalului respectiv.

Prefectul județului și primarul orașului inspectează de două ori pe an azilele din circumscripția lor, iar directorul general al serviciului sanitar și inspectorii sanitari fac această inspecțiune de câte ori ministerul Sănătății o ordonă.

10. Maltratarea și atentatul la pudoarea alienaților

„Orice persoană impieată într'un stabiliment public sau privat și orice supraveghetor sau infirmier sau atașat pe lângă un alienat, care a devenit culpabil cu știință de loviri și răniri comise asupra unui alienat, va fi pedepsit conform art. 238 și următorii din codul penal" (art. 44 al legii).

„Orice persoană culpabilă de un atentat la pudoare, comis cu sau fără violență asupra unui alienat de sex bărbătesc sau femeesc, se va pedepsi cu recludziune" (art. 45 al legii).

V. Ridicarea interdicției și a consiliului judiciar

La cererea celui interesat sau a familiei ori din inițiativa ministerului public interdicția sau simplul consiliu judiciar putând fi ridicate, tribunalul va apela la luminile medicului expert, spre a ști dacă defectul mintal care a motivat măsura de preservare a dispărut și dacă nu există perspectivă de recidivă.

Misiune extrem de dificilă, pentru că sunt turburări mintale cu caracter periodic în cari intervalele de luciditate pot fi de o intensitate și de o durată cari să simuleze aparența vindecării complete, după cum expertul se poate găsi în fața unui bolnav care, în timpul examenului, să disimuleze reminiscentele afecțiunii. De aci necesitatea unei observațiuni îndelungate, cu o prealabilă edificare (studiul dosarului) asupra cauzelor și împrejurărilor cari au motivat interdicțiunea ori punerea sub consiliu judiciar.

VI. Actele nule de drept

1. Donațiunile între vii

a) Incapabilul și interzisul *nu pot dispune* de averea lor, prin acte de donațiune între vii.

b) Deasemenea, ei nu pot confirma nici formal nici tacit *art. 1167 și 1190 c. c.) o donațiune făcută anterior punerii sub interdicție* („De câte ori e vorba de un viciu de consimțământ, confirmarea nu poate avea loc decât după încetarea lui” — *Cas. 1891*). „Executarea, pentru a constitui o confirmare tacită, trebuie să fie voluntară: consimțământul aceluia care confirmă trebuie să fie lipsit de orice viciu”. Dacă însă confirmarea vine după ridicarea interdicției, donațiunea e perfect validă. (*Cas. franceză*).

c) *Cu interzisul poate fi asemuită o persoană care, cu puțin înainte sau imediat după facerea actului de donațiune, a încercat să se sinucidă sau s'a sinucis*. Ca să existe însă prezumția legală a absenței uzului rațiunii în momentul dispozițiunii luate, e neapărat necesar ca o expertiză medicală să demonstreze că sinucigașul nu s'a bucurat de integritatea minții sale. În caz când dispunătorul a murit, concluzia se trage din anchetă (informațiuni culese, studiul scrisorilor, memoriilor, însemnărilor. etc.). Pentru că dispozițiunile luate de un sinucigaș sunt prezumate ca efect al unor manopere doloase (terorizare sau captațiune), în înțelesul *art. 960 c. civ.* („Captațiunea anulează donațiunea”. — *C. A. S. III, București, 1884*). — „Manoperele doloase cari constituie o captațiune pot fi dovedite” — *C. A. Galați, 1900*).

d) Prin aplicarea *art. 1900*, legea permite asemuirea cu un quasi-interzis a *oricărui dispunător care, înainte sau în momentul*

dispoziției, a dat semne de dezechilibru mintal. — Proba de notorietate a demenței nefiind admisă în legislațiunea noastră, moștenitorii unei atari persoane pot, în termen de 10 ani dela moartea donatorului, să ceară o expertiză medicală care, pe baza anamnezei, să facă dovada incapacității de a dispune a decedatului.

e) Prin aplicarea art. 812 c. c., interzisul e declarat *incapabil de a primi direct donațiuni*, ci numai prin mijlocirea tutorelui său (art. 815 c. c.) Nule, ca deghizat făcute direct interzisului, se consideră dispozițiunile făcute în favoarea tatălui, mamei, descendenților și soțului interzisului.

f) *Surdo-mutul, care nu știe să scrie*, e asinulat cu interzisul și nu poate face act de acceptare a unei donațiuni, decât numai cu asistența curatelei *ad-hoc* numite.

g) *Copilul numai conceput în momentul donațiunii e capabil de a primi* (art. 808 c. c.).

2. Testamentul

a) *Incapabilul și interzisul nu pot dispune de averea lor prin testament*, care (art. 802 c. c.) e un act revocabil. Oricare ar fi forma dispoziției testamentare — olografă, autentică sau mistică — „testamentul e nul, dacă nu e expresia liberei voințe“ (Cas. S. I. 1873).

b) *Omul beat nu poate dispune de averea sa prin donațiune sau testament*. Medicul va constata starea de ebrietate care, trecător, răpește testatorului uzul rațiunii.

c) *Individul cu desăvârșire surd sau atins de o surditate destul de mare pentru a nu putea auzi cetirea ce i se face, nu este capabil de a face un testament autentic*. Nu se poate însă contesta validitatea, dacă înaintea instanței de fond partea n'a pretins că surditatea era completă (Cas., 1886).

d) *Nici mutul nu poate testa în forma autentică*: „Testamentul e nul pentru lipsă de consimțământ, când testatorul era în imposibilitate de a vorbi în momentul autentificării și când se constată că, în urma unor profunde turburări intelectuale, nu putea să exprime prin semne nedubioase afirmațiunea că testamentul este al său, cu libera sa voință“. (Trib. Buzău, 1898). — Mutul nu poate testa decât numai în forma olografă sau mistică, dacă știe să scrie și să citească (art. 1171 c. c.).

e) În campanie sau manevre, *testatorul militar*, dacă e bolnav sau rănit, va face testamentul în fața medicului unității.

f) *Copilul născut viu, indiferent cât a trăit* — ajunge numai să se facă dovada medico-legală că a avut o existență extra-uterină — e, printr'o ficțiune a dreptului civil, investit cu puterea de a testa, atribuindu-se moștenitorilor lui legali averea ce-i fusese donată sau testată încă din momentul concepțiunii.

Atât pentru testamentul olograf cât și pentru cel autentic, judecătorul delegat a se duce la locuința testatorului *trebuie să constate, în procesul verbal, cazul de boală a dispunătorului*. Dar natura boalei trebuie determinată de un medic, pentrucă „*judecătorul nu are competența de a constata starea mintală în care se află acea persoană*” (C. .1. Iași, 9 Iunie 1920).

Constatarea aceasta, după împrejurări, expertul poate să fie chemat s'o facă înainte sau după moartea testatorului, spre a se stabili:

1. *Dacă, în momentul exprimării ultimei voințe, bolnavul are sau a avut conștiința deplină a actului însuș și a importanței lui.* — Imbecilitatea, demența senilă, paralizia progresivă crează stări mintale lesne susceptibile de o influență streină. Bolile grave anihilează și ele, în mai mare sau mai mică măsură, libera expresiune a voinței conștiente. În unele boli acute (acele cu caracter febril în cari se instalează temporar delirul, apoplexia, embolia, tumorile cerebrale) cași în unele boli cronice (tuberculoza, afecțiunile cardiace, nefritele, cachexiile, *delirium tremens* al alcoolicilor) se notează iluziuni sensoriale, halucinațiuni. — Chemat să se pronunțe asupra stării mintale în care s'a aflat *sinucigașul* în momentul când a dispus pe cale testamentară, expertul va utiliza toate informațiunile anamnezice — nu numai cele somatice, psihice și mintale, ci și cele privitoare la îndeletnicirea individului, precum și la împrejurările în cari și-a pus capăt vieții (raportul între situația momentului și actul ireparabil). Deasemenea va examina scrisorile, însemnările.

Atât în caz de moarte naturală ori violentă, cât și în caz de sinucidere, autopsia poate contribui cu mult la rezolvarea problemei discernământului: identificarea leziunilor cerebrale, congenitale sau dobândite, în deosebi cele ale nucleului lenticular; identificarea sclerozelor difuze sau localizate; identificarea afecțiunilor embolice sau sifilitice, a degenerării substanței medulare; identificarea leziunilor consecutive traumatismelor capului.

De notat că nu din orice modificare a creerului și a învelișurilor acestuia se poate conchide la o alterare a facultăților mintale: de multe ori, la necropsie, se găsesc modificări mai mult sau mai puțin profunde ale scoarței cerebrale, infiltrațiuni seroase ale învelișurilor creerului, fără ca, în tot cursul vieții sale, individul să fi dat cel mai neînsemnat semn de dezechilibru mintal ori numai psihic. Un om cu înfățișarea perfect sănătoasă, căruia viața îi surâdea și care pâruse a se fi împărțisit din plin din bucuriile existenței, într'o bună zi se sinucide. Nu exista motiv tangibil: câteva rânduri scrise dau cheia enigmei; o mare depresiune morală l'a făcut să se îndoiască de rostul vieții a cărei nimicnicie i-a apărut subit; — la un astfel de om se găsesc la autopsie, stigmatate cari însă, până la adânci bătrânețe, n'au exercitat nici o influență asupra funcțiunii cerebrale.

2. *Dacă nu e sau n'a fost caz de captațiune.*

3. *Dacă beneficiarul sau beneficiarii liberalității au un titlu plauzibil la sentimentele afective ale dispunătorului.*

4. *Dacă testatorul nu e sau n'a fost jucăria unui conflict de interese între tabere adverse cari îi hărțuesc sau i-au hărțuit voința, spre a obține înclinarea cumpenei într'un sens sau altul.*

5. *Ajunge absurditatea, extravaganța unei dispoziții testamentare, spre a se avea o indicație de sdruncinul echilibrului cerebral (desmoștenirea totală sau parțială a celor îndrituiți, fără a se putea invoca împotriva lor nedemnitățile prevăzută de art. 665 c. civ.; dispozițiunile cu clauze imorale sau irealizabile).*

6. *În afară de conținut, forma dispoziției testamentare (scrișul, ortografia, stilul) e și ea pentru expert un indiciu prețios pentru diagnosticarea unei stări morbide sau a imposibilității materiale ca scrișul să fie al testatorului. În adevăr, există o patologie a scrișului pe care expertul o deduce din starea generală a testatorului la data facerii actului.*

a) „Un măjor poate dispune valabil prin testament, *dacă nu se constată că în momentul testării nu se afla cu mințile sănătoase*”. (Cas., S. I, 1872).

b) „Cererea de anulare a unui testament, pe motiv de captațiune sau sugestiune, trebuie justificată prin fapte constatate”. (Trib. Ilfov, 1881; C. A. București, 1885; Cas. S. I., 1887). — „Sugestiunea și manoperele exercitate trebuiesc precizate”. (Trib. Ilfov, 1890). — „Sugestiunea dovedită anulează testamentul” (Trib. Tecuci, 1917).

c) „Se poate cere anularea, *când se dovedește starea de demență a testatorului*” (C. A. Focșani, 1882). — „Instanța judecătorească este în drept a refuza proba testimonială pentru *slăbiciunea de minte* a unui testator și *captațiune*, dacă acel care propune această probă n'a articularat *fapte sau acte din cari să rezulte slăbiciunea de minte a testatorului*”. (Cas., S. I, 1898).

d) „Prin înscrierea în fals se poate ataca testamentul, în ce privește *conștiința testatorului*” (Cas., S. I, 1886). — „Testamentul poate fi atacat, dacă se face dovada, că *însuș actul învederează smintirea minții testatorului*” (Cas., 1889). — „Se poate dovedi că acel care a făcut testamentul *nu avea uzul rațiunii, din cauza slăbiciunii provocate de boală*” (C. A. Galați, 1894).

De observat, că *arterio-scleroza nu implică o slăbire a facultăților mintale, așa că testamentul unui astfel de bolnav e valid.*

3. Succesiunea

„Pentru a succede trebuie neapărat ca persoana ce succede să existe în momentul deschiderii succesiunii” (art. 654 c. c.). — E nedemn de a succede „acela care a făcut în contra defunctului o acuzațiune capitală, declarată de judecată calomnioasă” (art. 655, al. III c. c.). — *Dispozițiunile testamentare făcute în favoarea unui incapabil sunt nule* (art. 812 c. c.).

Acestea fiind principiile ce cârmuesc dreptul de a moșteni,

urmează că expertiza medico-legală e necesară pentru demonstrarea existenței legatarului, a răspunderii pentru actul socotit calomnios și a incapacității sale sub raportul facultăților intelectuale.

I. Existența moștenitorului

1. „Copilul conceput este considerat că există” (*art. 654 al. II, c. c.*): La capitolele: „Concepțiunea”, — „Nașterea”, „Tăgăda paternității”, „Tăgăda maternității”. (Vol. II, pag. 7—24, 44—85), am arătat cum se face dovada medico-legală a zămislirii.

2. Data concepțiunii moștenitorului. — „Este capabil de a primi prin testament oricine este conceput la epoca morții testatorului” (*art. 808, al. II, c. c.*). — Nu ajunge faptul concepțiunii, ci trebuie precizată și data acesteia, pentrucă legea exclude dela succesiune copilul conceput de văduvă după ce testatorul a închis ochii. Dovada o administrează expertiza medico-legală (*Vezi aceleași capitole*).

3. Copilul născut mort este considerat că nu există” (*art. 654, al. III, c. c.*). — E neapărată nevoie de demonstrația medico-legală că, în momentul deschiderii succesiunii, legatarul s'a născut viu indiferent dacă e viabil ori nu (*Vezi aceleași capitole*).

4. Copilul legitim. — Reprezentanții copilului legitim născut viu pot ataca o eventuală nesocotire a celor hotărâte prin *art. 841* cu privire la cota liberalităților făcute de părintele decedat al copilului, fie prin acte între vii fie prin testament. — Legitimitatea copilului trebuie demonstrată prin calculul duratei sarcinii.

5. Legatarul mort înaintea testatorului. — Cu singura excepție în favoarea copilului numai conceput (cu dispozițiunea complimentară că se va naște viu), orice alt legatar trebuie să supraviețuiască dispunătorului: „Orice dispozițiune testamentară devine caducă, când acela în favoarea căruia a fost făcută, a murit înaintea testatorului” (*art. 924 c. c.*).

Chestiunea aceasta de supraviețuire e din cele mai delicate, atunci când moartea testatorului și a legatarului e contemporană (boală, otrăvire, sinucidere, moarte subită, moarte violentă, moarte accidentală). Numai o expertiză medicală, pe cât de laborioasă pe atât de conștiințioasă, poate rezolva grava problemă de drept ce se pune justiției, aceasta urmând să atribue averea rămasă depe urma celui care a murit întâiu moștenitorilor calificați ai celui care a murit în urmă.

Chestiunea supraviețuirii se pune și atunci când nu există testament, averea decedatului urmând să fie atribuită eredilor cu atare calitate recunoscuți de lege.

II. Legatarul e un interzis

Interzisul nu poate beneficia de legat decât în urma acceptațiunii tuto- rului sau curatorului (*art. 667, 750, 747, c. c.*).

III. Refuzul moștenirii oneroase pe motiv de inconștiență

„Majoarele nu poate să-și atace acceptațiunea expresă sau tacită a unei succesiuni, decât în cazul când această acceptațiune a fost urmarea unei violenți ce s'a întrebuițat în privința” (*art. 694 c. c.*). Dovada absenței liberului arbitru, în momentul primirii, e de resortul expertizei medico-legale.

IV. Nedemnitatea moștenitorului.

Expertiza medico-legală va demonstra dacă, în momentul săvârșirii ac- tului de nedemnităte, eredele era sau nu conștient de fapta sa.

4. Puterea părintească; tutela

a) *In caz de divorț, soțul declarat în prealabil incapabil și ca atare pus sub interdicție sau sub consiliu judiciar, e lipsit de puterea părintească asupra copiilor ieșiți din căsătoria desfăcută, chiar dacă despărțenia s'a pronunțat în favoarea lui.*

b) *Interzicții, smintiții neinterziși și cei puși sub consiliu judiciar pentru debilitate mintală sunt excluși dela exercițiul dreptului de tutelă (art. 385 c. c.).*

5. Adopțiunea

a) *Un soț nu poate adopta fără consimțământul neviciat al celuilalt (art. 310 c. c.)*

b) *Nulă e adopțiunea, dacă se dovedește un viciu de consimțământ din partea adoptatului sau a ascendenților ori tutorelui acestuia (art. 312 c. c. — Cas. S. I, 1884).*

c) *Interzisul având facultatea de a se căsători în intervale lucide, are în aceleaș intervale și facultatea de a adopta.*

6. Recunoașterea copilului natural

Individul pus sub consiliu judiciar poate recunoaște un copil natural, *atunci când expertiza medicală stabilește că e capabil să-și dea seama de însemnătatea actului.*

7. Actele soției interzisului

a) *Prin aplicarea art. 204 și 205 c. c., dacă soțul se află sub interdicție, tribunalul poate autoriza soția să stea în judecată sau să contracteze (Cas. 1878, 1893).*

b) *Femeea interzisului nu poate înstreina averea (C. A. București, 1888) sau a face act de cumpărare, fără autorizația expresă a justiției (C. A. Iași, 1882).*

c) *Soția incapabilului, după ce a fost autorizată de justiție să facă un act de ipotecă, trebuie să ceară o nouă autorizațiune spre a putea figura în instanță, la săvârșirea vânzării silite. (Cas., 1888).*

8. Acte de vindere-cumpărare

Capacitatea de a contracta fiind esențială într-un act de vindere-cumpărare (art. 1506 c. c.), un atare act e nul, *atunci când una din părțile contractante sau ambele sunt declarate incapabile (Cas., S. I, 1895).*

9. Asigurarea asupra vieții

Cu toată clauza convențională specială (art. 474 al. II, Codul de Comerț), Societatea de asigurare poate contesta validitatea obligațiunii de a plăti succesiunii suma asigurată, *atunci când asiguratul*

care s'a sinucis (art. 474 al. 1 Codul de Comerț) e dovedit de a nu fi fost în plenitudinea facultăților sale mintale în momentul când a contractat — boală pe care a disimulat-o la examenul medical premergător asigurării. Disimularea dezechilibrului cerebral e asimilată cu o declarațiune falsă (art. 454 Codul de comerț):

„Orice declarațiune falsă sau greșită, orice ascundere de împrejurări sau fapte cunoscute asiguratului dau loc la nulitatea asigurării, când declarațiunea sau ascunderea ar fi fost de așa natură că asiguratorul, dacă ar fi cunoscut adeverata stare a lucrurilor, nu ar fi încheiat contractul sau nu l-ar fi făcut în aceleași condițiuni”.

Rolul expertului e ca, din examinarea scrisorilor, însemnărilor, din rezultatul autopsiei, să deducă starea mintală a sinucigașului în momentul contractării asigurării.

10. Stingerea mandatului

În aplicarea art. 1552 c. c., „interdicția mandantului stinge mandatul”, — *Cas., S. II, 9 Decembrie 1924.*

11. Acte de comerț

a) Interzisul și cel pus sub consiliu judiciar nu pot fi comercianți și nici a continua un comerț (art. 14 c. com.).

b) Prin aplicarea art. 1520 c. c., „ceilalți asociați pot cere dizolvarea asociației. În urma interdicțiunii unuia dintre asociați” (*Cas., S. I. 1875*).

c) Dacă falimentul sau insolvabilitatea bărbatului atrage de drept obligația sa de a restitui dota, starea de smintire și chiar interdicția lui nu sunt în genere prin ele însăși o cauză suficientă de separațiune de bunuri (art. 1256 c. c.).

12. Acțiunea în resciziune

Interzisul, care s'ar afla într'un interval lucid, e responsabil de însușirea averii altuia (art. 1164 c. c.).

13. Ipoteca legală

Printre drepturile și creanțele cărora codul civil le acordă puterea unei ipoteci legale sunt, între altele, acele „ale minorilor și interzișilor asupra bunurilor tutorelui” (art. 1255 c. c.).

14. Jurământul

a) Interzisul nu poate deferi jurământul și nici nu-i poate fi deferit lui (art. 257 c. pr. c.).

Jurământul nu poate fi deferit interzișilor, pentru că ei n'au capacitatea de a conveni la o transacție.

„Jurământul ar putea însă fi deferit persoanei a cărei interdicție ar fi fost cerută dar nepronunțată încă, pentrucă, până la pronunțare, persoana în chestie se bucură de toate drepturile unui individ capabil. Dar odată interdicția rostită, actele anterioare și deci și jurământul prestat vor putea fi anulate, ca emanând dela o persoană lipsită de liberul-arbitru (*Curtea de Apel din Rouen*).

b) Un jurământ luat unui *incapabil* poate fi dărâmat, pe cale de apel sau de revizuire, dacă e vorba de o sentință definitivă (*art. 290 c. pr. c.*).

c) Hotărîrea dată pe baza *jurământului smuls prin dol sau violentarea persoanei care l-a prestat*, poate fi dărâmată.

d) Dacă, în intervalul dela deferirea jurământului și prestarea acestuia, *persoana care urmează să jure a pierdut uzul rațiunii, însăș deferirea devine caducă*.

I. **Jurământul decizoriu.** — Judecătorul va respinge jurământul deferit unui *incapabil* sau unui *interzis* (*art. 1210 c. c.; Cas., 1872, 1882*). — „Deferirea jurământului decizoriu e neavenită, dacă persoana a pierdut uzul rațiunii, în urma acestei deferiri”. (*Curtea de Apel din Toulouse*).

II. **Jurământul supletoriu.** — Judecătorul poate deferi unui *incapabil* jurământul supletoriu, dacă are convingerea că depoziția așteptată e de natură a lumina cauza (*art. 1220 c. c.*).

III. **Jurământul de credulitate** (*art. 1906 c. c.*). — *Interziții și slabii de minte nu pot deferi jurământul*.

15. Suspendarea judecării

Judecata se suspendă „prin interdicția sau punerea sub consiliu judiciar a unei părți” (*art. 254, al. III, c. pr. c.*).

16. Prescrierea acțiunii în anulare

Acțiunea în anulare a unei obligațiuni asumate se prescrie după trecere de 10 ani, dar cu următoarele excepțiuni: „Această prescripțiune nu începe a curge, în caz de violență, decât din ziua în care violența a încetat; în caz de eroare sau de dol, din ziua când eroarea sau dolul s'a descoperit; ...iar în respectul *interdicțiilor* din ziua când s'a ridicat interdicțiunea” (*art. 1900 c. c.*).

17. Perimarea

„Orice acțiune, opoziție, contestație, apel, recurs în casație sau cerere de revizuire e perimată în termen de doi ani dela cel din urmă act de procedură, chiar atunci când una din părțile litigioase e un *interzis* sau o persoană pusă sub consiliu judiciar” (*art. 257 c. pr. c.*).

CĂSĂTORIA

„Le mariage doit être considéré sous trois rapports: sous celui des besoins physiques et personnels, sous celui des enfants qui naîtront, et enfin sous le rapport des droits et devoirs que l'état social a attachés à cette institution”. — FODÈRE

Admirabilă caracterizare a rostului căsătoriei, — caracterizare în care se oglindesc nu numai preocupările de ordin biologic, fiziologic și moral întru asigurarea trăinicieii și armonicei însoțirii, dar și grija de calitatea progeniturii — scopul, marele scop al căsătoriei fiind doar perpetuarea speciei. Din nenorocire, codul nostru civil — care abundă în esceleante dispozițiuni cu privire la formalitățile preliminariei consfințirii contractului matrimonial — ignorează aproape cu desăvârșire condițiunile din formula pe cât de concisă pe atât de cuprinzătoare a marelui înaintaș francez.

În adevăr, în cele douăzeci și șase de articole (70—95) relative la căsătorie, din noua „Lege privitoare la actele stării civile” (din 21 Februarie 1928), încorporată în Codul Civil, nu găsim decât în două articole o timidă preocupare în această privință: 1) obligativitatea declarării vârstei și a gradului de consanguinitate (*art. 71 și 85*); 2) înregistrarea consimțământului viitorilor soți, în momentul celebrării cununiei (*art. 91*). Iar titlul V c. c., cap. I (Despre însușirile și condițiunile necesarii pentru a se putea săvârși căsătoria”), în alte 16 articole, nu e mai curajos, tratând numai despre cheștiunea vârstei (*art. 127 și 128*), a consanguinității (*art. 145 și 144*) și aceea a consimțământului (*art. 129*). Celelalte articole reflectează ori grija de apărarea autorității părintești ori a celei tutelare (*art. 151—153, 139, 141*), ori o preocupare de ordin moral socialo-religios (*art. 145—148*), ori, în sfârșit, sollicitudinea față de bunurile materiale ale pupilei (*art. 149*).

Firește, codul conține și dispozițiuni de reparare a greșelii (cazurile de nulitate a căsătoriei și de divorț), dar lipsesc prevederi pentru preîntâmpinarea unei căsătorii care, în loc să aibă „le double mérite de donner à l'amour la force d'une loi, et à la loi la douceur d'une affection” (*St.-Marc Girardin*), nu numai confirmă aforismul: „Le mariage est une greffe: cela prend bien ou mal” (*Victor Hugo*), dar adesea „le meilleur mariage expose à des ha-

sards" (*Jean-Jacques Rousseau*) cu desnodământ catastrofal pentru ființa fizică ori morală a unuia din soți sau a amândurora.

Și aceasta, printrucă, prizonieri ai nisipurilor mișcătoare ale unei mentalități rutinare roasă de o rugină seculară, rămânem impasibili, în orice caz nu facem nici o sforțare spre a ține pasul progresului realizat în alte țări.

I. Certificatul medical prenuptial

Pe când aiurea posibilitatea de realizare a proiectului de căsătorie e îngrădită de condițiuni de sănătate trupească și sufletească, la noi societatea, prin ofițerul stării civile, dă blagoslovirea laică oricărei perechi care respectă dispozițiunile mai sus amintite ale codului civil, indiferent dacă această unire, prin vreuna din bolile sociale ori generale ale unuia din soți, constituie un permanent pericol de contagiune pentru celalt soț; iadul casnic e legalizat pentru soțul obligat să suporte actele de violență, chiar atentatele la viață, din partea consortelui al cărui loc indicat e balamucul. Codul nu se sinchisește nici de laturea fecundității însoțirii, nici de valoarea fizică, intelectuală și morală a rodului zămislirii. Se uită, precum cu multă dreptate observă *Morache*, că, într'o societate constituită, căsătoria e o datorie socială, întocmai ca serviciul militar. Și adăugăm noi, după cum, în organizarea apărării frontierele sale, societatea face o selecțiune de oameni (instrucțiunile medicale pentru aplicarea legii recrutării), tot astfel i se impune aceeaș selecție pentru întreținerea vitalității sale. Dreptul de a procrea trebuie considerat ca un privilegiu, de exercițiul căruia să nu se poată bucura decât individul cu corpul sănătos și mintea teafără. Ți se cere certificat de sănătate la admiterea în cea mai neînsemnată slujbă, și aceeaș autoritate tutelară închide ambii ochi când e să te investească solemn cu mandatul de a contribui la întărirea așezământului social.

A. În alte țări

Aiurea nu e așa. În toată lumea civilizată s'a pornit o campanie în favoarea censurii matrimoniale — censură despre care găsim urme la vechii Romani (condițiunea capacității fizice și mintale — *Ulpian*; chiar simplul concubinaj avea nevoie de o autorizație formală) și la Hinduși (nu e permisă căsătoria celor cari suferă de hemoroizi, tuberculoză, dispepsie, epilepsie, elefantiasis — *Cartea lui Manu*). În unele țări dreptul de control al Statului a și fost sau e pe cale de a fi legiferat:

1. Suedia. — Legea din 11 Noembrie 1915 interzice căsătoria (definitiv sau temporar, acordând o perioadă de observație) individului atins de: a) o boală venerică în perioada contagiunii; b) epilepsie; c) alienație mintală.

2. **Norvegia.** — Prin legea dela 1 Ianuarie 1919, certificatul de aptitudine e refuzat celui atins de: a) sifilis sau altă boală venerică în perioada contagiunii; b) epilepsie; c) lepră. Iar dacă o atare persoană vrea totuș să se căsătorească, legea îi impune îndatorirea de a informa în prealabil cealaltă persoană interesată despre boala de care suferă. Orice declarațiune falsă, făcută în fața ofițerului stării civile, e pedepsită cu 2 ani închisoare.

5. **Danemarca.** — Legea din 30 Iunie 1922 interzice ofițerului stării civile de a celebra căsătoria, dacă viitorii soți nu aduc câte o atestațiune medicală arătând că, în urma examenului făcut în termen de cel mult 14 zile înainte de data fixată pentru cununie, au fost găsiți indemni de orice boală venerică. La cererea soțului înșelat, tribunalul rostește nulitatea căsătoriei și acordă despăgubiri civile. Cât despre medic, legea, asimilându-l cu expertul asermentat, îl desleagă de obligațiunea secretului profesional.

4. **Turcia.** — Medicul oficial, anume descunat pentru examenul prenuptial, aplică și o pecete indelebilă la inchectura mâinii, spre a se dejuca astfel o eventuală tentativă de substituire de persoane.

5. **Armenia.** — Din ordinul Katholikosului certificatul de sănătate e obligatoriu dela 1920.

6. **Germania.** — Legea dela 11 Iunie 1920 institue un oficiu de examinare neobligatorie a candidaților la însurătoare.

7. **Austria.** — Dela 1922 funcționează, la Viena, un serviciu gratuit de consultațiune medicală matrimonială.

8. **Belgia:** servicii de consultațiuni la Bruxelles și Anvers.

9. **Italia:** sub auspiciile Crucii-Roșii, un serviciu de consultațiuni medicale, la Milano.

10. **Olanda:** serviciu de consultațiuni la Amsterdam (sub auspiciile Consiliului Național al femeilor neerlandeze).

11. **Spania:** noul cod penal prevede o pedeapsă pentru soțul vinovat de transmiterea unei boli venerice, care e și motiv de divorț.

12. **Statele-Unite.** — În unele State ale Uniunii căsătoria e interzisă epilepticilor, imbecililor, idioților, alienaților mintali, celor atinși de o boală venerică transmisibilă, tuberculoșilor, alcooliceilor inveterați. — Medicul care eliberează și individul care se servește de un certificat mincinos sunt pedepsiți cu închisoare și amendă.

13. **Brazilia:** examenul medical e înscris în codul civil încă dela 1890.

14. **Argentina.** — Parlamentul e sesizat cu un proiect de lege instituind cenzura medicală matrimonială.

15. **Franța.** — Un proiect de lege impune obligațiunea certificatului medical, eliberat în ajunul zilei fixate pentru cununie, prin care să se atesteze că persoana în chestiune nu prezintă nici un simptom apreciabil al vreunei boli contagioase.

B. Bolile contra-indicație a căsătoriei

I. Bolile sociale: sifilisul, blenoragia, tuberculoza, alcoolismul.

a) Sifiliticul primejduște sănătatea femeii (din 572 cazuri de sifilis la femei. 81 de transmisiune dela soț — *Fournier*). Femeea contaminată poate să devină sterilă (40 la 100 — *Hata*).

Sifilisul părintelui e transmis copilului prin toxinele elaborate de părintele bolnav. Iar mama poate lua sifilisul dela făt, fie în momentul facerii, fie în timpul vieții intra-uterine a copilului, pe cale endosmotică, prin schimbul constant dintre circulația fetală și circulația maternă. — Cât despre copil, acesta

ori moare în uter ori, în marea majoritate a cazurilor, se naște neviabil: din 100 eredo-sifilitici, 50 mor în primele 6 luni ale vieții extra-uterine, 25% în a 2-a jumătate a primului an al vieții, 16% până la 10 ani și numai 9% ajung adulți. Profesorul Nicolau (Congresul de obstetrică și ginecologie ținut la București în 1925) a arătat că singur sifilisul ereditar seceră, în România, 25.000 copii pe an.

Sifilisul apare deci ca o contra-indicație a căsătoriei. Nefiind însă o boală incurabilă un fost sifilitic poate fi autorizat să se însoare:

1. Când după un an, în *perioada primară*, după un interval mai lung, în *perioada secundară*, nu se mai constată nici un *accident specific actual*.

2. Dacă au trecut cel puțin 4 ani (*Fournier*), 10 ani (*Hierxheimer*), *dela* manifestarea diatesei.

3. După cel puțin un an de tăcere clinică și serologică, — tăcere consecutivă unui tratament intensiv.

4. Absența unei localizări nervoase a bolii, pentru că „orice localizare a diatezei pe encefal comportă, pentru prezent și viitor, un pronostic din cele mai serioase” (*Fournier*); „leziunile nervoase sunt factorul principal al gravității sifilisului” (*Gougerot*).

5. Imunitatea completă individuală cu garanția netransmisibilității — imunitate asigurată printr'un tratament specific: 1 an pentru sifilisul combătut *dela* primele manifestațiuni, 3—5 ani și chiar mai îndelungat, în perioada de infecție generalizată (*Fournier, Montlaur*).

b) *Blenoragia*, prin ravagiile ce face, e o boală socială tot atât de gravă cași sifilisul. La New-York, de exemplu, din 1.000 bărbați cari se însoară, 800 au avut blenoragia, dintre cari 90% nevindecați (*Noeggerath*) și-au *contaminat sofiile*, la cari s'a constatat: metrite dureroase, salpingite, ovarite, pelvi-peritonite, 50% din *femeile infectate devin sterile*. — Dar și puterea reproducătoare a bărbatului e atacată: din 1.500 blenoragici, 184 cazuri de *epididimită*, dintre cari 40 de epididimită dublă (21 azoospermici și 4 cu necrospermie); în 16 cazuri de *spermato-cistită dublă*, s'a observat 2 cu azoospermie completă și 14 cu necrospermie (cu foarte rari spermatozoizi).

Examenul trebuie să fie pe cât posibil de minuțios, pentru că mulți bărbați par a fi uitați de „blenoragia bacalaureaților” (*Morache*) căpătat la primă inițiere în viața sexuală. Femeea, văduvă, poate aduce ca zestre o infecțiune gonoreică moștenită *dela* primul bărbat sau *dela* un amant. În sfârșit, nu trebuie neglijat nici detaliul că, întocmai cum există para-sifilisul există și afecțiuni paragonococice ale căror leziuni, localizate, pot fi dintre cele mai serioase.

Fostul blenoragic poate fi autorizat să se căsătorească:

1. *Bărbatul*. — Dacă rezultatul favorabil al examenului clinic (vindecarea) e coroborat de absența gonococului într'o scurgere cât de mică. (Se face cultura spermei, știut fiind că virusul blenoragic atacă și glandele genitale profunde: dacă se constată azoospermie, bărbatul să fie obligat de a-și preveni viitoarea soție că e atins de o sterilitate probabil permanentă).

2. *Femeea* e examinată a doua zi după ultima menstruație: căutarea gonococului la nivelul colului uterin, în orificiul glandelor lui Bartholin (prin presiune se stoarce o picătură de puroiu) și în uretră unde, în majoritatea cazurilor, se localizează gonococul.

c) *Tuberculoza deschisă*, cu expectorație pozitivă, constituie un pericol de contagiune *pentru soțul indemn* (păreră că, până la vârsta de 20 ani, bacilul tuberculozei e localizat într'o regiune a corpului la 97% din totalitatea indivizilor, e exagerată, deoarece la autopsie nu se identifică prezența bacilului decât în cel mult 40% dintre persoanele de această vârstă). Contaminarea soțu-

lui e probabilă în 20% din căsătoriile contractate de tuberculoși în perioada contagiunii (o femeie tuberculoasă și-a contaminat mortal doi bărbați și toți copiii — *Técon*).

Copilul e mult mai expus, dacă nu e izolat imediat după naștere. Ereditatea de teren favorizează deslănțuirea virusului: din 1604 copii din tată sau mamă tuberculoasă, neizolați, 625 au murit.

Tuberculoza, în orice caz, e o cauză de *scădere a viabilității* (35% nașteri premature sunt datorite tuberculozei generatorilor — *Debré*).

În 12% avorturi naturale, cauza e tuberculoza (*Leroux-Grunberg*).

Contra-indicație a căsătoriei, *tuberculoza pulmonară cu expectorație* nu constituie totuși o piedică permanentă:

1. *La bărbat*, când dela vârsta de 20 ani și până la cel puțin 25 ani nu s'a mai înregistrat, clinicește și bacteriologicește, nici o manifestare a bolii.

2. *La femeie*, când, în intervalul dela 20 până la cel puțin 30 ani, vindecarea completă nu mai poate fi contestată. E nevoie, pentru femeie, de un timp de observație mai lung, pentrucă la ea evoluția tuberculozei e mai lentă ca la bărbat; mai e și considerațiunea, că menstruația exercită o influență manifestă asupra bolii.

d) Alcoolismul inveterat e o contra-indicație absolută a căsătoriei care, *la rigoare, s'ar putea autoriza, cu condițiunea sterilizării prealabile a alcoolului cronic*. (Dealtfel, alcoolismul însuș se însarcinează cu această operă de profilaxie: 58% alcoolici inveterați sunt sterili).

Ravagiile în ce privește progenitura, sunt înspăimântătoare:

1. *Naștăritate*: 22% născuți-morți.

2. *Viabilitate și vitalitate*: 20% piperniciți.

3. *Intelect*: peste 30% imbecili și idioți.

C. Nevrozele

Acestea exercită o influență verificată asupra rodului concepțiunii.

1. La mulți copii născuți din părinți *nepropați* (*nevroză de origine sifilitică*), se notează: *turburări fizice motrice, convulsii incompatibile cu viața, tare congenitale ca imbecilitatea, idioția, proces de paralizie progresivă*. Turburările mintale se traduc prin obsesiune — impulsiiune, accese de psihoză periodică, hebefrenie, demență chiar — și copilul e astfel sortit sau balamucului sau pușcării.

2. *Epilepsia* — produs al nevrozelor cari au găsit, la copil, un teren favorabil în eredo-sifilis și eredo-alcoolism.

3. *Tabesul*, de origine sifilitică, e o contraindicație absolută a căsătoriei.

4. *Ereditatea epilepsiei părintești* nu e încă dovedită, dar epilepsia (la unul din soți) poate duce la demență temporară care, în nici un caz nu e o perspectivă ademenitoare pentru viitorul tovarăș de viață.

1). Alienația mintală

Ea constituia și în dreptul roman o piedică relativă, de oarece căsătoria nu i era îngăduită alienatului decât în intervale prelungite de luciditate (*intervalla perfectissima*). Autori ca Planioi, Folleville și alții consideră alienația mintală incurabilă ca o contra-indicație absolută a căsătoriei, chiar în intervalele lucide, pentrucă

există pericol de transmisiune a bolii la copii. Jurisprudența a confirmat acest verdict al doctrinei juridice, bazată pe observații medicale (Casația belgiană a anulat căsătoria contractată de un alienat interzis, în cursul unui interval lucid).

Și e perfect justificată această prohibițiune, pentru că alienația mintală, după cum observă și *Morache*, cu particularitățile ei de geneză (insidioasă), evoluție (lentă) și de transmisiune, e o boală mai gravă decât toate celelalte: distruge individualitatea, crează o stare de hebetudine sau de delir furios; alienatul devine un obiect de repulsiune și de teroare. Iar copilul alienatului moștenește un sistem cerebro-spinal propice tuturor fenomenelor morbide ce pot evolua într'un atare mediu anatomic.

Statisticile lui *Woods* și *Hutchinson* (pentru Anglia, Germania și Statele Unite), arată că la 22% din copiii procreați de alienați (tatăl sau mama) se notează turburări mintale caracterizate. Din 200 alienați, 70 au moștenit boala fie dela ascendenți direcți, fie dela colaterali (*Briscoe*). Cazuri de *creditate simțlără*: un bărbat de 35 ani se sinucide tăindu-și gâtul cu briciul; cei trei copii ai lui (2 băieți și o fată), se sinucid și ei, tot la vârsta de 35 ani și în acelaș mod: fata lasă un fiu care deasemenea, la 35 ani, își pune căpăt zilelor, tăindu-și beregata cu un briciu (*Hammond*). — Exemplu de *creditate dispartă*: tatăl suferă de delirul de persecuție, unul din fii de dromomanie, un altul de epilepsie și al treilea de neurastenie (*Apert*). *Paralizia progresivă* (chiar în faza incipientă) și *demență senilă* oferă perspectiva unei progenituri degenerate.

În caz de alienație mintală, contra-indicația, în ce privește căsătoria, ar fi absolută. *Wagner-Jauregg* (în *Hofmann-Haberda*, 1927), însă se declară contra prohibițiunii fără apel, pentru orice fel de formă a bolii.

Însănătoșirea completă, cu luciditatea perfectă, poate interveni în *mania depresivă*, în anumite faze ale *demenței precoce*, în *paralizia progresivă*, mai rar în *formele paranoice*.

1. *Mania depresivă*. — Vindecarea ei completă e posibilă, atunci când alienația nu îmbracă forma periodică sau circulară. Pentru că în atare caz putem înregistra un interval lucid destul de intens, dar recidiva e sigură și încă în foarte scurt timp.

2. *Demența precoce* are uneori o formulă simptomatologică foarte greu de interpretat în ce privește șansele de însănătoșire desăvârșită.

3. *Paralizia progresivă*. — Însănătoșirea poate oferi o garanție de durabilitate atunci când a fost intensiv tratată după nouile metode de cură.

Atunci când individul, chiar la o epocă îndepărtată de momentul căsătoriei, a dat semne de alienație mintală, e neapărată nevoie de un examen medical prenupțial, spre a se constata absența oricărui stigmat care să îndrituească temerea de o eventuală recidivă.

E. Cancerul (cu numeroasele lui varietăți)

După unele observațiuni, cancerul ar părea să fie și contagios și ereditar (o femeie moare la 60 ani, de un cancer al sânului; 4 fiice și 10 din 18 copii ai acestora mor și ei de cancer — *Paul Broca*). Dar deoarece până astăzi, cu toate indiciile turburătoare notate, nici ereditatea nici contaminarea nu sunt științificește verificate, cancerul nu poate figura printre contra-indicațiile căsătoriei.

F. Bolile familiale

Moștenite fie dela tată (*afecțiuni patriarcale*) fie dela mamă (*afecțiuni matriarcale*), cele mai frecvent verificate dintre aceste boli sunt:

1. *Atrofia musculară progresivă* (*Déjérine* și *Landouzy* au izolat tipul facio-scapulo-humeral, cu debutul la față, la vârsta de 10 ani).
2. *Ataxia ereditară* (turburări în vorbire, deglutițiune, mers, exagerarea reflexelor) debutează pela 45 ani.
3. *Atrofia ereditară esențială a nervului optic* se notează numai la bărbați și dela vârsta de 25 ani.
4. *Teleangiectazia hemoragică* — datorită prezenței naevilor materni pe mucoasa gurii și a nasului. — se traduce prin hemoragii profunde bucale și nazale.

Nici una din aceste afecțiuni nu constituie o contra-indicație pentru căsătorie.

G. Viciile de conformație congenitală

Și acestea trebuie să formeze obiectul unui examen prenupțial pentrucă, deși ca atari nu constituie o contra-indicație a căsătoriei, pot însă fi un motiv de sterilizare prealabilă:

1. *Achondroplasia, dysostosa cleidocraniană și osteopsathyrosis* (fragilitatea esențială a oaselor) — toate produs al eredității directe sau colaterale — nu exclud căsătoria, dar cu sterilizarea individului atins de una din aceste malformațiuni congenitale.
2. *Buza-de-iepure* (în forma benignă) și *agenezia articulară* permit căsătoria, dar cu sterilizarea.
3. *Hermafrodismul*, atunci când sexul adevărat e predominant, deși în unele cazuri e ereditar (50 familii cu 150 indivizi hermafrodiți — *Brandenburg*) nu e o contra-indicație a căsătoriei.
4. *Sterilitatea bărbatului*: viitoarea soție trebuie prevenită. (După art. 53 c. c. austriac, sterilitatea e un motiv legal de prohibițiune, pentrucă e o infirmitate patentă din categoria celor indicate ca „*dem Zwecke der Ehe hinderliche Gebrechen*” — scopul căsătoriei fiind nu numai conviețuirea indisolubilă (în *unzertrennlicher Gemeinschaft zu leben*), ci și de a procrea (*Kinder zu zeugen*) — scop esențial al căsătoriei (art. 44 c. c.).

II. Consanguinitatea

„Le sang a horreur de lui-même dans le rapport des sexes, c'est par un sang étranger qu'il veut se perpétuer”. — TROPLONG

Consanguinitatea, am văzut, e considerată de codul nostru civil ca o piedecă *absolută* la căsătorie (*art. 145* — în linie directă între ascendenți și descendenți și între afinii de aceeași linie; *art. 144* — în linie colaterală până la a 4-a spiță inclusiv și între afinii de aceeași spiță); prin excepție poate fi numai *relativă* (*art. 150* prevăzând *dispensa regală pentru căsătoria între veri ori cumnați*).

Această din urmă spărtură legală în zidul de apărare a speciei ar trebui să fie reparată, căsătoria între veri constituind adesea cel mai propice mediu de cultură a degenerescenței fizice și intelectuale. Edificatoare, sub acest raport, sunt observațiile lui Achille Blavier („*Etat actuel de la question des mariages consanguins*“, Paris, 1927) toate referitoare la copii născuți din însoțiri între veri primari, deși tată și mamă sănătoși:

1. Primul copil hidrocefal, mort la 5 ani; al 2-lea copil mort la 2 luni; al 4-lea cu buza-iepure, după care urmează un avort natural la 2 luni.
2. Primul copil — idioție mongoliană.
3. În primul an, 2 avorturi naturale; urmează un copil cu sindromul lui Little.
4. Un copil atreptic (mort), unul cu holera infantilă, unul cu convulsii între 7 și 15 ani.
5. Un copil cu spina bifida, unul mort la 8 luni, unul cu convulsii până la 8 ani.
6. Băiat și fată, fiecare cu dublu picior strâmb varus equin.
7. Băiat cu dublu picior strâmb varus equin; fată cu sindactilie; copil cu lipsă de degete (numai muguri) la picioare.
8. Un surdo-mut; unul cu convulsii.
9. Un avort natural la 3 luni; un copil cu turburări gastrice, iar la 10 ani criza comițială a epilepsiei.
10. La 17 ani copilul, care suferia de o criză de astenie profundă, se sinucide.
11. În primul an al căsătoriei 2 avorturi naturale; urmează un copil cu convulsii și meningită mortală. Al treilea copil e o fată apatică, indolentă.

Insoțirea endogamică e de mult denunțată ca o cauză de reproducere deficitară, din punctul de vedere al calității progenerurii. *Moisi* o interzice (*Levitic*); la Romani *cognatio* constituia un obstacol la căsătorie. Cât despre știință, aceasta, pe bază de observații, le-a condamnat încă dela începutul veacului al 17-lea, prin lucrări dintre cari relevăm pe acele ale lui: *Robert Burton* („*Anatomy of melancholy*“, 1621), *Dugard* (1671), *Fodéré* (1813), *Esquirol* (1816) indică, printre diversele cauze ale nebuniei: „*les mariages contrac-*

tés entre parents, surtout dans les familles où il existe des dispositions héréditaires". Primejdia mai e denunțată de alții ca *Burdach*, *Ménière*, *Perrin* (surdo-mutismul copiilor), *Trousseau* (etiologia epilepsiei), *Howe*, *Mantegazza*, *Devay* (progenitura, din generație în generație, se degradează tot mai mult).

Consanguinitatea în căsătorie, acolo unde a fost recunoscută de lege sau aceasta n'a pus nici o stavilă unui obicei al pământului, s'a tradus întotdeauna prin stigmat de degenerescență. Fără să mai vorbim de neamurile mai vechi (Mezii, Perșii, Egiptienii, Carienii, Partii, Arabii, Hunii, Peruvienii, întrucâtva Atenienii și Spartanii), dar și astăzi avem pilde eloquente de efectele însoțirilor endogamice: degenerarea familiilor princiare și nobile, stigmatul degenerescenței fizice și intelectuale în unele părți izolate ale Elveției (unde se lăfăse idioția și cretinismul), surdi-mutismul congenital în mare proporție la Colliberts în Poitou (Franța), Cagots în Pirinei, Vaquiecos în Asturia (Spania).

Uniunile endogamice se caracterizează, în genere, prin: absența totală a concepțiunii, o concepțiune tardivă, una imperfectă (avort spontan). Rodul sarcinilor e de regulă: 1) o monstruozitate; 2) o debilitate fizică și intelectuală; 3) copii predispuși la nevroze și boli mintale (epilepsia, imbecilitatea, idioția, surdi-mutismul, paralizia, întreaga gamă a alienației mintale); 4) copii limfatici, predispuși la bolile diatезei scrofulo-tuberculoase; 5) victime în mare proporție ale mortalității infantile; 6) adolescenți insuficient înarmați spre a putea rezista asaltului bolilor.

Că vor fi și excepții, nu contestăm. — chiar o excepție ca aceea pe care o invoacă *Bourgeois*, partizan al consanguinității (o familie de 416 membri, produs a 91 căsătorii fecunde, dintre care 16 consanguine suprapuse cu o mortalitate precoce de numai 12%). Excepția nu infirmă regula.

Nici argumentul cu calitățile cailor de curse, așa zișii „craks“, produs al împerecherilor endogamice, nu e operant, pentru că mai întâiu trebuie să se știe că produsul acestor monte e crescut cu o îngrijire de laborator. „în vată“ ca să întrebuițăm expresia populară: în al doilea loc, la o anumită generație, valoarea cursierului începe să scadă. Și apoi, se mai știe că sistemul acesta de creștere a animalelor „breeding in and in“ (exclusiv în familia animalului), aplicat pentru producerea de animale cu schelet mic și carne moale (în vederea îngrășării), la un moment dat începe să dea greș și produce tipuri pipernicite, diforme, improprii la reproducție.

Consanguinitatea în căsătorie trebuie prohibită, fără nici o derogare, afară numai de situațiuni delicate (seducerea), când într'adevăr nu există altă soluție decât dispensa legală. Dar această con-

cesiune să nu meargă prea departe, pentrucă altfel ne întoarcem la tolerarea însoțirilor incestuoase, despre cari găsim pilde nu numai în timpurile istorice, dar și în epoca biblică și în mitologie.

Abraham frate consanguin al Sarei; Lot bărbatul celor două fiice ale sale; Jupiter fratele Junonei; Osiris fratele soției sale Isis; Atila cu fiica sa Isca; Mausol cu sora sa Artemisa; Ptolomeu Evergetul cu sora sa Berenice; faimoasa Cleopatra, succesiv. cu doi frați ai ei — Ptolomeu XII și Ptolomeu XIII; Sysimitres cu mama sa; tatăl cu fiica, fiul cu mama, fratele cu sora la Mezi, Sciți, Tătari; la Perși copilul ieșit din însoțirea mamei cu fiul se bucura de o deosebită vază religioasă. Până la Mahomed. Arabii se'nsurau cu mama lor; vechii Peruvieni cu mama, surorile și propriile lor fiice; vechii Germani și vechii Danezi cu surorile. Cu ocazia unei călătorii în Antile. *Du Tertre* a găsit, într'o insulă, un bărbat trăind maritalmente cu mama, două surori și propria lui fată.



ANULAREA CĂSĂTORIEI. — DIVORȚUL

O căsătorie se desface, fie pentru călcarea prescripțiilor formale și categorice din cod, deci *în interesul legii*, fie din considerațiuni de imposibilitate de mai departe conviețuire între soți — *interesul personal al unuia sau celuilalt sau chiar al amândurora*. În cazul întâiu, avem anularea căsătoriei, în cazul al doilea, divorțul.

I. NULITATEA

După codul civil, spre a fi validă, căsătoria trebuie să intrunească anumite condițiuni privitoare la: 1) vârstă; 2) consimțământul viitorilor soți și acela al ascendenților, tutorilor sau al autorității tutelare; 3) gradul de înrudire (în linie directă și colaterală); 4) starea civilă a viitorilor soți (caz de bigamie oprită de legea civilă și pedepsită de cea penală); 5) văduvă măritată, fără autorizație specială, înainte de expirarea termenului legal de 10 luni; 6) publicitatea cununiei și a preliminariilor ei. — Orice abateri dela dispozițiunile legale constituie un caz de nulitate a căsătoriei.

Acțiunea în anulare a căsătoriei putând fi motivată pe considerațiuni de: vârstă (art. 127—128, 167 c. c.); consimțământul soților (art. 129, 162—163); bigamie (150, 170—171); consimțământul ascendenților sau al autorității tutelare a nevârstnicilor (art. 131—133, 164, 168) sau a copiilor naturali (art. 141); consanguinitate (art. 143—144 și 150); eroare asupra persoanei fizice (art. 162—163), publicitatea preliminariilor și a cununiei însăși (art. 173—176 c. c.), — urmează că inițiativa pornirii acțiunii nu se mărginește numai la soții în cauză, la familia sau foștii tutori ai acestora, ci și la ministerul public, ca păzitor al intereselor de ordine publică. Intervențiunea aceasta din oficiu e de altfel formal prescrisă:

Art. 166 c. c. — „Orice căsătorie contractată în contra dispozițiunilor cuprinse în art. 127, 130, 143 și 144 poate fi atacată... *precum și de către ministerul public*”.

Art. 172 c. c. — „Procurorul, în toate cazurile căroră s'au aplicat art. 166, însă cu modificările prescrise de art. 167, *poate și e dator să ceară nulitatea căsătoriei* în timpul vieții ambilor soți și condamnarea lor la despărțire.

Deși anulată, căsătoria își produce toate efectele civile în favoarea ambilor soți sau numai a unuia din ei și a copiilor (art. 183—184), iar soțul victimă a dolului celuilalt soț poate cere despăgubiri civile, prin aplicațiunea următoarei dispoziții:

Art. 1162 c. c. — Victima unui delict poate cere o condamnare la despăgubiri civile în contra autorului delictului chiar dacă e minor, dacă instanța de fond a constatat că a lucrat cu pricepere.

Despre *gradul de înrudire* am vorbit în partea a doua a precedentului capitol: „Consanguinitatea“.

1. Vârsta

Prima condițiune esențială a validității căsătoriei e vârsta soților, în momentul contractării însoțirii legale.

Neemancipați în prealabil, vârsta minimă e de 18 ani pentru bărbat și 15 ani pentru femei (*art. 127 c. c.*), cu complementul consimțământului ascendenților sau al tutelei (*art. 151—155*) până la vârsta de 21 ani.

Condițiune esențială, deoarece codul nu recunoaște validitatea unui angajament contractat de o persoană lipsită de capacitatea legală (*art. 948 c. c.*). Notorietatea nu e suficientă pentru stabilirea vârstei, cel puțin după jurisprudența constantă a Casației franceze prin interpretarea art. 1316 c. c. fr. (*art. 1170, c. c. r.*) care sună: „Judecătorul nu-și poate forma convingerea din notorietate publică“. Nici jurământul supletoriu nu poate fi deferit minorului incapabil (*art. 1220 c. c.*). Dealtfel, și codul de procedură civilă (*art. 227*) se opune la aceasta: „Nu se poate chema la interogator o persoană incapabilă“ (*Cas., S. II, 1901*). „Incapabilul nu poate confirma actul supus anulării decât atunci când a devenit capabil“ (*Cas. Rom. 1891* — interpretarea *art. 1190 c. c.*). Iar prescrierea acțiunii în anulare începe din ziua încetării incapacității (aplicațiunea *art. 1900 c. c.*). Validitatea unei căsătorii contractate de un minor se mai poate ataca și pe temeiul prezumției legale (*art. 1200 c. c.*): neavând 21 ani împliniți, se presupune că n'a fost în stare să-și dea seama de actul săvârșit. — Minorul nu mai poate, pe cale de acțiune rescisorie, să atace validitatea contractului de căsătorie, odată ce l-a ratificat după ce a devenit major (*art. 1165 c. c.*).

Acțiunii în nulitate pe tema vârstei nu i se mai poate da curs, dacă femeea — care, în momentul contractării căsătoriei, nu avea etatea cerută — a rămas grea înainte de expirarea termenului de 6 luni înlăuntrul căruia să capete vârsta legală (*art. 167 al. II, c. c.*). — *Constatarea sarcinii intră în atribuțiunile medicului-expert.*

* * *

Din punctul de vedere bio-fiziologic avem de observat că limita inferioară a vârstei e de condamnat.

Sub 20 ani, băiatul nu posedă încă rezistența fizică necesară la efectele de debilitare a actului conjugal. Statistica demonstrează că mortalitatea tinerilor însurați înainte de 20 ani e de 8 ori mai mare ca aceea a celibatarilor de aceeaș vârstă. După 20 ani, raportul se inversează treptat și cu pași repezi în dauna acestora din urmă.

Nici fata de 15 ani, deși puberă, nu e totuș fiziologicește *nubilă*. Nu ajunge să fie aptă de a fi fecundată, ci trebuie să aibă și aptitudinea neștirbită a unei maternități normale. E constatat că al-

buminuria gravidică, intoxicația uremică, eclampsia, hemoragiile sarcinii sunt apanajul mării majorității a femeilor sub 18 ani. Riscuri grave survin și în momentul parturii, pentru că la o primipară sub 19 ani se remarcă foarte frecvent: 1) rigiditatea colui uterin; insuficienta energie a contracțiilor uterine are de efect inerția cu corolarele ei (abundentele hemoragii *post partum*, terenul favorabil pentru instalarea infecțiunii); 2) diametrii pelvieni nu au dimensiunile necesare (15 cm. pentru diametrul transversal) trecerii unui copil la termen normal dezvoltat; 3) la 18 ani sunt bine sudate piesele osului iliac, nu însă și epifisele, osificarea completă nefăcându-se înainte de 19—20 ani.

Deaceea statisticile din toate țările arată că mortalitatea tinerelor femei de 15—20 ani e cu 58—100% mai mare ca aceea a fetelor virgine de aceeași vârstă.

Nici copilului nu-i prieste prea marea tinerețe a mamei, deoarece nu se poate dezvolta îndeajuns în cursul vieții intra-uterine, iar copiii ulteriori sunt din ce în ce mai debili.

2. Consimțământul liber manifestat

„*Nuptias consensus, non concubitus facit*”. — A doua condițiune esențială a validității căsătoriei e aceea a consimțământului liber manifestat de fiecare din cei doi soți, în momentul celebrării cununiei („Nu este căsătorie, când nu este consimțământ”) — *art. 129 c. c.* — Consimțământul trebuie să fie liber manifestat (*art. 162 c. c.*).

Căsătoria fiind un contract bilateral, e firesc ca legea să pretindă fiecăreia din părți să aibă conștiința deplină a îndatoririlor reciproc asumate — să fie *mentis suae compos*. Deaceea, atunci când e vorba de un minor în înțelesul legii penale, aceasta intervine cu sancțiuni aspre, asimilând seducerea, sub orice formă — ademenire ori răpire — cu o violență morală ori fizică exercitată asupra conștiinței și voinței persoanei seduse (*art. 280—282 c. p.*). Delictul dispare, însă, atunci când autoritatea părintească sau tutelară a avut dinainte cunoștință și, tacit sau fățiș, a tolerat un timp actul și consecințele ademenirii sau răpirii:

„In delictul de răpire de minori, proba cum că părinții, sub autoritatea și direcțiunea căroră era supusă fata răpită, aveau cunoștință că aceasta întreține relațiuni ilicite și că și părăsia domiciliul pentru delincvent, face ca delictul să dispară”. — *Cas., S. II, 25 Sept. 1895.*

Absența consimțământului, ca element de validitate a căsătoriei, poate avea ca origine: 1) insuficiența sau chiar lipsa totală a facultății discernământului; 2) sugestiunea streină; 3) violența fizică sau morală.

A. **Insuficiența naturală a discernământului** e de demonstrat în caz de minoritate, debilitate mintală, imbecilitate.

O speță interesantă e aceea a căsătoriei contractate de un interzis. E acesta capabil de a se bucura de facultatea discernământului în momentul căsătoriei? După unii *nu*, chiar dacă s-ar invoca existența unui interval lucid; după alții, dimpotrivă, constatarea unui atare interval (adică atunci când, după dreptul roman, individul se află *in suis induciis* sau *per perfectissima interoalla*) actul matrimonial făcut de un interzis e valid.

B. **Captațiunea doloasă** e o cauză de nulitate, atunci „când se dovedește prin fapte pozitive“ (*Trib. Ilfov, S. II c. c. 1897*). Proba captațiunii se poate administra și prin demonstrarea incapacității individului de a rezista unei persistente sugestii streine.

C. **Sugestiunea hipnotică**. — Consimțământul smuls sub imperiul unei sugestii hipnotice face inexistentă căsătoria, a cărei anulare poate fi reclamată în orice timp și de orice persoană calificată, precum și de ministerul public.

D. **Beția și amețirea voluntară cu stupefiante** e o cauză de nulitate. — *Imbătarea sau amețirea cu stupefiante* provocate de altul sunt aseamuite cu dolul, iar consimțământul e considerat ca inexistent (aplicarea *art. 955 și 960 c. c.*):

1. „Convențiunea e inexistentă, dacă unul din contractanți nu are voință, fie din cauză de nebunie, fie din orice altă cauză care îl ridică uzul rațiunii voinței în momentul contractării, cum ar fi beția“ (*Trib. Dolj, 1893*).

2. „Un om nebun sau unul beat cu desăvârșire ori în delir este incapabil de a contracta. Pentru a putea da un consimțământ valid, trebuiește, deși legea n'o spune, a avea uzul rațiunii sale: *integritas mentis, non corporis sanitas exigenda est*“ (*Cas. 1878*).

E. **Bolile febrile sau mizeria fiziologică** slăbind facultatea discernământului și anihilând în mai mare sau mai mică măsură puterea voinței, o căsătorie contractată în atari condițiuni e susceptibilă de a fi anulată. — Pentru *căsătoria in extremis* legea, sub pedeapsa de nulitate, prescrie îndeplinirea formalității de a se lua consimțământul la domiciliul bolnavului.

F. **Orbii și surdo-mușii**. — Consimțământul tacit (*art. 955 c. c.*), adică atunci când nu e dat prin scris ori prin semne neîndoelnice, în ce privește expresiunea liberă a voinței, e inexistent și totodată se anulează și convenția matrimonială (*art. 1251 c. c.*). Consimțământul trebuie să fie manifestat în mod extern, pentru că voința care nu se manifestă prin semne externe nu există: *Voluntas in mente retenta non efficit* (*D. Alexandresco*):

„Consimțământul se poate manifesta în mod expres prin semne. Astfel, surdo-mutul major și neinterzis poate manifesta consimțământul său prin semne chiar într'un contract solemn, altul bine înțeles decât donațiunea pentru care se cere asistența curatorului“ (*Cas., 1878*).

G. **Violența morală** (*șantaj, terorizare*) e o cauză de nulitate (art. 961, c. c.):

„Dolul — manoperele frauduloase — trebuie să aibă caracterul unei adevărate violențe morale, exercitată asupra unei persoane, împiedecând limpezimea raționamentului și a dreptei judecăți”. (C. A., S. I. București, 29 Mai 1920).

Ca violență morală poate fi invocată și *tirania părintească*.

H. **Violența fizică**. — Intrebuințarea forței brutale ori numai amenințarea cu represalii interesând sănătatea și viața individului viciază esențial consimțământul (art. 955-957, 1091, 1224, 1226 c. c.):

Violența e un motiv de nulitate când e de natură a vicia consimțământul. — (Cas., S. I, 4 Iunie 1920).

I. **Alienația mintală**, sub toate formele ei, e considerată ca o cauză esențială de nulitate, atunci când e dovedită prin expertiză ori prin certificat de internare.

1. Dacă se pretinde că o persoană era în stare de demență, când a făcut actul, spre a se putea anula pentru lipsă de consimțământ valabil, trebuie a se dovedi în mod peremptoriu că în momentul facerii actului, persoana era în stare de smintire de minte, încât n'a putut avea nici voință, nici discernământ. Notorietatea demenței nu e admisă în legislația noastră (C. A. București, 1901).

2. Reclamantul în anulare trebuie să dovedească, că persoana în urmă interzisă nu se bucura de uzul rațiunii, în momentul facerii actului”. (Trib. Iași, 1909).

3. Curtea de Casație italiană (anulând o decizie a Curții de Apel din Triest, care reformase sentința tribunalului de întâia instanță) a conșințit teza că și *impotența psihică a unuia din soți* e o cauză de nulitate, de oarece această stare de inferioritate viciază consimțământul bolnavului (Perrando, 1927).

Pasiunea violentă e asimilată cu o stare de demență temporară, capabilă să turbure facultățile mintale, încât consimțământul să fie considerat ca inexistent.

Dementul nu poate întări primul consimțământ viciat, printr'un act de confirmare ulterioară.

Dementului ulterior interzis nu i se poate deferi jurământul, atunci când, în numele lui, se cere anularea căsătoriei: „Jurământul decizoriu nu poate fi deferit interzișilor” (Cas. 1872, 1882).

Căsătoria contractată de un alienat într'un interval lucid e validă, însă anulabilă dacă se face dovada că luciditatea era numai aparentă. Și odată cu însuș căsătoria devine caducă și convenția matrimonială (art. 1231 c. c.).

Nulitatea căsătoriei unui dement interzis se poate cere în interval de 10 ani dela ridicarea interdicției (art. 1900 c. c.):

„Actele făcute de o persoană în stare de demență, înainte de pronunțarea interdicției, sunt anulabile și supuse prescripției de 10 ani”. — C. A. București, 1901.

Atunci când e vorba de căsătoria unui alienat neinterzis, indiferent dacă ulterior e sau nu internat, termenul de prescripție e de 30 ani dela contractarea căsătoriei.

Un angajament de căsătorie făcut în scris de un dement, de un interzis sau de un minor, nu poate da loc la despăgubiri civile (prin prejudiciul moral pricinuit — *art. 998, c. c.*).

„Scrisori emanate de la un incapabil, în timpul incapacității sale, nu pot fi opuse ca început de probă în înțelesul art. 1206 c. c.”. — *C. A. București, 1885.*

Dimpotrivă, minorul, interzisul, dementul poate exercita acțiunea în anulare (*art. 1091*) a angajamentului matrimonial luat în scris. Astfel că, dovedindu-se ulterior absența discernământului în momentul asumării obligațiunii, însăș autoritatea lucrului judecat pronunțată în contra incapabilului poate fi reformată (*art. 1201 c. c.*)

J. **Consimțământul monștrilor dubli.** — E o speță foarte curioasă a cărei soluțiune n'o găsim în nici una din dispozițiile codului civil, relative la căsătorie. — 1. În ipoteza unui monstru dublu feminin, soțul unuia din cele două surori ar fi un bigam legal. Monstrul fiind masculin, soția unuia din cei doi frați ar avea de fapt doi bărbați. — 2. Dacă una din jumătățile monstrului dublu refuză consimțământul, actul conjugal nu poate fi consumat decât prin violențarea morală și chiar una fizică a individului, de vreme ce, fără voia lui și indirect, e obligat să participe la zisul act.

5. **Calitățile fizice ale persoanei**

Nu e validă căsătoria „dacă a urmat eroare asupra persoanei fizice”, dar validitatea „se poate ataca numai de către acela din soți care a fost amăgit” (*art. 162, al. II c. c.*). Dar, pentru invocarea acestui motiv de anulare, legea fixează un termen înăuntrul căruia tribunalul poate să-l ia în cercetare: „Cererea de anulare nu se poate primi, dacă a urmat o împreună viețuire în timp de 6 luni, care se vor socoti decând soțul a dobândit deplina sa libertate, sau decând a recunoscut eroarea”. Urmează dar că termenul de 6 luni nu curge numai decât din ziua contractării căsătoriei, ci din momentul în care soțul a observat eroarea, constatarea putându-se face mult mai târziu, atunci când, pentru o cauză sau alta, cohabitarea de fapt a suferit o întârziere.

Prin „eroare asupra persoanei fizice” legiuitorul n'a putut înțelege numai cazul de substituție, pentru că ar fi absurd: căsătoria fiind înconjurată cu atâtea garanții de publicitate și cu formalitatea finală a înregistrării consimțământului, nu e de conceput ca bărbatul *A* sau femeia *B* să se plângă ulterior că n'a știut, n'a auzit, n'a văzut pe cine ia. (Numai orbul ar putea fi admis să vie cu o atare plângere, atunci când ar putea face dovada cu martori că în adevăr a fost o substituție de persoană). Deaceea socotim puerilă interpretarea pe care, în repetite rânduri, tribunalele noastre au dat-o expresiunii „persoana fizică”.

Noțiunea „fizică” e un complex de însușiri cari caracterizează o persoană, îi dau o individualitate fizică determinată. Caracterele

esențiale ale sexului sunt atribute de ordin fizic. Funcțiunea fiziologică normală a organelor genitale e o caracteristică a persoanei fizice. O infirmitate, ascunsă până la nuntă și ulterior descoperită de soțul înșelat, constituie o parte integrantă a persoanei fizice: așa ar fi un viciu de conformațiune, congenital sau dobândit (hermafrodisism, surzenie, absența unui ochiu și înlocuirea lui cu unul de sticlă, elefantiasis genital, un defect oarecare de natură a inspira repulsiune). O boală venerică gravă, a cărei îngrijire ar reclama un timp mai îndelungat, constituie o „eroare asupra persoanei fizice“, cu agravanta contaminării certe. Epilepsia e și ea o însușire a persoanei fizice, după cum ar fi și tuberculoza, alcoolismul cronic, lepra. — Altfel ar fi să ne'nchinăm înaintea prescripției dogmatice a dreptului canonic catolic: „*Quod Deus conjunxit homo non separet*“, iar prin extensiune n'ar mai trebui să fie motiv de anulare nici în cazurile privitoare la vârstă, consimțământ, consanguinitate și bigamie.

A. Hermafrodisismul

E o cauză de nulitate, atunci când există similitudine de sex sau acesta e indecis, adică individul nu e nici complet bărbat nici complet femeie.

B. Absența virginității

Nu mergem până acolo ca să ne'nsușim argumentul tras din aforismul „*Prima Venus debet esse cruenta*“, pentrucă, după cum am arătat, nici hemoragia himenală nici prezența rupturilor membranei nu sunt o dovadă peremptorie de preexistența unei desvirginări.

C. Sarcină anterioară căsătoriei

Stabilirea medico-legală a existenței unor semne neîndoioase de sarcină e o cauză de nulitate, după cum de altfel e și o justificare a tăgădei paternității (*Vezi capitolul „Tăgăda paternității“*, Vol. II, pag. 44).

D. Impotentia coeundi

Numai atunci când se constată că e accidentală, temporară, cu perspectivă sigură de restabilire a funcțiunii normale (la bărbat sau la femeie) impotentia coeundi nu e cauză de nulitate. Dimpotrivă, e anulabilă căsătoria, atunci când această impotență e absolută și definitivă: „*Nullum est autem matrimonium inter eos qui nequeunt consummare eo acto quo ex se esset possibilis generatio. Ut autem impotentia dirimet matrimonium debet esse perpetua et antecedens*“ (Ligorio: „*Theologia moralis*“ 1822).

Impotentia coeundi, am spus, e o cauză dirimantă a căsă-

torici, indiferent dacă defectul e al bărbatului sau al femeii. A condamna, în atare împrejurare, pe soți la o legătură vecinică, ar fi și inuman și imoral:

Trib. Lille (1900) a pronunțat nulitatea iar Curtea de Apel din Douai (1901) a confirmat-o, în cazul unei femei cu un accentuat viciu de conformație a genitalelor. Din considerentele deciziei de confirmare extragem:

(Neanulând)... „rezultatul ar fi să se mențină X în legăturile unei căsătorii în care n'ar găsi nici satisfacția nevoilor sexuale, nici legitima speranță de a putea să-și reverse dragostea asupra progeniturii sale, nici năzuința de a asigura continuitatea personalității sale în această descendență.

„Din punctul de vedere al moralei și al moravurilor, legislatorul n'a putut o clipă măcar să se gândească la a prescrie menținerea unei însoțiri în care n'ar putea exista între soți decât raporturi imorale sau chiar contra-naturii.

„Nu poate fi considerată ca aparținând sexului feminin făptura umană, care nu posedă decât conformația exterioară și accesorie a sexului lipsindu-i însă organele constitutive ale acestuia”.

Dar *impotenția coeundi* e recunoscută, pe baza unei expertize medicale, ca motiv de anulare și în codul Calimach:

Art. 86. — Acea de apurarea neputință spre împlinirea căsătoreștei datorii este o legiuită oprire a însoțirii, dacă a fost încă din vremea alcătuirii căsătoriei

Art. 116. — Fiind pricină pentru cea de mai înainte sau și în vremea căsătoriei de apurarea vădită slăbiciune spre împlinirea căsătoreștei datorii, trebuie a se dovedi în ce fel este, prin mărturie de bărbați ispiți întru aceste, precum sunt doctorii și hirurghii, cum, cerând trebuința, și prin mărturia moașelor”

Și dreptul roman consideră impotența ca motiv de nulitate, caracterizând pe bărbatul impotent ca unul „*qui virilitatem amisit, cui tam necessaria pars corporis penitus absit*”.

Codul civil austriac (*art. 60, 99, 100, 101*) și cel german (*art. 1555*) anulează căsătoria pe motiv de impotență.

E. Sterilitatea

Cauză de nulitate, indiferent de e imputabilă bărbatului sau femeii. Proba se poate administra în orice timp, pentrucă, după *art. 165 c. c.*, termenul de 6 luni curge din ziua „de când (soțul amăgit) a recunoscut eroarea”. Expertiza medicală, în urma examenului ambilor soți, va hotărî de partea cui e sterilitatea. În cazul când amândoi sunt sterili, nu există interes de anulare, și unul și altul fiind improprii procreării.

Nepronunțându-se anularea în toate celelalte cazuri, s'ar da o primă de încurajare imoralității și fraudei:

a) Soțul steril s-ar vedea atribuindu-i-se paternitatea unui copil adulterin (*is pater est quem nuptiae demonstrant*).

b) Femeia fiind sterilă, soțul potent ar fi obligat la asumarea

paternității unui copil substituit. femeea simulând sarcina sau invocând o ușurare în absența prelungită a bărbatului.

II. OPOZIȚIA

Opoziția la căsătorie, conform art. 74 din noua „Lege privitoare la actele stării civile“ se poate face de oricare persoană sau autoritate tutelară, îndrituite prin codul civil de a cere anularea „întemeindu-se pe neindeplinirea oricăreia din condițiunile de fond ale căsătoriei“ — deci oricare din motivele de anulare mai sus examinate.

* * *

Atât opoziția cât și acțiunea în anulare au de obicei la bază motive de alienație mintală, — demența precoce, paralizia progresivă, demența senilă, paranoia, ca specii mai frecvente. Pentru expert chestiunea esențială e aceea a identificării intervalului lucid al bolnavului, în momentul contractării căsătoriei (*în acțiunea în anulare*) sau epoca la care și-a manifestat voința hotărîtă de a se căsători (*opoziția*). Deaceea e bine ca medicul să știe că intensitatea și durata intervalului lucid variază cu forma sub care se manifestă dezechilibrul mintal.

Așa, în *demența precoce*, de exemplu, nu se notează niciodată o completă dispariție temporară a simptomelor bolii. — deci nici de existența unui perfect interval lucid nu poate fi vorba. — În *paralizia progresivă*, luciditatea temporară variază ca durată, după însăși intensitatea tratamentului: foarte scurt la unii, intervalul lucid, la alții, poate fi dimpotrivă foarte lung (chiar câțiva ani). — În *mania depresivă* durata intervalului lucid e mare; în schimb această durată e mică în *formele de evoluție periodică sau circulară a turburărilor mintale*. — În *demența senilă* punerea diagnosticului și facerea prognosticului reclamă o deosebită pricepere și experiență, pentru că nu odată se vede un dement senil comportându-se, în realizarea proiectului său de căsătorie, ca un om aproape perfect sănătos.

III. DIVORȚUL

„Căsătoria e o cetățue asediată: acei cari sunt afară vor să pătrundă în interior, iar acei cari se află înăuntru, vor să iasă“. (Proverb chinezesc)

Oricare din soți poate cere divorțul, numai cu condițiunea să fie în deplina posesiune a facultăților sale mintale. După *Alexandresco*, chiar un interzis, atunci când se află într'un interval lucid mai lung, poate introduce acțiunea de despărțenie.

În ordinea în care sunt înscrise în codul civil motivele de divorț sunt: 1. adulterul (*art. 211*); 2. escese, cruzimi sau insulte grave (*art. 212*), violențe, asprime sau injurii grave (*art. 212*); 3. consimțământul mutual pe motiv că „viața în comun le este nesuferită” (*art. 214*); 4. acte prin cari unul din soți „a vrăjmășit viața celuilalt soț” (*art. 215*).

Orice motiv de divorț trebuie să fie preexistent introducerii acțiunii: „O acțiune de divorț nu poate să se întemeieze pe cauze ce s'au produs în urma introducerii ei” (*C. A., S. I. Iași, 1922*).

1. Adulterul

Proba medico-legală a adulterului se administrează în două ocaziuni: a) în caz de flagrant-delict; b) în orice altă fază a acțiunii în desfacere a căsătoriei.

A. Flagrant-delict

a) Soțul sau soția vinovată putând tăgădui natura raporturilor cu complicea sau complicele său, expertul poate demonstra consumarea delictului, dacă părtașii la actul incriminat îi sunt puși la dispoziție în astfel de condițiuni de timp și spațiu, ca ei să nu fi avut putința de a șterge urmele faptei. Va proceda la examinarea femeii și a bărbatului întocmai ca în caz de atentat la pudoare (*Vezi capitolul: „Diagnosticul atentatului la pudoare”, Vol. II*).

b) Dacă nu are putința acestui examen neîntârziat (atunci când e vorba de soția adulteră), expertul va examina pe soț și, găsimdu-l pe acesta în stare de imposibilitate fizică (impotență temporară din cauză de boală, accident, etc.), va aștepta epoca apariției primelor semne ale sarcinii, la femeea bănuită, când va proceda și la examinarea acesteia.

B. După introducerea acțiunii de divorț

Dovada medico-legală a adulterului o constituie:

a) Pentru femeie. — 1. *Sarcina*, în caz de imposibilitate neîndoioasă pentru soț de a fi autorul zămisirii (impotență caracterizată, chiar numai temporară; boală gravă excluzând posibilitatea îndeplinirii actului conjugal; absența soțului la epoca aproximativă a concepțiunii).

2. *Nașterea unui copil* în termenele cari permit bărbatului tăgada paternității (*art. 286 c. c. — Vezi capitolul „Tăgada paternității”, vol. II*).

3. *Asemănarea copilului cu complicele dovedit sau numai bănuit* (*Vezi „Tăgada paternității”*). Asemănarea aceasta poate da loc la o cauză de eroare, în primul an al căsniciei, atunci când soția bănuită nu mai era fecioară în momentul căsătoriei (soțul știind că a luat fie o văduvă, fie o femeie care mai înainte a trăit maritalmente cu altul sau cu alții). În cazul acesta semnele de asemănare

cu complicele prezumat se pot explica, printr'o impregnare anterioară căsătoriei. — impregnare oprită în primele săptămâni ale convinguturii legitime printr'un avort (fruct al raporturilor legitime, deci o superfetațiune ratată) luat drept o menstruație neregulată, o hemoragie uterină, după care prima concepțiune (cea anterioară căsătoriei) și-a reluat dezvoltarea firească.

4. *Constatarea unei boli venerice.* — Expertul va stabili: a) dacă aceeași infecțiune nu există și la soțul legitim; b) dacă infecțiunea există și la complicele prezumat; c) dacă apariția primelor stigmatate coincide cu epoca indicată a fi aceea a consumării adulterului; d) dacă infecțiunea nu e în realitate decât trezirea subită (dintr'o cauză extrinsecă sau intrinsecă) a unei vechi diateze a femeii.

* * *

Sarcina (cu eventuala naștere) și infecțiunea venerică pot fi datorite unei împrejurări independente de voința femeii, atunci când aceasta, într'una din condițiunile expuse la capitolul „Atentatul la pudoare”, a fost victima unui atare atentat.

În expertiza medico-legală se poate ivi împrejurarea ca nașterea, deși mărturisită de femeie ca rod al unei legături adulterine, să fie în realitate legitimă (*auto-acuzarea în perioada delirului puerperal*). Edificator e următorul caz citat de *Morache*: O tânără femeie (măritată de 6 ani) naște și, după câteva zile, declară soțului că nu e el tatăl copilului. Trec iar câteva zile și femeia revine asupra grozavei mărturisiri. Soțul cere divorțul, care-i e acordat de Trib. Auxerre. Femeia face apel și Curtea din Paris, pe baza expertizei care demonstrează că, în momentul auto-acuzației, femeia se găsea în plină criză a delirului puerperal, reformează sentința.

b) *Pentru bărbat.* — Proba adulterului se face prin constatarea unei *infecțiuni venerice* recente, deci care n'a existat înainte de introducerea acțiunii de divorț nici chiar sub forma unei dateze vechi, ulterior redeşteptată.

c) *Raporturile homo-sexuale* ale unuia sau celuilalt soț (soțul cu un alt bărbat, soția cu o altă femeie) nu constituie adulterul. Ar putea totuși fi o cauză de divorț, dacă raporturile acestea au îmbrăcat caracterul unui ultraj public contra pudoarei. În acest caz divorțul poate fi cerut pe motiv de insultă gravă (*art. 212 c. c.*), iar expertul poate fi chemat să examineze pe soțul vinovat și pe complicele său.

* * *

Adulterul, în afară de sancțiunea civilă a despărțeniei, are și una penală pentru soțul vinovat și complicele său -- *art. 269 c. p.*

Flagrantul-delict de adulter, consumat la domiciliul conjugal, e un motiv

de scuză legală a onorului săvârșit de soțul înșelat asupra complicei acestuia — *art. 253 c. p.*

Soțul înșelat poate cere și despăgubiri civile, prin aplicarea *art. 998 c. c.*

(În vechime și în evul-mediu, adulterul era pedepsit cu moartea femeii vinovate și a complicei ei. La Hinduși, legea lui Manu poruncește ca femeia să fie mâncată de câini, iar complicele ars de viu pe un pat de fier așezat deasupra unui rug).

2. Escese (violente), cruzimi, injurii grave

Înainte de a defini fiecare din aceste motive ținem să arătăm că, în aplicarea *art. 212 c. c.*, expertiza medico-legală are un vast câmp de investigațiune, după cum reiese din următoarea jurisprudență a instanței noastre supreme:

„*Termeni prin cari legea determină cauzele de divorț sunt generali, și astfel nici unul din faptele pe cari acești termeni le cuprind nu scapă de prevederile ei, afară numai când judecătorul fondului va aprecia, după diferite circumstanțe, că fapta pusă în judecată sa nu poate constitui veriuna din acele cauze*“ (*Cas., S. II, 16 Oct. 1871*).

Curtea de Casație statornicind că sferile noțiunilor de *escese* (violente), *cruzimi*, *injurii grave* nu se opresc decât la o anumită margine ce judecătorul fondului e suveran s'o fixeze, urmează că în primul loc e misiunea expertului de a lumina justiția asupra valorii faptului medical invocat de soțul care cere divorțul.

a. Escese-Violente

Definiția ne-o dă o decizie a Curții de Apel din București (1911):

„Prin cuvântul *escese*, cuprins în *art. 212 c. c.*, legiuitorul a voit a înțelege orice *acte de vrăjmășie, de violență, de furie sau de asprime*, cari întrec orice măsură și cari pot pune în primejdie sănătatea sau viața unuia din soți“.

1. Lovirea, rănirea cu urme constatate și cu indicarea gravității (consecințele actuale și complicațiunile eventuale). Felul de procedură a expertului l-am expus în vol. I. („*Expertizele*“ — „*Personana vie*“, pag. 555—557).

2. Sechestrarea, internarea abuzivă într-o casă de sănătate, provocarea mizeriei fiziologice — act de vrăjmășie.

3. Alcoolismul cronic — cauză de acte de violență, de furie, de vrăjmășie.

4. Disproporție între penis și căile genitale ale femeii: exercițiul dreptului marital implică pentru femei o gravă primejdie a sănătății și chiar a vieții.

5. Priapismul — cauză de periclitate a sănătății femeii, precum ninfomania e o primejdie pentru bărbat.

6. Sadismul („*Si les caresses du mari ont un caractère de violences, elles peuvent motiver la séparation*“ — *C. A. Rennes, 1891*).

7. Masturbația, fetișismul, masoșismul pot deasemenența consti-

tui un motiv valabil de divorț — căsătoria nepresupunând decât raporturi sexuale normale.

8. **Sodomia conjugală.** — Obligarea femeii la raportul pederastic, la coitul bucal, la cunnilingus e un esces caracterizat, pentru că legea nu impune soției decât o coabitare normală, iar nu și un act care „*adversatur fini naturali hujus copulae qui prolis est generatio; nec uxor ad similem copulam, sed ad solam copulam legitimam uxor est; vir non habet potestatem in uxoris corpus, ad quemquem usum, sed ad solum uxorium et legitimum*” (Sanchez: „De sancto matrimonii sacramento“).

Deaceea sodomia conjugală, chiar fără elementul agravant al violenței fizice, ci numai prin abuzul de ignoranța ori timiditatea femeii e calificat *atentat la pudoare* și pedepsit ca atare:

I. Tribunalul Senei (1880) și C. A. Paris (1881) au declarat că pederastia constituie un atentat la pudoarea soției; soțul, abuzând de naivitatea femeii, a convins-o pe aceasta că raportul sexual normal e coitul anal.

II. Curtea cu jurați din Paris (1850) a condamnat pentru atentat la pudoare cu violență pe soțul care a practicat coitul anal. Iar Curtea de Casație a respins recursul, în urma unui neîndurător rechizitoriu al procurorului general Dupin, care a încheiat cu aceste cuvinte: „*Si la pudeur de la femme mariée n'est pas la pudeur d'une vierge, ce n'est pas une raison pour de la femme mariée conserver une pudeur qui lui est propre et qui ne mérite pas moins d'être respectée*”. — De atunci, jurisprudența aceasta a rămas constantă în Franța.

Dar și la noi, art. 217 c. c. statuând că „dacă vreuna din faptele imputate de soțul care cere desfacerea căsătoriei va fi de natură a da loc urmării criminale din partea ministerului public, acțiunea despărțeniei se va suspenda până ce se va da hotărîrea Curții cu jurați”, — urmează că soțul poate face obiectul unei urmăriri și eventuale condamnări pentru sadism, pederastie, coit bucal. Aceste acte, conform art. 265 c. p., sunt considerate ca atentate la pudoare săvârșite cu violență și deferite Curții cu jurați, de oarece bărbatul intră în categoria persoanelor cari exercită o autoritate asupra femeii.

9. **Transmisiunea unei boli venerice,** chiar atunci când nu se poate face dovada adulterului (un sifilis preexistent, dar *tănuit* de soțul infectat în momentul căsătoriei și care, abea după trecere de vreme mai mult sau mai puțin îndelungată, se trezește).

I. Casația franceză (16 Februarie 1908) admite contaminarea sifilitică drept motiv de divorț, atunci când soțul știa că e atins de această boală și-i cunoștea natura contagioasă.

II. După noul cod penal spaniol „contaminarea între soți e urmărită de justiție la cererea părții contagiate”, iar pedeapsa e dela 2 luni și o zi la 1 an închisoare și amendă.

Și cum să nu pronunți divorțul, când însoțirea cu un sifilitic poate duce la o catastrofă fizică și morală ca aceea a cazului raportat de *Balazard*:

Un farmacist din împrejurimile Parisului își dă fata după un moșier care, a doua zi după nuntă, dispare, luând cu el zestrea, iar în schimb îi lasă femeii

o scurgere hlenoragică, o contagiune sifilitică, pediculi pubis și o sarcină a cărei ușurare se traduce printr'un copil eredo-sifilitic. Soțul a murit, după doi ani, de sifilis nervos; nu mult după aceea a murit și femeea de o complicație a sifilidului hepatic.

b. Cruzimi. — Injurie gravă

1. Impotența constituie o cruzime față de soțul potent:

I. „Când o femeie e lipsită de unul din avantajile principale ce oferă căsătoria, coabitațiunea (facerea de copii), ea e supusă unei suferințe continue, mult mai mare decât alte suferințe ce ar fi efectul unor alte cruzimi sau escese, ori injurii”. (*Cas., S. II, 1871*).

II. „Impotența trebuie privită ca o tortură fizică și morală, ca o cruzime la care expune pe soțul apt”. (*Trib. Courului, 1899*).

III. „Neputința unuia din soți, parțială sau totală, temporară sau perpetuă, ascunsă sau manifestă, deși nu e prevăzută în codul civil, e o cauză de divorț — cruzime față de soțul apt, expus din partea celui neputincios la turmente și suferințe morale și trupești și chiar la adevărate brutalități” (*Trib. Iași, 1890*).

Unele instanțe de fond au încercat să facă un *distinguo*: motiv de divorț numai atunci când impotența e anterioară căsătoriei (*C. A. Galați — 1901, C. A. București — 1901, Trib. Teleorman — 1901*). Dar li s-a opus jurisprudența Casației, care statornicește că neputința trupească e o cauză cuprinsă în termenii generici ai motivelor de divorț:

„...*Deci violează art. 212 c. c. Curtea care respinge cererea de divorț, pe motivul că, după interpretațiunea ce face într'un sens general articolului 212, crede că neputința bărbatului nu intră în nici unul din cazurile determinate de lege*”. (*Cas., S. II, 16 Oct. 1871*).

Impotența, ca motiv de divorț, e admisă și în dreptul roman (din inițiativa lui Justinian). În evul-mediu, „proba congressului” hotăria de temeinicia plăngerii femeii („*Idolo esse mater, idolo procreare liberos, sed vir quem accepi est naturae frigidae et non potest illud facere propter quo illum accepi*”). — Codul civil german (*art. 1573*) desemnează indirect impotența, atunci când edictează că „divorțul poate fi cerut de acela dintre soți care, contractând insoțirea, a făcut eroare de persoană sau de cutare *particularitate* care, de a fi fost cunoscută de el, l-ar fi împiedicat de a contracta căsătoria”.

Drept argument în sprijinul alegațiunii de impotență a bărbatului, femeea invoacă adesea virginitatea ei intactă. Am văzut, însă („Atentatele la pudoare — coit cu himen intact”) că din starea membranei nupțiale nu se poate trage o concluzie dirimantă. Nici chiar vaginismul nu poate fi invocat drept o dovadă a imposibilității raportului sexual, pentrucă intromisiunea e realizabilă, atunci când soțul procedează cu oarecare delicatețe, atenuând acuitatea durerilor, îndeosebi când himenul e de o conformație complezantă. — Soțul, din contră, ar putea cere divorțul pe motiv de imposibilitate a desvirginării, din cauza unei conformații anormale a organelor genitale. — conformație nesusceptibilă de ameliorare pe cale de intervențiune chirurgicală.

În practica noastră medico-legală am avut de foarte multe ori prilejul de a constata atari anomalii constituționale: în ciuda repetatelor încercări ale bărbatului, copulațiunea n'a putut avea loc și astfel femeia a rămas virgină. Singur medicul-expert desemnat de justiție are calitatea de a atesta imposibilitatea fizică a cohabitării iar certificatul are putere probatorie întru susținerea acțiunii de despărțenie introdusă de soț.

Impotența figurează printre cauzele de divorț determinate de lege în Bulgaria, Grecia, Italia, Noua-Zelandă, Uniunea Africii-de-Sud. — Codul civil austriac (*art. 109*) și cel german (*art. 1568*) admit impotența ca motiv legal al separațiunii de corp care, în definitiv, nu e decât un divorț deghizat (după un anumit termen, separațiunea accasta putând fi transformată, într-una definitivă, cu toate efectele ei civile). Separațiunea de corp există și în Franța, dar la noi ea nu poate fi acordată nici chiar streimilor căsătoriți sub imperiul legii din țara respectivă, unde această formă de divorț temporar e codificată.

Prin impotență nu se înțelege numai inexistența raportului sexual, ci și *sterilitatea* (femeii sau bărbatului). „Proba congresului” nu era concludentă dacă bărbatul se dovedea apt pentru actul coital, ci în afară de realitatea întromisiunii penisului, se mai cerceta „*an fuisset emissio*” (chestiunea aspermatismului), *ubi* (chestiunea dispermatismului) *quid et quale emissum* (calitatea lichidului seminal: absența eventuală a spermatozoizilor). — Lipsa uterului (organul de fecundare și de gestațiune), hotărâște o decizie a Curții italiene, e un motiv de divorț.

Hermafroditismul pronunțat implicând în genere impotența, această malformațiune a aparatului genital e o cauză de divorț, atunci când ea n'a fost admisă ca una de nulitate.

2. Cruzime mai e și *frigiditatea, coitul intrerupt sau refuzul permanent al femeii* de a se achita de *debitum conjugale* (fără un motiv binecuvântat), după cum tot cruzime e și *neglijarea femeii de către soț*.

În jurisprudența franceză această atitudine a bărbatului e calificată injurie gravă („*Le mépris ou l'indifférence du mari peut constituer une injure grave*”). (Curțile de Apel din Metz — 1869, Bordeaux — 1870, Aix — 1876). — În acelaș sens se rostеше și Curtea de Apel din București: „Când din *atitudinea* soților și din împrejurările cauzei rezultă că viața în comun a devenit imposibilă, urmează a se pronunța divorțul” (C. A. București, 1919).

3. Cruzime poate fi considerată și impunerea raportului sexual din partea soțului atins de o *boală de piele respingătoare cronică*.

4. *Boală generală gravă a unuia din soți*. — Nu numai e o cruzime, din partea soțului bolnav, de a impune actul conjugal soțului sănătos, dar e și în interesul societății de a nu se periclita vitalitatea progeniturii. Considerațiunea de apărare a sănătății soțului indemn și preocuparea de a se asigura societății generații cu vigoare

trupească și sufletească se oglindește în proiectul de lege din inițiativă parlamentară (depus, pe biroul Camerei franceze de deputatul Boussenot), pentru lărgirea cadrului motivelor de divorț.

Edictând că „soții își datoresc unul altuia credință, sprijin și ajutor“ (art. 194 c. c.), legiuitorul n'a putut înțelege să transforme căminul conjugal într'o baracă de lazaret, iar pe soți în infirmieri pe viață. Și cu atât mai puțin a putut înțelege ca, prin intangibilitatea legăturii căsătoriei, să înzestreze societatea cu un contingent de copii meniți decreștitudinii și morții.

5. **Nevrozele.** — Tănuirea lor, dacă n'a format obiect de cerere în nulitate, poate oricând constitui un motiv legal de divorț, pentrucă e a supune pe soțul sănătos la un traiu de cruzimi morale (uneori și la acte de violență), obligându-l la o conviețuire permanentă cu un nevrozat.

a, **Epilepsia.** — Nu numai considerațiunea morală a fenomenelor epileptoide, dar și primejdia fizică pentru soțul indemn și copii îndreptățesc divorțul. Victimele crimelor comise de epileptici sunt în genere soția și copiii. (Epilepticul, pradă a unor halucinații sensoriale, sclav al unei obsesiuni, sub imperiul impulsunii subite, tiranice, lovește, sugrumă pe cei cari în acel moment se găsesec în preajma lui). — *Idiozia epileptică, perioadele de delir* (alienație transitorie) justifică divorțul.

b) **Histeria.** — mai frecventă la femei — dacă nu se manifestă prin accese de violență, îmbracă forma ninfomaniei acute. Și atunci bolnava are, *inconștient, raporturi adulterine*: starea aceasta de inconștientă înlătură *adulterul* ca motiv de divorț, dar despărțenia poate fi pronunțată pentru *injuria gravă adusă soțului*.

Literatura medico-legală abundă în exemple de crime și de adulter la activul histeriei:

I. O femeie măritată întâlnește din întâmplare un student, face cunoștința lui: acesta, în glumă, îi propune să-l însoțească. Histerica se duce cu el la gară, se urcă în tren și rămâne cu dânsul timp de câteva zile, după care studentul o sfătuește să se întoarcă acasă, deoarece el a luat acceptarea ei drept un capriciu, după cum capriciu fusese și din partea lui. Furioasă, histerica pleacă, dar îl pândește în stradă și descarcă în el un revolver cu care se înarmase (*Morache*).

II. Dacă soțul îi face imputări, tot histerica e aceea care se consideră jignită și insultă, lovește pe bărbatul ultragiat în cinstea conjugală, îi face viața amară. Deși, de regulă histerica amenință cu sinuciderea, dar cu adevărat desperarea incolțește în sufletul bărbatului: „*La femme hystérique menace de se suicider, mais c'est son mari qui se tue*“ (Lasègue).

III. Histerica e răsbunătoare contra soțului care nu i tolerează viața dezordonată — și atunci inventează deliecte și crime pe seama nenorocitului. 1. O histerică acuză pe soțul ei de omor, cu transportarea în ascuns a cadavrului. Instrucțiunea ordonă o serie de desgroări în locurile indicate de histerică, până se dovedește minciuna. — 2. O doamnă din înaltă societate spaniolă, din răsbunare c'a fost internată, formulează o serie de acuzațiuni teribile împotriva soțului, a fratelui ei și acelor trei medici cari au conchis la necesitatea izolării histericei. Acuzațiunea e atât de meșteșugit clădită, că toți preveniții sunt condamnați la pedepse variind între 18 și 20 ani. Societatea medico-patologică intervine: o consultațiune, semnată de Loiseau, Legrand du Saulle și Brière de

Boismont, stabilește în clip neîndoios *nebulna histerica* a femeii și numai astfel se obține revizuirea și reabilitarea celor cinci victime ale histericei. — 5. O histerică — atinsă de mania erotică — e internată în urma cererii soțului. Liberată, se răsbună printr-o campanie de defăimare care se'ncehe prin îndepărtarea soțului dintr'un înalt post administrativ. Soțul se sinucide, iar histerica e în urmă definitiv închisă ca alienată incurabilă (*Morache*).

6. **Alienația mintală**, neindicată ca atare în art. 212, se cuprinde totuș în termenii generali: escese, violență, cruzimi, injurii grave, cu toate că, după unii comentatori, „alienația mintală n'ar putea fi motiv de divorț decât în cazul când ea e datorită alcoolismului sau stupefiantelor“. O astfel de interpretare e o adevărată aberațiune: admiți divorțul atunci când poți face soțului o culpă din provocarea voluntară (conștientă ori inconștientă) a alienației; nu-l admiți, atunci când boala e consecința unei infecțiuni sifilitice sau desnodământul unui proces patologic ereditar!... Legiuitorul n'a înțeles să facă din soțul sănătos un gardian de balamuc, nici să-l osândească de a-și lăsa numele și averea unei progenituri degenerate. Dar alienația mintală ca motiv de divorț e formal indicată în codul civil german, bulgar, danez, grec, italian, suedez, elvețian, ceho-slovac, sud-african, monegasc.

În Franța tribunalele acordă divorțul pe motiv de alienație mintală, dar numai pe cale tangențială, adică reținând efectele cauzei: lovire, atentat la viață, traiu destrăbălat, adulter. Două pilde spicuite în jurisprudența franceză, prin care se consfințește cecace am putea numi hipocrizie legală:

a) „Considerând că fără a fi nevoit să aprofundeze dacă, înainte și după aceste cruzimi și chiar în momentul în care ele au fost executate, judecata lui B. a fost intactă, tribunalul nu poate să nu recunoască faptul că natura și cauza acestor cruzimi trebuie să înlăture orice idee de siguranță suficientă pentru doamna B. în viața comună cu soțul ei și deci fac imposibilă cohabitarea cu el“. (C. Paris, 1828).

b) Curtea de Apel din Paris (1880) acordă separațiunea de corp și de bunuri, pe motiv că „alienatul, comițând actul pentru care se cere despărțenia, după liberarea lui din balamuc, era conștient și deci responsabil de faptele sale“.

Pentru înlăturarea acestei casuistice, s-a pornit în Franța, din inițiativa parlamentară, o acțiune de înscriere a alienației mintale printre motivele esențiale de divorț. (Proiectele de lege succesiv depuse de Cruppi, Maurice Violette, Maurice Colin și, mai recent (1925), Palmade-Andrée Hesse). După proiectul depus de aceștia din urmă, divorțul urmează să fie pronunțat, dacă alienația mintală, de o durată de cel puțin 3 ani confirmată prin certificat de internare, e dovedită incurabilă. Vom observa că incurabilitatea nu poate fi un criteriu, pentrucă s-au văzut cazuri de paranoia vindecată după 5, 10, 15 și chiar 20 ani. *Wagner-Jauregg* a observat vindecarea unei psychoze (grupa mania depresivă) abea după 7

ani. Termenul de 3 ani — care există și în legislația germană — e mai mult ca suficient, pentru că altfel ar însemna să osândești soțul sănătos la o tortură fără sfârșit, invocându-se probabilitatea unei restabiliri după un nedefinit număr de ani.

Dar în favoarea tezei noastre pledează și o considerațiune de simplu bun simț. De vreme ce codul (*art. 162*) consideră nulă căsătoria pătată prin vicierea libertății consimțământului (și tribunalele admit smintirea ca o cauză de viciere), de ce să declari indisolubilă o unire, numai pentru faptul că soțul n'a introdus acțiunea în nulitate în termenul de 6 luni dela constatarea alienației mintale?

Divorțul se impune, indiferent dacă alienația mintală are o origine traumatică, ori una infecțioasă (sifilisul).

C. Insultă gravă

În atari cazuri, justiția poate cere expertului să se pronunțe asupra stării mintale (existența unei psycho-nevroze la soțul vinovat).

5. Consimțământul mutual

„Consimțământul mutual și stăruitor al soților“ e considerat de lege ca „dovadă îndestulă, că viața în comun le este nesuferită și că în privința lor este o cauză peremptorie de despărțenie“ (*art. 214 c. c.*). Codul face însă două restricțiuni: a) *vârsta* — bărbatul cel puțin 25 ani, femeia minimum 21 (*art. 254 c. c.*) și maximum 45 ani (*art. 256 c. c.*); b) *durata căsniciei* — cel puțin 2 ani (*art. 255 c. c.*) și cel mult 20 ani (*art. 256 c. c.*).

Judecătorului îi ajunge *stăruința* ambelor părți, pentru a se pronunța divorțul, chiar dacă substratul nu e decât suprasaturația reciprocă („*Le mariage doit incessamment combattre un monstre qui dévore tout: l'habitude*“ — Balzac). Judecata are însă dreptul și datoria de a se informa despre libertatea acestui consimțământ, în ce privește pe fiecare din soți. După cum are dreptul și datoria (prin aplicarea *art. 260 c. pr. c.*) de a se informa despre existența liberului-arbitru la fiecare din soții cari fac declarația de retragere a acțiunii de divorț.

4. Soarta copiilor

Copiii se încredințează soțului în favoarea căruia s'a rostit divorțul, dar ei pot fi încredințați și celuilalt soț sau unei terțe persoane, la cererea motivată a familiei sau a ministerului public (*art. 282 c. c.*). Această cerere putând fi întemeiată pe rațiune de psycho-nevroză, alienație mintală, boală contagioasă, justiția recurge la luminile medicului-expert pentru examinarea temeiniciei cauzei invocate.

„Dacă e alienat sau vicios soțul, căruia i s'au lăsat copiii, poate fi deposedat de autoritatea părintească și copiii trecuți celuiilalt soț”. (Cas. 1905).

5. Remăritarea femeii despărțite

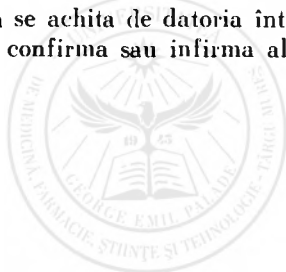
„Femeea despărțită nu va putea trece în altă căsătorie decât după 10 luni dela despărțirea ei sau dacă a făcut cererea de părăsire a domiciliului conjugal, după 10 luni dela data hotărârii, care i-a admis această cerere. *afară de cazul când femeea a născut în acest interval*” (art. 278 c. c.).

Această din urmă constatare de fapt se bizue pe expertiza medico-legală.

6. Procedura acțiunii de divorț

Art. 218, 244, 260, și 276 impunând prezența părților, fie la introducerea acțiunii, fie în cursul judecății, eventuala absență nu se poate justifica decât cu un certificat medico-legal.

Un examen medico-legal mai e impus de art. 241: perioada de incercare, în timpul căreia soția poate fi autorizată a părăsi domiciliul conjugal, cu obligația pentru soț de a i servi o pensie alimentară. Dacă soțul invoacă o infirmitate care l-ar face inapt de a munci și deci de a se achita de datoria întreținerii femeii, o expertiză medicală va confirma sau infirma alegațiunea bărbatului.



CAP. X

SARCINA

„Nunquam magis periclitatur fama medici quam de graviditate determinanda.

VAN SWIETEN

Diagnosticul medico-legal al sarcinii e de o însemnătate covârșitoare, pentrucă pe deoparte sunt împrejurări în cari el interesează săvârșirea unora dintre cele mai caracterizate acte ale vieții civile, cu repercusiuni hotărâtoare, iar pe de alta e necesar pentru stabilirea unor răspunderi, în civil și în penal, mai ales că sunt și cazuri de sarcini simulate ori sarcini închipuite.

Expertiza medico-legală a sarcinii poate deveni necesară pentru aplicarea următoarelor dispozițiuni:

În civil: 1. *dispensa de vârstă la căsătorie* — art. 127 c. c.; 2. *caducitatea cauzei de nulitate a căsătoriei* — art. 167 c. c.; *cauză de divorț* — art. 211 c. c.; *filiațiunea paternă* — art. 286—289, 292, 301—303 c. c.; *excepțiunea pentru cercetarea paternității* — art. 307 c. c.; *despăgubiri civile pentru femeea sedusă și rămasă grea* — art. 998 c. c.; *filiațiunea maternă* — art. 308; *filiațiunea paternă și maternă în caz de bigamie* — art. 183 și 184; *filiațiunea copiilor naturali* — art. 304—306; *capacitatea de moștenire a copilului conceput* — art. 654 și 808 c. c.; *anularea donațiunilor între vii, când femeea legitimă rămâne însărcinată* — art. 829, 836 și 837 c. c.; *anularea adopțiunii* — art. 309 c. c.; *drepturile copilului conceput la succesiunea părintelui declarat absent* — art. 106 c. c.; *pedică temporară la recăsătorirea văduvei prin divorț ori deces* — art. 210 și 278 c. c.; *drepturile la moștenirea maternă ale copilului natural nerecunoscut* — art. 652 și 677 c. c.

În penal: 1. *substituirea de copil în caz de simulare a sarcinii* — art. 275 c. p.; 2. *urmările răpirii unei minore* — art. 281—283 c. p.; 3. *dovada adulterului* — art. 269 c. p.; 4. *dovada bigamiei* — art. 271 c. p.; 5. *urmările atențatului la podoare* — art. 265—266 c. p.; 6. *urmările ademenirii unei fecioare* — art. 267 și 268 c. p.; 7. *constatarea sarcinii în caz de denunț că ar exista sau a existat o tentativă de abort criminal, fie că femeea e încă în viață, fie că murit* — art. 246 c. p.; 8. *constatarea sarcinii în caz de denunț că ar exista intențiunea de pruncucidere* — art. 250 și 252 c. p.; 9. *constatarea sarcinii în caz de lovire ori rănire care ar putea avea de urmare avortul* — art. 240 c. p.; 10. *stabilirea turburărilor năntale uneori consecutive sarcinii* — art. 57 c. p.

1. SARCINI ANORMALE

Diagnosticul sarcinii mai e necesar pentru preîntâmpinarea cauzelor cari o pot întrerupe, pentrucă, după cum am arătat, la capitolele concepțiunii și nașterii (vezi vol. II), sunt cazuri în cari

femeea ignorează starea ei de graviditate, nu numai în primele luni ale gestațiunii, dar chiar până la pronunțarea durerilor.

1. Balthazard a văzut o infirmieră la care, dimineața, s'a pus diagnosticul unui kist al ovarului, iar după amiazi a născut un copil la termen. — 2. *Brouardel*, chemat pentru o „criză de colici hepatice” la o femeie care de zece luni își alăpta copilul, ajunge tocmai la timp... spre a o moși. — După *Remfry*, proporția femeilor cari, deși alăptează și sunt nemenstruate, și totuși pot rămâne grele, e de 6 la 100. — 3. *Tanner*, consultat de o femeie, care se credea intrată în menopausă, asupra unor dureri vii, diagnostichează o enterită — care puțin în urmă se traduce prin... nașterea unui copil la termen.

În afară de fecundările anormale (vicii de conformație ale genitalelor femeii, ovulație fără menstruație — adică sarcină la o femeie care n'a fost de loc menstruată — vezi studiul potenței și impotenței, vol. II), literatura medico-legală cunoaște un mare număr de sarcini tardive. Statistica lui *Newerman* înregistrează la 10.000 sarcini: 101 la 41 ani; 115 la 42; 70 la 45; 58 la 44; 45 la 45; 12 la 46; 15 la 47; 8 la 48; 6 la 49; 9 la 50 și 12 la 51—55 ani. — *Geyl* notează sarcini și peste 55 ani, iar *Kennedy* a observat 7 sarcini între 47 și 62 ani.

2. SARCINA IMPOSIBILĂ SAU APROAPE IMPOSIBILĂ

(Pentru detalii și excepții, vezi: vol. II, capitolul „Paternitatea și Maternitatea” — „Impotentia concepiendi”).

- a) *Tratamentul intensiv cu razele X.*
- b) *Mizeria fiziologică.*
- c) *Salpingita dublă, sifilisul: sterilitate frecventă.*
- d) *Tuberculoza genitală, interesând cele două trompe, e mai întotdeauna o cauză de sterilitate.*
- e) *Myxoedemul: mai întotdeauna o cauză de sterilitate.*
- f) *Tabesul: frecvența sterilității de 3 ori mai mare decât la o femeie netabetică.*
- g) *Morbul lui Graves-Basedow: sarcină puțin frecventă.*
- h) *Viciile de conformație ale genitalelor externe (sunt și excepții).*
- i) *Cauze uterine: absența ori atrofia uterului; imperforarea ori atrezia colului; deplasarea uterului; cancerul și fibromul uterului; catarul acut al mucoasei uterine; impermeabilitatea trompelor: aplicarea permanentă a pesarelor.*
- j) *Cauze ovariene: absența congenitală ori dobândită a ovarelor; tumori ovariene; atrofia ovarelor cu distrugerea foliculilor lui Graaf.*
- k) *Lepra e o cauză de sterilitate în 70% din cazuri (Jeannin-Ecalte).*

l) *Saturnismul femeii* e o cauză frecventă de sterilitate (*Balland*).

m) *Diabetul* e, în majoritatea cazurilor, o cauză de sterilitate (din 327 diabetice, numai 31 au rămas însărcinate — *Von Noorden*).

n) *Paralizia progresivă*: numai în cazuri excepționale se înregistrează sarcina (*Jeannin-Ecalle*).

3. SEMNELE SARCINII

Pentru cele două perioade distincte ale sarcinii (primele 4 sau 4 și jumătate luni solare și ultimele 4 și jumătate sau 5 luni solare) diagnosticul sarcinii e bazat pe un mănunchiu de semne — subiective și obiective — notate atât la mamă cât și la rodul concepțiunii. După valoarea lor diagnostică, simptomele acestea sunt ori de probabilitate ori de certitudine.

I. Semnele subiective

a) *Suprimarea menstruației* nu e, precum am văzut, un semn de certitudine, pe deoparte pentru că femei niciodată menstruate sau unele la cari menopauza pare a fi deacum instalată pot deveni gravide; pe de alta, pentru că se observă hemoragii pseudo-menstruale și în timpul unei sarcini reale. Aceste *hemoragii ale gravidității* — cum le numește *Pock* (1916) — pot fi chiar confundate cu fluxul catamenial în primele 3—4 luni ale sarcinii.

b) *Turburările simpatice* (simptomele modificărilor organismului femeii sub influența gestațiunii) cari sunt de origine digestivă, endocriniană, nervoasă și urinară (*Cathala*).

1. *Turburările digestive* (încep pela sfârșitul lunii întâia și persistă până la sfârșitul lunii a patra sau chiar și în cursul primei jumătăți a lunii a 5-a, când femeia începe să simtă mișcările fătului) se caracterizează prin: *greață, salivăție, vărsături* (dimineața la sculare, în timpul mesei sau imediat după masă, la 30% dintre gravide — *Schickelé*), *anorexie* (care, cu rare excepțiuni dispare în a 2-a jumătate a sarcinii, făcând loc chiar unui apetit exagerat, *constipație* (care e frecventă în ultimele săptămâni mai ales la primipare). Turburările acestea dispar de obicei progresiv, uneori brusc: numai excepțional *vărsăturile* persistă peste luna a 5-a și chiar până la sfârșitul gestațiunii.

2. *Turburările nervoase: depresiunea funcțională generală, impresibilitate, iritabilitate, migrene, amețeli, lipotimie*, uneori și *insomnie, obsesiuni-impulsiuni, gusturi bizare, repulsiuni ori preferințe pentru anume alimente*. — Olfacțiunea abea modificată. Vederea și auzul neinfluențate. Sensibilitatea tactilă e uneori micșorată. — *Turburările nervoase, caracteristice primei jumătăți a gestațiunii, reapar uneori în ultimele luni ale acesteia.*

3. *Turburările urinare* în diversele forme pe cari le-am descris (Vezi: cap. „Simularea”, vol. II).

c) *Perceperea mișcărilor active ale fătului* — mișcări pe pe cari rareori mama le simte înainte de fârșitul lunii a 4-a. Sem-

nul acesta subiectiv poate să nu aibă nici o valoare, deoarece, în psihoza gestațiunii, avem de multe ori a face cu o simplă iluziune. Apoi, mișcările active ale fătului pot rămâne neînregistrate de gravidă în tot cursul sarcinii, atunci când există: o anestezie a peretelui abdominal, hydramnios sau lichid ascitic interpus între uter și peretele abdominal (*Cathala*).

d) **Înțepăturile, furnicăturile mamelor** simțite mai ales de primipare.

II. Semnele obiective

A. În prima jumătate a sarcinii

a) **Glandele mamare.** — 1. *Volumul mărit*, pielea întinsă (uneori cu vergeturi), vinele subcutanate umflate și mai aparente (desinând, sub piele, rețeaua lui *Haller*). — 2. *Mamelonul*, mai sensibil și mai erectil, e de o colorație mai închisă. Prin presiune (uneori chiar dela luna a 2-a) se obține o picătură de colostrum. — 3. *Areola* se pigmentează tare (mai ales la femeile oacheșe) și e sediul unei infiltrațiuni edemațioase. Apariția unei *areole secundare* — o zonă de lărgime variabilă presărată cu mici pete albe rotunde — numită și *areola tigrată* (care, după *Cathala*, nu se notează decât în unul din 20 cazuri de sarcină).

b) **Abdomenul.** — Bombarea lui fiind în funcțiune de creșterea uterului gravid, boltirea abdominală în porțiunea sub-ombilicală nu poate fi notată decât abea cu începerea lunii a 4-a, pentru că până atunci uterul, deși cu volumul mărit, încă n'a depășit cavitatea pelviană. Dar și în luna a 4-a bombarea poate trece neobservată la o femeie grasă.

c) **Varicele:** desvoltarea sau exagerarea varicelor membrilor inferioare.

d) **Organele genitale externe** se observă frecvent tumefiate, cu varicozități sau chiar cu varice foarte desvoltate. Semnul lui *Jacquemin*: colorația violacee sau ardoazată a mucoasei vaginului.

e) **Uterul gravid.** Acesta se deosebește prin particularități de volum, formă, consistență și direcțiune.

1. **Volumul.** — Uterul negravid are, după măsurătorile lui *Cazeau*, următoarele dimensiuni: diametru vertical 6–7 cm., diametru transversal 4.5 cm., diametru antero-posterior 2.5 cm. — *La finele lunii 1-a*, uterul gravid e cât o mandarină; *la sfârșitul lunii a 2-a*, cât o portocală; *la sfârșitul lunii a 3-a*, cât un cap fetal; *la sfârșitul lunii a 4-a* cât un ou de struț (*Maygrier*). — *Bucura* (1928) indică următorul semn palpatoriu, în perioada din a 4-a și a 6-a săptămână dela începutul ultimei menstruații: o micșorare a volumului uterului, care dă impresia unei hipoplazii tipice.

2. **Forma.** — Din turtit ce era înainte de sarcină uterul devine mai întâiu piriform, apoi globular. Uneori se notează o asimetrie, care însă dispare pe

măsură ce oul se dezvoltă și de obicei uterul redevine sferic la sfârșitul lunii a 4-a. — Colul își păstrează tot timpul forma tubulară, formând un unghiu cu corpul uterului.

3. **Consistența** e un semn de o valoare considerabilă (*Cathala*): moale, ca o smochină pe jumătate coaptă (*Bonnaire*).

4. **Direcția**. — În măsura în care i se mărește volumul, uterul se îndreaptă și se înalță în cavitatea abdominală, dinapoia peretelui abdominal.

* * *

Toate aceste caractere ale uterului gravid se identifică, pe femeea vie, prin palparea abdominală, prin tușeu vaginal și prin ambele simultan.

I. **Palparea abdominală**. — 1. În prealabil se evacuează bășica udului și apoi, cu extremitatea degetelor sau cu marginea cubitală a mâinii, se comprimă încet peretele abdominal deasupra pubisului. Uterul se diferențiază de ansele intestinale (în mijlocul cărora se găsește), prin consistența lui mai fermă.

2. În primele 7 săptămâni, palparea e o indicație nulă, pentru că în toată această epocă uterul rămâne încă în întregime prins în escavația pelviană.

3. Fundul uterului nu devine perceptibil decât abea la sfârșitul lunii a 2-a solare, când debordează ușor arcul anterior al basinelui. Paralel cu dezvoltarea uterului, arcul acesta se înalță, iar la finele lunii a 4-a atinge nivelul ombilicului.

4. Din cauza grosimii pereților uterului în primele 4 luni ale sarcinii, palparea abdominală nu permite și o apreciere a conținutului organului (*Cathala*).

II. **Tușeul vaginal** nu servește, în definitiv decât la constatarea modificărilor suferite de colul uterin și cari se reduc la o ușoară retroflexiune a acestuia, care, la sfârșitul lunii a 4-a, se îndreaptă puțin.

Ramolirea colului nu e un semn peremptoriu al sarcinii, deoarece această particularitate se notează și în afecțiuni uterine și peri-uterine, îndeosebi în zilele ce preced apariția menstruației.

III. **Palparea abdominală și tușeul vaginal, simultan executate**. — 1. Femeea, desbrăcată până la piele și după ce în prealabil a fost pusă să urineze, e culcată pe spate (cu pumnii sub șezut sau cu acesta pe o pernă, spre a se înalța puțin basinel), cu capul puțin înălțat, cu membrele inferioare în flexiune și cu genunchii depărtați. Examinata e pusă să respire tare.

2. Medicul, fără a atinge perineul, introduce indexul și mediusul mâinii drepte (îmbrăcată cu o mănușă sterilizată) în vagin și-l explorează până dă de col. Cu mâna stângă în regiunea hipogastrică exercită o presiune ușoară asupra peretelui abdominal și, la fiecă respirație a femeii, înaintează, în căutarea corpului uterin.

3. Cu degetele cari explorează colul și cu mâna stângă apucă corpul uterului, pentru a-i aprecia volumul, forma, consistența și direcția.

4. Apoi caută să identifice existența contracțiilor uterine — unul din semnele cele mai importante —, cari se provoacă fie prin fricționare, fie prin ușoara malaxare a uterului.

5. Semnul lui *Hegar*: o mare compresibilitate a corpului uterin în zona care se găsește la 2—5 mm. deasupra colului; posibilitatea ca, prin palparea abdominală și tușul vaginal, să se creeze o cută transversală în peretele anterior al uterului (în cel posterior, în caz de retroflexiune a uterului gravid).

6. Semnul lui *Holzappel*: Cu cele două degete ale mâinii drepte pe orificiul extern al uterului și cu mâna stângă pe fundul uterului (în explorarea exterioară a abdomenului) se comprimă ușor uterul: dacă e gravid, uterul se lasă comprimat și rămâne fixat în acest clește; dacă, dimpotrivă, nu e gravid, uterul scapă compresiunii, așa cum ar țâșni un sâmbure de cireasă prins între degete (*Cathala*).

f) **Auscuțația uterină prin abdomen.** pentru perceperea bătăilor inimii fătului, nu poate avea nici o valoare indicativă în primele 4 luni ale sarcinii (*Cathala*). E adevărat că inima embrionară intră în acțiune spre sfârșitul lunii întâia, dar bătăile inimii fetale nu pot fi percepute decât abea după a 18-a sau a 20-a săptămână a gestațiunii (*Schickelé*). Să notăm că *Sarwey* pretinde, că, în condițiuni de examinare excepțional de favorabile, o ureche fină poate înregistra aceste bătăi, începând dela a 15-a săptămână.

g) **Mișcările active ale fătului** se pot nota, prin auscuțație directă, începând cu săptămâna a 16—a (*Schickelé*), sau abea la sfârșitul lunii a 4-a (*Cathala*).

La palparea abdominală se înregistrează, timp de 1—2 minute, zguduirii ritmice.

h) **Zgomotele suflului uterin** nu se înregistrează decât excepțional înainte de luna a 4-a.

Maygrier a avut ideea auscultării prin vagin, cu ajutorul unui stetoscop cudad, construit după indicațiile lui *Nauche* și numit *metroscop*.

B În a doua jumătate a sarcinii

a) **Habitusul femeii.** — 1. *Atitudinea cambrată* datorită bombării abdomenului.

2. *Masca sarcinii*: fața palidă, puțin bugedă, obosită, iar în ultimele luni apar petele pigmentate (efelidele). Pigmentația aceasta, de culoare gălbue, e mai pronunțată pe părțile expuse la

soare: fruntea, partea de sus a obrazilor, buza superioară, mai puțin cea inferioară: bărbia rămâne deobicei neatinsă. — Mai accentuată la blonde, masca sarcinii dispare îndată după facere. — Pete mai mari se notează pe piept și brațe. Pigmentație se observă și pe cicatrice, vulvă și perineu.

b) **Mamelele.** — 1. După ce a scăzut puțin pe la 4 luni și jumătate, *volumul glandelor mamare* crește din nou, iar vergeturile se accentuează și mai mult, îndeosebi în ultimele săptămâni.

2. *Pigmentația sfârcului și a areolei* e mărită.

3. *Secrețiune frecventă de colostrum.*

c) **Abdomenul** (Se examinează: grosimea, rezistența, tensiunea și sensibilitatea peretelui abdominal).

1. *Volumul:* la început localizată în regiunea hipogastrică, bombarea câștigă treptat teren, până ajunge la baza toracelui.

2. *Vergeturile — striae gravidarum* — sunt tot mai pronunțate, paralel cu creșterea volumului. Vergeturile, cari au aspectul unor cicatrice superficiale ale pielii, sunt dispuse de o parte și de alta a liniei mediane și sunt orientate sau concentric în jurul ombilicului, sau în formă de evantai (unele pornind dela simfiză, iar altele reslirate pe zonele declive ale pereților abdominali). Proaspete, au o colorație rozată; vechi, sunt de un alb lucitor. Prezența vergeturilor — observă *Schickelé* — nu e decât un semn de o valoare relativă a sarcinii.

3. *Linia brună — linea fusca* (de culoarea șocoladei, uneori chiar neagră), care apare dela a 4-a lună, se tot lărgeste până la termenul sarcinii (ajunge la 4—5 mm. la primipare, 6—8 mm. la multipare). După cum linia aceasta poate lipsi la marile multipare, tot așa ea poate exista și în afară de sarcină (în unele afecțiuni ginecologice, îndeosebi cele însoțite de amenoree). — *Linia brună* (care, după *Lehmann*, atunci când e de nuanța sepiei sau a șocoladei, e un semn sigur al sarcinii) dispare abea după 10 luni dela facere.

d) **Organele genitale externe.** — 1. *Mai pigmentale și mai vascularizate* ca în prima jumătate a sarcinii. — 2. *Scurgerile leucoreice*, mai abundente, provoacă uneori un edem vulvar și un eritem al vulvei și al părții superioare a coapselor. — 3. *Varicele* existente sunt voluminoase.

e) **Sistemul cardio-vascular.** — 1. *Inima.* — După *Schickelé*, se notează o augmentare a matității, datorită fie unei hipertrofii cu dilatație, fie numai dilatației. — La sfârșitul sarcinii, inima e ușor deplasată. Inima suferă o deplasare în sensul unei mișcări de basculă, care interesează numai vârful.

2. *Dilatația vaselor* e considerabilă către sfârșitul sarcinii, îndeosebi la multiparele cari suferă de varice: acestea devin enorme

la membrele inferioare, iar în partea superioară a corpului se notează umflarea jugularelor (în proporția de 1 la 5 gravide — Budin).

5. *Tensiunea arterială și pulsul* nu suferă nici o modificare apreciabilă.

4. *Edem* mai pronunțat la membrele inferioare, în ultimele săptămâni ale gestațiunii.

f) **Aparatul digestiv.** — 1. *Hiperemia gingiilor* (la unele femei) care poate avea și un caracter de hipertrofie (Pinard).

2. *Stomacul* basculează în jurul cardiei, dela stânga la dreapta, de jos în sus și dinainte înapoi. Dupăce, în luna a 5-a, organul a luat o direcție oblică în jos și la dreapta, în luna a 5-a, marea curbură e în contact cu fundul uterului; în luna a 6-a, stomacul e înclinat înainte și la dreapta; în luna a 8-a, marea curbură e împinsă înapoi de uter, iar la sfârșitul lunii a 8-a, ea alunecă dinapoi uterului.

3. *Deplasarea în aparență importantă a intestinelor* nu are ca urmare simptome clinice notabile. Turburările funcțiunii intestinale sunt datorite unor cauze de ordin secretoriu și toxic. — În luna a 5-a, *ansele intestinale coafează simetric fundul uterului*. În lunile a 6-a și a 7-a, *ansele și colonul transvers* sunt împinse spre diafragmă, iar ele, la rândul lor, împing părțile vecine ale stomacului și ficatului. *Cecum și apendicele* sunt deplasate. În caz de apendicită, în a doua jumătate a sarcinii, consecințele pot fi extrem de grave (Schickelé).

g) **Aparatul respirator.** — 1. *Căile aeriene superioare*: nu se notează nici o influență perceptibilă.

2. *Diafragma.* — Jocul ritmic al acesteia nu e prea stingerit, deși, începând cu luna a 7-a, diafragma e considerabil deplasată și ia o poziție orizontală.

3. *Plămânii* își păstrează capacitatea normală.

h) **Temperatura.** — Fătul produce căldură: temperatura lui e cu 0°,5—0°·5 centigrade mai mare ca temperatura mamei. În caz de moarte a fătului în uter, temperatura lui e exact aceea a mamei (Schickelé).

i) **Sistemul nervos.** — Excitabilitatea faradică e diminuată. Numai reflexul abdominal rămâne nemodificat: reflexele profunde și reflexele galvanice sunt exagerate.

j) **Sistemul osos.** — Articulațiile basinelor sunt slăbite (la nivelul simfizei, degetul simte jocul oaselor pubisului). O slăbire, mai mică însă, se notează și la nivelul articulațiilor sacro-iliace ale căror părți inferioare pot fi palpate la marile multipare. Însfârșit, se identifică o slăbire a articulațiilor intervertebrale, la nivelul porțiunii lombare.

k) **Glandele cu secrețiunea internă.** — 1. *Glanda tiroidă* are volumul mărit. — 2. La *glandele paratiroide* se notează hiperemie. — 3) *Hipofiza*: hiperemia, care apare în luna a 4-a, scade spre sfârșitul sarcinii. — 4. *Ovarele* nu-și întrerup un moment funcțiunea (*Schickelé*).

l) **Aparatul urinar.** — 1. *Vesica* suferă, în a doua jumătate a sarcinii, o deplasare mai notabilă, cu iritabilitate și hiperemie, cari provoacă turburările micțiunii (la multipare se notează incontinență). — 2) *Uretra* nu suferă nicio modificare sensibilă. — 3) *Ureterele* suferă uneori o modificare prin deplasarea vesicii.

m) **Peritoneiul.** — Pe peretele posterior al uterului, peritoneiul nu e mobil. În escavația recto-uterină nu suferă nici o deplasare.

n) **Uterul.** — La sfârșitul lunii a 4-a, uterul nu umple bascul, nu comprimă nici un organ, afară de vesica la care se notează o ușoară deplasare. Începând cu luna a 6-a, uterul împinge spre diafragmă ansele intestinului subțire și colonul transvers. Dela a 7-a lună, acesta din urmă și stomacul stau pe fundul uterului, cu o direcție oblică. — Maximul deplasării se notează dela începutul lunii a 9-a, când diafragma se lasă în jos, iar fundul uterului cedează și el — ceea ce explică mișcarea lui de anteflexiune. Simptomele clinice ale acestei deplasări sunt mai precoce și mai marcate la femeia mică și mai ales cu o deviere a coloanei vertebrale (*Schickelé*).

Ca și pentru prima perioadă, uterul se examinează sub raportul volumului, al formei, al consistenței și al direcției.

1. **Volumul** se identifică prin palpate. Distanța între fundul organului și marginea superioară a simfizei pubiene e, în medie, de: 16, 5 cm. la 4 luni și jumătate; 19 cm. la 5 luni; 24 cm. la 6 luni; 27 cm. la 7 luni; 30 cm. la 8 luni; 33 cm. la 9 luni; 34 cm. la 9 luni și 10 zile; 36 cm. la 10 luni (*Guérin-Valmale*).

2. **Forma**: sferic la 5 luni, uterul devine ovoid la 6 luni, iar pe la sfârșitul gestațiunii, fundul e divizat printr'o depresiune mediană (uneori depresiunea e puțin deviată și atunci diviziunea fundului apare asimetrică).

3. **Consistența**: peretele uterin e depresibil, elastic. Constrațiunea, care e intermitentă, e de obicei totală, dar poate fi și parțială. *Loerincz* (1927) preconizează, ca mijloc de verificare a contrațiilor uterine, o injecție intravenoasă de 1 cc. de pituisan. Constrațiunea, care se produce atunci chiar la un uter cu avortul incomplet, e nulă la uterul negravid. Proba aceasta are însă neajunsul că injecția poate pricinui un colaps ușor. — Consistența suferă o modificare, atunci când fătul e mort de câțva timp.

4. **Direcția.** — În ultimele luni și progresiv uterul se înclină puțin.

o) **Conținutul uterului.** — 1. *Prezența fătului* se identifică prin palpate.

2. *Balotarea abdomenului* e datorită lichidului amniotic, în cantitate relativ mare față de volumul fătului.

3. *Mișcările active ale fătului* se înregistrează sigur prin palpate, începând din luna a 5-a.

4. *Părțile fetale* se pot deosebi, prin palpate, începând cu luna a 6-a, atunci când fătul e destul de dezvoltat. — Când însă lichidul amniotic e în cantitate exagerată, atunci fătul, fiind mai depărtat de peretele uterului, nu poate fi palpat cu înlesnire.

5. *Placenta*. — Locul ei de implantare e foarte greu de identificat (*Cathala*).

p) *Percuțiunea abdomenului*. — Zona uterului în contact cu peretele abdominal e indicată printr'un sunet mat, care contrastează cu sonoritatea anselor intestinale vecine.

q) *Zgomotele de origine fetală* (înregistrate prin auscultație abdominală):

1. *Bătăile inimii fătului*, cari încep a fi percepute de regulă la 4 luni și jumătate (numai excepțional înainte de 4 luni), sunt bătăi duble (*tic-tac-ul lui Kergaradek*), în număr de 125—150 pe minut. Ele se aud: deasupra liniei ombilicului, în prezentațiunea șezutului, și dedesubtul acestei linii, în prezentațiunea capului.

2. *Suflul fetal* cu ritmul bătăilor inimii fetale.

3. *Mișcările active ale fătului* (cari uneori se percep și la 5 luni și jumătate) se notează de regulă înaintea percepției bătăilor inimii și înainte ca femeia să le fi simțit. Mișcările active sunt uneori confundate cu mișcările pasive ale fătului: efectul balotării abdominale sau vaginale.

r) *Zgomotele de origine maternă* (înregistrate prin auscultație abdominală):

1. *Suflul uterin*, foarte variabil ca intensitate (crește treptat până la luna a 8-a și apoi rămâne cu acelaș grad până la sfârșitul gestațiunii), seamănă cu suflul provocat de compresiunea unei artere mari.

2. *Zgomote diverse* datorite fie transmisiunii bătăilor inimii sau ale aortei mamei, fie gazelor și deplasărilor intestinelor.

s) *Colul uterului* (explorat prin tușeu vaginal cu degetul) e adesea deviat înapoi și spre stânga. Introdus în col, degetul poate atinge membranele oului și, prin ele, însuș fătul.

t) *Explorarea segmentului inferior al uterului*. Tot prin col, degetul explorează segmentul inferior al uterului, care se prezintă ca o calotă sferică.

4. DIAGNOSTICUL SARCINII

Semnele mai sus descrise, în deosebi cele pentru a doua jumătate a gestațiunii, sunt, în marea majoritate a cazurilor, suficiente pentru diagnosticarea stării de graviditate. Firește că expertul va pune temeiul numai pe cele obiective, pentru că, după cum am mai spus, sunt și *sarcini imaginare* (fie că femeia ia simpto-

mele subiective, cari pot fi de natură nervoasă. drept o dovadă a sarcinii. fie că ne aflăm în prezența unui caz de delir al gravidității) și *sarcini simulate*.

Examenul trebuie făcut cu o foarte mare atențiune, pentru că nu o dată s'a întâmplat ca o sarcină reală să fie luată drept o formațiune neoplasică sau viceversa. Nu sunt excluse nici cazurile de coexistență a sarcinii și a unei tumori. Din numeroasele noastre observații vom cita una de această din urmă natură:

O femeie, bizuindu-se pe persistența menstruației, își închipuie că starea ei anormală nu poate fi atribuită decât constituirii unei tumori. Ginecologul, care o examinează, practică laparotomia: eronat ia tumoarea drept uterul gravid și se grăbește să coase incizia. Peste câțva timp femeea naște, dar tumoarea persistă și ulterior aceasta e extirpată de un alt ginecolog.

Precum se vede, primul medic a diagnosticat greșit, întrucât luase formațiunea neoplasică drept semnul obiectiv al sarcinii. Se putea întâmpla ca femeea să nu fie și însărcinată și astfel. întârziindu-se cu intervenția chirurgicală pentru înlăturarea tumorii, să se primejduiască zilele pacientei.

A. Cauze de eroare

După *Cathala* și alții cele mai frecvente cauze de eroare ar fi:

a) **Absența menstruației.** — 1. *Amenoreea* e un simptom frecvent la femeile *anemice*, *clorotice* sau *tuberculoase*. Ea se mai observă și la femeile tinere, în primele luni după căsătorie: oprirea bruscă a menstruației e atunci datorită oboselii, unei emoții violente sau unei vieți de claustrățiune.

2. *Congestiunea premenstruală*, după o perioadă de amenoree, e adesea greu de diferențiat de un început de sarcină.

3. *Metrита parenchimatosa* poate și ea fi luată drept un început de sarcină.

b) **Scurgerile sanguine** pot persista cu un uter gravid:

1. *Endometrita gravidică*: scurgerile sanguine durează în tot cursul gestațiunii.

2. *Sarcina extra-uterină* deși, în prima jumătate a gravidității, e uneori greu de diferențiat de o sarcină uterină, se identifică însă de regulă prin pierderile sanguine ce o caracterizează.

3. *Tumoarea fibroasă* provoacă și ea pierderi sanguine.

c) **Uterul.** — 1. *Hematometria*: concentrarea de sânge menstrual, care nu se poate scurge din cauza atreziei canalului cervical sau a orificiului uterin, dă impresia unui uter gravid.

2. *Cancerul uterului*: diagnosticul poate fi anevoios mai ales într'o sarcină complicată cu endometrită.

3. *Retroversiunea uterului*, complicată și cu retențiunea urinei, îngreuiază diagnosticul, la începutul sarcinii. Expertul capătă o indicațiune serioasă prin practicarea cateterismului pentru golirea vezicii.

4. *Kistele ovarului* pot simula o sarcină de 3—4 luni. În a doua jumătate a gestațiunii, kistul unilocular poate fi luat drept o sarcină cu hydramnios sau vice-versa. — *Kistele multiloculare* au părți solide cari pot fi confundate cu părțile fetale.

5. *Tumorile solide ale ovarului* dau și ele loc la confuzie.

6. *Sarcina angulară*: oul e înserat într'un corn uterin care s'a ramolit.

7. *Sarcina molară* e adesea confundată cu un kist al ovarului sau cu un fibrom: eventuala expulzare a vesiculelor molare înlesnește diagnosticul.

d) **Bombarea abdomenului.** — 1. *Timpanismul femeilor nervoase*, cari iau drept mișcări active ale fătului simple deplasări intestinale.

2. *Abdomenul hydropsic.* — Diagnosticul diferențial: în hydropsie se notează matitate la percuțiune, iar lichidul își schimbă regiunea de concentrare odată cu schimbarea pozițiunii femeii examinate.

3. *Fibromul* poate cauza contracțiuni uterine, dar conturul abdomenului e neregulat.

4. *Myomul*: la palpat, se simte o formă neregulată care poate fi confundată cu aceea a fătului, dar la auscultație nu se aud bătăile inimii fetale.

5. *Hematokolpos*: concentrarea de sânge menstrual în vaginul cu atrezia orificiului (atrezie congenitală sau cicatricială).

B. Probele biologice

a) **Modificarea unora dintre proprietățile serului sanguin.** —

1. *Puterea antitriptică* e mărită în timpul sarcinii (*Bar, Daunay, Ecalle*). — Reacțiune de valoare relativă, pentru că această augmentare a puterii antitriptice e netă și constantă numai în ultimele luni ale gestațiunii.

2. *Sporirea cantităților de grăsime și de materii lipoide* din sângele femeii însărcinate (*Bar-Daunay, Capaldi, Neumann, Chaufford*).

3. *Reacțiunea veninului de cobra asupra lecitinei din serul sanguin* (bazată pe procesul de hemolisă stabilit de *Calmette*). Serul femeii însărcinate fiind mai bogat în materii lipoide, are o putere hemolizantă față de un amestec de globule roșii (de cal. bou, iepure) cu o soluție de venin de cobra. *Bar și Ecalle*, în expe-

riențele lor, au constatat că puterea activantă a serului femeii însărcinate se precizează abea în luna a 3-a sau a 4-a, accentuându-se spre luna a 6-a, spre a persista până la facere.

b) **Modificările sângelui.** — *Fahreus* pune preț pe sporirea vitezei de sedimentațiune a globulelor roșii, care se notează mai ales după a 4-a lună a sarcinii. Dar *Linzenmeyer* observă că această reacțiune e caracteristică și bolilor infecțioase și cancerului.

c) **Căutarea glicozuriei provocate.** — 1. *Glicozuria alimentară* (preconizată de *Frank-Nothmann, Hofbauer*), frecventă în primele trei luni, nu e însă constantă (*Mann, Seitz*) și nu e proprie sarcinii.

2. *Glicozuria floridzică* (prin injectarea subcutanată a 2,5 miligrame de floridzin, care, după o jumătate de oră, ar provoca, în primele săptămâni ale sarcinii, o glicozurie abundentă). Reacțiunea nu e pozitivă decât în 50% (*Couinod-Cologne*), în 86% din cazuri (*Perez-Bréa*).

d) **Deviarea complementului** nu se observă decât dacă se pune în prezență o placentă de mai puțin de 4 luni și serul femeii însărcinate de mai puțin de 5 luni; dar și atunci reacțiunea e slabă sau chiar rară, deci fără valoare diagnostică (*Bar-Ecalte*).

e) **Reacțiunea intra-dermică:** sensibilizarea organismului mamei prin produsul concepțiunii, cu ajutorul inoculării intra-dermice a unui extract placentar sau a unor peptoane placentare. Reacțiunea, uneori pozitivă cu extractul placentar (*Engelhorn-Wintz*), e nesigură cu soluții de peptoane placentare.

f) **Dialisa lui Abderhalden:** reacțiunea ce se produce în sângele femeii însărcinate, în urma pătrunderii produselor albuminoide fetale în torentul circulator al mamei: se formează fermenți proteolitici capabili de a ataca albumina placentară.

1. Se pune într'un con dializator o porțiune de placentă (care, prin fierbere repetată, a fost debarasată de sânge și de peptoane). — 2. Peste placentă se toarnă o cantitate de ser sanguin. — 3. Dacă acesta aparține unei femei însărcinate, fermentul din el descompune albumina placentară în peptoane și acizi aminați, cari vor putea străbate membrana dializantă. — 4. Produsele astfel dializate se identifică prin colorarea cu o soluție de ninhydrină 1 la 100.

Reacțiunea negativă e întotdeauna concludentă: femeia nu e însărcinată. — Reacțiunea pozitivă (care se obține din chiar primele săptămâni ale sarcinii) nu e însă constant concludentă, pentru că, în peste 50% din cazuri, ea se obține și cu serul sanguin al unei femei cu leziuni ale organelor genitale.

În caz de moarte a fătului în cursul gestațiunii, reacțiunea se atenuază și poate deveni negativă.

În sarcina extra-uterină, reacțiunea e întotdeauna pozitivă când oul e viu; ea poate fi negativă, dacă oul e oprit în dezvoltarea lui.

În formele grave de vărsături incoercibile, reacțiunea e foarte slabă, cu tendința chiar de a dispărea (*Écalte*).

g) **Prezența hormonului lobului anterior al hypofisei în urină.** — Cași hormonul ovarian, hormonul lobului anterior al hypofisei e eliminat de urina femeii însărcinate (care conține în abundență ambii hormoni în sânge). Căutarea hormonului hypofisar e un element de diagnostic numai în primele luni ale sarcinii, pentru că în restul gestațiunii predominarea hormonului ovarian împiedică identificarea celui alt hormon.

Reacțiunea specifică se obține prin trei injecțiuni succesive în soarecii infanțili. — Prima reacțiune nu e o dovadă de sarcină, pentru că hormonul hipofisar se poate identifica și în cazuri de tumori benigne, de sarcom, de inflamațiuni grave și de boli endocrinene. Următoarele două reacțiuni, singure sau în legătură cu prima, sunt concludente (*Ascheim-Zandek*, 1928).

C. Imaginea radiografică

Am văzut (cap. „Concepțiunea“, vol. II) că grație imaginii radiografice, se poate diagnostica nu numai realitatea sarcinii, dar și felul cum decurge ea la diversele epoci ale vârstei fătului. Ameliorările aduse tehnicii permit, încă dela a 14-a săptămână a gestațiunii, un diagnostic de o absolută certitudine (*Jungmann, Cathala, Berman, Dujol*). Dar chiar atunci când imaginea nu e suficient clară spre a se putea deduce din ea realitatea sarcinii, *Reeb* e de părere că aceasta nu trebuie să-l îndrituească pe expert de a conchide la absența gravidității, înainte de sfârșitul celei de a 20-a săptămâni dela impregnarea femeii. În anii din urmă, *Blanche* — intensificând încercările lui *Hess, Edli, Eymer, Albert Weill, Bortholomew, Barnes* și *Collomay* — a ajuns la următoarele concluziuni:

a) **Fătul viu.** — 1. Procesul de osificare a scheletului fetal neîncepând decât în luna a 2-a (și anume cu clavicula, al cărei punct de osificare apare dela a 55-a zi dela concepțiune) *nu se pot obține imagini ale acestui schelet decât cel mai de vreme cu câteva zile înainte de sfârșitul lunii a 2-a a gestațiunii.*

2. *În prima jumătate a vieții fetale (4—4½ luni), clișeu radiografic înregistrează, după vârsta rodului concepțiunii, imaginea în ordinea următoare: porțiunea cervico-dorsală, punctele de osificare ale capului, coastele și excepțional oasele lungi. În ce privește clavicula, deși ea se osifică înaintea celorlalte părți ale scheletului și, încă de pe la sfârșitul lunii a 2-a, are o lungime de aproape 1 cm., ea nu e nici odată vizibilă la această epocă.*

3. *În a 2-a jumătate a vieții fetale — când existența și viața fătului se poate lesne constata prin simplul examen clinic. — radio-*

grafia scheletului fetal prezintă utilitate practică numai pentru verificarea vârstei fătului, prin măsurarea directă a taliei pe clișeul radiografic.

b) Fătul mort în uter.—1. Grație semnului patognomic identificat de *Spolding*, putem stabili moartea fătului în utero: încălecarea oaselor craniului (vizibilă pe clișeu) și o disproporție între volumul cutiei craniene și substanța cerebrală care, la fătul mort, se închircește.

2. Verificarea morții fătului cu mult înainte de expulzarea din uter e de o considerabilă însemnătate pentru medicina legală, de oarece avem astfel puțința de a preveni substituțiunea de copil (de care se ocupă art. 275 c. p.), de care sunt legate interese de filiațiune și de succesiune.

c) Concepțiunea gemelară.—1. Rodul zămislirii bucurându-se de o personalitate civilă prezumptivă, expertiza medico-legală poate fi solicitată pentru stabilirea a priori, dacă de beneficiul acestei ficțiuni legale se bucură numai una sau mai multe din aceste individualități (concepțiunile multiple) cu o existență aleatorie. Pentru că A. stipulând că recunoaște, donează

sau testează copilului ce se va naște din femeea B., dacă gestațiunea se termină prin expulzarea a 2 sau 5 copii, se poate ivi o controversă juri-



Fig. 37. — Diagnosticul sarcinii. Imaginea radiografică a scheletului fătului de 8 luni ale cărui membre sunt vizibile în toate pozițiunile lor.

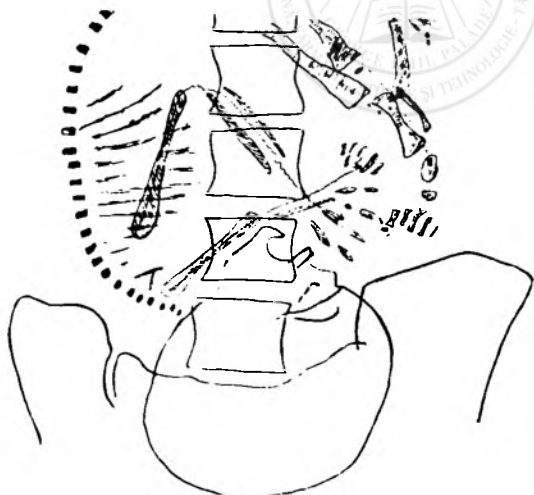


Fig. 38. — Diagnosticul sarcinii. Imaginea radiografică a scheletului fătului de 7 luni. Scheletul ambelor antebrațe se vede în partea dinainte a masivului facial, văzut în profil.

dică: a fost anticipat recunoscut *un* copil, s'a făcut act de donație

între vii, s'a testat în favoarea *unui* copil; dacă sunt ge-
meni sau trigemeni, sunt cu
toții sau numai unul benefi-
ciarilor stipulațiilor din actul
autenticat? Constatându-se
in utero concepțiunea mul-
tiple, autorul actului de re-
cunoaștere, de donațiune sau
testare poate modifica redac-
țiunea.

2. Pe clișeul radiografic
scheletele feților gemelari apar
în întregime și fiecare cu po-
ziția uterină determinată. (Ed-
ling și Essen Möller au obți-
nut radiografii de trigemeni;
pe una din ele se văd trei
capete fetale de o mărime
inegală).

3. În concepțiunea mul-
tiple se pune și chestiunea
superfetațiunii (de care ne-am

ocupat la „lăgada paternității și a maternității: vezi *Vol. II*), adică
existența, în uter, a
unui făt conceput, cu
o mai mare sau mai
mică întârziere, după
constituirea unui prim
embrion. *Radiografia*
scheletului fetal permi-
te de a se verifica, în
timpul gestațiunii, *sap-
tul superfetațiunii*.

d) Concepțiunea
extra-uterină. — Fo-
tografia roentgeniană
încă n'a izbutit să
identifice o gestațiune
ectopică. Aceasta din
cauza inconvenientu-
lui, frecvent verificat,
decurgând din ankistarea embrionului care, infiltrându-se cu să-

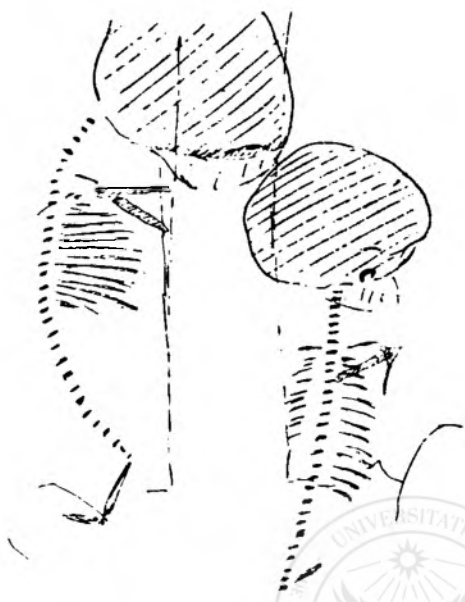


Fig. 39. - Diagnosticul sarcinii. Imaginea radiografică a scheletelor feților unei sarcini duble de 7 luni și jumătate.

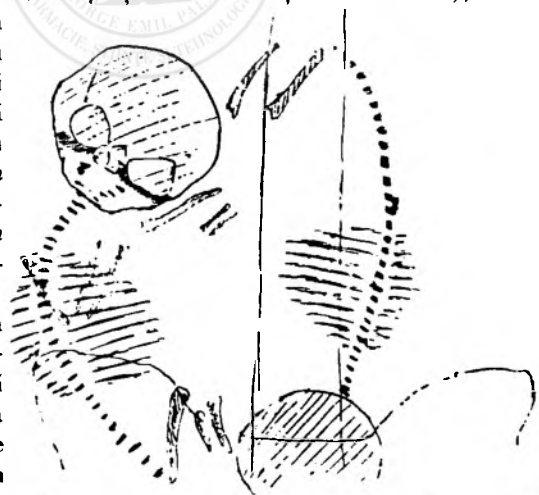


Fig. 40. - Diagnosticul sarcinii. Imaginea radiografică a unei sarcini gemelare, de 7 luni, cu unul din feți în poziție răsturnată.

ruri calcaroase (lithopedion), rămâne ani de zile inaccesibil razelor X.

e) **Anomaliile fetale.** -- Dacă hidrocefalia poate fi constatată și cliniceste, în schimb cele mai multe dintre monstruozițiile fetale nu se pot identifica *in utero* decât numai cu ajutorul radiografiei scheletului fetal.

f) **Diferențierea fătului de o tumoră.** — Ficțiunea legală a fructului concepțiunii se poate să nu fie în realitate decât o formațiune neoplasică ori un teratom (care, se știe, formează tranziția între tumoră și monstru și, după caracterizarea lui *Babeș*, e o tumoră congenitală produsă printr'o turburare în dezvoltarea embrionului).

Diferențierea unui uter gravid de o tumoră abdominală sau pelviană, *foarte anevoioasă în prima jumătate a gestațiunii, devine o certitudine în a doua jumătate a sarcinii*, grație radiografiei scheletului fetal, atunci când fătul e mort.

Radiografia mai permite identificarea unei tumori, coexistentă cu gestațiunea (cazul publicat de *Blanche*: clișeul arată un kist al ovarului asociat cu o concepțiune intra-uterină).

D. Vârsta fătului și durata sarcinii

Elementele de orientare sunt: 1) data ultimei menstruații (element foarte instabil); 2) data coitului fecundant; 3) turburările simpatice; 4) perceperea mișcărilor active ale fătului; 5) volumul uterului; 6) gradul de dezvoltare a fătului.

În ce privește durata sarcinii, vezi: vol. II, cap. „Tăgăda paternității“.

5. EFECTELE MORBIDE ALE SARCINII

Sarcina agravează unele boli infecțioase ale femeii însărcinate:

1. **Variola:** intensificare a fenomenelor generale, a rachialgiei; frecvența vărsăturilor (*Lelièvre*). Erupția e adesea confluentă și poate lua forma hemoragică (*Richardière, Lesueur*). Dacă agravarea se manifestă la 24 sau 48 ore după facere, boala, la început de formă banală, poate lua una hemoragică mortală (*Jeannin-Ecalte*).

2. **Vaccinul.** — Evoluția vaccinului nu e nici turburată, nici agravată de sarcină.

3. **Pojarul.** — Complicațiunile pulmonare (broncho-pnemoniile, bronșitele capilare, pleurezile) sunt de un pronostic grav (*Jeannin-Ecalte*).

4. **Searlatina:** frecvența complicațiunilor renale.

5. **Tusea măgărească** e de un pronostic grav, numai atunci când e complicată cu bronco-pneumonie.

6. **Oreionul:** complicațiuni renale.

7. **Oreionul:** frecvența complicațiunilor pulmonare și a leziunilor rinichilor.

8. Encefalita letargică: Vărsături și bronco-pneumonie; mortalitatea de 60% (*Vincent, Gaujoux*).
9. Difteria: paralizii difterice; extensinnea falșelor membrane la laringe; pronostic uneori mortal (*Chambrelet*).
10. Febra tifoidă: uneori complicație de septicemie puerperală; mortalitate de 10% (*Tarnier, Budin*).
11. Colibacilosa are drept complicațiuni: pielonefrita, cholecistita și apendicita.
12. Gripa e de un pronostic grav în caz de complicațiuni pulmonare (din 65 cazuri, 38 decese — *Marlartie*).
13. Pneumonia: mortalitate de 15%. dar cu un procent mai mare în ultimele 3 luni ale sarcinii.
14. Bronco-pneumonia se agravează îndeosebi după facere; în majoritatea cazurilor mormea survine la câteva zile după ușurare.
15. Blenoragia: intensificarea simptomelor de infecțiune gonoreică; frecvența complicațiunii de bartholinită; trezirea metritei gonococice cu dureri abdominale; trezirea unei vechi colecțiuni tubulare.
16. Paludismul: anemie, cachexie, hemoragii, nevralgii, cefalalgii, turburări de inervațiune cardiacă; pronostic grav prin apariția icterului.
17. Holera: mortalitate de 62%.
18. Sueta miliară se agravează (*Parrot*).
19. Cărbunele: pronostic foarte grav.
20. Ciuma: pronostic mai întotdeauna fatal (*Lorano*).
21. Melitococcia poate compromite sarcina (câte două avorturi consecutive notate la trei femei. — *Lévi*). Asociat cu streptococul, melitococul agravează pronosticul infecției puerperale.
22. Tuberculoza pulmonară: agravarea bolii în curs de evoluție: trezirea tuberculozei pulmonare latente.
23. Tuberculoza laringee, primitivă sau secundară, vechie sau recentă, are o evoluție extrem de gravă: mortalitate de 90%.
24. Peritonita tuberculoasă: rapida creștere a volumului abdomenului cu dureri, dispnee și febră.
25. Tuberculoza renală, preexistentă sarcinii, se agravează.
26. Tuberculoza articulară și osoasă în evoluție, mai ales când există fistule, se agravează.
27. Tuberculoza ovariană e agravată.
28. Lupus: reactivarea leziunilor (*Bar, Thieberge*).
29. Sifilisul. — Agravarea sifilisului se traduce prin: rapiditatea apariției diverselor leziuni, intensitatea și tendința la extensiune a leziunilor, persistența acestora.
30. Ptyalismul e adesea însoțit de hipertrofia glandelor salivare și a corpului tiroid.
31. Gingivita și stomatita; tumori fongoașe și moi, sângerânde la nivelul rădăcinilor sau al dinților cariați.
32. Eputis (tumoare epitelio-conjunctivală de origine paradentară — *Stepinski*) se desvoltă repede cu hemoragii abundente.
33. Odontalgia: sarcina are o influență pernicioasă asupra dentițiunii.
34. Boala emetisantă e fatală pentru gravidă, dacă nu se intrerupe sarcina (*Marcel Metzger*). Aspirația materiilor vomitate cauzează moartea prin sufocare (*Ziemke*).
35. Ulcerele stomacului și ale duodenului: hemoragii mai abundente; facerea provoacă rupturi vasculare și favorizează perforarea.

36. Ocluziunea intestinală e favorizată de deplasarea masei intestinale, sub influența desvoltării uterului. — Leziuni gangrenoase ale colonului pelvian cndat la nivelul strămoarei superioare (*Pollosson*).

37. Herniile, oricare ar fi sediul lor, se reduc temporar (până la sfârșitul sarcinii) sub presiunea globului uterin; dar, odată uterul golit de conținutul lui și retractat, orificiul herniar fiind acum dilatat, hernia reapare, de astă dată agravată.

38. Apendicita se poate nota în orice fază a gestațiunii, dar mai frecvent în intervalul dintre luna 5-a și luna a 7-a. Simptomatologia apendicitei gravidice diferă de aceea a apendicitei obișnuite: peritonite, abcese, apendicite gangrenoase.

39. Constipația joacă un rol în patogenia vărsăturilor incoercibile, a eclampsiei și a hemoroizilor. Ea favorizează flora microbiană a intestinului (în deosebi colibacilul).

40. Icterul grav e de un pronostic alarmant.

41. Litiasta biliară e foarte frecventă.

42. Crizele hepatice apar mai ales în ultimele două luni ale sarcinii.

43. Kistul hidatic al ficatului e foarte rar. *Bar* și *Blandin* semnalează o ruptură a kistului în timpul sarcinii.

44. Diabetul e agravat (mortalitate de 30%). Întreruperea artificială a gestațiunii (avortul terapeutic) nu e însă de rigoare decât în cazurile extrem de grave, cari necesită o enormă doză de insulină, în practică cu nepuțință de injectat (*Bach*, 1928).

45. Glycosuria nu poate compromite viața gravidei. Constant notată, în timpul gestațiunii, la 33% din femeile normale, glycosuria îmbracă de obicei o formă transitorie (*Wolff*, 1928).

46. Leziunile mesenterului: ruptură sau trombus al vaselor mesenterice.

47. Gușa: hipertrofia care provoacă spasmul glotei (câteva cazuri de moarte subită, notate de *Horowitz*); asistolia, supurația gușei; hemoragiile uterine grave (în momentul ușurării). Se mai notează fenomene de basedowificare: tachicardie, tremurul mâinii și al limbii, exoftalmie.

48. Sindromul Graves-Basedow are complicațiuni foarte grave: insuficiență cardiacă, accidente de compresiune laringee, sindrom toxic (care poate cauza moartea).

49. Hipotiroidia: cachexie strumiprivă agravată.

50. Hemoragia și ruptura splinei se notează foarte rar.

51. Leucemia gravidică: agravare rapidă.

52. Hemofilia: peste 40% din hemoragiile grave în momentul facerii.

53. Purpura gravidică (apare de obicei în a 7-a sau a 8-a lună) are urmări letale în majoritatea cazurilor.

54. Anemia pernicioasă: 87 % cazuri de moarte.

Grație metodei terapeutice a lui Whipple, întreruperea artificială a sarcinii nu se mai impune întotdeauna ca o necesitate ineluctabilă.

55. Cardiopatia: accidente grave mai frecvent în caz de leziune dobândită decât în acela de leziune congenitală.

În majoritatea cazurilor, un defect valvular bine compensat se agravează prin sarcină. Defectele mitrale (în deosebi *stenosa mitrală*) dau cel mai mare procent de complicațiuni serioase. Important pentru pronostic e înainte de toate valoarea funcțională a miocardului. — Cauza morții la gravidele cardiace e mai ales asistolia și edemul pulmonar acut; mai rar sincopa, embolia și ruptura inimii. Din 14.314 gravide observate în intervalul dela 1919 la 1927, s'a notat la 237 boli organice ale cordului, dintre cari au murit 9 (6 cu

stenosă mitrală și 3 cu insuficiență mitrală), iar cauza finală a morții a fost: asistolia la 6, edemul pulmonar acut la 2, sincopa la 1 (*Bazan-Argentina*, 1928).

56. **Varietele.** — Sarcina provoacă mai multe complicațiuni: ulcere, periflebită (care, la rândul ei, se poate să se complice cu tromboza), ruptura (uneori cu urmări catastrofale din cauza hemoragiei).

57. **Flebita venelor nevaricoase** poate uneori provoca moartea subită.

58. **Meningita supurată** e de un pronostic grav

59. **Tumorile cerebrale:** frecvente cazuri de moarte subită.

60. **Paralizia progresivă:** evoluția ei e agravată și accelerată.

61. **Tabesul:** vărsături incoercibile, turburări vesicale, paralizii oculare, nevrită optică.

62. **Mielita transversă** e cauzată de sarcină și dispare odată cu facerea.

63. **Praliziile centrale:** o mortalitate de 47% în cursul puerperalității.

64. **Polinevritele**, localizate la pneumogastric și la nervul optic, sunt de un pronostic alarmant.

65. **Psichosele puerperale:** în 15% din cazuri femeia nu se vindecă

66. **Histeria:** manifestajiunile ei câștigă în amploare.

67. **Chorea gravidică** e adesea însoțită de turburări cardiace. În formele ei grave poate fi mortală.

68. **Tetania** are intensitatea mărită.

69. **Turburările oculare:** glaucom, nevrită optică, cataractă, nistagmus, daltonism, amauroasă.

Într'un studiu consacrat gravelor complicațiuni oftalmologice ale sarcinii. *Krückmann* (1929) dă următoarele indicațiuni pentru întreruperea gestațiunii: a) *amaurosa eclamptică*; b) *amaurosa uremică* (numai dacă există convulsii puternice și spasme vasculare); c) *retinită* ca simptom secundar al unei nefrite grave, cu îmbolnăvirea nervului optic și cu scăderea accentuată a vederii; d) *hemoragii retiniene* în anemia pernicioasă, în endocardită și în diabet; e) *tuberculoza oculară* numai când există hemoragii ale venelor retiniene; f) *deslipirea retinei la ochii foarte miopi*, mai ales când, cu ocazia unei alte sarcini unul din ochi a orbit decam; g) *exoftalmia în motbul lui Basedow* e indicată numai când apar defecte ale corneei

70. **Bolile de piele:** *alopecia gravidică* (în totdeauna transitorie), *pruritul* (generalizat sau localizat) uneori cu leziuni papiloase, *dermografismul*, *ptyriasis versicolor*, *impeligo herpetiform* (moarte în 86% din cazuri); *herpes gestationis* nu e decât excepțional o indicație pentru întreruperea artificială a sarcinii (*Buschke*, 1929). — *Brocq*, totuși notează două cazuri mortale.

71. **Bolile vesicii:** incontinență și retențiune de urină, cistită.

72. **Toxemia gravidică:** *albuminuria gravidică*, *crampe stomacale*, *constipație*, *subicter sau icter adevărat*, *edem*, *tensiune arterială*, *dispnee*, *alterațiuni ale nervului optic*, *hemoragii cerebrale și utero-placentare*, *cefalee tenace*; *eclampsie convulsivă*. — Albuminuria masivă, turburările nervoase toxice, icterul și alterațiunile nervului optic au forme grave. În ce privește *eclampsia convulsivă*, mortalitatea ei e de 20% (de două ori mai mare la multipare decât la primipare).

73. **Pyelonefritele bilaterale:** pronostic din cele mai alarmante (femeii sucumbă fie în mijlocul unor accidente uremice, fie în cursul unei cachexii progresive).

74. **Traumatismele** — Sarcina întârziează consolidarea fracturilor. — Rănile cari interesează organele genitale sunt adesea sediul unor hemoragii ce pot deveni mortale.

75. **Sarcina tubară** se termină în genere către a 2-a sau a 3-a lună, fie

printr'un avort tubar, fie prin ruptura externă. În acest din urmă caz, și în absența intervenției imediate, moartea femeii se produce în cel mult 12 ore (*Fuchs, 1926*). Ruptura sarcinii tubare poate cauza o inundație peritoneală, cu simptome asemănătoare apendicitei (*Rivières, 1928*).

76. — **Fibromul uterin.** — Miomectomia, ca una care poate primejdi viața gravidei, nu trebuie practică decât în caz de necesitate absolută.

77. **Hydramnios;** moartea prin asfixie, în asistolie.

78. **Decidua maligna** (cel mai malin dintre cancerele uterine): moartea inevitabilă, dacă nu se operează din timp.

79. **Hemoragia retro-placentară:** moarte în 10 % din cazuri.

80. **Inserția vicioasă a placentei:** mortalitate de 6—9%.



AVORTUL (Lepădarea)

„L'enfant, personne humaine, qui a donc sa fin propre et indépendante, ne saurait être subordonné et sacrifié comme „moyen“ aux intérêts, même aux intérêts vitaux, d'une autre personne, celle-ci fût-elle sa mère”.—Dr. Clement (*Cahiers „Nova et vetera“*, 1927).

I. Legislație și definiție

1. **Legislația.** — „Oricare, prin lucruri de mâncare, băuturi, doctorii violente, sau prin orice alt mijloc, va face, cu știință, pe femeea însărcinată să lepede, ori cu voia ei sau nu, se va pedepsi cu maximum reclusiunii.

„Femeea care, de sineși, va fi făcut vreun mijloc ca să lepede, sau va fi primit ca să întrebuințeze mijloace de lepădare ce i se vor fi arătat, ori i se vor fi dat spre acest sfârșit se va pedepsi cu închisoare de la 6 luni până la 2 ani, de va li rezultat lepădarea pruncului.

„Medicii, chirurgii, oficerii de sănătate, spițerii și moașele care vor arăta, sau vor da, sau înlesni aceste mijloace, se vor pedepsi cu reclusiunea, dacă lepădarea va avea loc.

„Dacă, din lepădare, se va fi cauzat moartea mamei, pedeapsa se va aplica cu un grad mai sus“ (*art. 246 c. p.*).

„Aceiași pedeapsă (închisoarea de 2—5 ani și amendă până la 5.000 lei. — *N. A.*) se va aplica, și când persoana bătută, fiind o femeie însărcinată din cauza bătăii, a lepădat“ (*art. 240, al. II, c. p.*).

2. **Definiția.** — Legea penală, precum era și firesc, neavând să se ocupe decât de reprimarea infracțiunii, nu avea să dea și definiția științifică a avortului (lepădarea), cu atât mai vârtos că judecata nu e pornită decât numai pe baza rezultatului acțiunii de cercetare. Iar acest rezultat oglindește întotdeauna concluziunile expertizei medico-legale, absolut indispensabilă, pentru că singur omul artei are și pregătirea și chemarea de a stabili: 1) în prealabil, dacă a fost avort; 2) în subsidiar, dacă avortul e spontan ori provocat (numai acesta din urmă interesând justiția).

Deoarece art. 246 c. p. mai sus reproduș se precizează vârsta sarcinii, ci vorbește numai de „femeea însărcinată“, urmează că există crimă de avort în orice moment al gestațiunii, inclusiv ultima lună a sarcinii fiziologice. Și astfel avem și definiția empirică a avortului, care se acoperă cu cea medico-legală: *expulzarea noită, premeditată, prin mijloace altele decât acțiunea naturii și cu inten-*

țiunea de suprimare a rodului concepțiunii, indiferent de e numai embrion ori deacum făt, deci și indiferent de a fost ori nu viabil. — Singurul acest element intențional al suprimării diferențiază, din punctul de vedere medico-legal, avortul fătului viabil de facerea prematură (care, precum am văzut la capitolul „Nașterea“, vol. II, poate avea o origine patologică).

Și stăruim asupra elementului intențional al suprimării, pentru că, în deosebire de unii autori streini, nu admitem concepția după care „nu e nevoie de a se stabili că pruncul era viu în momentul în care manoperele abortive au fost făcute; e avort și când e stabilit că pruncul murise *spontan* în uter“. Deoarece, cu o atare definiție n'ar fi posibil avortul terapeutic, care cu atât mai mult se impune în caz de *moarte spontană a fătului în uter*. — Deasemenea nu ne unim cu aceiași autori când adaugă: „Crima de avort mai e caracterizată în cazul când. întreruperea sarcinii fiind efectuată la o „epocă tardivă, *copilul supraviețuiește*. Căci, oricum. intervențiunea „a compromis existența copilului. Un medic n'ar avea deci dreptul „de a avansa. fie chiar numai cu câteva zile. expulzarea copilului, „spre a-l face să se nască, de exemplu, în termenul legal care-i asigură legitimitatea“. Și luăm pozițiune contra acestui comentariu al legii, pentru considerațiunea că aceeaș primează în spiritul legiuitorului e apărarea dreptului la viață a rodului zămislirii. Atunci când e evident că, *fără a se compromite viabilitatea copilului*, o întrerupere bruscă a sarcinii e indicată de o cauză patologică *proprie a primejdiei viața mamei*, medicul are datoria de a grăbi facerea și nici o răstălmăcire din lume a noțiunii avortului criminal n'ar putea să-l facă pasibil de sancțiunea penală. Numai când se va face dovada conivenței, cum ar fi în cazul exemplificat în citațiunea de mai sus, medicul poate fi urmărit și încă pentru cumul de infracțiuni: avort și complicitate la înșelăciune. — Când vom expune mai pe larg chestiunea avortului terapeutic, vom indica în cari împrejurări îi e îngăduit medicului să întrerupă artificial sarcina: de pe acum însă ținem să arătăm, că în nici un caz nu ne însușim nici concepțiunea penalistului german *Liszt*, după care „avortul, practicat în scopul de a salva mama, nu implică nici o răspundere“. Pentru că, o atare latitudine, neîngrădită, deschide larg poarta abuzurilor, adică a crimei.

* * *

Definiția noastră — care, în esență, ei oglindește pe aceea a lui *Garraud* („L'avortement est l'expulsion prématurée, volontairement provoquée, du produit de la conception“) — diferă de aceea a obstetricii, pentru care nu există decât avort spontan: *expulzarea fătului neviabil, adică înainte de sfârșitul lumii a 6-a sau 180 zile*

(„L'avortement ou fausse couche est l'expulsion du produit de conception avant la date de viabilité du fœtus". — *Brindeau*).

Codul nostru penal în vigoare (*art. 246*) prezintă, însă, o lacună cu efect dezastruos, prin aceea că e literalmente mut în ce privește *tentativa de avort*, infracțiune prevăzută, însă, în proiectul de cod penal din 1928 („Oricine... va face sau va încerca să facă cu știință pe femeea însărcinată să avorteze..." *art. 452*). — Tentativa de avort e astăzi pedepsită ca atare: în *Franța* (legea din 27 Martie 1925, care înlocuiește primele trei aliniate ale art 517 c. p) unde și înainte era pedepsită, pe cale de interpretare dată art. 517 c. p. printr'o jurisprudență a Casației; *Austria* (art. 144 c. p.); *Suedia* (cap. XIV, art. 28); *Anglia* (unde tentativa de avort e pedepsită, chiar dacă expertiza medico-legală dovedește că femeea asupra căreia s'a practicat încercarea n'a fost însărcinată).

Și tentativa de avort trebuie sancționată, pentru că se poate întâmpla ca, în urma manoperelor vinovate ale medicului, moașei sau ale ori cărei alte persoane, femeea să se îmbolnăvească grav sau chiar să moară, iar embrionul sau fătul, deși distrus ca viabilitate, să rămână în uter. Ne aflăm dar în fața unor consecințe catastrofale ale tentativei, fără ca în realitate să existe și o *lepădare efectivă*. Avortoul e deci răspunzător nu numai de lezarea sănătății sau chiar de moartea gravidei, dar și de distrugerea vieții embrionare. Sub imperiul legiunii actuale, tentativa de avort nu poate fi urmărită decât în caz de leziuni provocate femeii și atunci pe baza dispozițiilor privitoare la: „Răniri, loviri și alte crime și delictе comise cu voință" (*art. 258—242 și art. 245 c. p.*) sau pe baza *art. 248 și 249 c. p.* („omucidere, răniri și loviri fără voie).

Un alt cusur al art. 246 c. p. e că afacerile de avort sunt de resortul Curții cu jurați, unde se știe cu câtă înlesnire se poate obține achitarea, chiar când faptul e mărturisit. Ar trebui corecționalizate, așa cum s'a făcut în *Franța* (pomenita lege din 1925) și așa cum, cu satisfacție constatăm, prevede art. 452 din proiectul de reformă a codului nostru penal. În adevăr, art. 246 prevede pedeapsa recluziunii sau munca silnică pe timp mărginit (aceasta din urmă, în caz de moarte a gravidei) și numai pentru femeea însărcinată prevede pedeapsa corecțională a închisorii (al. II).

Corecționalizarea avortului va avea un efect salutar prin aceea că, dacă nu va suprima cu totul practica, în tot cazul o va reduce în chip simțitor, cum o dovedesc cifrele comparative ale lui *Balthazard*: în 1900, deci sub imperiul art. 517 c. p. fr., Curțile cu jurați din Franța au pronunțat 45 achitări în 75 cazuri deferite lor (62% achitări); în intervalul dela 27 Martie 1925 — 27 Martie 1924 (primul an de aplicare a corecționalizării), tribunalele ordinare au rostit numai 90 achitări în 426 cazuri judecate (deci numai 21%).

II. Etiologia avortului

A. Cauze socialo-economice. — Femeea dorește avortul fie pentru suprimarea unei sarcini ilegite (seducere, raporturi adulterine, prostituție fățișă sau clandestină), fie pentru suprimarea unei sarcini legitime (mizerie, teama de desnodământul actului maternității, preocuparea de povara materială sporită de cheltuielile creșterii unui copil, dorința femeii de a nu pierde o parte din viața de plăceri frivole sau din succesul unei frumuseți efemere, variate interese de familie în legătură cu o eventuală moștenire, etc.).

B. Propaganda anti-concepțională care, prin repercursiune, e o propagandă criminală în favoarea avortului, atunci când dau greș mijloacele întrebuintate pentru împiedicarea impregnării. Pentru că, odată convinsă să evite sarcina, femeea nu se mai dă în lături dela nici o intervenție, când totuși a rămas grea.

E plaga aceasta socială și națională (deoarece e lezată nu numai familia, ci însăși națiunea, familia constituind celula ei de multiplicare) a *neo-malthusianismului*. Plagă cu mult mai gravă decât *malthusianismul* inițial, de oarece acesta, prin continența pe care o preconiza, nu putea avea efecte atât de dezastruoase ca acele ale continuatorilor și reformatorilor tezei clericului englez Malthus. Căci, în definitiv, e lesne să accepți în principiu leacul *continenței*, dar e greu să te hotărăști la aplicarea lui în practică. — în orice caz să-l adopți ca un articol de credință. Atât natura bărbatului cât și aceea a femeii își au prerogativele lor cari, deși vremelnic înfrânte, se impun din nou cu violența forței elementare a instinctului care reclamă să fie pedantregul satisfăcut. (Înteruperea coitului crează, mai curând sau mai târziu, grave turburări atât la bărbat, cât și la femeie. La aceasta din urmă provoacă o stare de ectazie vasculară care poate da naștere la falsele metrite ale lui *Dolérís* — metrită hiperemică, metrită interstițială, metrită scleroasă: după *Bossi*, originea *uterului uriaș* și a *fibromiomului* trebuie căutată în aceste leziuni).

Neomalthusianismul — care nu are nici măcar scuza unei convingeri bune, dar sincere cum a fost aceea a lui Malthus, care se îngrozește de perspectiva imaginară a unei suprapopulări a scoarței pământesti — *neo-malthusianismul* zicem, nu are la bază decât o preocupare de exploatare: plasarea unor fabricate prezentate ca remediu în contra riscului sarcinii (prezervativele, pesarele oclusive, bureții, soluțiunile și tabletele chimice, etc.) Și aceste produse anticoncepționale, de o eficacitate mai mult sau mai puțin sigură, au darul de a cauza grave leziuni ale genitalelor femeii: 1) traumatisme repetate ale mucoaselor vaginului și colului, urmate uneori de ulceratii cronice (*prezervativoul*); 2) infecțiuni ale colului

și metrite (*pesarele oclusive*); 3) traumatisme ale orificiului colului (*bureții*); 4) iritație cronică a mucoasei vaginului și colului (*soluțiile acide, tabletele*).

Propaganda anticoncepțională trebuie combătută cu toată strășnicia, indiferent de mobil (recent, în Aprilie 1929, am avut regretul de a vedea tolerându-se, la noi, în București, într'o sală publică, o conferință a unui reputat psihiatru vienez care, apostol al conviețuirii de încercare — concubinajul legiferat —, a recomandat totodată și un produs chimic pentru evitarea concepțiunii în cursul acestei „Probeehe” — adică un fel de „repetiție generală”, premergătoare „premierii” căsătoriei adevărate). Propaganda aceasta nu e numai dușmanul natalității, dar și al sănătății morale și truștii. Și ne bucură că, în sfârșit, s'au trezit și legiuitorii noștri, manifestându-și hotărît intențiunea de a curma cu un rău atât de periculos (*Art. 432, al. VII* din proiectul de reformă a codului penal prescrie pedeapsa închisorii de 6 luni până la 2 ani pentru acei cari „oferă, arată, recomandă procedee destinate a preveni sarcina sau a pricinui avortul, precum și acele cari prin aceleași mijloace fac propagandă anti-concepțională sau în contra natalității”: iar în caz când procedeele recomandate au de efect avortul, pedeapsa e maximul închisorii corecționale).

Franța, după cum ne-a devansat cu corecționalizarea avortului, tot așa ne-a luat-o înainte și cu represiunea propagandei anti-concepționale (*Legea* din 31 Iulie 1920):

1. Inchiisoarea de 3—6 luni și amenda de 100—500 franci pentru oricine, în scop de propagandă anti-concepțională, descrie, divulgă, oferă de a destăinui procedeele proprii a preveni sarcina, ori face propagandă anticoncepțională contra natalității.

2. Inchiisoarea de 6 luni până la 3 ani și amenda de 100—3.000 franci pentru oricine îndeamnă la avort — chiar când îndemnul nu e urmat de efect — și o face aceasta: a) fie prin cuvântări rostite în locuri sau adunări publice, b) fie prin vânzare, punere în vânzare, distribuire de cărți, broșuri, reclame, imagini; c) fie prin publicitatea cabinetelor medicale sau așa-zise medicale.

3. Aceeaș pedeapsă pentru acela care pune în vânzare, distribuie remedii, substanțe, instrumente recomandate ca mijloc de avort, chiar și atunci când aceste mijloace sunt inapte de a realiza avortul.

E vreme să se intervină și la noi, pentrucă, fără nici o exagerare, evaluăm la 50 la 100 numărul sarcinilor artificial întrerupte și cam la acelaș procent numărul sarcinilor evitate.

Chiar dacă n'am invoca decât cifrele riguros controlate — *cazurile de avorturi îngrijite în spitale* — și încă avem o icoană înspăimântătoare de ravagiile curentului pentru suprimarea rodului zămislirii. De prisos să accentuăm că această imagine e extrem de palidă față de realitate, pentrucă se știe că foarte puține dintre nenorocitele cu avortul practicat au parte de asistența spitalicească: 1. o evită din proprie inițiativă sau din îndemnul familiei ori al avortorului; 2.

internarea nu e posibilă din lipsă de paturi; 3. starea desperată a făcut internarea inutilă; 4. moartea a zădărnicit orice apel la această asistență.

Profesorul Zaharescu-Karaman (Iași), pe atunci șef de lucrări la clinica obstetricală din București, a întocmit, în 1921, o statistică a cazurilor de avorturi îngrijite la Maternitatea din capitala țării, pe un period de 20 ani (1890—1909).

La un total de 2.641 cazuri, avem etichetate ca avorturi provocate 449. Dar cifra aceasta nu oglindește nici realitatea redusă a spitalului, pentru că, în capul aceleiași statistici, găsim indicația: „cauze nedeterminate” 554, față de 2.107 (inclusiv 22 avorturi terapeutice) cauze determinate (avortul provocat și nu mai puțin de 64 indicațiuni patologice). Or, e de neconceput, ca, pentru peste 20% din cazuri, cauza să rămână misterioasă: noi înclinăm a bănuî că aceste 554 cazuri reprezintă procentul avorturilor neterapeutice provocate de medic și moașe a căror responsabilitate n'a fost stabilită. Pentru că ar fi ridicol să mărginim la 1 pe an numărul avorturilor terapeutice într'un oraș cu o populațiune ca aceea a Bucureștilor.

Așa dar, adăugând și aceste 554 cazuri la cele înscrise în coloana tabeli statistice, avem un total de 983 avorturi provocate, față de un global de 2.641 avorturi îngrijite, adică peste 37%.

Ținând seama de proporția femeilor admise în spital, procentul avortului criminal față de numărul sarcinilor întrece cu mult cifra de 50% indicată de noi.

C. Epoca avortului. — 1. În ce privește *avortul criminal*, indicațiunile statistice diferă după țară și, în chiar cuprinsul aceleiași țări, după cum e vorba de oraș ori de sat (târgoveața e mai „deghetată”, deci și mai pripită decât țărâna). Maximul de frecvență al avorturilor criminale se poate fixa în primele 3 luni ale sarcinii; urmează epoca de 3 - 6 luni și în sfârșit epoca penultimelor două luni, 7—8.

2. *Avortul spontan*, care se poate produce în orice stadiu al gestațiunii, e și el mai frecvent la oraș decât la țară. Îndeosebi în marile aglomerațiuni urbane și în centrele industriale, femeile, în proporție de 10%, suferă de boli hipogastrice (*Zangenmeister*).

3. Pentru avortul *terapeutic* nu există nici o indicație, sub raportul vârstei sarcinii.

D. **Frecvența.** — În oricare din formele avortului, contingentul acestuia se cifrează cam astfel: 26% până în luna a 2-a a sarcinii; 61% în lunile a 3-a și a 4-a; 15% în lunile a 5-a, a 6-a și a 7-a. Precum se vede, cel mai mare procent îl dau primele patru luni ale sarcinii (87%).

Mai e de notat că, la *multipare*, avortul *spontan* se înregistrează în 92% din cazuri.

III. Cele trei specii de avort

A. Avortul spontan

Intreruperea spontană a sarcinii, care mai înainte era în genere atribuită hipertermiei (ca una ce ar provoca o contracțiune

a uterului), e astăzi, în urma investigațiilor și experiențelor lui Doléris și Doré, dovedită ca fiind consecutivă următoarelor cauze:

1. *Unor turburări circulatorii și stării de sub-asfixie*, cari însoțesc unele infecțiuni.

2. *Unor leziuni deciduale*, susceptibile de a provoca decolarea oului.

3. *Morții fătului în uter*, datorită: fie leziunilor placentare (infarctus, hemoragie), fie infecțiilor sau intoxicației fătului, prin trecerea prin placentă a microbilor (pneumococ, streptococ, stafilococ, colibacil, bacilul lui Eberth, bacilul lui Koch, treponemul, bacilul pyocianic, etc.), și a elementelor nefigurate (toxine, anticorpi). În cazurile în cari infecția transplacentară e brutală, expulzarea urmează imediat morții fătului, iar când infecțiunea e mai lentă, fătul mort poate fi reținut câțva timp în uter.

4. *Acțiunea toxinelor asupra contractilității uterine*.

5. *În sarcina tubară* (a cărei proporție, față de sarcina uterină, e de 0,5% — Brindeau), se întâmplă rar ca gestațiunea să nu se oprească dela primele luni. Dacă însă trece de prima jumătate, atunci ea se continuă (în 95% din cazuri — Sittner) până la termen sau aproape de termen, dar fătul tot moare.

6. *În sarcina ovariană*, întreruperea (datorită unei hemoragii intrafoliculare) se notează în primele două luni. Exceptional sarcina poate dura 4—6 luni (Sanger) sau chiar până la termen (Popoff).

7. *În sarcina interstițială* (care e foarte rară) s'au notat cazuri în cari fătul a căzut în uter, iar placenta în abdomen. Ruptura se produce în primele luni ale gestațiunii.

8. *În inserția vicioasă a placentei* (inserție laterală, marginală, parțial sau total centrală) mortalitatea fătului în uter e de 40—70%

9. *Molul hydatiform*: de regulă fătul moare (Jeannin-Ecalle).

10. *În hemoragia retro-placentară*: moartea fătului în 56% din cazuri (Portes).

11. *În anomaliile amniosului* (aderențe și bride amniotice, kisturi, tumori solide): moartea embrionului.

12. *În hydramnios*: în primele luni fătul moare în 1 la 100—150 cazuri; în a doua jumătate a sarcinii, de regulă moartea fătului, iar dacă acesta se naște viu, moare numai decăt.

13. *În ruptura membranelor*, al cărei semn clinic e hidrorea amniotică (ruptură care, după Garipuy și Glaize, se notează până în 16% din sarcini), e greu ca fătul să ajungă la maturitatea normală (Brindeau-Brouha).

14. *Traumatismele, accidentele*: lovire, cădere pe abdomen, cădere violentă pe spate, săritură sau cădere dela înălțime. În toate aceste împrejurări se poate produce fie o deslipire a oului, fie o

plesnire a acestuia (afară de alte leziuni organice, externe și interne). Atunci când avortul e consecutiv unei agresiuni, deși de fapt provocat, e totuși considerat ca spontan în ce privește răspunderea femeii, iar autorul lovirii ori rănirii e urmărit pe baza art. 240 c. p. și 998 c. c.

Zaengenmeister („Neue Deutsche Klinik“ 1928), contestă importanța repercursiunii abortive a traumatismelor — somatice, nervoase, psihice generale ori locale; avortul, dacă se produce, își are originea într-o stare morbidă a gravidei. Întreruperea sarcinii n'a fost observată la femei sănătoase cari au suferit traumatisme grave, chiar dintre acelea cari au interesat uterul sau în intervenții chirurgicale în căile genitale (numai 10% avorturi după ovariotomie; 20% după myomectomie). Nici chiar myomectomii cu deschiderea uterului nu duc în totdeauna la avort.

* * *

a) Bolile infecțioase cari întrerup sarcina sunt:

1. Variola: avort în 60% din sarcini; expulzarea se produce îndată după moartea fătului
2. Pojarul: fătul e expulzat macerat.
3. Scarlatina întrerupe sarcina: mai frecvent la începutul perioadei de erupție; mai rar la începutul perioadei de desquamare; excepțional în timpul convalescenței (*Boxale*).
4. Erisipelul (transmisibil fătului, în unele formele grave) întrerupe uneori sarcina.
5. Encefalita letargică: avort în 10% din cazuri.
6. Difteria: avort sau facere prematură în 50% din cazuri (*Anderodtas*).
7. Febra tifoidă: avort sau facere prematură în peste 60% din cazuri
8. Colibacilul: avort (în apendicită, pylonefrită, cholecistită) sau facere prematură.
9. Gripa: avortul frecvent (*Demelin-Griilet*).
10. Bronco-pneumonia: în majoritatea cazurilor, moartea fătului în uter precede pe aceea a mamei.
11. Blenoragia: avort, dar mai rar, în intervalul dintre luna a 2-a și a 4-a
12. Paludismul: în cazurile tratate 8% avorturi și 28% faceri premature (*Laffont*); în cazurile netratate, 72% avorturi.
13. Holera: 81% mortalitate fetală.
14. Tifosul: 50% avorturi (*Marchison*).
15. Sueta miliară poate întrerupe sarcina (*Parrot, Parmentier*).
16. Tetanosul: avortul e excepțional (*Uzzoni, Callani*).
17. Ciurma: avortul de regulă (*Bar*).
18. Lepra: întreruperca sarcinii e frecventă.
19. Melitococia: acțiunea abortivă, admisă de (*Bar*), e contestată de *Jeanselme și Rist*.
20. Tuberculoza. — Cea pulmonară zădărnicește sarcina, atunci când boala are una din formele cu evoluție rapidă, sau când cachexia mamei e foarte pronunțată. — Dacă totuși gestațiunea nu e întreruptă, se poate întâmpla ca tuberculoza să se transmită fătului (un caz de tuberculoză congenitală la

un nou-născut extras prin cesariana, în cursul evoluției unei *meningite tuberculoase* a mamei — *Couvelaire*, 1928).

21. Apendicita: 9% avort sau facere prematură în formele ușoare; 70—90% în formele grave (*Renwall, Schmid*).

22. Icterul: facere prematură (*Vaudescal*).

23. Diabetul: 40% avort între luna a 6-a și a 8-a (*Vaudescal*).

24. Purpura gravă, hemoragică: de regulă avort sau facere prematură (*Liebling*).

25. Anemia pernicioasă: 14% feți macerați, 50% născuți-morți la termen, 10% neviabili (*Aubertin*).

26. Herpes gestationis: de regulă moartea fătului.

27. Peritonita tuberculoasă: avort frecvent.

28. Sifilisul. — În opoziție cu *Zangenmeister* (după care rolul abortiv al sifilisului e foarte redus în primele cinci luni ale sarcinii), *Couvelaire* (1929), confirmând pe *Bar*, atribuie sifilisului cea mai mare acțiune feticidă.

Contractat în timpul gestațiunii, sifilisul cauzează o mortalitate enormă; 85%, în perioada cuprinsă între a 3-a și a 7-a lună (*Gaucher*). În fiecare din 70% (*Couvelaire*), 93% atunci când e dobândit în primele trei luni ale sarcinii și aceste două epoci postconcepționale de contractare a sifilisului, fătul e expulzat macerat. Tratat, sifilisul pierde din virulența lui și mortalitatea fetală poate fi redusă până la 30% (*Couvelaire*).

Contractat înainte de sarcină și de dată mai mult sau mai puțin recentă, sifilisul are o acțiune feticidă de 65%, care prin tratament poate fi micșorată până la 5%. — Mortalitatea fetală cauzată de sifilisul vechiu al mamei, dobândit sau ereditar, e de 20%; prin tratament, acțiunea feticidă poate fi diminuată până la 8% (*Couvelaire*).

În sifilisul fetal, fătul e expulzat macerat.

În ce privește identificarea sifilisului la gravidă, *Laffon-Niële* (1928) observă, că reacțiunea Bordet-Wassermann e negativă la multipara în antecedentele căreia se relevă expulzare de feți morți și macerați.

b) Intoxicațiunile de natură a primejdui sarcina:

1. Alcoolismul: avort și facere prematură în 16% din cazuri

2. Arsenic și abortiv (*Brouardel*) și uneori intoxicația e transmisibilă fătului (*Porak, Arcangélis*).

3. Saturnismul părintelui poate întrerupe sarcina Saturnismul mamei frecventă întrerupere a sarcinii (la 138 sarcini de femei intoxicate, 36 avorturi, 57 faceri premature, restul copii debili cu grave accidente ale sistemului nervos — *Balland*)

4. Hydrargirismul, acut sau cronic, poate întrerupe sarcina.

5. Cloroformul și eterul întrerup sarcina, atunci când doza întrece pe cea anestezică.

6. Tabagismul: avort în proporție variabilă după autori: 9% — *Ygouin*, 11% — *Etienne*, 45% *Jacquemart*.

7. Sulfura de carbon: avort inevitabil (*Delpech, Laurent, Sapelier*).

8. Oxidul de carbon: în intoxicația lentă și prelungită, fătul sucombă înaintea mamei (*Tissier*); în intoxicația acută, copilul supraviețuște mamei și poate fi salvat prin extracțiunea cesariană *post mortem* (*Nicloux*).

c) Odontalgia: se notează uneori avortul consecutiv unor accidente infecțioase, ocazionate de evoluția măselelor de minte.

d) Toxemia gravidică are efect nociv asupra sarcinii în:

1. Eclampsia: ori fătul moare și e reținut câțva timp în uter, ori copilul sucombă în timpul facerii sau câteva ore după expulzare.

2. Nefritele: în forma cloruremică, procentul de avorturi e mai mic ca în forma azotemică. În această din urmă formă, atunci când nefrita e complicată cu hipertensiune, se notează avortul în 80% din cazuri (*Vinay*).

3. Toxemia gravidică cu repetiție: fătul moare uneori în luna a 6-a, dar se poate desvolta până în a 8-a (*Brindeau*).

4. Pylonefrita: facere prematură în 25% din cazuri; uneori moartea fătului în uter (*Vaudesca*).

e) Bolile sistemului nervos cari pot compromite sarcina:

1. Epilepsia: avortul e mai mult de atribuit unei afecțiuni sifilitice coexistente (*Vaudesca*).

2. Chorea gravidică: avort sau facere prematură în aproape 50% din cazuri (*Bauer*).

f) Anomalii interesând uterul și putând cauza un prejudiciu sarcinii:

1. Hipoplazia uterină infantilă, adesea însoțită de deviațiuni congenitale (anteflexiune sau retroflexiune).

2. Hiperplazia uterului.

3. Uterul dublu, care poate prezenta următoarele varietăți: (a) *uterus didelphis diductus* — corpuri și coluri independente, vagin dublu; b) *uterus pseudo-didelphis*: corpurile uterine independente, coluri sudate; c) *uterus globularis bipartitus*: corpurile și colurile complet sudate; d) *uterus bicornis* — corpurile nesudate în partea superioară, colurile sudate; e) *uterus duplex unicolis* — uter dublu cu un singur col; f) *uterus subseptus unicorporeus* — cavitate unică, dar col dublu (*Commandeu*). — În uterul dublu, gestațiunea e dureroasă cu hemoragie precoce. — Un caz de uter dublu, în care jumătate fibromatoasă negravidă a fost suprimate, rămânând jumătatea sănătoasă, gravidă în luna a 3-a, cu sarcina dusă până la termen — *Coubelaire*, 1928).

4. Prolapsus uterin, hernie uterină.

5. Leziunile colului: granulații, polipi, lungirea hipertrofică, edem: aglutinarea colului (*Naegele*), obliterarea, diafragmele colului, rigiditatea, deviațiunile, cancerul colului (avort și facere prematură în 40% din cazuri. — *Bar. Cohnstein*).

În deosebi în ce privește cancerul colului uterin e de observat că în unele cazuri avortul terapeutic poate fi evitat, dacă, după ce tratamentul radiologic a dat greș iar gestațiunea a ajuns la termen, se face extracțiunea copilului pe calea cesariană (*Etienny*). Imediat după ușurare trebuie suprimat corpul uterin spre a se preîntâmpina infecțiunile având ca sorginte colul neoplasic. — În nici un caz femeia nu trebuie să nască pe căile naturale, din cauza primejdiei de plesniri, rupturi și hemoragii uterine.

6. Strâmțări cicatriciale, datorite unor cicatrice vicioase la nivelul colului (consecutive fie unei faceri anterioare, fie unei intervențiuni chirurgicale).

7. Extensiunea jenată de o deplasare: retrodevierea uterului în a 3-a sau a 4-a lună (*Horwitz*).

8. Hipo-retracțiunea și hiper-retracțiunea uterină.

9. Cicatricile mucoasei sau ale musculaturii.

10. Infecțiuni para uterine, tumori.

11. Insuficiența ocluziunii colului.

12. Fibromul uterin: în 728 sarcini complicate cu fibrom 170 avorturi (Pujol); cam la același procent (20%—25%) evaluează și Reeb numărul avorturilor.

13. Sarcina gemelară univitelină, însoțită de hydramnios acut.

14. Iritabilitate uterină pe cale reflexă: a) operațiunile extra-genitale (avort în proporție foarte redusă); b) intervenții în zona genitală și juxta-genitală.

15. Afecțiuni ale organelor din vecinătate: a) kisturile ovariene (20% avorturi — Bernard); b) tumorile solide ale ovarului (foarte rare: 36 la 1.200 sarcini — Puech, Vanberts); c) infecțiunile vaginale; d) infecțiunile parametrică; e) kisturi hidatice ale basinului (în 62% din cazuri fătul moare).

16. Apendicită; peritonită.

g) Bolile mamelelor cari pot compromite sarcina:

1. Hipertrofia difuză provoacă turburări funcționale: fătul sucombă în uter ori e prematur expulzat.

2. Abcesul (5%) și cancerul sânilor (nu prea frecvent) provoacă și ele turburări funcționale, capabile de a întrerupe sarcina.

* * *

Statistica Maternității din București pe un period de 20 ani (întocmită de Zaharescu-Karaman) dă, sub raportul patogeniei avortului spontan, următoarele cifre:

I. Oboseala, surmenajul, efortul 455 cazuri. — Obezitatea 2. — Emopijunea 16. — Debilitatea 1.

II. Sifilisul 429 cazuri.

III. Afecțiuni utero-anexiale 177. — Endometrită gonococică 15. — Fibrom uterin 9. — Prolaps uterin 2. — Uter cordiform, uter bicorn, uter didelf cu vagin dublu — câte 1 caz. — Retroversune uterină 1. — Corpi streini introduși în uter 3. — Chist al ovarului 2.

IV. Albuminuria 155.

V. Traumatismul accidental 145. — Coit traumatizant 3. — Traumatism operator 1.

VI. Placenta praevia 39

VII. Tuberculoza pulmonară 51. — Gripa 28. — Pleuro-pneumonia gripală 2. — Congestia pulmonară 2. — Diabetul zaharat 2. — Febră tifoidă 10. — Pneumonia 10. — Cardiopatiile 13. — Nefrita cronică 5. — Bronșita cronică-emfizem 4. — Pleurezia seroasă 3. — Colica nefritică 3. — Broncho-pneumonia tuberculoasă 1.

VIII. Sarcina gemelară 27. — Sarcina trigemelară 4 — Sarcină în cornul drept 1. — Sarcina molară 10.

IX. Alterațiuni ale oului 3. — Hydramnios 8. — Hidroree deciduală 1.

X. Reumatismul articular acut 8. — Pelagra 2. — Epilepsia 2. — Intoxicația alimentară 2. — Apendicita, antrax al feței, artrita gonococică a genunchiului, anevrismul aortei descendente, cancer al ficatului, disenteria, hemoragia cerebrală, erisipelul flegmonul gâtului, flegmon al coapsei drepte, intoxicația cu chinină, meningita tuberculoasă, morbul lui Pott, stercoremia, taenia solium, arsuri bac rece — câte 1 caz.

B. Avortul terapeutic

Pentru medic e întotdeauna un caz de conștiință, atunci când e să se hotărăscă pentru avortul terapeutic: pe deoparte preocuparea de viața mamei, pe de altă parte aceea de soarta rodului concep-

țiunii. Numai în cazurile, mai sus enumerate și în cari sorții de viață ai fătului sunt minimi și după ce, în prealabil, s'au epuizat toate mijloacele de atenuare a bolii mamei și de înlăturare a primejdiei ncîndioase de moarte pentru aceasta, avortul terapeutic e indicat.

Cazul de conștiință ce se pune omului artei nu trebuie să fie niciodată influențat de considerațiunea legitimei apărări în favoarea mamei (teza lui *Maxwell*, după care mama e deacum o viață utilă, iar despre embrion ori făt nu se știe ce se va alege de el: va muri în uter, se va naște viu, va fi viabil, va avea ori nu tare congenitale, vicii de conformație cari să facă din el un individ inutil societății?). Există numai un conflict de existențe, dintre cari nu trebuie salvată una cu sacrificarea sigură, dar nu absolut necesară, a celeilalte: „*La nature oppose l'une à l'autre deux existences: dans le conflit extrême on peut supprimer l'une ou l'autre sans crime. Mais on sait que les conditions de la nécessité son plus rigoureuses que celles de la légitime défense, et la mort de l'enfant n'est autorisée que si la vie de la mère court un extrême danger*” (Garçon). Numai încredințat de existența primejdiei de neînlăturat, medicul poate jertfi viața fătului, pentru că sunt cazuri în cari, deși în aparență indicat, totuș avortul terapeutic a fost refuzat, fără ca prin aceasta să se fi periclitat viața gravidei. Așa, *Goldschmidt* (1928) notează 14 observații de femei la cari, în timpul sarcinii, s'au identificat boli serioase (tuberculoză, cardiopatie) și totuș medicii au refuzat întreruperea artificială a gestațiunii: la nici una din aceste femei nu s'au înregistrat, nici la facere, nici în anii următori, consecințe mortale. E adevărat, însă, că, în schimb, s'a notat un procent mare de mortalitate a copiilor născuți la termen. În caz de strâmtare excesivă a basinului, accidentele de compresiune, atunci când sunt grave și nu cedează tratamentului medical, pot constitui o indicație de întrerupere a sarcinii (*Voron*).

Odată convins de necesitatea mijlocului eroic, medicul nu va ezita de a provoca avortul, pentru că și în această împrejurare el nu numai își exercită o atribuțiune de competență, dar încă își îndeplinește una din sacrele sale îndatoriri profesionale, menirea lui fiind „*à faire tous les actes qui ont un but curatif, lorsqu'il est appelé par le malade*” (Garçon). Singurele precauțiuni de ordin formal, ce i se indică, sunt două. Întâiu, se va asigura de consimțământul soțului ori, în absența acestuia, de acela al unui membru al familiei. În al doilea loc, va provoca — afară numai dacă extrema urgență și imposibilitatea materială nu constituie o piedică — o consultație cu un confrate, cu încheierea unui proces-verbal în dublu exemplar. Această consultație îl pune la adăpost de răspunderea penală și civilă a unui eventual desnodământ catastrofal, a

unor leziuni mai mult sau mai puțin grave, a unei infirmități temporare sau permanente — toate consecutive intervenției sale.

Medicul e însă răspunzător de urmări, atunci când se dovedește că, sub masca avortului terapeutic, a practicat de fapt un avort criminal. Pentru că, din nenorocire și spre rușinea corporației medicale, sunt practiciani cari își fac o specialitate foarte rentabilă din pseudo-avortul terapeutic cu consecințe nu odată catastrofale.

C. Avortul criminal

Statistica lui *Bumm* arată: 11 avorturi criminale la 1 avort spontan. În marile aglomerații din Germania (unde numărul anual al avorturilor criminale e evaluat la 500 000), avortul provocat reprezintă peste 50% din totalul sarcinilor (*Zangenmeister*).

Caracterizat ca atare atunci când nu e nici spontan, nici terapeutic, avortul criminal obține moartea fătului în uter, decolarea oului ori contracțiunea uterină, fie pe cale de ingerare a unor substanțe mai mult sau mai puțin toxice, fie în urma unor manopere mai mult sau mai puțin eficace, dar întotdeauna cu periclitatea sănătății dacă nu chiar și a vieții femeii. Statisticile — atât cele vechi cât și cele recente — sunt de o înfiorătoare elocvență:

Mauclair, într-o comunicare pe vremuri făcută la Societatea de Medicină Legală din Franța, a fixat la maximum 6% numărul morților (imediate sau după câteva zile dela provocarea avortului).

Acelaș procent e indicat și de *Doléris*.

Audebert, dimpotrivă, a stabilit că mortalitatea poate trece chiar de 9%, iar dintre acele cari supraviețuiesc multe femei, dacă nu sunt mutilate în ce privește organele funcțiunii genезice, rămân cu supurațiuni prelungite, benigne sau de natură mai gravă. La al 9-lea Congres al Natalității, obstetricianul dela Toulouse își încheia un documentat raport cu următoarea constatare: „Moartea pân-dește femeile la cari se provoacă avortul, 1 din 10 plătește cu viața ei manoperele la cari se pretează, iar 2—3 din 10 rămân pe veci infirme”.

O statistică a lui *Grzywo-Dobrowski* (1928) ne dă, pentru Varșovia (perioada 1921—1926) următoarele cifre pentru cauza morții, consecutivă complicațiilor avortului: septicemie 62, peritonită și anexite 76, rupturi uterine 17, leziuni vaginale 8, hemoragii 3, șoc 1, intoxicațiune (cu sublimat, fosfor) 4.

În ce privește mersul și mecanismul avortului, *Brindeau* și *Leneland* dau următoarele indicațiuni:

1. În primele 2 luni ale sarcinii, orificiul extern al uterului rezistă uneori și oul poate fi reținut câțva timp în cavitatea cervicală.

2. În perioada dela 3 la 4 luni, sau avem expulzarea oului întreg, sau, oul plesnind, e expulzat întâiu fătul și apoi membranele ovulare.

3. În perioada dela 5 la 6 luni, mecanismul avortului e la fel

ca al facerii la termen (dar mai anevoios, pentrucă aderențele uterine sunt mai intime): întâiu e expulzat fătul, apoi casa.

1. Substanțele reputate abortive

Efectul acestora, după însăș natura substanței, se traduce prin:

a) *Moartea fătului*: 1. prin acțiunea directă (circulația placentară) a toxicului asupra fătului; 2) prin modificările circulațiunii cari compromit integritatea nutrițiunii fătului.

b) *Desprinderea oului*: hemoragiile uterine, deciduale sau retro-placentare slăbesc aderențele.

c) *Contrațiunea reflexă a uterului* prin acțiunea iritantă ce substanța o exercită asupra rinichilor.

Tardieu nu admite existența unor substanțe abortive propriu-zise: după el, expulzarea fătului consecutivă administrării unei atari substanțe trebuie privită ca un fenomen constitutiv al sindromului unei otrăviri a mamei, iar nu ca efect al acțiunii electivă a otrăvii. Cu alte cuvinte rolul esențial al substanței ar fi de a îmbolnăvi mama și numai boala ar provoca avortul.

Împreună cu *Coutagne* nu vedem interesul medico-legal al acestui *distinguo* subtil: pe expert nu trebuie să-l preocupe decât un lucru: substanța administrată fost-a ea capabilă de a provoca expulzarea fătului? Dacă această substanță a jucat, față de mamă, și rolul unui agent toxic, aceasta e o altă latură a expertizei, cu totul deosebită de aceea a avortului criminal. Pentrucă există substanțe cari, în realitate, nu au decât o acțiune ce se mărginește la organismul mamei pe care-l zdruncină mai mult sau mai puțin, fără a avea și un efect abortiv. După cum sunt substanțe pur abortive, fără a compromite câtuș de puțin sănătatea mamei, precum o arată următoarea observație:

O femeie de 40 ani. spre a avorta, ia: timp de 3 zile și la fiecare patru ore, o lingură din poziunea următoare: apă de sabina 100 gr., apă de ruta 50 gr., sirop de scorșoară 10 gr.; timp de 10 zile, câte două capsule de 10 ctgr. de apiol. După 7 săptămâni se pronunță durerile uterine cu scurgerea lichidului amniotic: dar avortul nu se produce decât după alte 27 zile, în a patra și jumătate lună a sarcinii (*Martin Saint-Ange*).

Dintre substanțele abortive mai frecvent utilizate notăm:

1. *Secale cornutum* (secară cornută, cornul de secară, mama săcării, clonjiu babei). — După unii substanța aceasta n'are niciodată efect abortiv, ci cel mult poate ajuta la intensificarea sau trezirea contrațiunilor uterine, atunci când durerile s'au pronunțat, deci facerea a început. După alții, absolut nulă în primele trei luni (*Thoinot*), în primele 5 luni (*Tardieu*) ale gestațiunii, acțiunea e inconstantă în perioada următoare când, chiar eficace, efectul întârzie câteva zile. În observațiunile sale, *Krause* notează 3 succese, dar trist

compensate priu moartea mamei. — *Simptomele*: sete mare, vărsături, colic, diaree, încetinirea pulsului, epistaxis, anurie, cefalalgie, amețeli, stupoare, delir, hemoragie abundentă care provoacă moartea.

2. *Sabina* (cetenă de negi) e un abortiv pe cât de inconstant și cu efectul lent (reclamă ingerarea zilnică a unei cești de infuziune timp de cel puțin 6 săptămâni), pe atât de periculos. — Efectul poate fi: a) o *intoxicație ușoară* (atunci când infuziunea nu e destul de tare), fără întreruperea sarcinii; b) o *intoxicație mai gravă și cu avort în cursul intoxicării*; c) o *intoxicație mortală, fără avort*; d) o *intoxicație mortală și cu avortul*, care precede cu puțin morții. — *Simptomele la femeia vie*: salivatie, vărsături verzi cu miros de rășină și uneori sanguinolente, dureri gastrice și abdominale, diaree (uneori sanguinolentă), oligurie, hematurie, crampe, convulsii; în caz de consumație prelungită poate provoca și orbirea (*Weisenberg-Willimzik*). Se examinează conținutul stomacal, dejecțiunile și petele de fecale de pe rufe, cearceafuri, etc. și se identifică substanța uleioasă. — *Diagnosticul pe cadavru*: semnele gastro-enteritei, colorația verde isbitoare a conținutului stomacal („supă verze de mazăre” a lui *Taylor*), prezența eventuală de fragmente de frunze, colorația verde a esofagului, stomacului și a unei părți a intestinului.

3. *Ruta graveolens* (ruta, virnantul) se întrebuițează sau ca aplicațiune externă a frunzelor fragede, sau ca decoctiune de frunză și rădăcină. Abortiv drastic (efectul în 48 ore, cu dureri uterine), dar provoacă și moartea — *Simptomele la femeia vie*: salivatie abundentă, tumefierea limbii, gastro-enterită, somnolență, prostratie, lipotimic, puls slab și lent. — La autopsie se găsește o congestie a pereților stomacului și ai intestinului subțire.

4. Uleiul de *Thuja occidentalis*: gastro-enterită cu avort, urmat imediat de moarte (*Sander, Tschirch*).

5. *Șofranul* — *crocus sativus* (decoctiunea unei doze care, spre a fi abortivă, e, după *Hedren*, de 2 gr.) poate provoca moartea. — *Simptomele la femeia vie*: roșeața feței, epistaxis, amețeli, vărsături, hematurie, bradycardie, contracțiuni. — La autopsie: hiperemia creierului și a mucoaselor stomacului și intestinului.

6. *Saburul* (aloe): efect mortal în doza de 8 gr. (*Taylor*).

7. *Apiolul* (extras din pătrunjel) fie sub formă de lichid uleios galben sau verde, fie sub aceea de cristali albi greu solubili.

8. *Ienupărul* (inibaharul, cetena, jneapănul — *juniperus communis*): decoctie ori macerat de frunze și de vârfuri.

9. *Ștrigoaea* (eleborul negru și verde): decoctia rădăcinii fiartă în zer.

10. *Asmăfuiul* (*anthriscus cerefolium*): decoctiunea plantei întregi.

11. *Pelinul* (*artemisia absinthium*): decoctie de frunze și de flori.

12. *Pelinarița* — *pelinul negru* (*artemisia vulgaris*): decoctie de frunze, flori și rădăcină.

13. *Rosmarinul*: se ia sau sub formă de infuziune ori de esență, sau sub aceea de plămădă, în rachiul de drojdie.

14. *Tinctura de jalapa compusă* sau rachiul nemțesc, prin extragerea din rădăcina plantei *exogonium jalapa*.

15. *Trandafirul negru* (flores malvae arboreae): se ia ca decoctie.

16. *Leandru*: decoctie și introducerea tijeii în colul uterin.

17. *Permanganatul de potasiu* în asociație cu caolinul: pilule

18. *Cantarida*: în băutură.

19. *Chinina*: acțiune abortivă foarte discutabilă (*Brindeau-Lemeland*). În doze mari provoacă o gravă intoxicație (8 gr.: intoxicație, fără avort — *Wunderlich*, 1920).

20. *Belladonna* (mătrăguna). emeticele, purgativele (chiar cele mai dras-

tice, cum ar fi *uleiul de croton*) au un efect abortiv aproape nul, dar în marea majoritate a cazurilor cauzează boli ale tubului digestiv și ale rinichilor.

21. Extractul de ovar poate fi abortiv (*Brindeau-Lemeland*).

22. Fosforul: abortiv (trece la făt și-l omoară) dar și cu intoxicație letală, provocând hemoragie uterină.

23. Arsenicul (prin ingerarea sau prin introducerea în vagin: depus sau insuflat) trece la făt și-l omoară. Intoxicație mortală. — Până la exercitarea unui control sever al debitării otrăvurilor, arsenicul era abortivul cel mai frecvent întrebuințat (statisticile lui *Hedren*, *Lewin* și *Filmousi-Guelfi*).

24. Plumbul (pilule de plumb, injecțiuni vaginale cu cerusă). Doza abortivă e cât jumătatea dozei letale. — *Lithargirul* cauzează des intoxicațiuni grave (6 atari cazuri notate de *Moulengracht* — 1929).

2. Manoperele abortive

În teză generală, succesul acestor manopere e în funcțiune de gradul lor de eficacitate, de natura și gravitatea leziunilor făcute oului ori aderențelor acestuia și de epoca sarcinii: expulzarea e mai repede în decolarea decât în punțiunea oului; în lunile a 3-a, a 6-a și a 7-a, decât în primele 4 luni. Uneori consecutivă la numai câteva ore dela practicarea manoperelor, expulzarea poate întârzia câteva zile (2—15) și chiar mai mult. (O tânără Bretonă rămânând însărcinată, mama ei, cu ajutorul unei sonde uterine, i-a făcut, cu irigatorul, o injecție intra-uterină de apă săpunată. Imediat s'a produs o metroragie care a persistat timp de 18 zile și numai după aceasta a fost expulzat un făt de 5 luni — *Balthazard*).

* * *

a) Practicate de medic: raclajul, cu dilatarea prealabilă a colului. (Uneori injecții intrauterine de tinctură de iod sau de glicerină).

b) Practicate de moașe, empirice sau de însăș femeea: 1. *Spălături cu săpun; băile de picioare sau băile generale, fierbinți; flebotomie, aplicarea unei punți cu ghiață sau a unei comprese calde în regiunea hipogastrică; aplicarea de lipitori, excitațiunile mame (sugerea sfârcului) — toate ineficace.*

2. *Loviri cu pumnul în regiunea epigastrică, gimnastică violentă: uneori ruptură uterină, cu hemoragie și, consecutiv, desprinderea membranelor cu avort imediat sau întârziat.*

3. *Masaj abdominal pentru frământarea uterului.*

4. *Tamponarea vaginală.*

5. *Traumatisme pe suprafața externă a colului, cauterizarea colului, dușul vaginal, abuzul coital.*

O observație personală. O pruncuigașă, examinată la Institutul Médico-Legal din București, a mărturisit că, în scopul de a provoca avortul, a făcut exces de raporturi sexuale, conjugale și extra-conjugale; „sacrificiul” nu i-a servit la nimic, pentru că tot la termen a născut copilul, pe care în urmă s'a grăbit să-l suprime.

6. *Dilatarea colului cu degetul, cu laminare, sau cu alte instrumente în timp ce cu mâna cealaltă, prin comprimarea abdomenului, se împinge uterul în jos.*

7. *Puncțiunea membranelor* cu diverse instrumente înțepătoare: undrea, ac de păr, vârful unui toc de scris, sârmă, croșetă, pană de gâscă, cateter și chiar cu unghia degetului introdus prin col.

8. *Deslîpirea membranelor:* cu ajutorul unui instrument, cu degetul, prin injectarea intra-uterină a unui lichid toxic sau caustic (extract de secară cornută, apă săpunită, macerațiune de tutun).

9. *Propocarea contracțiunilor uterine* prin aplicarea prelungită a unui curent electric ori prin acțiunea intensivă a razelor Roentgen.

10. *Acțiunea psihică:* intimidarea, spaima, sugestiunea.

IV. URMĂRILE AVORTULUI

1. *Leziunile vaginale.* — Ruptura părții superioare poate fi de un pronostic foarte grav, iar ruptura părții inferioare de un pronostic mai puțin grav (*Brindeau-Lemeland*). — Leziuni grave ale peretelui vaginal, consecutive unor spălături vaginale repetate (de 2—5 ori pe săptămână, timp de 2 luni și jumătate) cu o soluție concentrată fierbinte de opium (*Dierks, 1927*).

2. *Rupturile colului uterin* cu un pronostic care variază după originea și gravitatea hemoragiei. — *Rupturi cervicale centrale* cu stabilirea unei comunicații între canalul colului și fundul vaginului. (1. O primipară de 28 ani, cu uter infantil. După dilatarea repetată și introducerea unei vesice Zweifel-Tarnier și după 48 ore, fătul a fost expulzat printr'o ruptură produsă în partea posterioară a fundului vaginului. Canalul colului a rămas ermetic închis. — 2. Fătul în a 4-a lună a fost împins în gaura formată în partea posterioară a fundului vaginului și a ieșit printr'un orificiu fistular — *Caffier, 1928*).

E de observat, însă, că asemenea rupturi cervicale pot fi și spontane atât în avortul spontan cât și la facere. Dacă se constată urma unei cicatrice fistulare, atunci se poate admite certitudinea unei rupturi spontane.

3. *Pierderile mari de sânge* (cari persistă mai ales din cauza retențiunii în uter a unei părți din ou) pot cauza moartea. — Hemoragia, atunci când decidua e proaspătă, iar fătul e viu, e foarte violentă după primele 6 săptămâni ale sarcinii, mai ales atunci când instrumentul smulge vilozitățile chorionului (*Graefe*). Dacă hemoragia nu provoacă moartea imediat, femeia poate fi salvată prin laparotomie.

4. **Infecțiunea uterină** provoacă peritonită, procese de embolie și metastaze: septicemia generală se pronunță după câteva zile sau în două săptămâni — moartea. Uneori moartea poate întârzia, atunci când peritonita e mărginită numai la organele basinelului, iar catastrofa e consecutivă pătrunderii focarelor purulente în organele vecine sau în cavitatea abdominală. O tumoare septică a duodenului consecutivă hemoragiei (Katz, 1922). O tumoare septică a stomacului, prin perforare (Gundelach, 1923).

5. **Infecțiuni cu bacterii putrefiante.** — Intervenția intra-uterină provoacă o atare infecție cu proces letal fulgerător (Nürnbergger), ale cărui simptome sunt: hemoglobinemie (Weitz), culoarea bronzată a pielii, colorația roșie-brună a urinei, emfizem al țesutului celular sub-cutanat. Iar pe cadavru se notează prezența gazelor în organe și țesuturi, afară de intestin.

6. **Actinomicosa genitalelor** se înregistrează foarte rar (literatura medicală nu cunoaște decât vre-o 60 cazuri). Haselhorst (1928) atribue această infecțiune manoperelelor abortive cu instrumentul infectat de bacterii actinomice.

7. **Infecțiune tetanică** (Katz — 1922, Schneider — 1925).

8. **Gangrena membrilor inferioare.** — Un caz relatat de De Senibus: La 5 zile după raclaj, femeia se plânge de furnicături la degetele dela picioare; cu toată îngrijirea medicală, gangrena se întinde la labele picioarelor și la gambe (zone albastrii și zone anestezice).

9. **Leziuni vesicale.** — Prin infecțiuni de lichid fierbinte, acesta din urmă poate fi introdus în vesică, provocând leziuni ve-

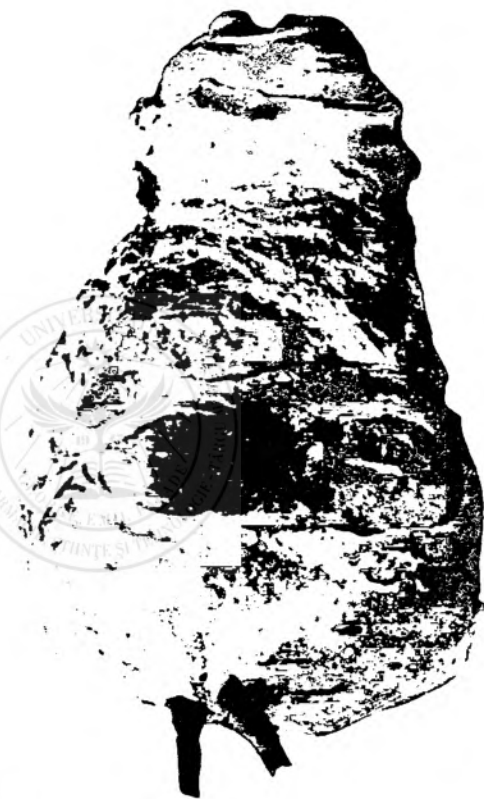


Fig. 41. — Avort provocat: raclaj cu perforarea uterului.

sicale (Într'un caz de leziune gravă a vezicii, femeia a murit înainte de a avorta — *Haberda*).

10. Leziuni rectale și vesicale prin introducerea unui instrument înepător.

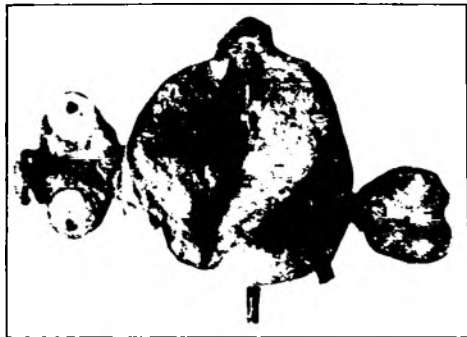


Fig. 42. — Avort provocat: dublă perforare uterină.

11. Leziunea plămânului: o gravidă a împins, prin cavitatea abdominală, până în plămân o sârmă lungă de care s'a servit pentru spargerea oului.

12. Rupturi ale vulvei.

13. Ruptura perieucului. — Atunci când leziunea interesează și sfincterul, pronosticul e mai grav.

14. Leziunea arterei iliace interne (prin introducerea unui instrument

înepător în uter). Moarte consecutivă hemoragiei.

15. Rupturile uterine — cari, după *Coutagne* și *Corin*, sunt posibile și în injecțiile intra-uterine cu scop abortiv — sunt întotdeauna de un pronostic grav, de oarece în cele mai multe cazuri sunt mortale: în 5—6% din cazuri, moartea în 2 ore; în 15% moartea până în 12 ore; în 17% până în 24 ore (*Brindeau-Lemeland*). — În 40% din cazurile de ruptură uterină, moartea e datorită hemoragiei, iar în 60% infecției (*Écalle*).



Fig. 43. Avort provocat: perforare uterină.

După *Zangenmeister* (1928) mortalitatea în perforările uterine e de 28%; la noi se poate evalua la 60%, de oarece intervenția în foarte multe cazuri e tardivă.

Perforarea uterului se poate produce și în intervenția medicală necesită de manoperele cari au provocat avortul, țesutul necrozat al organului nemai prezintând o suficientă rezistență acțiunii curetei (*Balard-1928* citează un atare accident cu un uter în parte necrozat printr'o injecție abortivă de iod).

Un interesant caz de perforare e relatat de *Sigwart (1929)*: O multipară de 27 ani, crezându-se însărcinată, își face singură un sondaj uterin și o injecție de lisol. Din cauza hemoragiei incoercibile recurge la ajutorul unui medic. Acesta, în credința că are aface cu un avort început, dilată uterul gol — *pe care-l ia drept colul uterin* și perforează fundul organului; dilatănd apoi această perforare, pe care o ia drept orificiul cervical, introduce pensa, trage și scoate o ansă intestinală.

16. Perforarea uterină cu leziuni interesând vecinătatea. — a) O femeie, cu o seringă plină cu o soluție de sublimat, și-a perforat uterul, a desfăcut parametriul stâng și a rupt uretera stângă (*Klauber, 1890*). — b) Perforarea uterului cu leziuni ale peritoneului, ale anselor intestinului subțire și ale intestinului gros (*Schmidt-1921, Colombino-1927*). Mortalitatea în perforarea intestinului subțire e de 20%, iar în aceea a intestinului gros, de 70% (*Zangenmeister-1928*).



Fig. 44.—Avort provocat: perforarea uterului cu o vergea.

Atari accidente se notează și în simplele tentative de avort.

17. Trombus al vulvei și vaginului: mortalitate de 12% (*Brindeau-Lemeland*).

18. Arsuri și cauterizări ale uterului.

19. Fixarea în uter și migrațiunea instrumentului introdus. — S'au văzut multe cazuri când o parte din instrumentul introdus (prin rupere) a pătruns în cavitatea abdominală și a stat acolo fixată vreme mai îndelungată, pentruca apoi să fie eliminată prin anus (*Katz, 1922*). Cateterul a stat 20 luni în escavația retro-uterină și apoi a fost expulzat prin rect (*Barvell*).

20. Șocul — a cărui urmare e *moartea subită* — poate fi determinant de o arsură mai importantă a cavității uterine. Se no-

tează mai ales în: afecțiuni cardio-vasculare, eclampsie, ruptura aortei, deformațiuni toracice, afecțiuni renale, boli infecțioase.

21. Opăririi, cauterizări, stenoză vaginală și perforări uterine și vaginale, în injecțiile cu lichide fierbinți sau caustice. Dureri spasmodice, leșin și uneori moarte prin șoc. (O femeie, făcându-și o injecție de lysol, a rezultat: perforarea peretelui posterior al vaginului, o nefrită acută cu anurie și peritonită, un hematom rectal — *Haberda*).

22. Embolia gazoasă cu moartea inevitabilă e unul dintre

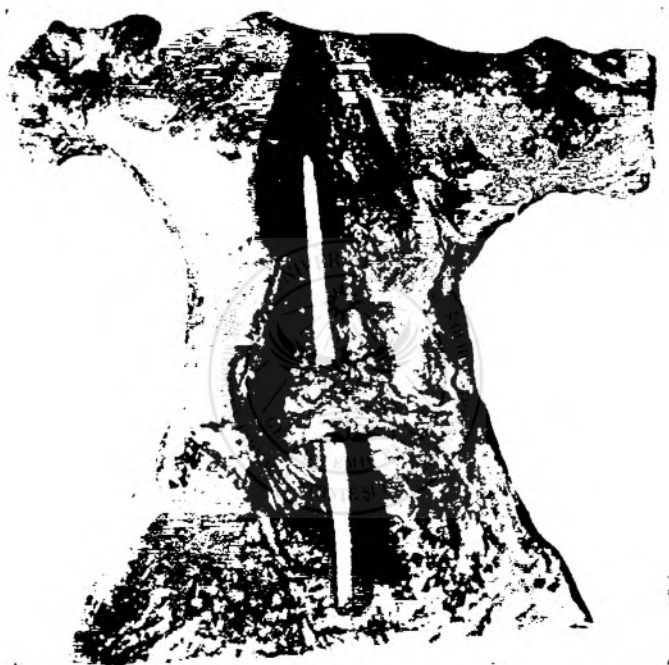


Fig. 45. — Avort provocat prin introducerea unei vergele care s'a rupt în uter.

gravele fenomene cauzate de trecerea lichidului injecțiunii intra-uterine (îndeosebi sublimat) în venele uterului. — Embolia gazoasă se poate nota și în simplele spălături vaginale cu irigatorul, atunci când canula e îndreptată spre orificiul colului, întotdeauna ori-decâteori o bulă de aer pătrunde direct în uter, odată cu lichidul. — Moartea e *subită*, atunci când bulele de aer, pătrunse în sistemul circulator, sunt în număr mai mare. Dar *Fink* (1920) a notat moartea consecutivă unei embolii gazoase abea la 5 zile după injecția lichidului cu o pară de cauciuc: explicația e că aerul din depozi-

telele de gaze ce se formează pătrunde în vene abea după câteva ore, excepțional și după 1—5 zile (*Hoeslin*—1928 a notat o embolie gazoasă cerebrală într'o simplă tentativă de avort).

23. **Peritonită supra-acută:** a) Moarte fulgerătoare în câteva ore la o tânără lucrătoare cu sarcina în luna a 7-a. — b) *Hellendal*—1923 și *Carlini*—1928 notează 15 cazuri de peritonită, cu 4 decese, în tentativa de avort și în sarcina extra-uterină.

24. **Gastrită cronică gravă, cu desnodământ catastrofal** (moartea unei femei căreia, timp de 11 săptămâni, i se administrase doze moderate de secale cornutum — *Parry*, 1928)

25. **Endocardită septicemică tardivă** (moartea după suferințe consecutive infecției și cari au durat patru ani — *Voelkers*, 1926).

26. **Înteruperea sarcinilor ulterioare.** — În foarte multe cazuri consecințele practicilor abortive sunt afecțiuni utero-anexiale, mai ales la muncitoare: anexite supurate, insuficient răcite și reactivitate din cauza oboselii, endometrite, retroversiuni aderente, douglasite. Acestea necesită noi intervențiuni chirurgicale, iar ulterior oul, implantat pe un teren atât de adânc vătămat, fatal se deslipește înainte de termen.

27. **Sterilitate.** — Pe când *Vögel* (1928) e de părere că avorturile nu au o influență simțitoare asupra fecundității, *Audebert* din contră, din observațiunile făcute în clinica sa, a ajuns la concluzia, că avorturile provocate sfârșesc uneori prin a cauza sterilitatea (sterilitate consecutivă unei pelvi-peritonite cu persistența unor aderențe solide cari au blocat uterul). *Zangenmeister* evaluează procentul sterilității la 25%; noi socotim exagerată această cifră.

V. DIAGNOSTICUL AVORTULUI

În materie de avort, concluziunile unei expertize medico-legale sunt întemeiate pe constatări privitoare la: 1) *realitatea avortului*; 2) *natura avortului*: spontan sau provocat (terapeutic sau criminal); 3) *epoca probabilă a sarcinii*; 4) *data manoperelor abortive*.

1. REALITATEA AVORTULUI

Demonstrația avortului se face prin coordonarea elementelor trase din: 1) examenul embrionului (până la 6 săptămâni) sau al fătului (dela a 7-a săptămână până la termenul sarcinii fiziologice); 2) examenul scurgerilor sanguine; 3) examenul membranelor oului sau al resturilor acestuia (placenta, chorionul și caduca); 4) identificarea lichidului amniotic; 5) examenul mamei (vie sau cadavru).

A. Embrionul-fătul

1. Vârsta

Vârsta embrionului sau a fătului se determină după gradul de dezvoltare (formă, talie și greutate) și starea în care se găsește. De observat că, încă din primele săptămâni, oul e aproape în întregime acoperit cu vilozități (cari îi dau aspectul unui ursin), mai numeroase la bază decât pe partea sferică dezvoltată spre cavitatea uterină; în luna a 2-a, vilozitățile dispar de pe partea sferică.

Prima lună. — Săptămâna I-a. — În tot cursul ei oul rămâne în trompa lui Fallope. După ce a pătruns în partea principală a trompei și a fost fecundat, descinde încet, începând evoluțiunea diviziunilor succesive: segmentarea oului. În tub oul e de 0,2 mm., dar în coborîrea lui dealungul tubului crește la 0,5—1 mm.

Săptămâna a II-a. — Spre a 8-a zi, oul ajunge în uter unde aderează de mucoasa uterină hipertrofiată, în general pe peretele posterior. Curând mucoasa înglobează în întregime oul și se închide în partea întoarsă spre concavitatea uterului, spre a constitui ceea ce se numește caduca reflectată. Se desemnează, sub numele de caducă utero-placentară sau secundară, porțiunea mucoasei uterine cuprinsă între oul și partea uterului de care aderă. Restul membranei care căpтуșește uterul constituie caduca adevărată sau uterină.

Dela a 10-a spre a 14-a zi ovulul este un mic sac rotunjit și ușor turtit cu diametrul de 3—5 mm., neted, cu o zonă equatorială marcată prin numeroase vilozități scurte și independente cari încep să apară. Ovulul este complet înbrăcat de caduca reflectată și de caduca utero-placentară. La sfârșitul săptămânii a II-a apar amniosul, alantoida (vesica urinară fetală) și primele rudimente de embrion; oul e de 6 mm., iar embrionul de 0,15 mm. — 0,19 mm.

Săptămâna a III-a. — Oul e în întregime acoperit cu vilozități mai lungi și cari încep să se împletească. Alantoida atinge chorionul. Embrionul e de 0,57 mm. — 1,35 mm., și se prezintă astfel: spinarea foarte îndoită, diviziuni primitive ale creierului, apariția boltirilor viscerale, rudimentele vesiculelor oculare și auriculare primordiale. — Circulația elementară este stabilită; canalul alimentar e un tub drept, gura apare sub forma unui orificiu pentagonal.

Săptămâna a IV-a. — Embrionul (2,5 mm.) seamănă cu un viermișor gros și îndoit, capul și coada se ating aproape, iar profilul dela spate e al unui arc. Ochii apar ca două puncte negre, iar membrele sunt indicate prin două serii de muguri. Extremitatea caudală e prelungită ca o coadă adevărată, iar pe spate, de fiecare parte a liniei mediane, apar vertebrele primordiale, semănând cu mici plăci patru-laterale.

În cursul lunii întâia, oul e rar observat: e atât de mic că se pierde în chiagurile de sânge cu care e expulzat. Abca la sfârșitul lunii, e ca o vesiculă cu diametrul de 2 cm., transparentă și gălbue; în interior se află embrionul și lichidul amniotic limpede, incolor. Pe toată suprafața oului, vilozități relativ lungi, mai scurte și mai rare la unul din poli.

Oul e fixat în uter ca un polip mucos și are dimensiunile unei alune și cu greutatea de 2,5 grame.

La sfârșitul lunii I-a: amniosul lipit de embrion (care e încă tot incurbat). Gura și nasul formează o singură cavitate. La gât, 4 crăpături branchiale. Extremitățile: muguri în formă de aripioare. Crăpătura abdominală și vesicula ombilicală sunt încă vizibile.

Luna a II-a. — Alantoida devine vasculară pe toată întinderea ei. În a 3-a săptămână embrionul e de 5—6 mm. și e inclus într'un chorion cu un diametru de aproape 4 cm.

După a 6-a săptămână nu mai e corect să-i zicem embrion, ci făt, pentru că are o formă omenească distinctă. În adevăr, către a 5-a săptămână, la membre, cari mai înainte nu aveau decât aparența unor muguri cărnoși, încep să se distingă 3 segmente cari, la extremitățile superioare, corespund brațului, antebrațului și mâinii, iar la cele inferioare, coapsei, gambei și piciorului. Porțiunea care va trebui să constituie mâna sau piciorul se turtește și curând apar mici ridicături despărțite prin șanțulețe, cu urmele viitoarelor degete. — Capul e mai înălțat și face unghi drept cu corpul. Spațiile e mai puțin adus.

La 6 săptămână embrionul e de 15 mm. Apar rudimentele pleoapelor, iar pavilionul urechii e indicat. Degetele sunt separate și se lungesc. Se dezvoltă rinichi primitivi. Se recunoaște sexul glandelor genitale.

În săptămâna a 8-a, embrionul (20—25 mm.) e tot îndoit, cu un cap, abdomen și ficat enorme. Se disting urechile și ochii.

La sfârșitul lunii a 2-a, coada începe să dispară, sistemul osos-cartilaginos al scheletului e în formație. Se recunoște degetele. În sânge apar primele hematii (fără nucleu).

Cavitatea amniotică e mai largă, iar lichidul abundent. — Capul voluminos. Gura și nasul se despart. — Crăpăturile branchiale ale gâtului au dispărut. — Crăpătura abdominală și vesicula ombilicală au dispărut. — Rudimentele organelor genitale externe apar, dar sexul rămâne nedeterminat.

În luna a doua, oul are volumul unui ou de porumbel. Aspectul lui diferă, după cum, la expulzare, atrage sau nu cu el caduca ovulară și e deschis sau închis.

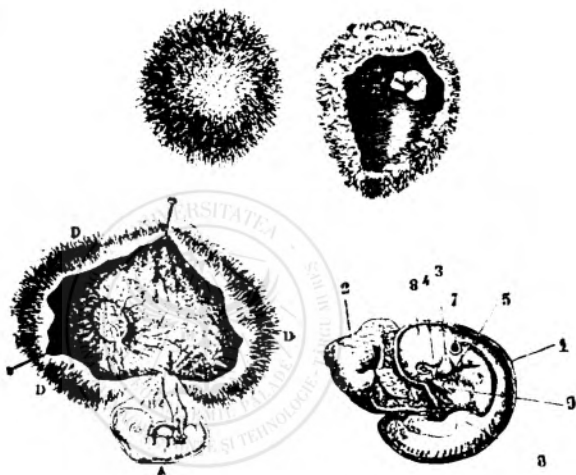


Fig. 46. — Avortul. — Examenul oului uman în primele săptămâni dela concepțiune: I. *Sus, în sânge*, oul uman (mărire naturală) de 5 săptămâni (36 zile). — II. *Sus, în dreapta*: Secțiunea oului uman (mărire naturală) dela începutul săptămânii a 4-a. — III. *Secțiunea oului uman între 4 și 5 săptămâni*: A. embrionul; B. amniosul; C. vesicula ombilicală; D. chorionul. — IV. *Embrionul (mărit) din acest ou*: 1. amniosul; 2. vesicula ombilicală; 3. primul arc faringian; 4. mugurele maxilar superior depe acest arc; 5. al 2-lea arc faringian, dinapoia căruia se mai vad alte două mai mici; 6. schițarea extremităților anterioare; 7. vesicula auditivă; 8. ochiul; 9. inima.

Atunci când e intact și a antrenat și caduca, are forma unei mici sfere rozate, cu suprafața netedă, cu o prelungire ca o creastă (caducă intero-utero-placentară).

Atunci când caduca prezintă rupturi, apare rețeaua delicată a vilozităților.

Când caduca lipsește cu totul, întreg oul apare acoperit cu vilozități, afară de nivelul egretei (constituit de caduca intero-utero-placentară).

În sfârșit, atunci când oul e deschis, el apare ca o pungă goală, cu suprafața internă liberă. (*Brindeau*).

Luna a III-a. — *La începutul lunii*, oul e cât un ou de găină, iar la sfârșitul ei, cât unul de rață. Vilozitățile se hipertrofiază într'un punct, care va fi placentă.

Fătul e de 25—30 mm. și cântărește 15—20 grame. Brațul, antebrațul și mâna, coapsa, gamba și piciorul sunt deslușit indicate: la cot e o cută bine marcată; degetele dela mâni și picioare sunt separate, iar tălpile sunt îndreptate una spre alta. Coada a dispărut. Fața prezintă două linii, una dela nara nasului spre colțul gurii, cealaltă dealungul ochilor; aceste două eminențe sunt atât de caracteristice pentru săptămâna a 9-a, că rămân adesea urme în fizionomia adultului — *Cordonul* e mult lungit.

La 2 luni și jumătate (10 săptămâni): fătul e de 32 mm.: abdomenul, proeminent, se strânge, pleoapele încep să se lipească. Tuberculul genital se ridică (1,5 mm.) și se termină printr'o protuberanță în formă de nasture, care indică viitorul gland al penisului sau clitorisul. Pe fața inferioară se distinge șanțul genital mărginit de cutele genitale (cari la față devin buzele mici). De fiecare parte a tuberculului genital apar două eminențe cărnoase, eminențele genitale (cari la băiat devin scrotumul, iar la față buzele mari).

La 75 zile (11 săptămâni) fătul e de 55 mm. Capul e tot mare, iar corpul subțire. Brațul se îndreaptă dela umăr în jos, iar antebrațul dela cot în sus spre bărbie. Coapsele sunt indoite, iar gambele întoarse înăuntru cu tălpile picioarelor față în față. Rudimentele unghiilor apar sub forma unor membrane subțiri. — Flexiunea cervicală dispăre, iar capul e mai înălțat. — Desvoltarea coastelor face să se distingă toracele de abdomen. Sexul e nedeterminat.

La sfârșitul lunii a III-a (84 zile), oul are diametrul de 10 cm și greutatea de 115 gr. *Placenta* e deslușit formată și izolată; vilozitățile chorionului au dispărut în mare parte.

Talia mijlocie a fătului e de 98 mm. (cu o lungime cranio-sacrală de 68 mm). — Inelul ombilical e format, iar cordonul e lungit, cu sinuoziități în spirală. Capul e bine format (raportul lui cu lungimea totală e de 1 la 2): pleoapele se lipeșc, nasul e lat și triunghiular, buzele groase, bărbia ascuțită. Gâtul începe să se diferențieze. Pavilionul urechii se modelează.

Extremitățile se acetuează, articulațiile se desvoltă. Părțile genitale externe au progresat: glandul 1 mm., iar nimfele aproape 3 mm. — *La băiat*, șanțul genital se închide, iar cutele genitale se sudează spre a constitui scrotumul. — Între sinusul uro-genital și anus (reprezentate prin crăpături distincte) se găsește un perineu desvoltat. — Ficatul, bogat vascularizat, ocupă o mare parte a cavității abdominale.

În luna a III-a, numai excepțional se notează mai ales în avortul criminal, o expulzare în bloc: oul fiind deschis, se elimină mai întâiu embrionul și apoi membranele (*Brindeau*).

Luna a IV-a. — La 3 luni și jumătate (14 săptămâni), fătul e de 11 cm.

La sfârșitul lunii (16 săptămâni), talia mijlocie e de 18 cm. (cu o lungime cranio-sacrală de 12 cm.). Greutatea: 120 gr. — Capul (aproape un sfert din lungimea totală a corpului): ochii, urechile, nasul și gura au deacum forma normală.

Părțile genitale sunt bine dezvoltate. — În ambele sexe, bine diferențiate, volumul eminențelor genitale a crescut. — La băiat: cele două eminențe opuse s'au unit, formând scrotumul (se vede linia de împreunare). Glandul și prepuțul sunt formate, iar șanțul uretral sau genital se întinde până la gland, marginile lui împreunându-se spre a forma tija penisului. — La fată: eminențele genitale nu sunt decât ușor modificate, ele constituie buzele mari; tuberculul genital formează clitorisul acoperit de preput; marginile șanțului uretral nu se împreunează și formează buzele mici. Celule adipoase se dezvoltă în țesutul hipodermic. Uterul se apropie de forma definitivă, iar ovarele se găesc sub rinichi,

Unghiile sunt de recunoscut. — Pe cap apar primii peri.

Cavitatea toraco-abdominală: deasupra diafragmei se recunoaște separarea plămânilor în 3 și 2 lobi; inima e în larg contact cu peretele toracic anterior; ficatul e foarte voluminos; stomacul și intestinalele s'au deplasat spre poziția definitivă; rinichii, deacum definitiv, sunt fixați în locul lor; apar insulițele endocrine ale pancreasului.

Meconiu verzui în intestin

Placenta s'a mărit și îngroșat. *Cordonul ombilical* (cât de 3 ori lungimea fătului), în urma formării gelatinei lui Warthon, s'a îngroșat mult.

Chorionul și amniosul sunt împreunate.

Luna a V-a. — La începutul lunii, placenta acoperă aproape jumătatea pereților uterini: are un diametru de vre'o 10 cm., o grosime de 0.8 cm., — 1 cm. și o greutate de aproape 200 gr.

La 4 luni și jumătate (18 săptămâni) fătul e de vreo 22 cm. Fața sbărcită și cu înfățișare senilă. Pielea e mai tare și rozată.

La sfârșitul lunii (20 săptămâni), talia fătului e de 25 cm., (cu o lungime cranio-sacrală de 16 cm.). Greutatea: 250—280 gr. Suprafața corpului începe să se acopere cu sebum. Proporțiile între cap (o treime din talia totală), trunchi și extremități devin tot mai normale; extremitățile inferioare mai lungi decât cele superioare. — *Unghiile* încep să se formeze.

Pleoapele tot lipite.

Spiralele cordonului ombilical sunt deacum regulat formate.

Pielea, mai transparentă, de un roșu-deschis, e acoperită cu tulle. iar pe cap apar primii peri. — Început de vernix caseosa.

Se recunosc glandele mamare cu mamelonul lor.

Cavitatea toraco-abdominală: deși tot foarte voluminos, ficatul începe să-și schimbe forma (lobul stâng devine sensibil mai mic) și se pronunță funcțiunea glicogenică și biligenică; glandele stomacului și epiteliiul cilindric al vilozităților intestinale funcționează. — *Meconiu* colorat.

Părțile genitale își continuă dezvoltarea; la fată, volumul clitorisului scade, uterul e bine format, vaginul e reprezentat printr'un mugure epitelial solid, iar în partea lui inferioară se recunoaște colul.

Sporirea cantității lichidului amniotic.

Mișcările active ale fătului sunt simțite de mamă.

La sfârșitul lunii apar punctele de osificare ale calcaneului și astragalului.

Luna a VI-a. — La începutul lunii (a 21-a săptămână), fătul are o lungime de 28 cm. și o greutate de vreo 620 gr.

În a 22-a săptămână, apare un punct osos la gâtul sternului.

La sfârșitul lunii (24 săptămâni): talie de 54 cm., iar greutatea medie de 680 gr. Capul, deși scăzut ca volum, e tot mare în raport cu corpul. Iși fac apariția (încă ștearsă) genele și sprincenele. Pleoapele se separă, dar membrana pupilară persistă. Pielea, îngroșată, sbârcită, e de un roșu murdar. — Marginea liberă a unghiilor, încă moi, dela degetele mâinilor, întrece pielea subjacentă: la degetele picioarelor, unghiile nu sunt încă bine formate. — Testiculele sunt încă în abdomen. — Meconiu în intestinul gros. — Lungimea cordonului e de 35,5 cm. Placenta: diametrul de 11,5—12,50; greutatea 258,3 gr.

La 24 săptămâni, fătul poate respira puțin, dar de regulă moare după câteva ore.

* * *

Odată cu luna a 7-a, copilul devenind viabil, avortul criminal poate căpăta, în subsidiar, și caracterul de pruncucidere.

Luna a VII-a. — Talia fătului: 35—39 cm.; greutatea 1.150—1.700 gr. — Pielea, acoperită cu sebum, e încă tot sbârcită, de un roșu murdar care începe să se decoloreze. Pe cap, un păr de câțiva milimetri, care începe să se coloreze. Pe restul corpului tulce abundente. Unghiile încep să se întărească. Pleoapele sunt permanent deschise. Membrana pupilară e pe cale de a dispărea. — Meconiu (de un verde măsliniu) în rect. — Testiculele în inel.

Lungimea cordonului: 37,8 cm. — Placenta: diametrul 13,80—14,50 cm.; greutatea 309 gr.

Copilul de 28 săptămâni nu e întotdeauna viabil: *deși face câteva mișcări slabe și scoate un țipăt, poate muri după câteva ore sau câteva zile.*

Luna a VIII-a. (32 săptămâni). — Talia: 40—42 cm. — Greutatea: 1.570—1.600 gr. — Pielea, mai deschisă (începe să ia culoarea cărnii) și mai puțin sbârcită, începe să fie căptușită cu grăsime. — Membrele se rotunjesc, iar fața devine mai plină. Pe cap, păr rar încă (5—7 mm. lungime). Tulcele încă abundente. — Unghiile, deacum tari, ating aproape buricele degetelor. — Testiculele încep să se lase în scrotum. — Membrana pupilară a dispărut complect. — Ombilicul e situat aproape la jumătatea corpului.

Punctul calcanean: 4,2—7,5 mm. — Punctul astragalean: 2—3 mm. — Cordonul: 45,3 cm. — Placenta: diametrul 15,30—17,75 cm.; greutatea 485 gr.

Fătul e perfect viabil.

Luna a IX-a (36 săptămâni). — Talia: 40—42 cm. — Greutatea: 1.570—1.950 gr. — Capul pierde din dimensiunile lui exagerate. — Pielea, mai întinsă, capătă caracteristică din ce în ce mai naturale; stratul grănos subcutanat se desvoltă. — Puful dispărea. Părul capului mai des (1-1,5 cm. lungime). — Unghiile (cornoașe) ajung la buricele degetelor. — Testiculele alunecate în scrotum.

Punctul calcanean: 7,5—9,5 mm. — Punctul astragalean: 3,2—5,7 mm. — La sfârșitul lunii, apariția unui punct osos în ultimele vertebre sacrale. — Lungimea cordonului: 52,9 cm. — Placenta: diametrul 16,40—19,50 cm.; greutatea 536,8 gr.

Fătul perfect viabil.

Luna a X-a, (40 săptămâni). — Talia: 47—54 cm. Greutatea: 2.300—3.150 gr. — Corpul grăsun. Pielea, acoperită cu sebum, a pierdut cu totul colorația fetală; puful a dispărut aproape complect. Unghiile trec dincolo de buricele degetelor. La față: buzele mari ale vulvei lipite.

Punctul calcanean: 8—10,5 mm. — Punctul astragalian: 6,5—9 mm. —

Apariția punctului lui Béclard. — Uneori, la sfârșitul lunii, *apariția unui punct osos în cuboid.* — Lungimea cordonului: 56,6 cm. — *Placenta:* diametrul 16,55 — 19,50 cm.; greutatea 594,7 gr.

Fătul perfect viabil.

1. Formula pentru calcularea vârstei embrionului și a fătului

Pentru primele cinci luni se aplică inversul formulei lui *Delabost*: se scoate rădăcina pătrată din expresiunea numerică a taliei (de exemplu rădăcina pătrată din 25 — talia fătului la 5 luni — ne dă exact vârsta).

Pentru ultimele 5 luni lunare, se utilizează inversul formulei lui *Hase*: se împarte expresiunea numerică a taliei prin 5 (de exemplu: câtul diviziunii lui 40 — talia fătului în a 8-a lună lunară — ne dă exact vârsta).

Balthazard propune ca formulă, pentru calcularea vârstei în zile: înmulțirea expresiunii numerice a taliei cu coeficientul 5,6 (de exemplu: produsul înmulțirii lui 40 — expresiunea în centimetri a taliei fătului de 8 luni lunare — cu coeficientul indicat, ne dă 224 ceeace reprezintă vârsta exactă în zile).

2. Aspectul embrionului sau al fătului în avort

Indiferent de mijlocul la care se recurge la provocarea avortului (substanțe ori manopere abortive) embrionul sau fătul sunt omoriși în uter. Dar, precum observă *Brindeau*, expulzarea nu urmează întotdeauna imediat după moartea produsului concepțiunii: atunci când, în oul închis, e reținut în uter, embrionul sau fătul suferă trei feluri de modificări, după însăș vârsta lui: 1) *disoluția* (în primele două luni); 2) *mumificarea* (în perioada cuprinsă între luna a 3-a și a 5-a); 3) *macerarea* — în restul lunilor de gestațiune.

A. Disoluția: oul, devenit piriform, capătă o consistență tare, cu suprafața, galbenă seroasă, încrețită.

1. Atunci când *disoluția e desăvârșită*, la expulzare nu se mai găsește embrion, ci numai un capăt de cordon filiform.

2. În *disoluția incompletă*, se vede spânzurând de acest cordon un mic nucleu albicios, închiruit, friabil — care, deobicei, reprezintă un vestigiu al capului.

Un caz interesant de disoluție incompletă ni-l oferă observația lui *Schneider* (1928): În urma manoperele abortive s'a produs o infecție care a dat naștere unui abces intra-uterin: acesta, prin creștere, a mărit uterul împingându-l în sus până la nivelul ombilical. La evacuarea abcesului și a uterului nu s'a mai găsit decât o urmă a placentei: fătul și restul placentei se topiseră purulent în abces.

B. Mumificarea: fătul se prezintă ca un fruct ținut în alcool: jesuturile, contractate, se condensează și se întăresc; fătul ia o colorație pământie; aceeași e și colorația lichidului amniotic care se tot îngroașă și sfârșește prin a dispărea, lăsând pe făt un sediment analog cu acela lăsat de apele revărsate pe mal. — *Brindeau* insistă că, din procesul de mumificare, nu se poate trage o indicație exactă în ce privește vârsta fătului.

C. Macerația e cu atât mai avansată, cu cât a trecut mai mult timp dela moartea fătului în uter. Starea aceasta — în care fătul, deformat în ansamblul lui, a pierdut orice consistență — e caracterizată prin trei elemente esențiale: 1. aspectul turtit al fătului; 2. imbibitiunea epidermică; 3. ramolismul viscerelor.

a) *Pielea* e de culoare roșie-brună; epiderma, ridicată de flictene violacee, se detașează pe alocuri, desgolind chorionul (din care pare a picura un lichid ușor sanguinolent). — *Fritsch* atrage atenția asupra confuziei ce se poate face între modificările cutanate ale macerației cu acele ale sifilisului congenital.

b) *Capul*, tumefiat, cu o tumoare hipostatică seroasă (în prezența unei cefalică); oasele craniului de o extremă mobilitate.

c) *Fața* desfigurată, nasul turtit.

d) *Pântecel*, flasc, turtit, se balotează în toate sensurile, ca un burduf numai parțial umplut.

e) *Articulațiile* de o mobilitate excesivă, în toate sensurile.

f) *Epifizele* se detașează de pe corpul osului.

g) *Seroasele* conțin o cantitate variabilă de transsudat sanguinolent.

h) *Viscerel*, de un roșu murdar, sunt ramolite de un transsudat sanguinolent, prezent în seroase.

i) *Cordonul ombilical*, infiltrat și tumefiat, are o grosime de 2 ori atât de mare ca aceea normală.

Macerația nu ne poate da o indicațiune certă asupra vârstei fătului, pentru următoarele considerațiuni: 1. procesul macerației nu e uniform; 2) un făt se poate macera anormal rapid sau anormal lent; 3) un făt se poate conserva mult timp după moartea lui în uter, fără a suferi macerația, astfel că o macerație avansată nu exclude moartea de dată mai mult sau mai puțin recentă, precum starea fragedă a fătului nu exclude moartea la o epocă relativ îndepărtată (*Brindeau-Lemeland*).

B. Sângele și părțile oului

Pentru eventualitatea că fătul a fost distrus sau înlăturat pe altă cale — și acesta e cazul în majoritatea afacerilor de avort cri-

minal — expertul va trage concluziuni din examinarea sângelui și a resturilor de ou ce se mai găsesc în el.

De regulă aproape, mai ales atunci când avortul nu e practicat de un medic, sângele, care continuă să se scurgă uneori câteva zile în șir, conține în el părți ale oului. *Haberda* a văzut asemenea resturi, reținute în uter timp de câteva luni (de oarece în interval colul s'a reînchis), eliminate în chiagurile unei noi hemoragii. Apoi, în porțiunile de țesuturi din uterul raclat se regăsesc elemente ale oului, chiar când raclajul e făcut după 2—5 săptămâni dela avort.

I. **Examenul cheagurilor** să se facă în apă: se poate astfel identifica *oul din primele două luni* care, la această epocă, e expulzat în bloc. Dacă în sânge nu se găsește embrionul și nici măcar părți ale acestuia, ci numai fragmente de membrane, nu se poate trage concluzie de avort, de oarece atari formațiuni membranoase se găsesc în uter și în afecțiuni fără sarcină, iar prin contracțiunile uterine, pot fi eliminate odată cu hemoragia.

II. **Placenta.** — Identificarea acesteia — indiferent dacă e completă sau numai un fragment — constituie elementul cel mai probant. Și identificarea se poate face cu înlesnire în resturile eliminate din ou, dacă examenul se face imediat după avort, de oarece, după cum am arătat, după a treia lună a sarcinii, întâiu se expulzează fătul și apoi învelișurile cu placenta (a căror eliminare e cu câteva ore sau chiar cu câteva zile posterioară expulzării fătului).

Definitiv stabilită la începutul lunii a III-a, ea are, la sfârșitul aceleiași luni, o grosime de un centimetru și e prinsă de caducă prin unul sau mai multe vilozități — crampoane cari pornesc dela chorion. Vilozitățile choriale au un înveliș dublu care acoperă țesutul conjunctiv central, în care se află vasele și capilarele vilozităților. În interiorul spațiilor interviloase se notează insulițe de celule fetale înglobate de fibrină. Caduca bazală, complet dezvoltată, se prezintă sub forma unei largi zone clare, în care se disting celulele deciduale. — Placenta din luna a 5-a se identifică și macroscopiceste numai prin prezența vilozităților ei, cari o diferențiază de un myom necrotic (*Deseniss*).

Placenta din lunile a 4-a și a 5-a se caracterizează prin volumul mărit al vilozităților (al căror număr rămâne staționar). Dela a doua jumătate a sarcinii, placenta se apropie de volumul ei definitiv: singurele modificări mai importante ce se produc interesează interiorul ei (atât la nivelul vilozităților cât și la acela al caducei). — Dela constituirea definitivă a placentei marginea epitelială se subțiază și celulele *Langhans* dispar. — După *Schottländer* (1915) examenul histologic al placentei proaspete îngăduie expertului să determine vârsta sarcinii.

Sachs (1927) preconizează proba hidrostatică pentru verifi-

care a maturității placentei. Se insuflă aer în placentă și i se dă drum într'un vas cu apă: dacă plutește orizontal, placenta e matură; dacă placenta plutește vertical sau cade la fund, e o dovadă de nematuritatea ei. — Inșă Kobes (1929), care a controlat proba lui Sachs, o declară neconcludentă, pentrucă, în 50 de experiențe, a văzut plutind orizontal sau oblic placenta neajunsă la maturitate.

Dintre *leziunile placentare* mai frecvent întâlnite indicăm: edem, infiltrație calcară, endometrite deciduale, aderențe anormale, infarctus, tumori și placenta bordată (*Brindeau-Brouha*).

III. *Caduca*. — La microscop se poate identifica țesutul caducei numai atunci când se constată prezența unor aglomerațiuni mai mari de celule deciduale caracterizate. — Pentrucă expertul nu trebuie să uite că nu există decât diferențe formale între caduca sarcinii și mucoasa uterină modificată de procesul menstrual (*Eicke*).

Mai e de observat, că membrane fibrinoase, eliminate fie în sânge fie deadreptul din genitale, pot foarte ușor fi confundate cu membrana ovulară. Formațiunile mucoase (caduca menstruală), eliminate timp de ani de zile de aceeaș femeie, în *dismenoreea membranoasă*, nu pot fi confundate, la microscop, cu caduca.

Membranele expulzate în endometrita exfoliatoare, deși pot fi la fel stratificate ca învelișurile oului, se identifică drept caducă, atunci când avem puțința de a distinge chorionul și amniosul.

În epoca mai înaintată a sarcinii, membrana ovulară e atât de bine caracterizată că nu mai există posibilitate de confuzie, mai ales că și inserția cordonului pe placentă constituie indicațiunea hotărâtoare.

IV. *Lichidul amniotic*. — La sfârșitul sarcinii cantitatea lui oscilează între 500 și 1.500 gr., iar media e de 500—600 gr.

C. Examenul femeii vii

În ipoteza că nu există nici o urmă materială a avortului, medicul va fi de o extremă prudență, când va fi să tragă concluziuni din examenul femeii. (1. Vezi: „Medicul expert“ — „Exemple de erori grosiere“, Vol. 1, pag. 514. — 2. O femeie, în urma concluziilor afirmative ale unui medic și terorizată de judecătorul de instrucție, sfârșește prin a mărturisi avortul. E condamnată, dar după două luni dela examenul medicului, naște în închisoare. — 3. O altă femeie, examinată de un medic și condamnată, naște chiar după pronunțarea sentinței — *Balthazard*. — 4. O femeie e acuzată de pruncucidere, după unicele indicații trase din volumul uterului, din prezența vergeturilor abdominale și din secrețiunea mamară; puțin după aceasta, femeia naște — *Kapp*).

Diagnosticul e bazat pe examenul exterior și pe examenul

local. — În picalabil ținem să observăm că uneori, chiar numai la o săptămână două după avort, e foarte greu, dacă nu chiar cu neputință să se mai identifice semnele acestuia, cari dispar mult mai repede decât chiar semnele unei faceri la termen. În avortul din a 2-a au a 3-a lună a gestațiunii — dacă n'a avut ca urmare unul din accidentele descrise (vezi: „Urmările avortului provocat”) — nu se mai găsesc semne nici chiar după numai câteva zile.

I. Examenul exterior

1. Eventualele semne ale sarcinii existente în chiar momentul examenului (Vezi: cap. „Sarcina”, vol. II).

2. Constatarea imposibilității sarcinii (Vezi eventualitățile indicate la capitolul „Sarcina”, vol. II).

3. Semnele obiective ale unei sarcini recente.

a. *Creșterea volumului mamelor* nu e niciodată un semn de certitudine.

b. *Pigmentarea mamelonului și a areolei (cu formarea areolei secundare)* poate lipsi în primele luni ale sarcinii.

c. *Secrețiunea lactară* nu e nici ea un semn de informațiune sigură: 1. ea nu se stabilește decât după a 3-a lună a sarcinii, spre a se accentua abea după luna a 5-a; 2. secrețiunea se produce și în timpul menstruației.

d. *Linia brună* poate fi o indicație serioasă la o primipară; dar, după cum am văzut (*Semnele sarcinii*, vol. II) ea poate fi datorită și unor afecțiuni ginecologice. Totuș se va ține seama de ea.

e. *Vergeturile abdominale*, după cum am mai arătat în acelaș loc, nu au decât o valoare relativă. În orice caz ele nu prea sunt vizibile în primele luni.

f. *Pierderile sanguine* — cari pot da de bănuit c'au rămas în uter resturi de-ale oului sau că există o leziune mai gravă a organelor genitale — nu sunt întotdeauna o indicație a avortului. E adevărat că, în primele patru luni ale sarcinii, hemoragia premergătoare e o dovadă a avortului spontan. Să nu se uite, însă (precum am arătat și la „Menstruație”) că excepțional (0.2% din cazuri) se pot nota false hemoragii catameniale; în 20% din cazuri, aceste hemoragii sunt tot atât de abundente ca în adevărata menstruație; în 80% mai slabe. Falsele hemoragii menstruale se produc neregulat în cursul sarcinii: o singură dată în 40% din cazuri; de mai multe ori în 60%. — Pierderile sanguine pot avea și o origine patologică, streină de orice intervenție abortivă (în 2% din cazuri). Dar efectul abortiv al hemoragiilor patologice nu se face simțit decât în 66% din cazuri (*Fromme*). — Hemoragiile notate în intervalul dintre a 3-a și a 7-a lună a sarcinii nu mai pot fi atribuite avortului spontan, ci,

în marea majoritate a cazurilor, unei inserțiuni vicioase a placentei.

Diferențierea sângelui se face prin identificarea chiagurilor mai mari totdeauna prezente în pierderile abortive; pe când, în hemoragia menstruală — afară de cazurile când fluxul e de o abundență excepțională — nu se găsește nici odată chiaguri de sânge. Chiaguri nu găsim nici în sângele hemoragiilor patologice.

g) *O boală*, care ar putea fi datorită unei infecțiuni consecutive manoperelor abortive sau intoxicațiunii cu substanțele abortive.

II. Examenul organelor genitale

1. **Vulva:** eventuale rupturi (în manoperele mecanice).

2. **Perineul:** eventuală ruptură în manoperele prea brutale. — În avortul din primele luni ale sarcinii nu se notează, de regulă, rupturi perineale cauzate de expulzarea embrionului sau a fătului.

3. **Himenul.** — Examenul lui nu prezintă nici o valoare la o multipară; la o primipară ar putea constitui o indicațiune, dacă avortul s'a produs la o epocă înaintată a sarcinii, iar eliminarea fătului a lăsat urme de rupturi caracteristice facerii. Dar, precum am văzut atunci când am studiat himenul (Vezi: cap. „Atentatul la pudoare“, vol. II) deducțiunile trase din aspectul și starea substanței himenale nu sunt niciodată concludente.

4. **Vaginul:** eventuale arsuri, cauterizări (consecutive spălăturilor cu lichid fierbinte ori cu soluții caustice); eventuale leziuni (în manoperele mecanice). — E de notat că, în orice fel de avort (spontan, terapeutic și criminal), oul până la 5 luni, în trecerea lui prin vagin, nu cauzează îndeobște nici o leziune.

5. **Fosa naviculară:** eventuală ruptură.

6. **Uterul.** — a) *Volumul.* — Deoarece, după cum am văzut („Semnele obiective ale sarcinii“, vol. II), până la sfârșitul lunii a 4-a uterul (afară de o comprimare a vesicii urinare, căreia îi imprimă o ușoară deplasare) nu umple basinul, urmează că, pentru această perioadă a gestațiunii, nu se poate obține nici un indiciu sub raportul volumului. Mai e de reținut că o ușoară mărire a uterului, cu căscarea orificiului cervical, se notează și în menstruație, argument cu atât mai plauzibil cu cât, prin explorare, nu se găsesc în uter resturi ovulare. — În schimb, *dacă femeia e observată din chiar ziua avortului prezumat, iar în zilele următoare se notează o retracțiune mai considerabilă a uterului, atunci se poate admite cu certitudine preexistența unei sarcini, pentru că niciodată, în nici o stare morbidă, nu se înregistrează o retracțiune uterină.*

b) *Colul uterin.* — Atunci când nu există leziuni ale corpului uterin, urmele cele mai concludente sunt cele notate pe colul organului.

Leziunile cele mai frecvent observate (bine înțeles afară de cele datorite manoperelor mecanice) sunt rupturile cauzate la *orificiul interior*, prin trecerea fătului. Iar dacă avortul a fost provocat înainte de sfârșitul lunii a 3-a, urmele notate la nivelul colului sunt fără nici o importanță: în genere, o simplă dilatare cu scurgerea unui mucus sanguinolent (dilatare care, am spus-o, se poate nota și în menstruație), iar diagnosticul diferențial de metrită cervicală e foarte anevoios.

Cât despre *orificiul exterior*, nu se notează la el rupturi, în prima jumătate a sarcinii, decât în cazuri excepționale (afară de leziunile datorite unor manopere neîndemânatică sau prea brutale). După *Haberda* ele nu s-ar vedea nici după luna a 5-a și el afirmă că n'a observat asemenea rupturi decât în două cazuri (1. o creștătură cicatricială unilaterală în avortul unui făt neviabil; 2. o fină cicatrice a mucoasei coexista cu o ruptură a fosei naviculare după avortarea unui făt mai mare de 5 luni); *Veit*, dimpotrivă, a notat rupturi ale colului exterior și în avorturile din lunile a 3-a și a 4-a.

Toate observațiunile obstetricianilor concură în a întări concluzia, că rupturi ale orificiului exterior se produc frecvent în expulzarea unui făt mai mare de 5 luni. Creștăturile se notează: 1) în diverse locuri pe marginea orificiului, atunci când are forma ovalară; 2) numai la cele două extremități, când are forma unei crăpături transversale.

Se notează uneori o ruptură a însuș canalului cervical (perforarea colului pe o lungime de 2 cm., cu ieșirea unui fragment placentar pe orificiul astfel produs, prin manopera practică cu ajutorul unui toc de scris — *Haberda*).

c) *Corpul uterin*. — Leziunile cele mai frecvent notate sunt cele ale peretelui posterior. Atunci când se produc în pereții laterali, se poate observa uneori și o perforare consecutivă procesului de adâncire a răni făcute în mucoasă prin actul expulzării. — Perforările corpului uterin prin manoperele mecanice se întâlnesc foarte des.

* * *

În *avortul spontan*, procesul de expulzare a oului poate îmbrăca două forme:

I. Oul e împins numai până la orificiul exterior al colului (*avortul cervical*).

II. Oul e împins prin orificiul exterior în vagin.

Dar și în această din urmă formă se pot nota două varietăți:
a. *Avortul complet*: expulzarea completă a oului, inclusiv placenta (după *Zangenmeister*, numai în 50% din cazuri, în sarcinile din primele trei luni).

b. *Avortul incomplet*: placenta nu urmează spontan embrionului sau fătului (se știe că, la sfârșitul lunii a 3-a, placenta e deacum deslușit formată și izolată), ci în întregime sau parțial e reținută în uter. În lunile a 4-a și a 5-a, se notează mai frecvent expulzarea spontană a placentei. — Nedesprinderea spontană a placentei odată cu oul se explică prin relativ slabă rețracțiune a uterului, în urma eliminării embrionului sau a fătului în primele luni ale sarcinii.

Retențiunea placentară nu provoacă numai hemoragii, ci și o infecțiune a inserțiunii placentei. Această infecțiune nu e însă specifică avortului spontan, ci se întâlnește aproape în unanimitatea cazurilor de avort provocat (90% — *Sternberg*, 1926).

Prin prezența bacililor putrefacției, scurgerea sanguino-seroasă poate lua un caracter fetid; iar atunci când secrețiunea răni infectate nu are o scurgere suficientă (în caz de deplasare a colului, coagulare, tamponare vaginală, prezența laminarilor) se produce febră (în 20% din avorturi). Febra poate fi datorită și faptului că infecțiunea uterină se întinde, fie pe calea limfatică (parametrită, peritonită), fie pe calea circulațiunii sanguine, fie prin trompe și de aci la peritoneul basinului (salpingită, pelvipertonită).

Uneori se notează și o *retențiune prelungită* (timp de câteva luni sau chiar de câțiva ani) a întregului ou mort în uter, fără ca prin aceasta menstruația să fie constant suprimată.

7. *Cavitatea abdominală*. — Hemoragia, peritonita, în cazurile de avort provocat, caracterizează existența unei comunicații a cavității abdominale cu uterul, vaginul și vesica, perforată în cursul manoperelor abortive.

D. Examenul cadavrului femeii

I. Felul morții

1. *Agonia mai mult sau mai puțin lungă* e indicația existenței unei peritonite, a unei septicemii generale sau a unei endometrite septicice, consecutive manoperelor abortive. De notat că infecțiuni grave, cauză a morții, pot fi datorite și, în afară de avort ori în avortul terapeutic, atunci când medicul n'a luat suficiente precauțiuni de asepsie, atât în ce privește mâinile cât și în ce privește instrumentele de cari s-a servit.

Dar și moartea femeii fără simptome febrile nu exclude originea unor manopere abortive.

2. *Moartea subită*, în marea majoritate a cazurilor, e consecutivă sau emboliei gazoase sau șocului.

a) *Embolia gazoasă* se identifică prin examenul ventriculului drept sub

apă, în care se văd apărând mari bule de aer. (Se recomandă ca, înainte de deschiderea ventriculului, să nu se deschidă nici o venă).—Dacă putrefacția s'a pronunțat, embolia nu mai poate fi cu certitudine stabilită, decât numai atunci când se mai găsește o venă căscată (în comunicație cu uterul sau cu fundul vaginului), pe unde a pătruns aerul. *Hofmann* a notat embolii multiple ale ramificațiilor pulmonare, consecutive opăririi genitalelor interne.

(*Nippe* — 1925 a notat o embolie cerebrală, dar e întrebarea dacă o atare embolie e posibilă fără existența unei embolii cardiace).

b) Șocul se notează frecvent în cardiopatii și în nevroze ca histeria. E consecutiv injecțiilor cu un lichid fierbinte sau cu substanțe caustice (se produce o coagulare a sângelui în venele uterine). S'a notat un șoc și în urma unei injecții cu un lichid inofensiv, la o femeie de 33 ani (*Nippe* — 1925). *La autopsie*: în vulvă și în vagin, epitelii albe netransparente dizolvate; coagularea mucoasei cervicale; deslipirea membranelor oului (eventual și placenta) cari par ca fierte; fața internă a uterului are același aspect. Sângele ori e colorat în brun, ori e transformat în hematină. Examenul chimic al sângelui sau al lichidului colectat în uter duce la identificarea substanței abortive care a servit la injecția intra-uterină.

II. Examenul local

1. Vulva: *trombus*.
 2. Perineul: *ruptura lui acompaniată de aceea a sfincterului*.
 3. Vaginul: — a) *Trombus*. — b) *Ruptura părții superioare*.
- c) *Stenosă cu perforare*.
4. Vesica: *leziune gravă*.
 5. Artera iliacă internă: *leziune gravă*.

III. Examenul uterului

Acesta constituie pârghia de reazăm a întregii expertize pentru demonstrarea avortului.

Vom observa în prealabil, că atunci când expertiza se face cu desăvârșire a cadavrului după trecere de numai câteva luni dela moarte, se poate întâmpla să nu mai dăm de uter. (La două luni dela înhumare, insectele necrofage distruseseră complet uterul cu trompele și ovarele, în schimb vesica, peritoneul și rectul au fost cruțate — *Hauser* 1926).

Mai e de notat că eventualele accidente infecțioase ale avortului întârzie retracțiunea, ceea ce ne poate face să luăm uterul drept unul al unei sarcini mai înaintate decât cea reală.

* * *

Uterul se examinează sub raportul volumului și al greutateii, al conținutului și al stării corpului uterin și a colului.

1. Volumul și greutatea

Hipertrofia uterină e un element de o valoare hotărâtoare, atunci când între moarte și expertiză n'au trecut prea multe zile. Se știe că dimensiunile medii ale uterului normal sunt: 6—7 cm. dia-

metrul vertical, 4. 5 cm. diametrul transversal. 2. 5 cm. diametrul antero-posterior. — Greutatea medie a uterului normal e de 60 gr. — Iată, după măsurătorile lui *Cazeaux, Waldeyer, Schickelé* și ale noastre proprii, cari sunt variațiunile de volum:

a) La sfârșitul lunii I-a: volumul nu e modificat.

b) La sfârșitul săptămânii a 7-a: 9,2 cm. diametrul vertical; 5,2 cm. diametrul transversal; 5,2 cm. diametrul antero-posterior. — La sfârșitul săptămânii a 8-a: 9,8—11 cm. diametrul vertical; 7,7 diametrul transversal; 5,6 diametrul antero-posterior.

c) Luna a III-a: 15—15,7 cm. diametrul vertical; 8,8 cm. diametrul transversal; 6,5—7 diametrul antero-posterior.

d) Luna a IV-a: 15,5 cm. diametrul vertical; 9—9,5 cm. diametrul transversal; 8,5—9 cm. diametrul antero-posterior.

e) Luna a V-a: 17—17,5 cm. diametrul vertical; 11 cm. diametrul transversal; 9,5—10 cm. diametrul antero-posterior.

f) Luna a VI-a: 21—22 cm. diametrul vertical, 16—17,5 cm. diametrul transversal; 16 cm. diametrul antero-posterior.

g) Luna a VII-a: 24—27 cm. diametrul vertical, 20 cm. diametrul transversal; 18 cm. diametrul antero-posterior.

h) Luna a VIII-a: 25,5—31 cm. diametrul vertical; 19—21,5 cm. diametrul transversal; 19 cm., diametrul antero-posterior.

i) Luna a IX-a: 28—30 cm. diametrul vertical; 25 cm. diametrul transversal; 20—22 cm. diametrul antero-posterior.

j) Luna a X-a (40 săptămâni): 32—37 cm., diametrul vertical; 27,5 cm. diametrul transversal; 23-24 cm. diametrul antero-posterior.

Cât despre greutatea uterului, ea crește, în intervalul dela sfârșitul lunii întâia până la termenul facerii, dela 60 gr. la 1.000—1.200 gr.

Retracțiunea completă se face în cel mult 6 săptămâni pentru un uter cu gestațiunea la termen.

2. Conținutul

a) Dacă femeia a murit înainte de expulzarea rodului concepțiunii, atunci *uterul e plin*, adică se mai găsește în el oul. Prezența unui ou intact, coroborată cu absența oricărei leziuni a regiunii genitale, exclude până și tentativa de avort. — Dacă, dimpotrivă, integritatea oului a suferit, fie chiar numai prin formarea de simple concavități pe suprafața membranelor (atunci când instrumentul întrebuițat nu e ascuțit, iar tentativa se face în primele luni ale sarcinii. când membranele sunt foarte rezistente), avem o probă a încercării de avort.

b) Oul nu se mai găsește în uter, *dar au mai rămas resturi de ale membranelor și placenta întreagă sau numai un fragment*: dovadă de avort. — Se examinează și ovarele, *căutându-se corpul galben adevărat*, pentrucă există și un fals corp galben cu aspectul și dimensiunile celui dintâiu.

c) Dovadă de avort și când pe uterul gol se găsește numai

inserțiunea placentară, pentru că în cazul acesta ne aflăm în prezența unei sarcini de cel puțin 5 luni. Iar grosimea peretelui uterului la această epocă e de vreo 2 cm.

(Uterul gol se examinează după ce a fost curățat de sânge, printr'o baie de alcool de 24 ore).

d) *Un uter complet gol* și cu absența oricărei leziuni atât a lui cât și a întregii regiuni genitale e o dovadă că n'a existat nici măcar tentativă de avort. (*Balthazard* a avut ocazia să practice autopsia unei femei, despre care s'a crezut că murise de pe urma unei tentative de avort: a găsit uterul normal, dar exista o sarcină extra-uterină, al cărei curs în nici un caz n'ar fi putut fi întrerupt prin manoperele abortive).

3. Starea uterului

a) Dacă nu există nici o urmă de nidațiune, se caută leziuni și perforări. Dacă moartea s'a produs după un timp mai mult sau mai puțin îndelungat dela avort, se observă pe peretele uterului *abcese cu trompe prinse în puroiu*. Obiecțiunea că s'ar putea să ne găsim în prezența unei rupturi cicatriciale, la o femeie la care mai înainte fusese practică cesariana, nu e operantă, atunci când e stabilit că sutura a fost bine făcută, iar în cursul facerii n'a existat distocie.

b) Mărimea și forma leziunii sau a găurii de perforare suferă modificări de îndată ce a început procesul de retractare a uterului: orificiul de perforare se contractează și el, schimbându-și astfel forma și dimensiunile. *Pe uterul flasc, dimpotrivă, orificiul e mai mare decât ar indica grosimea instrumentului utilizat.*

Însfârșit, sunt cazuri în cari, judecând numai după forma leziunii, nu se poate conchide cu siguranță asupra felului manoperei abortive: instrument sau injecție cu un lichid fierbinte ori cu o soluție caustică.

c) În ce privește mucoasa uterului: imediat după avort este umflată, roșie, flască (dar aceste caractere se notează și în menstruație).

d) **Cauze de eroare.** — Se poate însă întâmpla să se ia drept perforări datorite manoperele abortive:

I. *perforări consecutive unui abces flebitic, unui abces al escației Douglas sau al fundului vaginal;*

II. *lacunele consecutive infecției cu bacilii putrefacției;*

III. *lacunele de pe pereții laterali și de pe fundul uterului, consecutive, în strivirea țesutului vecin, inflamației și ramolirii cu descompunerea necrotică;*

IV. *în modificările secundare se pot produce lacune, interesând uneori întreg fundul uterului;*

V. bacilii putrefacției pot uneori detașa cu totul fundul uterului, iar calota astfel formată să aibă marginile franjurate.

4. Colul uterului

a) În ce privește dimensiunile lui (la uterul gravid), e de observat că el nu se dezvoltă în armonie cu corpul uterin: în intervalul dela a 4-a lună până la începutul ultimei luni a sarcinii, distanța între orificiul exterior și cel interior nu trece de 3—4 cm.

b) Leziunile, pe colul fraged, au forma unor șanțulețe tot mai adânci pe măsură ce se apropie de orificiul interior. Cu timpul, leziunile acestea se vindecă și atunci vechimea rupturii e indicată de fundul neted și de marginile rotunjite.

c) Plesnirea colului poate fi frecvent datorită extragerii unei laminare.

5. Examenul histologic

Acesta completează pe cel macroscopic. Elementele de informație se culeg din examinarea tunicii musculare a uterului și a celulelor lui Meyer.

Examenul histologic nu mai e, însă, concludent, atunci când, inflamația rămânând localizată iar moartea neproducându-se decât la câteva săptămâni dela practica abortivă, organele genitale s-au retractat.

IV Alte semne

1. Intestinul: perforare.

2. Ficatul. — Aglomerațiunile de grăsime nu pot constitui o indicațiune a sarcinii, pentrucă ele pot avea ca origine: a) fie o circulațiune mai importantă de materii grăsoase, consecutivă unei alimentațiuni mai abundente; b) fie o resorbțiune mai bună; c) fie, în sfârșit, o încetinire a combustiei organice (*Ferrari*).

3. Rinichii. — În sarcină, nu se notează leziuni mai însemnate, ci cel mult o întârziere în eliminarea, în cantitate mai mică decât cea normală, a unor substanțe. — În 50% din cazuri, se notează albuminurie.

4. Osteofita puerperală notată uneori pe fața internă a cutiei craniene, mai ales la nivelul oaselor parietale și frontale: pete mai mult sau mai puțin difuze, izolate sau confluențe și colorate în violaceu ori gălbui.

E. Diferențierea avortului spontan de cel provocat

Odată avortul stabilit, începe partea grea a misiunii expertului: anume să administreze proba că e vorba de un avort criminal, iar nu de unul spontan. (Evoluția clinică defavorabilă justifică în-

totdeauna bănuiala avortului provocat). Diferențierea aceasta se face pe baza coordonării elementelor până acum studiate și pe cari le schematizăm în cele ce urmează.

În prealabil e de observat că *avortul spontan* se notează în proporție de 12,5%—25% din sarcini. Iar în ce privește *facerea prematură*, se notează și ea în proporție destul de mare în perioada dintre a 7-a și a 9-a lună lunară: în 3% din sarcini la 7 luni, în 11,1% la 8 luni și în 13,6% la 9 luni — *Stumpf*.

1. Examenul femeii (vie ori moartă) nu dă nici o indicație.

În cazul acesta se poate admite avortul spontan sau facerea prematură. — Explicația trebuie atunci căutată în:

1. *Defectuozițările germenului*: tată prea bătrân sau prea tânăr.

2. *Influențe psihice*: un violent șoc nervos (*Baudelocque* notează că, de pe urma spaimii pricinuite de o explozie, 64 femei au avortat ori au fost pe punctul de a avorta).

II. Nu există urme de practică abortivă, dar în schimb sunt anomalii sau stări patologice materne:

1. *Malformațiuni și deviațiuni uterine* (avort spontan cu repetiție).

2. *Tumori ale basinului*.

3. *Infecțiunile acute și cronice*. — Avort spontan cu repetiție în *sifilis* și *endometrite* (endometrită deciduală, false endometrite de origine endocriniană, prin turburări circulatorii, prin șoc anafilactic—*Brindeau*).

4. *Intoxicațiunea acută și cronică*. (Avort spontan cu repetiție în intoxicația profesională a mamei).

5. *Nefrită cronică*: avort spontan cu repetiție.

6. *Bolile de inimă*: avort spontan cu repetiție.

7. *Traumatismele* (în deosebi cele abdominale).

8. *Hemoragiile retro-placentare*.

9. *Tuberculoza* (nu întotdeauna: depinde de stadiul bolii).

10. *O intervenție chirurgicală* interesând deaproape sau dede-parte regiunea pelviană. (Statistica lui *Didier*: endometrită 78 cazuri, inserțiunea vicioasă a placentei 25, hemoragii retro-placentare 6, sifilisul 57, tuberculoza 8, traumatisme 7, boli infecțioase 8, cardiopatii 2. *intervențiunea chirurgicală* 5).

III. Nu există urme de practică abortivă, în schimb se notează boli de natură ovulară, cari pot explica avortul spontan:

1. *Bolile de nidație*: inserția pe segmentul inferior; nidația într'un colț (sarcina angulară). nidația într'o zonă în care mucoasa uterină e bolnavă.

2. *Bolile membranelor fetale*: tumorile benigne (myxom, fibrom, angiom), mol hydatiform, hematumul lui *Breus* (mol cărnos),

leziunile vasculare (arterite, flebite de origine sifilitică), infarctus placentar, consecutiv intoxicației gravidice (*Brindeau-Lemeland*).

5. *Inserție vicioasă a placentei: anormaliile cordonului.*

IV. **Malformațiunile și oprirea în dezvoltarea embrionului sau a fătului, incompatibile cu viața rodului concepțiunii:**

1. *Infecțiunile acute* (febra tifoidă 55% din cazuri; pneumonia 55%; erisipelul 25%; holera 55%, pojarul, difteria, gripa).

2. *Infecțiunile cronice* (sifilisul 61% din cazuri — *Brindeau*; tuberculoza mai ales în perioada ei asfictică; paludismul 50% — *Le Gall*, 85% — *Pasquali*).

3. *Infecțiunile materne latente și neobservate* (10 avorturi succesive — *Curti*).

4. *Infecțiunile exogene* (saturnism, hydrargirism, alcoolism).

5. *Intoxicațiunile autogene* (albuminuria maternă, nefritele gravidice, vărsăturile grave, diabetul).

6. *Hipertermia; acțiunea razelor X.*

7. *Turburările de nutriție ale mamei* (pierdere de calciu).

8. *Monstruozițiile fetale* (mai ales în sifilis și alcoolism).

9. *Moartea fătului în uter, consecutivă sifilisului și auto-intoxicației gravidice, ori unui traumatism.* (Sunt femei cărora de obicei le moare fătul în uter înainte de maturitate, și întotdeauna la aceeași epocă a sarcinii — *Brindeau*). Fătul poate fi expulzat abea la câțva timp după moartea lui, sau imediat după aceasta, atunci când acelaș factor, care cauzează moartea rodului concepțiunii, provoacă simultan și contracțiunea uterină (bolile infecțioase, hemoragiile, asfixia).

V. **Semnele de prezumpție**

1. *Moartea subită a femeii*, printr'un reflex inhibitoriu pornit dela orificiul interior al colului.

2. *Durata, persistența și caracterul profuz al hemoragiei.*

3. *Retențiunea prelungită a oului.*

4. *Intensitatea și precocitatea fenomenelor infecțioase* (*Boisard*).

Le-am indicat numai ca semne de *prezumție*, pentru că și în avortul spontan, în cazurile de retențiune a resturilor placentare, se pot nota complicațiuni hemoragice ori infecțioase.

VI. **Leziunile căilor genitale — semne de quasi-certitudine:**

1. *Trajectul în canal închis sau în seton, pe un singur segment uterin sau interesând două sau mai multe segmente, inclusiv colul.* — Îndeosebi, în antiversiunea uterului, de exemplu (orificiul exterior al colului e lipit de peretele posterior al vaginului), perforarea pornește dela partea anterioară a colului, interesează partea superioară

a acestuia și se continuă pe escavațiunea Douglas. spre a se termina în peritoniu.

2. *Perforările uterine, cu sau fără gangrenă* (cari, prin peritonita supra-acută, omoară femeea, în 24—36 ore) se prezintă cu o infiltrațiune sanguină sau cu o infecțiune gangrenoasă, cauzând o pierdere de substanță în formă de trunchiu de con, prin care cavitata uterină e în comunicație cu cavitatea peritoneală. — *Cauze de eroare*: a) metrita gangrenoasă a lui Beckmann; b) rupturi spontane (însă numai în lunile înaintate ale sarcinii), atunci când sau există cicatrice dela leziuni anterioare (Peham-1925), sau friabilitatea țesutului are ca origine: hipoplazia uterului, modificările parietale de natură inflamatorie, o atrofie parietală circumscrisă, substituirea țesutului conjunctiv celui muscular. Atari modificări constituie un teren prielnic pentru perforări traumatice cu ocazia curățirii uterului după avort. Sub acest raport, avem observațiunea lui Raemi-Boesch (1925): ruptura complectă a uterului, imediat sub col, la curățirea manuală a resturilor oului.

3. *Rupturile colului*. — Se notează și *rupturi spontane*, în caz de structură anormală și de rigiditate a orificiului exterior.

4. *Deșinserțiunile și leziunile vaginale*. — Ele pot fi și de natură spontană, consecutive unor răni cauzate de raportul sexual ori de un traumatism accidental.

5. *Perforările fundurilor-de-sac vaginale*: stabilirea unui canal de comunicare între fundul vaginului și cavitatea uterină, prin care s'a eliminat embrionul și membranele. *Dar o atare perforare se poate produce și spontan*, în caz de hipoplazie a organelor genitale. — *Perforarea poate fi și congenitală* (Bublicenko-1915, Kosminski-1915, Ottow-1925).

VII. Oul

1. *Ruptura membranelor* se notează, de regulă, și în *avorturile spontane*, după a 10-a săptămână a sarcinii. — Dar, tot în avortul spontan, ruptura poate fi excepțional și mai precoce.

2. *Leziunile embrionului sau ale fătului*: contuziuni, înțepături, tăituri, depesaj. Dar aceste indicațiuni nu se găsesc nici în 10% din cazurile de avort mecanic: în 67 observații de asemenea avorturi. Brouardel n'a găsit leziuni la făt decât în 8 cazuri (la nivelul frunții, al subsuorilor, al vintrelor). Explicația: fătul, plutind în lichidul amniotic, se deplasează lesne, evitând astfel instrumentul avortorului.

* * *

Spre a se evita o *interpretare eronată*, e de reținut că nu toate leziunile au ca origine manopera abortivă, unele putând fi făcute accidental fie în timpul vieții intra-uterine, fie după moartea fătului în uter:

a) *In timpul vieții intra-uterine*: un traumatism suferit de mamă în cursul sarcinii; presiunea exercitată în cursul procesului abortiv (sufuzioni sanguine sub pielea capului a spatelui și a membrilor); contracțiunea uterină poate mutila și chiar sfărțica fătul.

b) *După moartea fătului în uter*: cadavrul fătului macerat fiind de o mare friabilitate leziunile se pot produce în timpul expulzării; manipulările brutale ale cadavrului fătului, înainte de examinarea lui.

VIII. Semnele de certitudine.

1. *Prezența în uter a instrumentului abortiv sau a unui fragment al acestuia.*

2. *Identificarea urmelor sau a efectelor substanței abortive.*

II. NATURA AVORTULUI

Înarmat cu științele anamnezeice și cu datele până aci expuse și evitând pe cât posibil orice cauză de eroare, expertul, atunci când nu se poate sprijini pe elemente de o certitudine absolută, va conchide, cu o mai mare sau mai mică probabilitate, în ce privește natura avortului: spontan sau provocat.

În deosebi în ce privește avortul terapeutic, fie că există, fie că nu există un proces-verbal conform, va examina dacă în adevăr considerațiunile invocate în favoarea suprimării sarcinii erau științificește întemeiate.

III. EPOCA PROBABILĂ A SARCINII

Elementele de determinare a epocii sarcinii sunt furnizate de examenul oului sau al resturilor acestuia, de examenul fătului și de examenul mamei. *(Toate aceste elemente le-am expus în precedentele sub-diviziuni ale capitolului de față).*

Vom releva numai că indicațiunea cea mai concludentă, indiferent de timpul care a trecut dela practicarea avortului, ne-o poate da numai rezultatul examenului fătului.

IV. DATA MANOPERELOR ABORTIVE

Deobicei, expulzarea rodului concepțiunii se produce la câteva ore, ori câteva zile dela intervențiunea pentru provocarea avortului.

Exceptional pot trece și câteva săptămâni, în cursul cărora să se înregistreze hemoragii mai mult sau mai puțin abundente. În cazul acesta sunt de făcut următoarele deosebiri, după modificările suferite de rodul concepțiunii: 1) *disoluția* se produce numai în primele două luni ale sarcinii; 2) *mumificarea*, în intervalul dintre luna a 3-a și luna a 5-a; 3) *macerarea*, după luna a 5-a.

După gradul uneia din aceste trei stări se poate trage o concluzie asupra datei probabile a manoperelor abortive

Atunci când pentru suprimarea sarcinii s'au întrebuințat substanțe abortive, se ține seama de apogeul fenomenelor de intoxicație, pentru că de regulă avortul coincide cu acest apogeu. În medie avortul se produce la 60 ore după ingerarea substanței toxice (*Dölger*).

F A C E R E A

„La maternité est une espèce de sacerdoce”. — CHATEAUBRIAND

Cași în caz de sarcină, demonstrația medico-legală a facerii e de o însemnătate hotăritoare. fie pentru validarea ori invalidarea unor acte ale vieții civile, fie pentru stabilirea elementului esențial al unor grave răspunderi în penal.

In civil: *dispensa de vârstă pentru căsătorie* (art. 128); *eliminarea cauzei de nulitate a căsătoriei* (art. 167); *cauză de divorț—dovada adulterului* (art. 214); *stabilirea filiațiunii paterne*, în caz de bănuială de substituie în sarcina simulată (art. 286—289, 292, 301—305); *filiațiunea maternă* — în caz de tăgadă (art. 308); *excepția pentru cercetarea paternității* (art. 307); *despăgubiri pentru seducerea unei femei* (art. 998); *filiațiunea paternă și maternă în caz de bigamie* (art. 185—184); *drepturile copilului la moștenire* (art. 106, 652—677); *drepturile la succesiunea copilului născut viu* (art. 670); *anularea donațiunii între vii* (art. 829, 836—837); *anularea adopțiunii* (art. 509).

In penal: *substituie* — în caz de sarcină simulată (art. 275); *dovada adulterului* (art. 269); *dovada bigamiei* (art. 271); *urmările atentatului la pudoare* (art. 265—266); *urmările răpirii unei minore* (art. 281—285); *urmările ademenirii unei fecioare* (art. 267 și 268); *pruncucidere* (art. 252); *stabilirea turburărilor mintale de natură puerperală* (art. 57).

I. MECANISMUL PARTURITIEI ȘI VARIETĂȚILE DE FACERI

A. Mecanismul facerii

Trecerea copilului dela viața intra-uterină la cea extra-uterină e condiționată de cooperarea unor forțe active cu un grup de fenomene pasive.

Forțele active (expulsive) sunt: 1) contractiunile uterine, intermitente la începutul durerilor, au fiecare o durată de 40—50 secunde (la început) și de 60—90 secunde (în toial durerilor); 2) contractiunea mușchilor abdominali.

Fenomenele pasive sunt: 1) dilatarea orificiului uterin; 2) ruperea membranelor; 3) dilatarea vaginului, a vulvei și a perineului.

a) In *ușurarea normală* se notează trei timpi: 1) deslipirea placentei și a membranelor; 2) migrațiunea casei; 3) expulzarea din vulvă (care poate dura 30 minute, 1 oră, 1 oră și jumătate, 2—3 și chiar mai multe ore).

b) În ușurarea patologică (aderențe placentare, inerție uterină, contractură și hiper-retracțiune uterină), expulzarea suferă mari întârzieri.

Durata expulzării copilului mai e în funcțiune de volumul acestuia în raport cu lărgimea căii de ieșire și cu prezentațiunea copilului.

I. Despre volumul copilului vezi: cap. „Nașterea” (vol. II).

II. Prezentațiunea: 1. *Prezentațiunea capului* (occipito-iliacală stângă și dreaptă, anterioară, transversă și posterioară); 2. *prezentațiunea feței* (mento-iliacală stângă și dreaptă, anterioară, transversă și posterioară); 3. *prezentațiunea șezutului* (sacro-iliacală stângă și dreaptă, anterioară, transversă și posterioară); 4. *prezentațiunea umărului* drept sau stâng (acromo-iliacă stângă și dreaptă). — Cea mai frecventă prezentațiune e aceea a capului (la 1.000 faceri: 965 prezentațiuni ale capului, 51 ale șezutului, 5 ale feței și 1 umerală).

După gradul ei de ușurință facerea e sau *rapidă* sau *laborioasă*.

a) *Facerea rapidă* e de regulă *naturală* sau *spontană* (în prezentațiunea capului sau a șezutului).

b) *Facerea laborioasă* (a cărei durată poate uneori trece peste 24 ore) necesită de regulă intervenția mameșului, fie cu mâna liberă, fie cu mâna înarmată cu un instrument.

c) Atunci când omul artei intervine numai temporar spre a rectifica mecanismul parturiiței, iar nașterea se face apoi în chip natural, avem o *facere mixtă* (naturală și artificială). Intervențiunea aceasta poate uneori îmbrăca și forma hipnotizării ori aceea a narcozei.

Intervenția medicului e indicată în:

I. *Viciile pelviene* (în 30% din faceri simplele forțe ale naturii sunt insuficiente pentru expulzarea copilului):

1. *Basinul prea mare*: retroversiunea uterului.

2. *Basinul strâmt*: basin infantil; basinul oblic ovalar al lui *Vaegle*; basin transversal strâmtat prin atrofia celor două aripioare sacrale și dubla synostosă; basin spintecat; basin viciat prin anomalii numerice ale vertebrelor sacrale; basin sacro-coxalgic; basin viciat prin osteo-mielita osului coxal; dubla fractură a lui *Malgaigne*, fractura sacrumului; extostose, spini osoși, osteo-sarcomi și enchondromi, fibromi.

3. *Viciile pelviene consecutivă anomaliilor, deformațiunilor și leziunilor aparatului locomotor* — basin viciat prin: scurtarea simplă sau amputarea unui membru inferior; genu-valgum unilateral, picior strâmb; paralizia infantilă; luxația coxo-femurală.

II. *Distocie prin leziunile vulvei*: edemul vulvei, vulvită, tumori cicatrice, rezistența anormală a himenului sau micimea orificiului acestuia.

III. *Distocie prin leziunile vaginului*: perete de despărțire longitudinal, himen supranumerar, comunicări anormale ale vaginului, strâmtare cicatricială, vaginism, leziuni inflamatorii, varice vaginale, kisturi și fibromi, cancer al vaginului.

IV. *Leziuni interesând indirect scheletul pelvian*: lordoză cifoză, scolioză.

Facerile la dată fixă necesită, în afară de anestezie, sau numai intervenția manuală, sau și cea instrumentală.

I. În ce privește anestezia, *Brindeau-Lantucjol* (1928), *Rouville, Delmas* (1928), pledează îndeosebi în favoarea *rachianesteziei*: dilatabilitatea colului uterin, suplețea lui precum și aceea a segmentului inferior și a părților moi sunt tot atâtea condițiuni cari permit evacuarea extemporană a uterului. Rachianestezia e recomandată și pentru operația cesarienei joase. — Dar anestezia aceasta e primejdioasă atunci când e administrată de o mână inexpertă (într'o statistică de 504 de asemenea anestezii, 2 cazuri de moarte — *Brindeau*). — *Doléas* și *Galy Gasparou* preconizează ca mai bună *anestezia epidurală*.

II. Aplicarea forcepsului la strâmtarea superioară, cu tot memoriul lui *Massini*, e considerată, de către obstetricienii francezi, ca periculoasă pentru copil. Mai toți mameșii aceștia sunt de părere că, în prezența unui cap oprit la strâmtarea superioară, trebuie sau lărgit basinal printr'o *pelviotomie*, sau practică extracția prin cesariana. — În America-de-Sud și în America Centrală, mai ales în urma renovării tehnicii de către *Zarate* (1927), e în foarte mare favoare *simfisectomia* nu numai parțială, dar și completă, pe care *Hernandez* o consideră ca mai puțin riscată decât cesariana, în cel puțin 80% din cazuri. *Cathala*, însă, nu admite simfisectomia decât în cazurile în cari apare necesară o aplicațiune a forcepsului la strâmtarea superioară.

B. Varietățile de faceri

I. Facerea la termen, facerea prematură și facerea tardivă

(Vezi: *nașterea la termen sau aproape de termen, nașterea precoce și nașterea tardivă*, la cap. „Nașterea”, vol. II).

II. Facerea după instalarea menopauzei

(Vezi: cap. „Tăgada paternității și a maternității”, vol. II).

III. Facerile multiple (în suprafecundare și în superfetație).

La cele deacum expuse (vezi cap. „Tăgada paternității și a maternității”, vol. II), nu mai avem decât foarte puțin de adăugat:

1. *Facerile gemelare* (suprafecundarea). — *Le Lorier*, care admite și o facere sextuplă, în urma observațiilor făcute, a ajuns la concluzia că, în genere, sarcina gemelară se termină sau printr'o facere prematură sau printr'un avort.

2. *Facerile cu întrerupere, pentru aceeaș sarcină (superfetația)*. — *Hofmann-Haberda* explică superfetația fie prin existența unui uter dublu, fie prin coexistența unei sarcini tubare, mai tânără decât cea intra-uterină. (La o autopsie s'a găsit în uter un făt de 5 luni, iar în trompă unul de 6 săptămâni). Îndeosebi, în ce privește uterul dublu, e de observat, că nu întotdeauna e posibilă desvoltarea câte unui făt în fiecare din cele două jumătăți uterine: la împregnarea uneia din aceste două compartimente, cavitatea gravidă se extinde în dauna celeilalte jumătăți, asupra căreia

exercită o compresiune, strâmtând-o sau chiar inchizând-o complet.

Oricum, dacă nu există uter dublu și nici nu persistă menstruația (în cursul sarcinii), care să explice o nouă ovulație (am văzut, însă, cât de puțin preț se poate pune pe reapariția fluxului catamenial), *Hofmann* nu mai admite superfetația, ci numai o suprafecundare obicinuită.

IV. Facerea ignorată

Femeea poate să nască fără să știe:

1. *In somn adânc, după o mare oboseală fizică sau extenuare psihică*, fie că durerile s'au pronunțat înainte, fie abea în cursul somnului (I. O femeie, după 48 ore de dureri ale facerii, a adormit adânc, iar când s'a trezit, fătul era deacum cu capul angajat în vulvă *Paul Dubois*. — II. Două femei au născut în somn și nu s'au trezit, deși copiii scosese ră țipete — *Montgomery*).

2. *In stare de alienație mintală* (imbecilitate, idiotie).

3. *In unele boli infecțioase cu delir* (febra tifoidă, meningita).

4. *In boala somnului*.

5. *In eclampsie*, femeea fiind artificial adormită.

6. *In stare de alcoolism acut*.

V. Facerea prin surpriză (facerea precipitată — „Sturzgeburt“)

A fost pentru întâia oară descrisă de *Klein* (1817), iar ulterior *Casper*, *Hofmann*, *Strassmann*, *Ungar* i-au consacrat documentate monografii. — Diagnosticul medico-legal al acestui gen de facere are importanță în materie de moștenire și atunci când există bănuiala de pruncucidere.

În facerea precipitată, contracțiunile uterine se succed repede: „femeea împinge cu disperare și expulzează, deodată cu fătul, și materiile conținute în rect și vesică“ (*Cazeaux*). — Se pare că există și o *ereditate* și o *continuitate* în facerile precipitate (1. Faceri precipitate notate la femei din 5 și 4 generații — *Tarnier*. — 2. Trei faceri precipitate la aceeași femeie, aproape fără durerile premergătoare — *Mattei*).

* * *

La cele numai enunțate la capitolul „Nașterea“ (vol. II), vom adăuga:

1. **Factorii materni.** — Nașterea prin surpriză se notează în:

a) *Starea de inconștiență a femeii* (somm natural sau artificial, delir, alienație mintală) în momentul facerii (vezi mai sus: „*Facerea ignorată*“).

b) *Ignorarea sarcinii*.

c) *Absența durerilor*: O femeie șade la masă și deodată simte c'o jenează ceva la genitale, iar în chiar acel moment aude zgomotul produs de un obiect

izbit de parchet. Soțul, care auzise și el, în timp ce se apleacă, aude un nou zgomet la fel: ridică de jos doi gemeni de 6 luni (*Brouardel*).

d) *Absența prodromurilor durerilor*. (O primipară fără instalarea prodromurilor, e apucată de dureri pe când se plimba prin cameră și, instantaneu, naște deanpicioarele, cu cordonul rupt la câțiva centimetri de inserția ombilicală. Copilul e viu și nu prezintă nici o leziune, cu toată căderea lui pe parchet — *Brouardei*).

e) *Intepretarea eronată a durerilor*. — 1. Necrezându-se la termen, o secundipară ia durerile — cari țin de 12 ore — drept dureri abdominale de altă natură. Se duce în latrină, unde i se rupe punga apelor și aproape imediat, ca un glonte scăpat dintr'o pușcă, pruncul cade pe podeaua privăției. Deși cordonul e rupt chiar dela locul inserției pe ombilic, totuși copilul e viu și teafăr — *Bogdan*. — 2. O servitoare primipară simte seara mici colici cărora nu le dă nici o atenție. La 1 dimineața e apucată de colici mai violente; se pune pe oala de noapte și prin eforturile ce face expulzează brusc copilul. Taie cordonul și coboară în apartamentul stăpânilor, cărora le povestește întâmplarea — *Leblond*. — 3. Vezi observațiile citate la capitolul „Nașterea”.

f) *Precipitarea expulzării*. — Ca durată durerile s'au urinat normal sau anormal, dar expulzarea se produce brusc, în contra prevederilor femeii și ale mamoșului.

1. Durerile se pronunță deacum. În timp ce exanimam femeea așezată pe marginea patului, în poziția ginecologică, și cu uterul abea întredeschis, m'am pomenit deodată stropit cu o cantitate mare de lichid și cu copilul în brațe, rotația făcându-se într'un singur timp (*Minopici* ca intern al Maternității).

2. La o multipară, după dureri de 5 ore, intervine o pauză de o jumătate de oră, după care, după alte două dureri relativ slabe, se produce expulzarea, pe când femeea sta rezemată de un dulap.

3. O primipară are dureri dela 8 dimineața până la 2, când vine medicul care nu vede iminența facerii. Indată după plecarea acestuia, femeea, reapucată de dureri, naște deanpicioarele deasupra unui vas cu apa fierbinte. Copilul sucumbă opăririi — *Staes*.

4. O primipară are dureri dela 2 dimineața, cari după masă dispar. La 7 seara revin brusc și gravida naște instantaneu — *Trachel*.

5. Gravida, văzând că durerile au conținut, nu ezită să plece deacasă; în drum durerile reîncep brusc și tot brusc se produce și expulzarea. (Și aceasta se poate întâmpla în stradă, în trăsură, în tramvaiu, în tren, în vizită).

g) *Facerea întârziată prin voința gravidei* — în sarcina ilegală mai ales: femeea, care s'a silit să ascundă anturajului starea ei de graviditate, face sforțări supraomenești să întârzie momentul ușurării, atunci când nu are posibilitatea de a se izola, dar expulzarea, atâta timp reținută, nu mai poate fi împiedecată și se produce cu împetuozitatea unei forțe deslănțuite.

2. *Factorii fetali*. — a) *Greutatea fătului*. — E inexact că nașterile precipitate sunt apanagiul feșilor de o greutate mai mică de 3.000 gr., pentrucă sunt numeroase observațiile de faceri fulgerătoare cu copii până la 5.000 gr.

b) *Prezența capului* dă cel mai mare procent de faceri precipitate.

c) *Numai excepțional* se notează asemenea faceri în sarcina gemelară.

3. *Locul*. — Facerea precipitată se poate produce în orice loc, mai în-totdeauna când femeea e trează și numai excepțional în somn sau în narcoză.

4. *Pozițiunea* e de regulă oricare, afară de aceea a decubitusului dorsal normal: deanpicioarele, șezând, în genunchi, pe vine.

a) În facerea deanpicioarele avem observațiile lui *Brouardel*, *Klein* (155 din 185 faceri precipitate), *Vinckel* (38 cazuri), *Casper* (4 de față cu martori).

b) *Șezând, pe vine sau în genunchi*. — Contestate de *Devergie*, *Bayard*,

Tardieu, pozițiile acestea în facerea precipitată sunt confirmate de numeroase observații: 1) O femeie, însărcinată pentru a treia oară — și de celelalte sarcini se ușurase tot fulgerător, — apucată de primele dureri, ia o trăsură spre a se duce la spital. Gravida n'apucă să se așeze bine în vehicul și se pronunță o durere cu angajarea capului pe vulvă; iar după a doua durere, copilul e complet expulzat între coapsele mamei — *Bonnemaison*. — 2. În 183 faceri precipitate, 22 în poziția pe vine și 6 în genunchi — *Klein* — 3. Din 10: 4 deanpicioarele în poziție de staționare, 2 în mers, 2 în trăsură și 2 pe vine — *Goltz*. — 4. Din 15 cazuri, 4 șezând, 1 pe vine — *Moser*. — 5. În 45 cazuri: 5 pe vine 1 în genunchi — *Heilacke*. — 6. Din 8 cazuri, 2 șezând, 1 pe vine și 1 în mers — *Kiproff*.

A. Urmările facerii precipitate sunt suportabile pentru mamă care, în genere, nu e expusă decât la leziuni locale cari nu-i pot pune viața în primejdie. *Leziunile* acestea interesează, în ordinea frecvenței: perineul, vaginul și — extrem de rar — colul uterului. — Indicațiunile statistice: nici o leziune în 25 faceri precipitate (*Reinhardt*); în 57 cazuri, rupturi perineale numai în 7 (*G. Koch*); 5 rupturi perineale în 22 cazuri (*Moser*); 11 rupturi perineale în 82 cazuri (*Bonnemaison*); 14 rupturi perineale, în 47 cazuri (*Hellake*); 4 leziuni vaginale în 66 cazuri (*Kiproff*); 24 rupturi perineale și 54 leziuni vaginale în 157 faceri precipitate (*Scanzoni*).

B. Urmările facerii precipitate pentru copil pot fi nule, de o importanță mediocră ori extrem de grave, uneori chiar catastrofale, atât după locul și poziția în care se produce expulzarea cât și după efectele acesteia: ruperea cordonului, expulzarea simultană a fătului și a anexelor, expulzarea în bloc a oului (*vezi, pentru mai amplă informație*: cap. „Pruncuciderea“, vol. II).

VI. Facerea post mortem

Nașterea copilului din mama deacum moartă a fost în reperițe rânduri notată. În genere se admite că fătul viabil poate supraviețui în uter până la 20 minute dela moartea mamei. Sunt însă și excepții de supraviețuiri mai lungi: în 1950, copilul viu a fost extras din uter după trecerea de *trei ore* dela decesul constatat al femeii (*Minorici*); o naștere în sicriu (*Hellendal*, 1927).

Facerea *post mortem* poate fi spontană ori artificială.

1. **Spontană**: a) Sub presiunea gazelor putrefacției. — b) În absența acestei presiuni, prin *contractiunile uterine postume*. — c) *Rigiditatea cadaverică* poate avea efect expulziv numai asupra uterului cu orificiul dilatat (*Hellendal*).

2. **Artificială** — prin *intervenție chirurgicală*.

Frecvent se recurge la cesariana pentru salvarea copilului nu numai în timpul agoniei gravidei, ci și imediat după moartea acesteia. După o statistică recentă proporția de copii astfel salvați e de 22—68% în cesariana moartei și de peste 80% în cesariana muribundeii (*Neumann*, 1929).

VII. Facerea simulată

Fie că n'a existat de loc sarcină, fie că sarcina e abea la începutul ei, dar femeea are interes să invoace o facere recentă; fie, însă, că e vorba de delirul sarcinii.

II. ACCIDENTELE ȘI COMPLICAȚIUNILE FACERII

A. Mama

a. În timpul și cu ocazia facerii

1. *Hemoragiile* (în timpul facerii, după expulzarea placentei, la câteva ore după ușurare) pot cauza moartea rapidă sau subită, prin provocarea de tromboze, slăbiciuni cardiace și infecție puerperală.

2. *Retențiunea totală sau parțială a casei.*

3. *Placenta praevia cervicală.*

4. *Ruptura sinusului circular al lui Meckel (Brindeau —Brouha).*

5. *Rupturi uterine în timpul durerilor:* moarte rapidă sau subită. — *Ēctopia pelviană a rinichiului* poate provoca, la facere, o ruptură uterină.

6. *Rupturile părților moi și ale uterului,* atunci când greutatea copilului trece de 4 kgr.

7. *Perforarea uterină consecutivă injecțiilor cu extract hipofizar,* practicate de unele moașe, în scop de a accelera alura facerii.

8. *Inversiunea uterină în timpul ușurării:* moarte rapidă sau subită.

9. *Ruptura uterină cu infecțiunea consecutivă hemoragiilor „post partum”,* atunci când copilul e hidrocefal (*Brouha*).

10. *Leziuni traumatice ale articulațiilor basinului:* articulațiile sacro-coccigiene, simfiza sacro-iliacă, simfiza pubiană.

11. *Fracturi spontane ale sternului și ale coastelor,* în timpul efortărilor expulsive (*Vidal, Chaussier*).

12. *Ruptura spontană a ficatului* (caz extrem de rar) cu hemoragie letală, în timpul parturii cu eclampsie (*Markov, 1928*).

13. *Emfizemul subcutanat.*

14. *Asistolie acută* (la mitralele în stare de hiposistolie), *edem acut al plămânului:* moarte rapidă sau subită (*Brindeau-Lemeland*).

15. *Hernia traumatică a diafragmei.* — Un caz: cu puțin înainte de a naște, medicul pune diagnosticul unei hernii traumatice stângi a diafragmei; copilul e extras cu forcepsul și femeea moare (*Ioachim, 1927*).

16. *Șocul facerii,* analog șocului operator, cauzează moartea

subită în: insuficiența cardiacă, embolie și eclampsie (*Ziemke*, 1926).

17. *Tuberculoza laringee*: durerile se pronunță în cursul unei crize de asfixie, iar parturienta moare la câteva ore după ușurare.

18. *Paralizia parturientei*. — Paralizia trecătoare (de câteva săptămâni) a plexusului ischiadic se notează uneori după aplicarea forcepsului (*Schulz*, 1928).

19. *Toate afecțiunile* (descrise la capitolele sarcinii și avortului — vol. II), cari, atunci când n'au întrerupt sarcina, primejdiesc viața mamei la facere.

b. După ușurare

În morțile subite cari survin în lăuzie, un rol considerabil îl joacă, în marea majoritate a cazurilor: emboliile consecutive trombozelor, bolile interne nedignoscitate în prealabil, eclampsia și infecția puerpurală (*Ziemke*, 1926).

1. *Afecțiunile cardio-vasculare* primejdiesc viața lăuzei.

2. *Intoxicația mortală în urma injecțiilor vaginale și intra-uterine* cu o soluție de sublimat, care e primejdioasă chiar în proporție de 1 la 4000.

3. *Infecțiunile puerpurale* (cu atât mai periculoase, cu cât ele întâlnesc un teren mai puțin rezistent) sunt toate infecțiunile cari, la lăuză, iau naștere la nivelul aparatului genital lezat prin traumatismul obstetrical. Agenții infecțioși sunt: streptococul, stafilococul, gonococul, colibacilul, microbii anaerobi. *Jeannin* a observat 192 cazuri de infecții cari se descompun astfel: septicemie pură 27, peritonită 7, flebită supurată 10, infecțiune uterină 75, infecțiune peri-uterină 35, trombo-flebită 15, infecțiune vulvo-perineală 23. — Mortalitatea e de 17% (în 52 cazuri din cele 192 observate, se notează: septicemie pură 22, peritonită generalizată 6, flebită supurată 4).

De când *Coupeleire* a atras atenția asupra formelor metroragice ale infecțiunii puerperale (*hemoragii tardive, în urma facerilor fără retențiune placentară*), literatura medicală de specialitate s'a îmbogățit cu numeroase studii și observațiuni. „Severitatea infecțiunii deslănțuite de manoperele intra-uterine tardive trebuie să ne facă să ezităm de a le practica în atari cazuri septice și astfel medicul se găsește în alternativa: ori abstențiunea, ori hysterectomia” (*Trillat-Eperdier*, 1928).

Hemoragiile secundare *post-partum*, în afară de acelea cari au ca origine o retențiune placentară, trebuiesc atribuite unei infecții uterine locale (*Digonnel*, 1928), printr'un fragment placentar deslipit ori pediculat.

* * *

După originea infecțiunilor puerpurale, se deosebesc (*Brindeau-Chomé*):

1. Infecțiunile vulvo-vaginale — consecutive rupturilor datorite traumatismului — sunt îndeosebi frecvente la primipare. Se prezintă sub următoarele forme: a) *escare vulvo-vaginale*; b) *limfangită vulvară*; c) *erisipel al vulvei*; d) *abcese și flegmoane ale vulvei*; e) *gangrenă vulvo-vaginală*.

2. Infecțiunile uterine: a) *endometrită puerperală* (inflamatorie, purulentă, pseudo-membranoasă, putrescentă, gangrenoasă); b) *metrită parenchimatoasă*; c) *metrită gangrenoasă*.

3. Infecțiunile peri-uterine: a) *pelvi-peritonită*; b) *flegmoane pelviene*; c) *celulită pelviană*.

4. Salpingita.

5. Peritonitele puerperale generalizate: a) *peritonita purulentă sau flegmonoasă (acută, supraacută, sub-acută)*; b) *peritonita septică sau septicemia peritoneală*.

6. Flebitele puerperale, dintre cari unele cu debut embolic, al căror proces a făcut recent obiectul unor observațiuni foarte interesante (*Faure, Douay, Vidal, Le Lorrier*—1928). Se deosebesc: a) *phlegmatia alba dolens* (cu varietățile: flebitele tardive, flebitele bilaterale, flebitele bastarde ale septicemiilor); b) *complicațiunile în phlegmatia alba dolens* (limfangita, erisipelul, eczema, sfacelul, embolia pulmonară, edem perimaleolar, edem cronic generalizat la întreg membrul inferior, varicele psot-flebitice, nevralgiile crurale și sciatică, ulcerele, atrofia musculară, durerile articulare, ankilozele); c) *flebitele puerperale ale membrilor superioare* (foarte rare); d) *flebitele utero-pelviene* (tromboflebitele simple sau adezive și flebitele supurate, îndeosebi studiate în anii din urmă de Laffont, Houel, Ferrari).

7. Septicemiile propriu-zise: a) *septicemia puerperală cu streptococi* (septicemia primitivă, septicemia secundară, precoce ori tardivă); b) *septicemia nestreptococică*; c) *septicemia cu enterococi*; d) *septicemia cu stafilococi*; e) *septicemia cu gonococi*; f) *septicemia cu perfringens*.

8. Septicemiile puerperale cu forma pyoemică se caracterizează prin frecvența și importanța focarelor metastasice (aparatură circulatoră, aparatul respirator, sistemul loco-motor, sistemul nervos, organele simțurilor, aparatul urinar, glandele vasculare sanguine, aparatul digestiv).

9. Infecțiunea amniotică: ruptura prematură a membranelor poate favoriza infecțiunea.

B. Copilul

1. Oligohidramnie (aproape de termenul facerii, cantitatea lichidului amniotic e mai mică decât 200 gr.): copilul se naște mai mult sau mai puțin asfixiat, cu deformațiuni datorite compresiei fătului de peretele uterin.

2. Ruptura precoce a membranelor: copilul, întotdeauna înainte de termen (6, 7 sau 8 luni), se naște viu, dar cu deformațiuni asemănătoare aceloră în oligohidramnie și, în majoritatea cazurilor, e neviabil.

3. Hydreoa deciduală: copilul se naște viu (*Brindeau-Brouha*).

4. Distocie prin escesul de volum al fătului (copil de o greutate mai mare de 4 kgr.: de 4,5kgr. 1 la 170 faceri; de 5 kgr. 1 la 2500 faceri; *Cazeaux* a notat un copil de 9 kgr., *Beach* unul de 10,773 kgr. iar *Dubois* unul de 11.500 kgr.). — Pronosticul e cu

atât mai alarmant, cu cât copilul e mai mare: moartea e datorită: fie asfixiei progresive (din cauza prelungirii facerii), fie hemoragiei consecutive stazei sanguine, fie, înfârșit, unei leziuni traumatice a bulbului. — În facerile cu basinel strâmt, mortalitatea globală a copilului e de 12% (*Bar, Pinard*). Pronosticul nu e bun decât pentru bazinele cu diametrul mai mare de 9 cm.: în bazinele cu diametrul de 8,6—9 cm., se înregistrează o mortalitate de 20%, procent care crește pe măsură ce scade diametrul și ajunge până la 100% în bazinele cu diametrul mai mic de 7 cm. (*Voron*).

5. **Edemul generalizat al fătului** (rar observat). Copilul, expulzat înainte de termen, ori se naște mort, ori sucombă după câteva minute, cel mult după câteva ore.

6. **Hydrocefalia congenitală.** — Deobiceiu copilul moare; dar, chiar de supraviețuește facerii, e un idiot congenital.

7. **Gușa congenitală:** viața copilului e amenințată în caz de extracție forțată.

8. **Ascita congenitală** (hydropsia în cavitatea abdominală): de regulă copilul sucombă fie în timpul facerii, fie imediat după ea. (*Fordyce* a reușit să salveze viața noului-născut, prin practicarea unei puncțiuni abdominale).

9. **Tumorile sacro-coccigiene:** copilul sucombă deobiceiu în timpul facerii sau imediat după naștere (*Brouha*).

10. **Deformațiunile plastice ale capului în trecerea prin căile genitale.** Ele dispar în 2—5 zile dela naștere.

11. **Bosa sero-sanguină** (pe întreaga prezențaiune sau numai pe o parte a ei) dispare în 24—48 ore dela naștere, iar prin mărimea ei dă indicațiuni asupra duratei facerii. — Ea nu se notează niciodată la un nou-născut macerat (*Le Lorier*) și deaceea nu trebuie luată drept bosă cefalică vitală imbibitiunea putrelactivă roșiatică a țesutului celular subcutanat al capului, care se vede la un astfel de copil. Bosa sero-sanguină poate lipsi în facerile precipitate ori atunci când capul copilului e extrem de mic: *Elsaesser* n'a găsit bosa cefalică decât în 74 din 340 faceri premature și numai în 1502 din 5789 faceri la termen.

12. Acțiunea bolilor infecțioase ale mamei din timpul sarcinii:

a) **Variola:** 1. Copilul se poate naște viu, îndemn de orice contagiune, dar nu imunizat; 2) viu și cu imunitate temporară de 2—3 luni; 3) viu, dar contaminat; 4) născut în perioada eruptivă, moare după puțin timp; 5) evoluția variolei efectuându-se complet în timpul vieții intra-uterine, copilul se naște cu cicatrice; 6) copilul se naște mort.

b) **Tusea măgărească,** transmisă noului născut, evoluează cu o repede foarte mare, cauzând mai întotdeauna moartea.

c) **Varicela:** copilul, născut viu, prezintă vesiculele caracteristice (*Brindeau*).

d) Oreionul e excepțional transmis fătului, iar copilul se naște cu morbul lui Little (*Ilutinel, Barboneix*).

e) Erisipelul: copilul se naște infectat.

f) Encefalita letargică: infecțiunea prin transmisiunea placentară: moarte (*Marinescu*).

g) Febra tifoidă: numai când infecțiunea se produce în a 8-a lună, copilul se poate naște viu, dar cu o viabilitate de numai câteva săptămâni (*Marfan*); în cazul cel mai bun, rămâne debil (*Thirolaix*).

h) Cărbunele se poate transmite fătului (*Marchand, Paltauf*).

i) Turbarea nu se transmite copilului (*Demelin*).

j) Boala somnului nu se transmite copilului (*Thiroux, Leboeuf, Nattan — Lerrier*).

k) Sueta miliară: fatul poate fi infectat (*Thoinot*).

l) Tuberculoza pulmonară: copilul se naște viu (frecvent mic), rareori infectat, pe când placenta e aproape de regulă contaminată.

m) Sifilisul: în 92% din cazuri, copilul, născut viu, e infectat. — 1) *Sifilisul anexelor*: hipertrofia placentei (greutatea medie 700—800 gr., excepțional 1.500—2.000 gr.); îngroșarea membranelor; indurarea totală sau segmentară a cordonului (*Bar, Tissier*). — 2) *Sifilisul fetal*: copilul, atunci când se naște viu și viabil prezintă semnele caracteristice eredo-sifilisului precoce: penfigus, coriză, sifilide cutanate, sifilide mucoase, hipertrofia ficatului, megalosplenie, monstruoziități sau vicii de conformație (*Bar*). — Atunci când mama contractează sifilisul în ultimele trei luni ale gestațiunii, excepțional infecțiunea se transmite fătului (*Gaucher*). — Sifilisul de a doua generație: copilul moștenește stigmatul infecțiunii bunică (*Fournier, Barthélémy, Tarnowsky*).

13. **Intoxicațiunile:** a) Fosforul e transmisibil fătului determinând leziuni de steatoză la nivelul ficatului (*Miura, Porak, Bossi*).

b) *Hydrargirismul* e transmisibil copilului.

14. **Apendicita:** în facerile aproape de termen, fătul poate fi infectat pe calea transplacentară (*Pinard*).

15. **Syndromul Graves-Basedow:** 5% născuți — morți (*Chapa*). — Născut viu, copilul prezintă adesea o turburare a osificării scheletului — achondroplasia sau displasia periostală (*Vaudescal*).

16. **Hemofilia:** copilul, mai ales dacă e fată, se naște adesea indemn (*Vaudescal*).

17. **Purpura:** deși deobicei netransmisibilă, copilul de regulă se naște mort sau neviabil (*Liebling*).

18. **Anemia pernicioasă:** 54% născuți morți; dintre cei născuți vii, 15% neviabili, sucombând în primele două săptămâni ale vieții extra-uterine (*Aubertin*).

19. **Cardiopatiile:** excepțional copilul supraviețuiește, atunci când mama moare la începutul facerii: el poate fi salvat prin imediată extracție cesariană (*Vaudescal*).

20. **Paralizia progresivă:** copilul se naște cu stigmatul sifilitic.

21. **Chorea gravidică:** la unii din copiii născuți la termen se poate nota hidrocefalia sau spina bifida.

22. **Eclampsia:** copilul sucombă în timpul facerii sau după câteva ore dela expulzare.

23. **Pyelonefrita:** uneori moartea copilului la câteva zile dela naștere (*Vaudescal*).

24. **Acțiunea razelor X și a radiumului în tratamentul terapeutic al regiunii pelviene.** Din 625 observații, *Murphy* (1929) a ajuns la următoarele concluzii: a) dacă tratamentul e anterior concepției, el poate uneori avea ca urmare nașterea unui copil bolnav sau defect; b) dacă tratamentul a fost aplicat în timpul sarcinii, se înregistrează în proporția de 1 la 10 un copil cu defecte însemnate, îndeosebi microcefalia.

III. DIAGNOSTICUL FACERII

Necesar pentru confirmarea sau infirmarea unei bănueli de pruncucidere, unei acuzațiuni de părăsire a unui nou-născut, pentru demonstrarea temeiniciei unei acțiuni în contestarea filiațiunii (paternă ori maternă) în caz de suspiciune de sarcină simulată ori de sarcină imaginară, diagnosticul facerii e bazat, după împrejurare, atât pe examenul femeii vii și al copilului (viu sau mort, dacă există), cât și pe acela al cadavrului femeii și al copilului (viu sau mort).

După cum am arătat deacum („Tăgăda paternității“, pag. 78—79), literatura medicală a înregistrat faceri și la o vârstă foarte înaintată a femeii. Să mai cităm și exemplul Paulei Fieschi, din Paris, care, la 90 ani, la 1 Decembrie 1742, a dat naștere unui băiat (mai avea șase copii în vârstă, dintre cari cel mai mare de 70, iar cel mai mic de 60). Din ordinul Regelui Ludovic XV, căruia femeea i-a fost prezentată, faptul a fost înregistrat și cu amănunte descris în „Chronique publique de la revue retrospective sous le règne de Louis XV“ (1742—1743). — Vârsta, dar, nu va constitui pentru expert o obiecțiune prealabilă.

A. Femeea vie

În genere, diagnosticul e foarte lesne la o *primipară* nu numai în primele săptămâni ei și la câteva luni după facere; uneori semnele parturitei subsistă ani și decenii (*Zoeppritz*). Cu toate acestea *Haberda* a avut prilejul să examineze, după trecerea de 15 ani, o primipară, la care dispăruse orice urmă de modificare anatomică și care avea în totul aparența unei nulipare. Atunci însă când e vorba de *multipară*, diagnosticul ultimei faceri aproape nu mai e posibil, numai la interval de câteva luni.

Elementele de informațiune sunt culese din: examenul stării generale a femeii, examenul mamelor și al sfârcurilor; examenul

scurgerilor genitale (dacă subsistă), al organelor genitale externe și interne, al regiunii ano-perinealo-vulvare. Afară de starea generală de puerperalitate care, după un interval variabil, poate să nu mai prezinte nici un simptom, toate celelalte semne au un caracter de o durabilitate mai mare și deci de probabilitate și chiar de certitudine. — Valoare de prezumție au indicațiunile oferite de modificările în aspectul abdomenului și al glandelor mamare (inclusiv secrețiunea acestora); valoare de quasi-certitudine ori chiar de certitudine absolută au constatările făcute la aparatul genital și rezultatul probelor biologice.

1. Starea generală

a) În primul loc e **habitus-ul caracteristic** lăuzei: debilitarea fizică în primele zile.

b) **Escitabilitatea**, sporită în timpul parturii și care în *post partum* redevine normală, poate persista câteva zile și excepțional câteva săptămâni și chiar câteva luni (depinde de temperament și de natura facerii).

c) **Temperatura parturientei** crește în primele douăsprezece ore (dacă, deopildă, femeia a născut dimineața, seara se poate nota o urcare până la 38°).

d) **Pulsul**, în tot cursul săptămânei de lăuzie, e rar; frecvența bătăilor nu trece de 50—60 pe minut.

e) **Hemoragiile**, eventualele **fracturi spontane ale sternului și coastelor**, **emfizemul subcutanat**, eventualele **infecțiuni puerperale** (deacum descrise la „Accidentele și complicațiunile facerii“ — vol. II).

2. Glandele mamare și secrețiunea lactară

A. Mamelele. — Valoarea lor diagnosticală e foarte discutabilă, atunci când ca elemente de informație se iau numai *forma, volumul, aspectul și consistența* (vezi: „semnele obiective ale sarcinii“, vol. II). E adevărat însă că, în săptămâna lăuziei, sânul e bogat în țesut glandular, cu vergeturi albăstrii proaspete (îndeosebi pe jumătatea inferioară).

Mamelonii, oarecum turtiți și cu tuberculii lui Montgoméry proeminenți în areolă, sunt pigmențați. În ce privește acest din urmă caracter, e de observat că deși pigmențarea mamelonului și a areolei subsistă câțva timp, aceasta nu e totuși întotdeauna un semn sigur, pentru că dispare cu vremea, iar la unele femei (îndeosebi la cele blonde) areolele pot fi roze chiar după faceri repetate. — La presiune, în primele 3—4 zile, secretează *colostrum*.

La o *facere mai veche*, singurele semne indicatoare sunt: 1) mamela oarecum contractată la bază; 2) mamelonul sferic (do-

vada unei alăptări mai îndelungate); 5) eventuala prezență a unei cicatrice de incizie în caz de mastită (cauza de eroare: cicatricea poate fi și semnul unui hematoc purulent, consecutiv unei răniri sau contuziuni).

B. **Secrețiunea lactară** trebuie examinată din punctul de vedere al intensității, al duratei și al elementelor constitutive.

a) *Durata și intensitatea.* — Pe când la *parturienta care nu alăptează* (particularitate de un interes medico-legal mai ales în cazurile de suprimare sau de abandonare a copilului) funcțiunea lactară nici n'apucă să se instaleze deabinelea (secrețiunea slăbește numai *după câteva zile* și încetează cu totul după 8—10 săptămâni), la femeia care-și hrănește pruncul, secrețiunea poate dura mult și după înțercare (uneori ani de zile — *Zoeppritz, Nussbaum, Siegert, Corrado*).

Intensitatea debitului e cu atât mai mare, cu cât alăptarea a început mai devreme, după facere.

b) *Prezența sau absența colostrumului* în lapte servește ca indicație de oarecare valoare pentru determinarea epocii ușurării: absența corpusculilor de colostrum a fost întotdeauna notată în laptele femeii care a născut un copil la termen.

c) *Cauze de eroare.* — Secrețiunea lactară, deși identificată, nu poate constitui un element de certitudine, pentru că ea se observă și la nulipare fără nici o modificare anatomică specifică a genitalelor, îndeosebi la acele cari suferă de boli cronice ale acestora din urmă: *myomi, kistomi ovariani*. Secrețiunea mamară se mai notează în anumite *nevroze* și în *tabes* (*Siding*), în *idioție* (o virgină de 20 ani — *Hofmann*). Uneori, ea se substitue menstruației (observație făcută de *Gauthier* asupra unei virgine).

3. Abdomenul

Caracteristica abdomenului de parturientă o constituie flaciditatea peretelui abdominal, vergeturile, pigmentarea și linia brună.

a) **Flaciditatea și încrețirea tegumentelor** sunt mai marcate la o multipară decât la o primipară și cu atât mai mari cu cât mai numeroase au fost facerile. La o primipară tegumentele abdominale își pot chiar recăpăta cu timpul consistența normală, mai ales când, grație unei bune alimentări, s'a constituit un abundent panicul grăsos.

b) **Vergeturile** (vezi și „Semnele obiective ale sarcinei“, vol. II). *violacee* atunci când sunt recente, devin cu timpul *sidefii*.

De o abundență variabilă — uneori ocupând întreaga jumătate inferioară a abdomenului, întinzându-se până la șolduri și șezut — cicatricile sarcinii pot însă lipsi și la multipare (în 10% dintre lăuze — *Zoeppritz*).

Prezența vergeturilor poate induce în eroare, pentru că ele se notează câteodată și la femei cari n'au fost deloc însărcinate, cu constituirea de grăsime în țesutul celular subcutanat; deasemenea la șezut și la genunchi în bolile febrile — tifos, scarlatină. Vergeturi se notează chiar la *bărbații* cari se'ngrașă repede.

c) **Pigmentarea pielii**, în lăuzie, e augmentată și uneori poate ocupa întreaga suprafață abdominală: ea poate persista vreme îndelungată după facere, de ambele părți ale liniei brune.

d) **Linia brună** subsistă timp de câteva săptămâni.

4. Stomacul

După parturiție, la palpate, stomacul e găsit lungit și subțiat în partea centrală: abea după două luni, își reia forma normală (*Schickelé*).

5. Perineul

În 25% dintre primipare se notează rupturi perineale la nivelul comisurii inferioare a vulvei. Se deosebesc două grade de asemenea leziuni, după cum ele interesează numai pielea, sau pielea și musculatura.

În ambele cazuri, vindecarea se poate produce spontan, iar vestigiile rupturilor sunt reprezentate de o cicatrice liniară, (pentru întâia oară indicată de *Hegar*). Dacă ruptura nu e la timp cusută, linia cicatricială e mai largă, deci mai vizibilă.

6. Rectul

Ruptura perineală se poate întinde uneori până la sfincterul anal și rect, interesându-l direct pe acesta.

După caracterul leziunii rectale, se poate stabili cu aproximație epoca facerii (*Zoeppritz*):

a) *Rana recentă* se prezintă cu sufuziuni sanguine și cu marginile mai mult sau mai puțin zdrențuite. După 8 zile dela ușurare, rana e complect acoperită cu granulațiuni proaspete, iar buzele ei încep să se cicatrizeze. Dacă există tendință la o vindecare primară, buzele răni sunt lipite, nu însă atât de intim ca să nu poată fi ușor desfăcute.

b) *După 14 zile*, vindecarea a făcut progrese mari, iar, la rupturile superficiale granulate, cicatrizarea e aproape desăvârșită; la răni mai profunde, procesul de cicatrizare durează mai mult.

7. Vulva

Atunci când furculița e foarte destinsă sau a suferit o ruptură, vulva e căscată în partea ei inferioară și ochiul pătrunde până în vagin.

a) **Buzele mari.** — În primele zile după facere sunt umflate, edemațioase.

b) **Buzele mici.** — Timp de 3—4 zile. fețele interne sunt ca strivite, cu sufuziuni sanguine.

c) **Uretra și clitorisul.** — La nivelul acestora se notează uneori rupturi cari, atunci când nu există hemoragie, se vindecă spontan.

8. Himenul

1. De regulă himenul parturientei prezintă rupturi multiple și adânci, cu substanța himenală redusă la simple resturi ale carunculelor mirtiforme. Dar, precum am văzut la descrierea diverselor forme de himen (Vezi: cap. „Atentatele la pudoare” și „Diagnosticul atentatului la pudoare”, vol. II), aspectul membranei depinde de consistența și de orificiul ei. În unele varietăți himenale, se constată numai rupturi izolate, cu toate că prin căile genitale a fost expulzat un copil aproape de termen sau chiar la termen.

2. Numai un himen absolut intact e dovada peremptorie a absenței parturiției.

9. Vaginul

a) În primele zile e flasc, cu încrețiturile șterse, dilatat, iar prin orificiul lui pot pătrunde mai multe degete deodată și chiar toată mâna. Se retractează însă repede, așa că după numai o săptămână dela facere, nu mai e accesibil decât la cel mult două degete, iar pereții recapătă încrețiturile; după maximum 3—4 săptămâni, vaginul și orificiul lui recapătă aspectul normal. — Dar un vagin mai mult sau puțin dilatat se poate nota și imediat după un coit repetat și să semene cu vaginul retractat după facere. — Cât despre netezirea încrețiturilor, în deosebi la peretele anterior, semnul acesta nu se notează de cât rareori fără o prealabilă parturiție.

b) La parturientă, se notează rupturi *cicatriciale ale columnei și ale furculiței*.

c) *Mucoasa*, în primele zile de lăuzie, violacee, întrucâtva desprinsă, prezintă leziuni mai mari sau mai mici.

10. Uterul

Se examinează mai întâiu colul și apoi corpul organului.

I. Colul uterin

La o nulipară porțiunea vaginală a colului are forma aproape conică, iar după facere una mai mult cilindrică.

A. **Orificiul exterior.** — a) Caracteristicile de diferențiere ale unui *orificiu virgin* diferă după gradul de maturitate sexuală:

1) în primii ani ai pubertății, orificiul are forma ovalară transversală (crăpătură lunguiată orizontală); 2) la o fecioară tomnatică, ovalul se contractează, luând forma circulară; 3) la o virgină foarte bătrână, contractiunea e și mai accentuată, nerămânând decât un foarte mic orificiu circular. — Orificiul virgin nu e nici odată căscat, iar pe contur nu se observă alte creștături decât cele naturale datorite încreștirilor pereților colului.

b) *Orificiul exterior al unei femei care a născut* (o crăpătură transversală) prezintă creștături laterale (urmele unor rupturi cicatrizate), îndeosebi atunci când prin col a trecut un copil matur sau cel puțin viabil. La multipare, se notează creștături mai numeroase, cu linii cicatriciale care se prelungesc până pe fundul vaginului, iar țesutul dintre creștături e tumefiat.

Se poate însă întâmpla — foarte rar e adevărat — ca la o primipară să nu se mai poată distinge cicatricile, dacă a trecut vreme mai îndelungată dela ușurare: marginile orificiului sunt rotunjite ca la o nulipară, porțiunea vaginală a colului are și ea înfățișarea ca la o nulipară.

Mai e de notat că creștăturile cicatriciale nu sunt specifice parturii, pentru că ele pot fi consecutive fie unei discizii operatorii a orificiului, fie unei tumori profunde.

În primele zile după facere, orificiul exterior se prezintă ca o crăpătură transversală, larg căscată: permite trecerea unuia și chiar a două degete (dar aceasta se poate nota și la o intervenție pentru dilatarea colului: în tentativa de avort). — La o săptămână după parturiție, orificiul e atât de contractat, că nu mai e accesibil nici măcar unui singur deget.

B. *Orificiul interior al uterului* se contractează repede: după trei zile dela ușurare, abea mai lasă trecerea unui deget, iar după cel mult două săptămâni e reînchis.

După 5—6 zile colul își reia aproape aspectul normal.

II. Corpul uterului

Se examinează sub raportul volumului și al consistenței. (În prealabil se golește vesica, pentru că uterul puerperal, foarte mobil, poate fi împins de vesica plină până la marginea antero-inferioară a cavității toracice, margine formată de cartilajele coastelor 7—10).

a) *Volumul*. — În *prima zi* a lăuziei, atunci când e vorba de un copil la termen sau foarte aproape de termen, uterul, la examenul bimanual, apare ca o tumoare imensă, iar cupola lui ajunge până în dreptul ombilicului sau la 2—3 degete sub acesta. De multe ori e puțin deplasat la dreapta și de o mare mobilitate în toate sensurile. — În *ziua a 5-a*, fundul uterului se simte pela mijlocul distanței dintre ombilic și simfiză. În *a 8-a zi*, a coborât sub

simfiză. În a 12-a zi, ajunge sub cuta pubiană și nu mai poate fi palpat prin tegumentele abdomenului.

Retracțiunea uterină (de o durată mai scurtă la femeia care alăptează), normal terminată în 6—8 săptămâni, poate fi întârziată de infecțiunea puerperală. De unde urmează că indicațiunile ce le-am dat nu au decât o simplă valoare de orientare. Ceeace, însă, se poate cu precizie conchide e că, *dacă, la o facere la termen sau foarte aproape de termen, fundul uterului nu se mai găsește dincolo de simfiză, a trecut mai mult de o săptămână dela ușurare,*

b) **Consistența** caracteristică a uterului puerperal e aceea a unui țesut întrucâtva ramolit, în care rămân impresiunile degetelor (consistență la fel cu anasarca).

* * *

Sunt cazuri în cari dovada facerii recente o face *prezența în uter a unor resturi din membranele oului sau chiar aceea a placentei*, întreagă sau numai un fragment (*Thoresen* relatează o retențiune placentară timp de 5 săptămâni).

11. Lochiile

Colorațiunea și consistența lor diferă după epoca examenului.

a) În primele 5—4 zile lochiile au consistența și aspectul unui **sânge hemoragic**, cu chiaguri: *lochia rubra*. — Fluxul hemoragic, care de regulă nu lipsește în nici o facere, variază, sub raportul cantității, după: mărimea copilului, suprafața de inserție placentară, numărul și importanța rupturilor atât ale orificiului exterior al uterului cât și ale părților genitale externe, alura facerii (în nașterile rapide, se produce atonia uterului, cu o hemoragie foarte abundentă — *Schroeder*). Numai excepțional și anume atunci când fătul expulzat murise de mult în uter, cantitatea de sânge scurs la facere poate fi sub media normală.

Cantitatea mijlocie de sânge hemoragic *post-partum* variază după statisticile observațiilor făcute: 600—800 gr. (*Ahlfeld*); 600—1000 gr. și chiar mai mult (*Schanta*). Dar se notează și cantități mai mici: 250—500 gr. în 27 observații; 400—500 gr. în 46 observații.

Mai e de notat că grosul cantității de sânge se scurge odată cu eliminarea placentei și după această eliminare. Așa că atunci când expulzarea casei întârzie și se produce în altă parte decât pe locul unde femeia născuse, nu se mai găsesc decât urme neînsemnate de sânge cari pot fi lesne înlăturate. Cele mai multe și mai mari pete de sânge, la o naștere recentă, se găsesc pe buzele mari, pe coapse, pe rufele de corp și pe cearșafuri, pe saltea, pe podea în apropierea patului.

1. *Cauză de eroare*: dar nu orice pată de sânge trebuie atribuită hemoragiei puerperale, fără un prealabil examen de identificare, pentru că pete astfel localizate ca acele de mai sus se pot nota și în menstruație și în scurgerile datorite formațiunilor neoplazice.

2. *Identificarea sângelui puerperal*. — Se recurge la probele biologice descrise la „Diagnosticul sarcinii“ — vol. II: 1) reacțiunea antitriptică; 2) constatarea sporului de materii grase și lipide; 3) reacțiunea veninului de cobra; 4) sporirea vitezei de sedimentațiune a globulelor roșii; 5) dialisa lui Abderhalden, de regulă pozitivă în primele 8—14 zile. Dar (vezi la locul indicat) reacțiunea pozitivă nu e întotdeauna concludentă.

b) *In a doua jumătate a săptămânii I-a*, lochiile au consistența și aspectul unui lichid sanguino-seros (*seamănă cu zeama de carne*) — *lochia seroasă*, care uneori, atunci când lăzuza se dă imediat jos din pat, poate perzista chiar 2—5 săptămâni.

c) *In săptămâna a 2-a dela facere*, lochiile, din cauza prezenței în mare cantitate de leucocite și de celule epiteliale, capătă aspectul *puoiului (lochia alba)* și devin tot mai mucoase. În forma aceasta lochiile persistă până la sfârșitul săptămânii a treia.

Dar, după cum observă și *Zoeppritz*, aceste trei faze ale lochiilor nu sunt constante, pentru că atunci când femeia face mari eforturi corporale, se mai poate identifica sânge în aceste scurgeri și după trecerea de câteva săptămâni dela facere. Apoi, durata scurgerilor lochiale e mai mică la femeia care alăptează.

d) *Identificarea lochiilor*. — Elementul caracteristic al lochiilor sunt *vilozitățile choriale*. Numai din eventuala prezență a celulelor deciduale — cari, împreună cu fibrina, globulele roșii și leucocitele, deasemenea se găsește în lochii — nu se poate trage o concluzie temeinică de puerperalitate, pentru că celulele deciduale se pot identifica și în scurgerile myomilor și ale endometritei cronice (*Ruge*).

Din a doua jumătate a primei săptămâni de lăuzie se pot nota în lochii saprofiți și germeni patogeni, ceea ce e de o mare importanță pentru diferențierea unei auto-infecțiuni de o infecțiune provocată (*Zangenmeister*).

e) *Elementele constitutive ale lochiilor în diversele faze*.

1. În *lochia rubra*: globule roșii, elemente deciduale, celule epiteliale, uneori și celule de vernix caseosa, peri fetalii, corpusculi de meconium.

2. În *lochia serosa*: elementul preponderent îl formează leucocitele.

5. În *lochia alba*: corpusculi de puroiu de diverse forme și mărimi, corpusculi de grăsime, leucocite, celule epiteliale.

(Pentru examenul microscopic al lochiilor, vezi și vol. I, pag. 578).

12. Petele de meconium și de sebum

a) **Meconiumul.** — Prezența petelor de meconium pe căile genitale, pe cămașa femeii, pe cearșafuri e o indicație de certitudine a facerii. E însă de observat, că nu orice copil elimină meconium în cursul expulzării sau imediat după naștere (Vezi: „*Examenul petelor de meconiu*“, vol. I, pag. 598).

b) **Petele de sebum.** — Identificarea acestora e de o valoare indiscutabilă (vezi: „*Examenul petelor de sebum*“, vol. I, pag. 596).

13. Probele serologice

a) **Acțiunea sângelui parturientei asupra albuminei laptelui.** În sângele unei femei care a născut fie de numai câteva zile, fie chiar de câteva luni, se constată existența unor aglutinați cu reacțiune caracteristică și specifică asupra albuminei laptelui uman. (Lipperra, 1927). — Pomenim de această probă numai cu titlu de inventar, pentru că în genere e anevoie de realizat.

b) **Prezența hormonului hypofisar în urina femeii** (vezi: „*Diagnosticul sarcinii*“, vol. II).

c) **Reacțiunea lui Abderhalden.** — Ecalle a notat că reacțiunea pozitivă se atenuază după a 10-a zi dela facere, iar după trei săptămâni, reacțiunea e întotdeauna negativă.

* * *

Din cele până acum expuse, s'a văzut că, luate izolat, cele mai multe dintre semnele indicate pot induce în eroare (vezi exemplele dela capitolul „*Diagnosticul avortului*“ vol. II). De aceea concluziunile trebuie să isvorească din concordanța unui cât mai mare număr de indicii, mai ales că parte din semne dispar: unele după numai câteva zile, altele după câteva săptămâni dela facere.

1. La întrebarea, *dacă o femeie a născut ori nu gemeni*, răspunsul nu-l poate da decât examenul placentei și al membranelor.

2. Chestiunea de a se ști, *dacă femeia supusă expertizei e primipară ori multipară*, e foarte greu de rezolvat, mai ales când examinata e o femeie bine hrănită și bine îngrijită. În genere, cel mult pot servi ca puncte de reper: a) flaciditatea extremă și durabilă precum și subțierea tegumentelor abdominale; b) dilatarea vaginului și a orificiului himenal și ștergerea încrețiturilor de pe pereții acestora; c) forma porțiunii vaginale a colului și deschizătura orificiului exterior al acestuia; d) mărimea, grosimea și consistența aspră a uterului.

B. Examenul cadavrului femeii

I. Mamelele, abdomenul, vulva, perineul, rectul și vaginul

Se examinează întocmai ca la femeia vie.

II. Uterul

În teză generală, ori care ar fi epoca de examen, un uter puerpural (nu numai de multipară ci chiar de primipară) nu recapătă niciodată forma și mărimea uterului virginal. Eventualele adânciri ale uterului, modificările de situație, aderențele peritoneale nu îndrituiesc însă la concluzia puerperalității, pentru că atari particularități se notează și în afecțiuni uterine, mai ales după gonoree; metrita cronică și neoplasmale contribuie la mărirea volumului organului.

Ditrich atribuie necrozei parțiale a musculaturii uterine valoarea unui semn de certitudine al puerperalității; dar, precum observă și *Ilaberda*, această necroză nu e caracteristică decât în cazurile de stânjenire a retracțiunii normale (stânjenirea consecutivă bolilor infecțioase).

Un semn de o valoare controlată e acela identificat de *P. Fraenkel*: prezența celulelor choriale uriașe printre fibrele musculare și modificările suferite de stratul muscular.

Schiekelé indică semnul degenerării hialine a vaselor uterine, cu inserarea de celule ectodermice.

III. Diferențierea uterului virgin de uterul puerperal.

1. Forma și aspectul. — *Uterul virgin*: peretele posterior e mai boltit ca peretele anterior, iar fundul organului e drept.

Uterul puerperal: cavitatea mărită, peretele anterior aproape tot atât de boltit ca acel posterior, fundul e deasemenea foarte boltit: de fața interioară, brăzdată de vilozități, aderă cheaguri sanguine și resturi deciduale. Locul de inserție placentară (mare cât palma, la câteva zile după facere), se retractează odată cu întreg uterul, dar mai încet decât restul peretilor acestuia, așa că mai poate fi identificat și după trecere de două luni (la 6 săptămâni mai are un diametru de 2 cm.). Mai îngroșat ca restul peretelui uterin (a cărui grosime e de 3,5—5 cm.), locul de inserțiune e accidentat, aspru, cu trombe vasculare și cheaguri sanguine aderente. — Musculatura peretelui uterin e palidă și se distinge cu ușurință rețeaua fibrilară, iar la microscop se notează degenerarea hialină a fibrelor. Pe secțiunea peretelui, vasele golite se văd larg căscate. Colul e lărgit, contuzionat; orificiul căscat și cu rupturi recente sau cicatrizate. — Peritoneul uterin e încrețit.

2. Dimensiunile. — a) *Uterul virgin (inclusiv colul)*: diametrul vertical 6—6,5 cm. (din care aproape jumătate e ocupat de

lungimea colului), diametrul transversal (distanța dintre trompe) 3,5—4 cm., diametrul antero-posterior 2,5 cm.

b) *Dimensiunile uterului puerperal*: examinat imediat (la un interval de cel mult câteva zile) după facere, diametrul vertical e de 16—19 cm. (colul e cu mult mai mic decât jumătatea corpului uterin), diametrul transversal 12—15 cm., diametrul antero-posterior 7—8,5 cm. — Dacă moartea s'a produs cu o întârziere mai mare, atunci dimensiunile uterului sunt acele ale fazei de retracțiune a organului (retracțiune care, precum am arătat, *atunci când nu intervine o infecțiune puerperală*, e în genere terminată după 6. maximum 8 săptămâni dela facere).

În faza ultimă a retracțiunii, uterul are următoarele dimensiuni: diam. vertical 8—9 cm., diam. transversal 4,5—5,5 cm., diam. antero-posterior 5—5,5 cm.

5. *Greutatea uterului virginal*: 40—50 gr. — *Greutatea uterului puerperal*: îndată după facere 900—1200 gr., la o săptămână 500—600 gr., la două săptămâni 550—400 gr., după trecere de 4—5 săptămâni 200 gr., în momentul retracțiunii complete, 60—70 gr.

4. *Corpul galben*. — a) Cel al nuliparei numit și *corpul galben menstrual* se reconstitue după 5—4 săptămâni. iar după două luni e transformat în corp fibros.

b) *Corpul galben al gravidității* numit și *corpul galben adevărat* pe deoparte e mai mare decât cel menstrual (un diametru de 22 mm.), iar pe de alta are o mult mai mare vitalitate. El își atinge apogeul dezvoltării la 5 luni după fecundare. iar retracțiunea lui se face încet până la sfârșitul primei jumătăți a sarcinii. de când nu mai regresează, până aproape de sfârșitul gestațiunii și abea în această perioadă începe iar să se retracteze (7—8 mm.). După nașterea unui copil matur. corpul galben mai are mărimea unui bob de mazere — Müller a identificat în corpul galben al gravidității o abundență de substanță coloidală și de particule de calciu. Tratat, coloidul se colorează în portocaliu (*Van Gieson*), iar sărurile calcaroase formează conglomerate cari, prin adăugare de acid sulfuric. se dizolvă, lăsând un sediment de ace de gips (*Robert Meyer*).

5. *Decidua ovarii* (descrisă de *Lindenthal*, *Stravoskeades*, *Hoermann*, *Peukert*) e un semn sigur al puerperalității. După *Lindenthal*, resturile acestui țesut se pot identifica și după trecere de mulți ani, cu condiția, bine înțeles, ca în interval să nu fi fost distrus de putrefacție ori să fi fost conservat ca piesă anatomică de control.

C. Copilul

1. *Viu*. — Pentru diferențierea unui nou-născut de un copil cu o viață extra-uterină de câteva zile, câteva săptămâni sau chiar

câteva luni, vezi indicațiunile date (cu privire la talie, greutate, dentițiune, craniu, ochi, circumferința toracică, distanța între umeri) la capitolul „Nașterea“ (vol. II) și la cap. „Minorul-Vârsta“, vol. II, pag. 107).

2. **Mort.** — Vezi indicațiunile date la capitolul „Nașterea“ (vol. II) și la capitolul „Minorul-Vârsta“, vol. II, pag. 107).

D. Data facerii

După ce au trecut câteva luni dela moarte, nu mai e cu putință să se fixeze data facerii.

În general, în primele șase săptămâni dela facere, data se poate preciza cu o mare aproximație de zile.

1. Femeea vie

I-a săptămână: 1) escitabilitatea; 2) temperatura; 3) pulsul; 4) aspectul glandelor mamare; 5) secrețiunea de colostrum; 6) debitul secrețiunii lactare; 7) aspectul rupturii perineale; 8) aspectul rupturii rectale; 9) aspectul buzelor mari și al nimfelor; 10) rupturile și cicatricile mai recente ale substanței himenale, dacă există; 11) flaciditatea și dilatarea vaginului; 12) colorația mucoasei vaginale; 13) aspectul creștăturile și cicatricile orificiului exterior al colului uterin; 14) starea de retracțiune a orificiului interior al colului; 15) nivelul la care se identifică fundul uterului; 16) *lochia rubra* (primele 5—4 zile) și *lochia serosa* (restul săptămânii); 17) vechimea petelor de meconium și de sebum.

A II-a săptămână: 1) aspectul rupturii rectale; 2) nivelul la care se identifică fundul uterului: *lochia alba* (purulentă).

A III-a săptămână: 1) aspectul vaginului; 2) nivelul la care se identifică fundul uterului; 3) *lochia alba*.

A IV-a săptămână: 1) aspectul vaginului; nivelul la care se identifică fundul uterului.

A V-a, a VI-a, a VII-a și a VIII-a săptămână:

- a) *gradul de retracțiune uterină (cu ajutorul sondei)*,
- b) *Vergeturile tegumentelor abdominale (după aspect)*.

2. Cadavrul femeii

- a) *Toate semnele dela femeea vie, întrucât subsistă.*
- b) *Dimensiunile și greutatea uterului.*

* * *

Cu titlu de curiozitate vom releva (după *Roblot*, 1924), că marea majoritate a facerilor se înregistrează între 1 și 7 dimineața. Cele mai multe nașteri de băieți se notează în faza lunii pline; fetele se nasc mai mult începând dela luna nouă până la ultima fază lunară.

PRUNCUCIDEREA

„*Le crime d'une mère est un pesant fardeau*“. — RACINE

I. CONSIDERAȚIUNI GENERALE

A. Definiția și legislația

„Pruncuciderea se numește omorul copilului său de curând născut“ (art. 250 c. p.).

Prin însăș această definiție, legiuitorul a înțeles să lase medicului expert sarcina de a determina, dacă victima crimei speciale s'a bucurat ori nu de o viață extra-uterină, de scurtă durată. Condiția esențială ca să existe pruncuciderea e dar administrarea probei, că pruncul a trăit, pentrucă, în chiar ipoteza că se găesc urme de violență la un născut-mort, instanța represivă nu ar mai avea nici un rost de a interveni, deoarece s'ar afla în prezența unei crime imposibile: nu poți omori o ființă neînsuflețită.

Singurul cusur de redacțiune ce putem imputa legii penale în vigoare, e că lasă neprecizată limita superioară a duratei vieții copilului, pentrucă suprimarea lui să poată fi calificată pruncucidere: adică, după cât anume timp dela expulzare crima își pierde calificarea ei deosebită, spre a căpăta pe aceea de asasinat ordinar. Și e neccesară o atare delimitare, pentrucă, prin *art. 252 al. II, c. p.*, pedeapsa muncii silnice pe viață e redusă la recludziune, în favoarea mamei care-și suprimă copilul nelegitim. Or pentru asasinatul ordinar nu e edictată decât o pedeapsă: munca silnică pe viață (art. 252, al. I. c. p.).

Lacuna aceasta e umplută de „Proiectul Codului Penal“ din 1928 (*art. 415*): „Pruncuciderea se numește omorul săvârșit de mamă asupra copilului său în timpul nașterii sau mai înainte de a fi expirat termenul legal de declarare la oficiul stării civile“ (termen care e de trei zile dela ușurarea femeii — *art. 56* din „Legea privitoare la actele stării civile“ din 21 Februarie 1928). — Aceasta e interpretarea pe care, și sub imperiul legii penale în vigoare, trebuie s'o dea expertiza medico-legală. Dificultatea întâmpinată e numai atunci când, într'o facere clandestină, pruncul a rămas ne-declarat: în atare caz, expertul se călăuzește de elementele anatomice (mai jos indicate) spre a determina pe deoparte vârsta copilului, iar pe de alta epoca morții. Vechea indicațiune trasă din

căderea cordonului ombilical e desuetă, ca una ce e bazată pe un element de control variabil tocmai sub raportul timpului.

Atunci când autorul crimei e părintele sau orice altă persoană, înrudită sau străină. fapta e calificată asasinat, indiferent de durata vieții extra-uterine a copilului.

Pruncucidere, mai bine zis bănuială de pruncucidere e și atunci când, fiind notoriu că o femeie și-a dus sarcina până la termen sau aproape de termen, copilul a dispărut. În cazul acesta, dacă nu se descoperă locul unde a fost îngropat copilul sau nu se găsesc resturi ale cadavrului acestuia, dovada crimei se face numai prin examenul mamei.

Însfârșit, expertul poate fi chemat a se pronunța asupra unei tentative de pruncucidere, care atunci devine crimă ordinară (*art. 58, 239, 240 și 242 c. p.*).

* * *

Dar atât legea penală astăzi aplicată (*art. 252, al. II*) cât și proiectul de modificare (*art. 418*: „Pruncuciderea săvârșită asupra unui copil natural se va pedepsi cu temnița grea dela 5 la 10 ani”) păcătuiesc grav față de interesele societății, prin aceea că nu precizează circumstanțele de fapt cari să militeze pentru indulgența de care beneficiază mama criminală. De îndurarea legală nu se bucură numai fata ori văduva săracă sedusă ci orice femeie, măritată sau nu, vinovată de a fi șters, dintr’o trăsătură de condei muiat în sânge, un episod din cartea unei vieți de plăceri desmățate. Îngăduința aceasta constituie o primă de încurajare pentru desfrânare și de batjocorire a sfințeniei legământului căsătoriei.

Vom încheia aceste observațiuni critice cu dezideratul formulat și la capitolul avortului: cerem corecționalizarea pruncuciderii, pentru că mansuetudinea de care, în marea majoritate a cazurilor, dau dovadă jurații, constituie un netăgăduit pericol social.

B. Etiologia

O statistică recentă (*Popoff — 1928*) fixează la 1 la 1000 raportul de pruncucidere, față de sarcinile duse până la termen.

Cauzele sunt, în genere, aceleași pe cari le-am indicat și la avortul criminal: 1) *frivolitatea*: femeia considerând pe noul venit ca pe un musafir nepoftit cu menirea de a-i stingheri viața de plăceri cu nesaț trăită; 2) *calculul material*: o gură în plus de hrănit înseamnă o rectificare a unora din capitolele bugetului de cheltueli somptuare; 3) *lipsa perspectivei de a putea suporta cheltuelile de creștere și întreținere a copilului*; 4) *mizeria materială caracterizată*; 5) *rușinea* (fată, văduvă: soție adulterină); 6) *acces de nebunie puerperală*; 7) *contagiunea* (în aceeași localitate mai multe femei și-au suprimat copilul exact în același fel — *Nippe*).

1. Categoriile sociale (in ordinea frecvenței): a) *scriitoare* 33%, b) *lucrătoare* 25%, c) *minore* (la casă părintească) 18%, d) *menajere* 12%, e) *prostituate* 9%, f) *croitorese, tingerese, vânzătoare de prăvălie, funcționare publice și private* 5%. (E de observat că, dacă femeile din categoriile d, e și f dau un procent relativ mic de pruncuigașe, explicația trebuie căutată fie în precauțiunile ce le iau spre a nu rămânea însărcinate, fie în practica avortului pe o scară mai mare).

2. Starea civilă: 70% *nemăritate*, 22% *măritate*, 8% *văduve*.

3. Femei cari mai au copii: 15%.

4. Gradul de instrucțiune: 60% *analfabete*, 25% *cu clasele primare*, 12% *cu instrucțiunea secundară*, 5% *cu cultură superioară*.

5. Religia: 85% *creștine*, 9% *mozaice* și 6% *ulte confesiuni sau fără confesiune declarată*.

6. După aglomerațiile populare: 68% *la țară* 21% *in orașele mai mari*, 11% *in târgușoare*.

II. DIAGNOSTICUL

Ca și pentru avort, diagnosticul pruncuciderii interesează justiția nu numai din punctul de vedere al represivității penale, dar și din acela al actelor vieții civile (filiațiune, moștenire, donațiune între vii — *vezi articolele din codul civil, indicate la capitolele „Sarcina” „Facerea” și „Avortul”*).

Pentru administrarea probei materiale a crimei ajunge examenul cadavrului sau al părților din cadavrul copilului prezumat a fi fost omorât. Pentru aplicarea sancțiunii, însă, devine necesar și examenul mamei pentru că, după cum am arătat, pe deoparte, femeea, vinovată, poate tăgădui sarcina și parturitia, iar pe de alta, atunci când se găsește din întâmplare un prunc care a succumbat unei morți violente, bănuiala poate cădea asupra unei femei nevinovate (fie că n'a fost deloc însărcinată, fie că e încă însărcinată). Numai în chipul acesta se pot evita grave erori judiciare, despre cari am pomenit și la capitolul „Avortul” (*Vol. II*). Prin concluziile sale expertul își asumă o grea răspundere, deoarece, în caz de informare greșită a justiției, e pasibil de despăgubiri civile (*art. 998 c. c.*) și de pedeapsa prescrisă pentru defăimare (*art. 294 c. p.*).

(Pe bordul unui transatlantic se dă peste cadavrul unui nou-născut. Bănuelile cad asupra uneia din pasagere, o tânără Irlandeză de 20 ani. Medicul vaporului o examinează și conchide la vinovăția ei: dar după trei zile se descoperă adevărata culpabilă. Medicul, care dăduse dovadă de o crasă ignoranță — declarând lăuză pe o virgină, cu toate c'o examinase în cinci rânduri — e condamnat de Curtea din Mineola — Long Island, la 2.500.000 lei despăgubiri civile).

1. Examenul cadavrului copilului

(Pentru autopsia noului-născut, *vezi: Vol. I, pag. 496—510*).

Rydberg (1929) preconizează următoarea tehnică pentru examenul *in situ* al creierului și al meningelor:

Printr-o incizie, făcută în imediata apropiere a sudurilor, dar cu respectarea acestora, și fără a se atinge dura-mater, se desprind de această membrană oasele craniului, bucată cu bucată (ambele parietale și ambele frontale). În chipul acesta se pot nota, prin transparență, hemoragiile subdurale mai ales dacă lăsăm dura-mater să se usuce puțin.

Apoi deschidem spațiul subdural, prin două incizii făcute în dura-mater la câte un deget depărtare, în dreapta și în stânga sinusului venos al acestei membrane. Scoatem jumătățile durei și facem o incizie a secerei cerebrale la creasta cocoșului. Tragem încet, în sus și înapoi, secera și fâșia îngustă ce a mai rămas din dura-mater: cu chipul acesta putem examina venele meningelor moi, cari dau în sinusul venos.

Se întoarce apoi cadavrul cu fața în jos: în regiunea lobilor occipitali creierul se desprinde lesne de cort și putem astfel examina legăturile vasculare, vena magna Galeni și suprafețele cortului.

Tăiem orizontal pedunculul creierului în zona punții lui Varole, la trecerea acesteia prin orificiul cortului, ceea ce ne permite examinarea creierului mare în bloc și apoi secționat.

În sfârșit, spintecăm cortul, examinăm și scoatem cerebelul.

Întrebările la cari are să răspundă expertul sunt:

1. *Cadavrul e al unui copil născut în limitele pe deoparte compatibile cu viața (cel puțin 180 zile), iar pe de alta cu noțiunea de nou-născut (la termen sau aproape de termen)?*

2. *Cadavrul e el al unui copil născut viu (a putut să trăiască în timpul facerii sau după naștere)?*

3. *Sucombat-a copilul unui accident în legătură cu nașterea, unei insuficiențe vitale congenitale sau violențelor exercitate asupra lui?*

4. *Care e cauza morții naturale (inclusiv cea accidentală)?*

5. *Care e felul și cauza morții violente?*

6. *Cât timp a trăit copilul dela naștere până la moarte?*

7. *Cât timp a trecut dela moartea copilului?*

A. Putut-a pruncul să se nască viu ?

Cu alte cuvinte, trebuie să arătăm dacă vârsta lui intra-uterină era compatibilă cu viața.

Am văzut (vol. II: cap. „Nașterea” și cap. „Tăgăda paternității și a maternității”), cari sunt caracterele anatomice și fiziologice ale unui copil născut la termen sau aproape de termen, cât și acele ale copilului născut prematur (180 zile). Dar, deoarece în materie de pruncucidere (întocmai cași în aceea de avort) expertului nu i se mai cere, ca în materie de tăgadă a paternității, să indice numai limitele superioară și inferioară a vârstei copilului, ci pe cât posibil, să precizeze vârsta acestuia, vom complecta indicațiunile deacum date (*Vezi și „Diagnosticul avortului”, vol. II*), cu următoarele elemente de orientare:

1. Copilul la termen (10 luni lunare)

a. Talia fătului matur (mediile măsurătorilor parțiale, după tabela lui Letourneau):

	făt masc.	făt feminin
Dela vertex la pubis	29,5 cm.	31 cm.
Dela pubis la tuberozitatea condilului femural intern	9 „	10 „
Dela condilul intern al femurului la marginea inferioară a feței posterioare a calcaneului	10,5 „	10,5 „
Dela apofisa acromionului la epicondre	9 „	9 „
Dela epicondre la apofisa stiloidă a radiusului	7 „	7 „

Gonmer și Negri văd un semn de probabilitate în lungimeaabei picioarelor: când aceasta e mai lungă de 8 cm., fătul e născut la termen.

Diametrul bi-acromial: 12 cm.; *circumferința*: 35 cm. — *Diametrul sternodorsal*: 9,5 cm. — *Diametrul transversal bi-iliac*: 8—9 cm.; *circumferința* 27,5 cm. — *Diametrul bi-trochanterian*: 9—9,5 cm. — *Diametrul pubo-sacral*: 5,5 cm.

b. Greutatea (vezi „Nașterea” și „Avortul” vol. II).

c. Pielea, abundent căptușită cu grăsime, mai e acoperită cu puf numai în regiunea umerilor. — Stratul superficial de *vernix caseosa* poate lipsi. — *Pielea capului* e aproape în întregime acoperită cu un păr lung de 2—3 cm.

d. Unghiile: cornoase, trec dincolo de buricele degetelor dela mâini, iar la degetele dela picioare abea ajung până la vârf.

e. Capul (cifrele medii): *circumferința orizontală cea mai mare* 52—57 cm.; *diametrul bi-temporal* 7,8—8 cm., *diametrul bi-parietal* 9,5 cm.; *diametrul fronto-occipital* (de la rădăcina nasului până la proeminența occipitală) 12 cm.; *diam. mento-occipital* 12,5 cm. (Pfannkuch propune drept criteriu suma diametrelor bi-parietal, fronto-occipital și mento-occipital; da că suma e sub 30,5 cm., după toate probabilitățile, copilul nu e născut la termen). — *Fontanela mare*: diametru de 2,5 cm. Dar acest diametru se întâlnește și la copilul nematur.



Fig. 47. — Pruncucideria. Capul copilului născut la termen sau aproape de termen — I. În dreapta: diametrul biparietal și vederea celor două fontanele. — II. În stânga, măsurarea diversilor diametri: diametrul occipito-frontal, diam. mento-occipital, diam. mento-bregmatic, diam. sub-mento-bregmatic, diam. sub-occipito-bregmatic.

f) Creerul. — Greutatea masei encefalice reprezintă 1/8 din greutatea totală a corpului la 180 zile și 1/10 din aceeași greutate dela 270 zile în sus (fătul la termen), iar media acestei greutateți pentru creerul copilului matur — la care începe să se desineze și circonvoluțiunile — e (atât după tabela lui Letourneau cât și după aceea a lui Hecker și Buhl) de 352 gr. (emisferile și corpul calos 315 gr., cerebelul 165 gr.).

g. Ochi și pleoapele. — Un semn de certitudine absolută, pentru diferențierea unui copil la termen sau aproape de termen de unul prematur, îl constituie pe deoparte absența sau prezența membranei pupilare, iar pe de altă pleoapele desfăcute sau lipite.

Membrana pupilară persistă până pe la 190–195 zile de viață intra-uterină, când începe să dispară, iar de pe la a 215-a zi de viață intra-uterină nu mai rămâne nici o urmă — Identificarea acestei membrane pe cadavrul fătului trebuie făcută cu lupa, deoarece ea nu e vizibilă cu ochiul liber decât numai când corneea e de o transparență deosebită. De regulă, atunci când ochii copilului rămân deschiși câteva ceasuri, corneea se usucă și devine opacă.

Am văzut (*cap. „Nașterea” vol. II*) că *desfacerea pleoapelor* e un semn neîndoios pentru diferențierea vârstei fătului. Expertul, găsindu-se în fața cadavrului unui făt cu ochii deschiși și bănuind că pleoapele au fost desfăcute de o mână interesată, are mijlocul (recomandat de *Tourdes* și *Morel*) pentru demascarea fraudei: examinate la microscop, celulele epidermice depe linia de disjuncțiune sunt, față de cele din regiunea vecină cari își păstrează forma, lungite și atrofiate. — O atare deschidere nenaturală a ochilor unui făt de 6 luni poate să fie datorită și unui accident.

h. Urechea și nasul: cartilajele bine formate.

i. Sistemul dentar. — La copilul născut la termen se găsesc, în maxilarul inferior deoparte și de alta a liniei mediane, câte 4 alveole bine despărțite având pe fund muguri dentari.



Fig. 48. — Pruncuciderea. Maxilarul inferior al copilului născut la termen sau aproape de termen: Vederea celor 8 alveole bine despărțite, câte 4 de o parte și de cealaltă a liniei mediane dintre cele două jumătăți ale maxilarului.

j. Punctul lui Bécлар. — Un important element de diferențiere între o naștere precoce și una la termen îl avem în prezența *punctului lui Bécлар*, foarte rezistent la putrefacție. Nucleul acestei osos, care se formează la extremitatea inferioară a femurului, e de mărimea unui bob de linte sau de mazere (cel puțin 4 mm., în diametru la co-



Fig. 49. — Pruncuciderea. Mersul osificării la copilul născut la termen sau aproape de termen: punctul lui Bécлар.

pilul matur) și are o formă eliptică. Roșu pe cadavrul proaspăt, e de un galben murdar pe cadavrul putrefiat. El se poate identifica și pe femurul izolat al unui cadavru ciopărțit. — De obicei punctul lui Bécлар apare în a doua jumătate a ultimei luni a gestațiunii normale; dar s'au văzut cazuri în cari prezența lui a fost constatată pe cadavre de copii născuți la 8 luni. Se poate întâmpla să lipsească: în 1 la 150 autopsii (*Fibert*); în 17 la 100 (*Haecker*); în 3.5 la 100 (*Liman*); în 4 la 100 (*Brouardel*). Absența parțială, adică numai la unul din femure, a fost observată de noi ca și de *Hofmann*, *Noblîng*, *Haecker* (în 3 cazuri)

k. Celelalte puncte de osificare. — Osificarea propriu zisă, în timpul gestațiunii, nu se produce decât la corpul oaselor lungi, iar la oasele scurte și plate nu apar decât puncte de osificare. Ultimele vertebre sacrale se osifică în

intervalul dintre ultimele două luni. Abea dela naştere până la 16 ani se formează toate punctele osoase şi sudura oaselor divizate pe linia mediană.

1. *Punctele sternale* apar. în partea de sus a osului, între 6 şi 7 luni, iar în partea de jos la 8 luni.

2. După Toldt. *punctul cuboidului* apare în ultimele săptămâni ale sarcinii, uneori abea după naştere.

3. Epoca apariţiei *punctului calcanean* e controversată: *Tardieu şi Brouardel* o fixează între a 4-a şi a 5-a lună; *Tarnier*, în luna a 6-a; *Toldt*, pe la începutul sau pe la mijlocul lunii a 7-a. Noi, pe baza observaţiunilor făcute, o fixăm în intervalul dintre a 5-a şi a 6-a lună, mai frecvent la finele lunii a 5-a. — Tot *Toldt* indică şi următoarele dimensiuni: 4.2 — 7.5 mm. în luna a 8-a; 9.5 mm. în naşterea la termen.

4. *Punctul astragalian*: între a 5-a şi a 6-a lună (*Tardieu, Brouardel*); pe la mijlocul lunii a 7-a (*Toldt, Tarnier*). După noi, între a 5-a şi a 6-a lună. — Dimensiunile lui: 2—5 mm., în luna a 8-a; 6.5—9 mm., la maturitatea fătului (*Toldt*).

l. **Dimensiunile oaselor.** — *Günz* dă următoarele medii în milimetri pentru dimensiunile oaselor fătului matur:

frontalul: înălţimea 56, lăţimea 45; *parietalul*: diametrul diagonal 76. *clavicula* 56; *omoplatalul* (lungimea) 52; *humerus* 75; *cubitus* 70; *radius* 66; *femurul* 87; *rotula*: lungimea 18, lăţimea 16; *tibia* 79; *peroneul* 77.

m. **Organele genitale.** — La *băiatul matur* testiculele, dacă nu sunt complet alunecate în scrotumul total încreţit, cel puţin au trecut dincolo de inel. Date fiind însă cazurile de *cryptorchidie* şi de *monorchidie*, precum şi cauzele de întârziere morbidă a alunecării din canalul inguinal, semnul acesta al migraţiunii testiculare, după cum recomandă *Morache*, nu oferă o garanţie de interpretare neeronată. Greutatea testiculului e de aproape 1 gr.

La *fată*: buzele mari sunt lipite, nelăsând să se vadă buzele mici şi clitorisul; uterul e puţin dezvoltat, cu trompele mai mult sau mai puţin ondulate şi ovarele încă lunguete şi situate la nivelul strămtorii superioare; canalul lui Nuck e închis. Vesicula lui Graaf apare abea după naştere. Greutatea ovarului e de 1 gr.

n. **Glanda tiroidă**: greutate variabilă (2: 2.5: 4: 6.5 gr.).

o. **Thymusul** se găseşte dinapoia sternului şi-l depăşeşte până la 5-lea spaţiu intercostal sau chiar mai jos, acoperind parţial inima, crosa aortei şi atingând hilul plămânilor. El are o greutate de 11—15 gr.

p. **Inima**: 22—24 gr. — Cantitatea *sângelui* (mai bogat în hemoglobină ca acela al unui sugaciū de 4—5 săptămâni) depinde de momentul legării cordonului şi variază între 180 şi 280 gr.

q. **Plămânii** copilului care încă n'a respirat sunt mici, tari, de un roşu închis: greutatea 60—65 gr. (plămânul drept cu vreo 5 gr. mai greu decât cel stâng).

r. **Ficatul**: 91—150 gr. — *Vesica biliară* (plină cu bilă) are forma cilindrică (lungime de 5 cm.). Produce glicogen.

s. **Pancreasul** (foarte vascularizat): 2—5 gr.

t. **Splina**: 10,6 gr.

u. **Tubul digestiv**. 1. *Esofagul* (mai lung ca la adult): 10—12 cm. —

2. *Stomacul*: mic, cu fundul puţin dezvoltat şi axa aproape verticală: cutele mucoasei insuficient pronunţate; capacitatea de 55 cc.: sucul gastric clar cu reacţiune acidă. — 3. *Intestinele*: 5—4 m. Intestinul subţire, în raport cu intestinul gros, e mai lung ca la adult. Valvula ileo-coecală e foarte dezvoltată. Vilozităţile sunt mici, dar mai numeroase ca mai târziu — 4. *Meconiumul*,

care se formează progresiv în timpul vieții intra-uterine, e alunecat în intestinul gros.

v. Rinichi (cu lobulația accentuată): 15—20 gr. — *Capsulele supra-renale* (cu diametrii de 20 și 9 mm.) au o greutate de 4—5 gr.

Deoarece pedeaparte se pot nota abateri dela indicațiunile de mai sus, iar pe de alta sunt posibile erori de calcul în ce privește durata sarcinii, se recomandă întotdeauna expertului întrebuințarea formulei: „copilul născut la termen sau aproape de termen“.

z. Placenta. — În nașterea la termen e în genere rotundă sau eliptică, dar poate avea și alte forme: aceea a unei fasole sau a unei inimi. Diametrii sunt de 18 și 20 cm.; circonferința 60—65 cm.; grosimea de 1 cm., iar greutatea, în genere cât a 7-a parte din greutatea totală a corpului, e de 450—600 gr.

Greutatea și dimensiunile comparative după *tabela* lui Weisz:

	Greutatea	Diametrul
la stârșitul lunii a	6-a 258,5 gr.	11,30—12,50 cm.
„ „ „ „	7-a 309 „	13,80—14,50 „
„ „ „ „	8-a 485 „	15,30—17,75 „
„ „ „ „	9-a 536,8 „	16,40—19,05 „
„ „ „ „	10-a 594,7 „	16,55—19,50 „

În caz de sifilis placenta e hipertrofiată.

Trebuie să observăm că greutatea placentei nu e un criteriu absolut sigur, pentru că extrem de rar expertul are posibilitatea de a examina placenta proaspătă; în intervalul variabil dintre expulsiune și examinare, greutatea scade prin evaporare și scurgere, — deci o cauză de eroare în determinarea vârstei.

Pe marginea placentei se observă uneori o dungă concentrică albă (lată de 0,5—2 cm.), continuă sau întreruptă.

Uneori, pe suprafața fetală a placentei, se observă tumori solide, acoperite de membrana amniotică: angiomi cari seamănă cu angiomii lobulați sau cu cavernomul.

2. Copilul aproape de termen (9 luni lunare)

a. Pielea: puful începe să dispară: existența unei căptușeli de grăsime, ceea ce are de efect dispariția cutelor. — *Pielea capului* e acoperită cu un păr abundent, lung de 1—1,5 cm.

b. Unghiile, cornoase, ajung până la buricele degetelor.

c. Capul. — Dimensiunile nu prea diferă de acelea ale copilului la termen.

d. Nasul și urechile: încep să se formeze cartilajele.

e. Organele genitale: scrotumul e încrețit; testiculele (dacă nu există o cauză de împiedicare) se găsesc deacum în burse.

f. Punctul lui Béclard: 2—3 mm. diametru.

g. Glanda tiroidă: 1,20 gr.

h. Thymusul: 14,2 gr. (la 8 luni și jumătate cântărește numai 8,4 gr.)

i. Ficatul: 111 gr. (la 8 luni și jumătate 89 gr.).

- j. Splina: 5.1 gr. (la 8 luni și jum. 4,1 gr.).
 k. Pancreasul: 2 gr. (la 8 luni și jum. 1.6 gr.).
 l. Rinichii: 8 gr. — *Capsulele supra-renale*: 5—5.5 gr.

3. Copilul de 8 luni lunare

- a. *Pielea*: începe să se formeze stratul de grăsime. — *Pielea capului*: pâr rar, subțire. lung de 0.5—0.7 cm.
 b. *Capul*: dimensiunile aproape egale cu acele ale copilului matur.
 c. *Punctul lui Bécłard*: numai excepțional se poate nota.
 d. *Epilisele* oaselor lungi sunt tot cartilaginoase iar dezvoltarea osificării se observă la *diafiză*.
 e. *Organele genitale* — *Scrotumul* începe să se mărească: *testiculele* sunt încă reținute în canalul inguinal.
 f. *Glanda tiroidă*: 1.96 gr.
 g. *Thymusul*: 12 gr.

4. Copilul de 7 luni lunare

- a. *Pielea acoperită* cu puf. — *Pielea feței* e încrêțită. — *Pe pielea capului* pâr rar și foarte scurt.
 b. *Organele genitale*: la *băiat*, scrotumul e notat; la *fată*, în canalul cervical al uterului apar primele glande, iar la nivelul istmului trompei mucoasa e cutată.

5. Copilul de 6 luni lunare (168 zile)

Și o atare vârstă e compatibilă cu viața (*vezi exemplele dela „Nașterea precocă”, vol. II*). Pruncul poate respira (*Tourdes* notează respirația de o zi la un plămân de numai 25 gr.); poate mișca extremitățile. Osificarea basinelui e avansată, dar mai există zone cartilaginoase în acetabulum și la osul pubian. (*Pentru celelalte particularități vezi: „Diagnosticul avortului”, vol. II*)

*
* * *

De regulă la toate vârstele, lungimea cordonului ombilical, care se dezvoltă în spirală, e aproape egală cu lungimea corpului. La copilul matur cordonul e lung de 50—54 cm. și gros de 1—2 cm. Dar, precum am văzut la cap. „Nașterea” cordonul poate avea și o lungime exagerată. Așa: *Curchill* a notat cordoane de 1 m., *Baudelocque* de 1,25 m., *Brindeau* de 1,40 m., *Neugebauer* de 1.80 m., *Schneider* de 3 m. Noi, însă, rar am văzut ca un cordon să depășească 1 m. — De obicei foarte subțire, cordonul exagerat are tendința la formare de noduri și anse circulare. Acestea din urmă, notate în 16%—25% din nașteri (în 95% din cazuri în jurul gâtului; apoi, în ordinea frecvenței, în jurul trunchiului, al membrilor și al capului — *Chantreuil, Winckel*), sunt sau simple sau multiple (*Schickelé* a notat 6 circulare suprapuse la nivelul gâtului copilului născut viu și al cărui cordon avea o lungime de 1,40 m. S'a notat și un caz de 10 circulare). — Circularele din jurul trunchiului și al extremităților se observă numai excepțional.

Elasticitatea și soliditatea cordonului sunt foarte mari: el suportă o greutate de 5—6 kgr. și chiar mai mult.

Inserția cordonului pe placenta e de obicei centrală; excepțional se vede pe margine sau în apropierea acesteia — *inserția în rachetă*.

* * *

Dimensiunile oaselor (mediile de diferențiere indicate de Casper):

	5 luni	6 luni	7 luni	8 luni
humerus	26-30 mm.	32 mm.	40-45 mm.	46-48 mm.
radius	24 „	30 „	34 „	36-38 „
cubitus	26 „	34 „	36 „	44-45 „
femurul	24 „	34 „	38-40 „	48 „
tibia	24 „	34 „	38-40 „	42-45 „
peroneul	24 „	34 „	38-40 „	42-45 „

B. Dovada vieții copilului

Odată stabilită vârsta copilului — deci și posibilitatea pentru el de a se fi născut viu — trebuie să facem și dovada vieții extra-uterine. Căci, precum am văzut la capitolul „Nașterea“, sunt atâtea cauze firești cari suprimă viața pruncului:

1. *In uter* (asfixia intra-uterină).

2. *In cursul trecerii sale prin căile genitale și chiar în faza terminală a expulzării* (comprimarea capului, hemoragia ombilicală, hemoragia placentară).

3. Sunt deasemenea *cauze naturale sau accidentale cari curmă viața copilului imediat după naștere*: a) o boală preexistentă; b) fracturi ale craniului din timpul vieții intra-uterine; c) vicii de conformație; d) leziuni suferite în timpul nașterii; e) leziuni suferite după naștere; f) asfixia accidentală; g) ruperea cordonului; h) expulzarea simultană a fătului și a anexelor; i) expulzarea în bloc a oului; j) locul căderii.

4. *Există și posibilitatea de a se lua o moarte aparentă drept una reală*.

5. Sunt apoi *pseudo-semne de viață*, fie relevate de persoanele asistente la facere (tipătul intra-uterin, mișcărilor imprimare de mecanismul parturiiției), fie că aceste semne sunt expresia unei interpretări greșite a rezultatului necropsiei și al diverselor dozimazii (respirația intra-uterină, respirația fără viață).

6. În sfârșit, nu trebuie uitat că dacă semnele de violență notate pe cadavru sunt o indicațiune de pruncucidere, *sunt și atari semne cari pot fi ori de natură congenitală, ori de origine accidentală*.

* * *

Să trecem acum la examinarea valorii diagnostice a fiecăruia din semnele vieții:

1. Țipătul

Indicațiunea aceasta anamnezică e, firește, un semn mai mult sau mai puțin pozitiv al vieții, dacă în prealabil s'a verificat stabilirea respirației extra-uterine (după primele inspirațiuni, copilul începe să țipe). Dar după cum anturajul poate lua drept țipăt adevărat pseudo-țipătul (efectul trecerii aerului prin glotă, fără însă a ajunge la plămân) sau țipătul intra-uterin, tot așa țipătul adevărat poate să lipsească, prin ocluziunea gurii în chiar momentul apariției capului în vulvă. (Vezi și mai departe: moartea copilului după expulzare).

2. Petele de meconium și de urină

După primele inspirațiuni, copilul începe să urineze și să elimine meconium.

3. Bosa sanguină

De regulă aceasta dispare în șase zile și, numai atunci când cantitatea de sânge extravazat e prea mare, resorbțiunea totală întârzie.

Bosa sanguină e greșit interpretată drept un semn de netăgăduit al vieții. În adevăr, *Ziemke* și *Holzapfel*, combătând teoria lui *Orth* că fără instalarea circulației sanguine bosa nu se poate constitui, au dovedit pe cale experimentală formarea unui hematocit absolut asemănător cu bosa nașterii și la un copil mort (chiar la un făt în stare de macerație). De altă parte, bosa poate lipsi în facerea fulgerătoare, mai ales când conformația basinelor nu opune capului cea mai mică rezistență.

4. Capul.

Prezența unor hemoragii mai mari în și sub pielea capului, a unor revărsări sanguine epidurale și subdurale sau chiar în creier e un semn al vieții.

a) *Docimazia otică* (vezi vol. I, pag. 497—498) contribuie la dovada vieții.

b) *Eventualele încălecări ale oaselor craniului* pe deoparte, prezența unor leziuni naturale sau a unor defecte de osificare pe de altă, nu sunt incompatibile cu viața.

5. Gâtul

Sufuziunile sanguine în țesutul celular subcutanat, în mușchi și în tecile acestora sunt o indicațiune a vieții. — De notat însă că aceste sufuziuni se pot produce și în timpul expulzării.

6. Ombilicul și cordonul

a) O *infiltrație de leucocite* (identificată la microscop) la capătul de inserție fetală a cordonului e, după *Kockel*, o dovadă a vieții extra-uterine de cel puțin 1—2 ore. *Ungar* observă însă, cu drept cuvânt, că o atare infiltrațiune, puțin abundentă, se poate nota și la un născut-mort.

b) **Zona de inflamație.** — La un copil care a trăit câteva ore se formează, pe linia de demarcație dintre ombilic și baza cordonului, o zonă de inflamație cu o umflătură lată de câțiva milimetri. Ombilicul cutanat, aproape necutat, are forma unui cilindru cu o contracțiune circulară la bază. — *A nu se lua drept o atare zonă banda circulară (lată de 2—4 mm.) din jurul inserției cordonului;* această bandă — expresiune a unui proces de descompunere — nu se prezintă ca o umflătură de natură inflamatorie și se poate nota și la copilul mort imediat după naștere sau chiar la unul mort în uter.

c) **Căderea cordonului,** care e un semn al vieții, se recunoaște prin aceea că omfaloda, cu excepția unei mici porțiuni granulată, e cicatrizată în centrul ei. Dacă, dimpotrivă, cordonul a fost smuls dela inserție, atunci (după prealabila muiare a ombilicului) se mai pot identifica zdrențe ale tecii amniotice, aderente de ombilic.

d) **Aspectul și culoarea cordonului.** — Un cordon fraged, plin și de nuanță sîdefie e al unui copil mort la câteva minute după naștere. După aceea, cordonul se vestejește și se usucă, pierde complet gelatina, se turtește și capătă înfățișarea unei bande pergamentate, negricioasă sau verzuie, lată de 8—12 mm. și pe care se disting vasele ombilicale. — E de observat însă că, atunci când copilul moare asfixiat în căile genitale, cordonul, prin îmbibarea cu lichidul amniotic și cu meconium, are o culoare verzuie.

e) Pe când circularele pot provoca asfixia, nodurile cordonului (notate în maximum 4%—5% din nașteri) nu suprimă viața copilului (*Winckel*).

f) După ce se constată dacă e sau nu legat și cum e legat și odată ce s'a notat lungimea, grosimea, aspectul și culoarea cordonului întreg sau numai a porțiunii de cordon rămasă aderentă de ombilic ori de placentă, se examinează capătul liber.

Acest din urină examen (după ce în prealabil am muiat în apă extremitatea cordonului uscat) permite să se stabilească, dacă ne găsim în prezența unui cordon tăiat (cu un instrument ascuțit, tăetura e netă, cu gurile vaselor aproape la acelaș nivel) sau a unui cordon rupt (suprafața rupturii e inegală, cu gurile vaselor la înălțimi diferite).—Exceptional se poate întâlni o suprafață



Fig. 50. Pruncucidera. Aspectul unui fragment de cordon tăiat cu foarfecele.



Fig. 51. Diagnosticul pruncuciderii. Aspectul unui fragment de cordon rupt prin smulgere.

plană, netedă la o ruptură transversală sau aproape transversală. Aspect parțial de ruptură se poate nota și la tăierea cu un cuțit tocit; iar când acesta e prea tocit și tăierea nu se face dintr'odată, se pot observa două sau mai multe urme de tăiere, în scară.

7. Obturarea circulației fetale

Obliterarea vaselor ombilicale, a canalului arterial și a gaurii lui Botal, care se produce imediat după stabilirea respirației, e o dovadă a vieții. Cu rezerva însă ca pruncul să fi respirat mai intens, pentrucă obturația nu se instalează brusc, ci cu încetul, iar durata ei variază după copil. — Obliterarea se produce mai repede la artere decât la vena ombilicală și debutează înainte de căderea cordonului.

(De notat că, la copilul de 6 luni, canalul arterial e egal în lungime cu cele două ramuri ale arterei pulmonare).

8. Coagularea sângelui din eventualele leziuni

Indicată mai întâiu de *Bardinet* și apoi de *Tardieu*, drept o probă vitală, coagularea e în realitate un semn de o valoare precară, după cum a demonstrat-o *Casper* (sângele se poate coagula și după moarte, după cum se pot nota echimose, hemoragii cu sânge coagulat la un nou-născut).

9. Plămâni

a) **Docimaziile pulmonare** (vezi: *vol. I, pag. 499—506*) n'au o valoare concludentă, nici în cazul unui plămân aerat nici în acela al unui plămân neaerat (viața fără respirație — *vol. I, pag. 504—505*; dispariția aerului din plămân — *vol. I, pag. 503—504*).

I. Docimaziile pulmonare sunt negative și totuș copilul a trăit, fiind omorât — prin introducerea unui deget prin gură în gât — înainte de a fi apucat să respire — *Sorel, 1927*. — II. Docimaziile sunt negative; copilul, însă, a fost strangulat cu un fular la apariția capului, pe vulvă — *Etienne Martin*. — 3. Un debil apneic prezintă semne neîndoelnice de moarte violentă — *Sorel, 1928*. — 4. Alte observații de viață apneică înregistrate de *Macaggi* — 1927.

b) O indicație de oarecare preț e starea de destindere a bronchiolilor — care, la examenul histologic, se poate constata și până la un oarecare grad de putrefacție. Acest semn a fost pentru întâiaș dată identificat de *Nippe*, în 1915.

c) O altă indicație, de o incontestabilă valoare diagnosticală, e identificarea în căile aeriene a corpilor streini din mediul în care s'a aflat copilul.

d) Prezența unei hemoragii pulmonare nu trebuie neapărat interpretată ca o dovadă a morții violente. În 30 autopsii de copii la termen, *Walcher* (1926) a găsit hemoragii în țesutul conjunctiv al spațiilor interlobulare, interalveolare precum și în alveole. Hemoragiile din spațiile interlobulare se continuă uneori, sub forme de dâre, până la pleură, unde fac să se creadă în existența unor

echimose. Hemoragiile alveolare se explică prin încetinirea progresivă a funcționării aparatului circulator.

10. Diafragma

La copilul care a respirat diafragma se găsește apăsată în jos, pe când la acela care n'a respirat, o găsim împinsă în sus. De aceea e bine ca, la examinarea unui cadavru proaspăt, să deschidem întâiu cavitatea abdominală, spre a nota nivelul la care se află diafragma.

La cadavrul putrefiat semnul acesta nu are valoarea lui absolută, pentrucă boltirea diafragmei, cu convexitatea în jos, poate fi datorită și presiunii exercitate de gazele putrefacției.

11. Ficatul

Ruptura acestui organ (cazuri de pruncucidere îndeosebi studiate de *Pincus, Bittner, Lindner*) se explică prin compresiunea abdomenului cu o mână. În timp ce femeea, cu cealaltă, smulge cordonul. Dar strivirea ficatului poate fi și accidentală: în căderea copilului dela înălțime, cum ar fi în facerea precipitată (*Hedren, Liebermann*). Se face docimazia hepatică, pentru determinarea cantității de glicogen.

12. Tubul digestiv

a) Un incontestabil semn de viață ar fi **prezența de elemente alimentare în tubul digestiv**. Examenul acestui conținut trebuie făcut cu o deosebită atenție, spre a nu se confunda cu particule alimentare flocoanele de vernix caseosa pe cari fătul le înghite odată cu lichidul amniotic. În stomac, aceste flocoane se găsesc amestecate cu părți de mucus vâscos și incolor care, la noul-născut, e aderent de mucoasa organului. — Deasemenea, poate fi luat drept fecale lactate meconium-ul brun bătând în galben care se găsește în treimea sau chiar în jumătatea superioară a intestinului gros. — Nici absența completă a meconium-ului (a cărui eliminare începe în cursul facerii și durează 6—12 ore dela naștere, dar din care se mai pot găsi urme în primele 5—7 zile ale vieții extra-uterine — *vezi vol. I, pag. 598*) nu constituie o dovadă absolută de viață, pentrucă, în asfizia în timpul nașterii, intestinul se golește de meconium.

Dacă eliminarea meconiumului n'a început — și aceasta se dovedește prin prezența, la extremitatea anală a rectului, a dopului descris de *Cramer* (un strat gros de mucus albicios ori galben) — atunci e o dovadă de absență a vieții.

b) Al doilea semn de viață e **starea de aerare a tubului digestiv** (vezi: *docimazia gastro-intestinală*, vol. I, pag. 506—507). Dar proba aceasta poate da loc la o interpretare eronată, atunci când: 1) respirația a fost împiedecată: 2) a existat o insuflare artificială

de aer; 5) la copilul născut-mort s'au desvoltat gaze de putrefacție.

I. **Respirația a fost împiedicată**, fie prin obliterarea cu mucus fetal, fie din cauza unei atelectazii pulmonare secundare, și atunci — fenomen pentru întâia oară observat de *Hofmann* — aerul e aspirat de esofag, iar de aci pătrunde mai departe în stomac și în intestinul subțire. — Dar se mai poate întâmpla ca respirația să se fi stabilit și aerul să se elimine numai din plămân, persistând în stomac și în intestin. Această particularitate e notată mai ales în cazurile în cari copilul sucombă după primele respirații.

II. În caz de însufflare de aer sau de desvoltare de gaze ale putrefacției găsim aer în tubul digestiv, dar de vreme ce suntem informați asupra provenienței lui, excludem posibilitatea vieții. — Bule gazoase se pot observa și în mucusul stomacal după instalarea putrefacției.

c) **Absența aerului în stomac**, la un copil bine conformat și cu orificiile căilor aeriene libere, e o dovadă că pruncul n'a trăit nici măcar câteva minute. — Cu atât mai vârtos se impune concluzia negativă, când se constată că plămânul nu e aerat.

d) **Prezența salivei în stomac (docimazia sialică)**, indicată de *Macaggi* și de *Diniz* (1928) ca mijloc de verificare a vieții extra-uterine. *Diniz* îndeosebi, pe baza unor repetate examene ale conținutului stomacal al nouilor-născuți, a demonstrat ca, în stomacul copilului care a trăit, se identifică întotdeauna prezența salivei (care constant lipsește la cel născut mort). După noi, acest semn e indoelnic.

15. Hemoragiile capsulelor supra-renale

Ele pot fi interpretate ca o dovadă a vieții (*Magnus, Doerner*).

* * *

Numai când există concordanță între principialele semne de viață, expertul va conchide în chip afirmativ. În caz de îndoială, date fiind cauzele de eroare și uneori imposibilitatea materială de a identifica aceste semne, concluzia expertizei va fi: copilul a putut să se nască viu, dar e și cu puțință să se fi născut mort sau să fi murit înainte de stabilirea funcțiunilor vitale extra-uterine.

C. Durata vieții extra-uterine

Chestiunea are un dublu interes. Unul pentru justiție: calificarea crimei care, de îndată ce nu mai e vorba de un copil „de curând născut“ (au trecut peste trei zile, termenul de declarare a nașterii la oficiul stării civile), nu mai e considerată pruncucidere ci asasinat ordinar. În al doilea rând, determinarea duratei vieții interesează pe medicul expert, pentru eventualitatea că apărarea ar invoca scuza psychozei puererale cari, la o femeie dealfel normală n'ar ține mai mult de câteva ore (*Willer*). (Vezi: „*Turburările mintale tranzitorii ale parturientelor*“, vol. II).

Intrucâtva constant verificate sunt următoarele semne indicate de *Tardieu* și de *Devergie*:

I. Tabloul lui Tardieu

1. Dela câteva minute la câteva ore: a) stomacul plin cu un lichid mucos; b) formarea de cheaguri în vasele cordonului ombilical.
2. După trecerea de 6 ore: obliterarea artelor ombilicale.
3. După 1 zi: începutul procesului fiziologic de desprindere a cordonului.
4. După 4 zile: căderea cordonului.
5. După trecere de 6-10 zile: obliterarea completă a căilor fetale.
6. După mai mult de 10 zile: diametrul punctului lui Bécclard mai mare ca 5-6 mm.

II. Tabloul lui Devergie

1. După 1 zi. — a) *Căile fetale*: toate libere. — b) *Cordonul*, întin aderent de inel prin membrană, începe să se vestejească. — c) *Meconiumul* prezent sau absent în intestinul gros.
2. După 2 zile. — a) *Căile fetale*: tot libere, dar se notează strâmtarea, pe o porțiune variabilă, a arterelor ombilicale. — b) *Cordonul* complet vestejit. — c) *Meconiumul* absent.
3. După 3 zile. — a) *Căile fetale*: vena ombilicală și canalul venos sunt încă deschise; arterele ombilicale, în majoritatea cazurilor, sunt obliterate, în schimb canalul arterial numai excepțional se găsește obliterat; gaura lui Botal numai excepțional deacum închisă. — b) *Cordonul*: în curs de desicare.
4. După 4 zile. — a) *Căile fetale*: canalul arterial în curs de obliterare sau, excepțional, deacum obliterat; arterele ombilicale obliterate: canalul venos și vena ombilicală considerabil strâmtate. — b) *Cordonul* începe să se desprindă.
5. După 5 zile. — a) *Căile fetale*: arterele, canalul venos și vena (cu rare excepțiuni) complet obliterate; canalul arterial, în aproape jumătatea cazurilor, e încă deschis; gaura lui Botal deschisă sau închisă (în jumătatea cazurilor). — b) *Cordonul* de regulă căzut. — c) *Epiderma* începe să se dequameze.
6. După 8 zile. — a) *Căile fetale*: vasele ombilicale închise; gaura lui Botal în general închisă, canalul arterial închis în jumătatea cazurilor. — b) *Cordonul*, fără nici o excepție, total căzut. — c) *Ombilicul*: începerea cicatrizării.
7. În a 9-a și a 10-a zi. — a) *Ombilicul* aproape cicatrizat: se întâmplă însă ca, din cauza neobliterării complete a vaselor, o scurgere mucoasă să persiste uneori până la a 25-a zi, și astfel desăvârșirea cicatrizării să fie întârziată. — b) *Epiderma* crapă la mamele, trunchiu, abdomen și la plicele articulare.
8. În a 25-a și a 26-a zi. — Desquamarea totală a epidermei.
9. În intervalul dela a 30-a la a 35-a zi. — Căderea totală a epidermei, cu excepția celei de pe mâni și picioare, care nu se produce decât în a 40-a zi.

Aceste tablouri schematice neputând servi decât cel mult cu titlu de orientare pentru o apreciere superficială, concluziile expertizei medico-legale nu se pot bizui decât pe descripția amănunțită a unei autopsii complete:

1. Talia

(Vezi mai sus: „Putut-a copilul să se nască viu?”, vol. II). — Ca una ce nu e decât foarte puțin influențată de putrefacție, talia e cel mai constant semn al vârstei, afară bine înțeles dacă n'a existat o cauză congenitală de oprire a dezvoltării.

2. Greutatea

(Vezi mai sus, în acelaș loc precum și indicațiunile dela cap. „Nașterea“ vol. II și cap. „Tăgăda paternității și a maternității“, vol. II). La determinarea vârstei după greutate, e în primul loc de observat că nu e o condițiune absolută existența unui raport direct între cifra ponderală și aceea a taliei, de oarece greutatea e mai mult în funcțiune de mărimea capului și de grosimea trupului. În al doilea loc, se ține seama și de scăderea post-mortală, pentru care *Ipsen* a stabilit următoarea scară (cifre medii): 20.7 gr. pe zi la copilul la termen sau aproape de termen; 34.7 gr. pe zi la copilul de 7 luni; 48 gr. pe zi la copilul de 6 luni. În starea de putrefacție înaintată ori de macerație, coeficientul de pierdere e mai mare.

3. Stratul de vernix caseosa

Întins pe tot trupul sau formând numai pete mai mari pe cap, după ureche, în cutele gâtului, la vîntre, pe spate, stratul acesta nu e o dovadă că ne aflăm în prezența unui copil abea născut, pentrucă materia aceasta poate persista timp de câteva zile, atunci când copilul n'a fost îmbăiat, ba să subsiste insule și după bae. Pentru fragilitatea acestui semn mai e de observat, că de multe ori copilul se naște fără stratul de sebum (17% din cazuri — *Jacquet-Rondeau*). (Pentru examenul microscopic al materiei sebacee, vezi vol. I pag. 596).

4. Petele de sânge de pe trupul copilului

Nici ele nu constituie o dovadă de moartea copilului imediat după naștere: ca și pentru vernix caseosa, observăm că ele pot subsista vreme de câteva zile, dacă pruncul n'a fost scăldat. Petele de sânge se pot găsi la copii de câteva zile în caz de hemoragie ombilicală.

5. Petele de meconium pe corpul copilului

Nici acestea nu au o valoare diagnostică certă: pe deoparte, pentrucă ele pot lipsi cu totul; pe de alta, pentrucă, după cum observă și *Ungar*, ele se pot produce abea după câteva zile dela naștere, ori chiar după moartea copilului.

6. Bosa sanguină

Absența ei, am văzut, se poate nota în anumite condițiuni ale facerilor precipitate; numai gradul ei de resorbțiune, atunci când mai subsistă, poate servi ca o indicațiune pentru determinarea aproximativă a vârstei extra-uterine.

7. Desquamarea pielii

Se produce în două feluri: a) epiderma întâiu crapă și apoi se desfac lame sau solzi neregulați și de diverse dimensiuni; b) exfolierea insensibilă sub formă de pulbere.

Mai tardivă la copilul prematur, desquamarea nu începe însă niciodată imediat după naștere, ci cel mai de vreme după o zi.

Acest proces, al cărui maximum de activitate se notează între a 3-a și a 5-a zi de viață extra-uterină, durează de regulă timp de 10, 15, 20 zile, excepțional 30, 40 și chiar 60 zile. (*Depaul* a observat câteva cazuri curioase de desquamare instalată deacum la copilul abea expulzat).

Prima regiune atacată e abdomenul, apoi vine rândul bazei pieptului, al subsiorilor, al vintrelor și în urmă abea al celorlalte zone ale corpului.

Toate aceste indicațiuni servesc la fixarea cu aproximație a vârstei copilului.

8. Cordonul ombilical

a) **Impermeabilitatea arterelor ombilicale** e o dovadă de viață după naștere, dar numai această particularitate nu îngăduie precizarea vârstei cu o mai mare aproximație. Ceeace e cert, e că procesul de obliterare se produce înainte de căderea cordonului.

b) **Inserțiunea ombilicală.** — Am văzut (observația lui *Kockel*) că, după o viață de 1—2 ore, se instalează, la marginea cutanată a cordonului, o *infiltrație leucocitară*. Dacă o găsim progresată spre axă, aceasta e semnul unei vieți de 1 zi. — *Zona de inflamație* (pe care deasemenea am indicat-o mai sus: „Dovada vieții copilului“): între cordon și piele apare un șanț circular umplut cu lichid sero-purulent: șanțul se adâncește progresiv și sfârșește prin a separa cordonul de țesuturile adiacente; tunica ombilicală se erodează, se rup mai întâiu arterele, apoi vena ombilicală, până se produce separarea cordonului de locul de inserție. — *In ziua doua*, inflamația e accentuată, iar marginea rotunjită pătrunde în cuta cutanată. — *In ziua a treia*, procesul acesta flegmasic e și mai pronunțat. (*Hofmann* și noi, cari am observat multe separări de cordon fără intervenția flegmasiei, nu considerăm, firește, acest semn ca unul constant).

c) **Aspectul și consistența cordonului** nu constituie, sub raportul duratei vieții extra-uterine, un semn de o deosebită valoare diagnostică, dat fiind că modificările consecutive procesului de disecare se pot nota nu numai la copilul născut viu, ci și la unul născut mort. Singura deosebire e că, atunci când condițiunile atmosferice nu sunt favorabile uscării, cordonul ori putrezește în întregime, ori prezintă, pe lângă segmente de putrefacție, și zone de disecare.

Un cordon moale, plin, bogat în suc, de nuanță albăstrue sau sâfâie e acela al unui *copil mort cel mult de o zi*. — *In a doua zi dela moarte*, cordonul începe să se întărească, se'ncrețește, iar colorația e turbure. Cadavrul fiind expus la aer, procesul de mumi-

ficare se desăvârșește mult mai repede, în 24 ore. În genere, desicarea nu ține decât maximum 3 zile, numai excepțional 5, iar cordonul capătă aspectul bandei pergamentate (descrișă mai sus: „Dovada vieții copilului”).

d) **Căderea cordonului** (care e în funcțiune de procesul de separare dela inserție, mai sus expus) nu se produce la o dată fixă la toți copiii: la unii după 3 sau 4 zile, la alții în ziua a 6-a, iar la copilul debil poate întârzia până la 10 zile (*Parrot*); pot trece și 15 zile, însă aceasta numai excepțional, atunci când cordonul e extrem de voluminos (*Tarnier*). Termenul căderii depinde și de felul tăerii și al legării. În genere, însă, un cordon căzut indică o viață extra-uterină de cel puțin 3 zile. — Cât despre cicatrizarea locului de inserție omibilicală, aceasta se desăvârșește în 8—15 zile, după grosimea cordonului.

La examenul acestei cicatrice trebuie evitată confuzia între aspectul ei în urma căderii spontane și aspectul în urma smulgerii cordonului dela inserție. Riscul unei atari confuzii nu există la un cadavru fraged: cordonul fiind smuls, rana mai e sângerândă, iar de ombilic rămân aderente lambouri din teacă și fragmente mici de vase funiculare. Cadavru fiind însă putrefiat, se examinează resturile de vase ombilicale: retractate, impermeabile, trombozate în caz de cădere spontană, ele sunt, din contră deschise, atunci când cordonul a fost smuls.

9. Aparatul circulator

a) **Inima.** — Pe când la naștere pereții celor două ventricule sunt deopotrivă de groși, la copilul care a trăit câteva zile se notează o subțiere a pereților ventriculului drept mult dilatat, pe când pereții ventriculului stâng sunt numai imperceptibil modificați.

b) **Gaura lui Botal** închisă e o indicație de viață de cel puțin o săptămână.

c) **Căile fetale:** arterele ombilicale încep să se strâmteze după două zile, iar după patru zile sunt deacum obliterate; canalul arterial începe să se oblitereze în ziua a 4-a, iar în ziua a 6-a ori a 7-a e de acum impermeabil; canalul venos și vena ombilicală, strâmtate după 4 zile, sunt complet obliterate în ziua a 5-a.

10. Conținutul stomacului și al intestinelor

a) **Identificarea materiilor alimentare** e o dovadă de viață de cel puțin o zi după naștere.

b) **Intestinul golit de meconium** e, în genere, o dovadă de viață extra-uterină de cel puțin 2—4 zile. Dar, precum am arătat (vezi „Dovada vieții”, vol. II), intestinul se poate goli de meconium chiar înainte de naștere (îndeosebi în facerile laborioase și în

asfixie), cu restricția numai că, în escavațiunile intestinului gros, mai rămân resturi a căror evacuare poate necesita 2—5 zile, uneori mai mult (16 zile — observația lui *Cramer*).

Prezența coloanei de meconium în întreg intestinul gros e o dovadă de moarte imediat după naștere, cu excepția pentru copilul prematur și debil care o poate păstra 1—5 zile.

Haberda a observat că, imediat după naștere, meconiumul e liber de bacterii, cari apar abea după 57 ore, localizate în rect. Se poate face însă o confuzie cu bacteriile de putrefacție cari pătrund în rect prin anus.

11. Plămâni.

a) **Docimazia pulmonară** e în genere inoperantă, pentru că unui copil viguros îi ajung câteva aspirații sau chiar numai una singură, pentru a-și aera plămânul. Numai atunci când găsim părți aerate și părți neaerate, iar acestea din urmă prevalează ca întindere, putem deduce că viața a fost de scurtă durată. Dar nici această deducție nu corespunde întotdeauna mecanismului vieții, pentru că, dată fiind necesitatea redusă de oxigen pentru noul-născut, acesta poate trăi și cu atelectazii parțiale de o durată dela câteva ore la câteva zile și, excepțional, de câteva săptămâni, atunci când atelectaziile parțiale se produc ulterior unei respirații continue.

b) **Atelectazia totală.** — Un plămân, inițial aerat se poate goli de aer, nu însă complet, după un timp variabil: 15 ore (observațiile lui *Debersaques*), 14 ore (observațiile lui *Orfila*, *Bardinet*, *Taylor*, *Zeller*, *Heister*, *Torres*, *Loder*, *Schmidt*, *Schröder*, *Koeber*); 50 ore (*Schmoll*) — Fenomenul acesta e divers explicat: 1) la fiecare ritm respirator, copilul a expirat aer în mai mare cantitate de cât a aspirat; 2) sângele din vasele pulmonare absoarbe aerul din plămâni; 3) debilitatea copilului prematur.

c) **Aspectul alveolelor** e cea mai serioasă indicație pentru durata vieții: în primele zile ale vieții extra-uterine, alveolele pulmonare nu sunt bine destinse.

12. Docimazia gastro-intestinală

Sub raportul determinării duratei vieții extra-uterine proba aceasta își are competența limitată la o funcțiune vitală de cel mult 12 ore (legea lui *Breslau*: 1. prezența aerului numai în stomac — *moartea imediat după naștere*; 2. stomacul și intestinul pe jumătate aerate — *copilul a trăit cel puțin câteva minute* — după *Harbitz* chiar 15—50 minute; 3. intestinul aerat dincolo de colon — o viață de cel puțin 12 ore).

a) **În viața fără respirație** — atunci când căile respiratorii sunt obstruate — aerul deși n'a putut ajunge în plămân, poate, prin nas și gură, să pătrundă în tubul digestiv. Fenomenul acesta

se observă și la copiii debili a căror funcțiune respiratorie e paralizată. — Să se noteze însă, că prezența aerului în stomac și intestin poate fi datorită fie insuflării artificiale fie gazelor putrefacției.

b) Un tub digestiv neaerat — deși gura și nasul nu sunt astupate — exclude viața după naștere.

13. Scheletul

a) Lungimea totală nu diferă, în primele zile de viață, de aceea a copilului în momentul nașterii. Deci nici o indicațiune, sub acest raport.

b) Punctele de osificare. — 1. Eventualele *formațiuni osoase*, la linia de demarcație a revărsării din bosa sanguină între periost și oasele craniului, indică o viață de cel puțin câteva zile.

2. Punctul lui *Béclard*: un diametru de 7 mm. e o dovadă de viață după naștere; indicația lui *Ollivier* (diametrul mare 6 mm. iar diametrul mic 5 mm.), pentru epoca dela a 13-a la a 20-a zi, nu e verificată.

3. Punctul de osificare în epifisa humerusului indică o viață de 8—12 săptămâni, dar se poate găsi și în momentul nașterii.

D. Epoca morții

1. În moartea recentă

a) Starea cordonului, dacă se mai găsește (total sau parțial), și starea locului de inserțiune ombilicală.

b) Rigiditatea cadaverică nu are valoare diagnostică: 1) la noul-născut rigiditatea dispare mai repede decât la un copil mai în vârstă; 2) există și o rigiditate cadaverică intra-uterină la feți mai tineri.

2. În moartea mai veche

Ne servim de indicațiunile trase din fenomenele cadaverice și gradul de putrefacție (vezi mai departe: „Moartea“, vol. II).

În ce privește putrefacția, de reținut lipsa de temeincie a tezei după care pedeoparte cadavrul unui copil care n'a respirat ar rezista mai mult procesului de descompunere, iar pe dealta accelerarea acestui proces la un nou-născut. în raport cu mersul putrefacției la adult.

2. Cauza morții copilului

Moartea copilului de curând născut poate fi naturală sau violentă. Și deoarece nu există crimă de vreme ce lipsește elementul intențional, urmează că expertul trebuie să facă demonstrația probabilității unei cauze accidentale, atunci când autopsia, cu toate examenele complimentare, nu-i îngăduie să conchidă în chip neîndoios la o moarte cu dinadins provocată.

A. Moartea naturală

Ea poate fi uterină și extra-uterină (în timpul trecerii prin căile genitale ori după expulzare).

I. În uter

1. Inecarea în lichidul amniotic

Ea se notează în:

Hydramnios: copilul, chiar dacă a ajuns la termen, moare asfixiat, prin stabilirea prematură a respirației independente, care s'a substituit respirației placentare, de vreme ce normal apnea ține până la ieșirea fătului din uter. (Respirațiunea placentară nu încetează decât odată cu nașterea).

2. Asfixia intra-uterină

Se produce și când nu există exces de lichid amniotic, tot prin mecanismul instalării premature a respirației independente: copilul aspiră, prin nas, gură și laringe, lichidul amniotic și corpii străini suspendați în el, inclusiv marile granulațiuni pigmentare ale meconiumului (a căror prezență se explică prin eliminarea meconiumului sub acțiunea asfixiei intra-uterine); el aspiră deasemenea particule de vernix caseosa, urme de sânge, mucus vaginal și epitelii vaginal. Substanțele aspirate, mai ales când cantitatea de meconiu e mare, pot obstrua primele căi aeriene și ramificațiunile mai mari ale acestora.

a) *Notațiunile necropsice ale acestei asfixii*: 1) *prezența substanțelor aspirate*; 2) *plămânii, stomacul și intestinul neaerați* (dacă dimpotrivă plămânul și tubul digestiv sunt aerați, e o dovadă că moartea a survenit după naștere, pentru că prezența substanțelor aspirate în uter ar exclude respirația ulterioară); 3) *absența meconiumului dintr'o bună parte a intestinului gros*; 4) *hemoragia pulmonară*; 5) *echimosele asfixice* pe plămân, thymus, inimă și uneori pe laringe, tracheea-arteră și faringe. injectarea conjunctivei, cianozarea feței; 6) *colorația biliară a cordonului*.

b) *Examenul microscopic*: prezența în căile aeriene de celule epiteliale pavimentoase strivite din epiderma copilului; prezența de celule epiteliale cilindrice ale mucoasei bronhiilor și de celule epiteliale pavimentoase din vaginul mamei; prezența de corpusculi de mucus, de cristali de colesterolină, de corpusculi de meconium, de picături de grăsime, uneori aglomerate, din vernix caseosa; prezența de globule roșii. — Cantitatea de glicogen din ficat ne va arăta alura morții.

c) *Diferențierea unei submersiuni intra-uterine de una „post partum”*: în căile aeriene ale copilului înecat după naștere, într'un recipient în care se găsește și lichid amniotic, se iden-

tifică și prezența unor particule de praf și de cărbune, caracteristice apelor reziduale; plămânul e mai mult sau mai puțin aerat (Comunicarea *Balthazard-Piédelièvre* la Academia de Medicină din Paris, 1920).

Moartea poate fi datorită și unui proces inflamatoriu în plămân (*Schlemmer*).

3. Intreruperea prematură a respirației placentare

Ea poate avea și următoarele cauze:

a) *Comprimarea cordonului cu circulare sau în prolaps* (o mortalitate de 55% — *Scanzoni*).

b) *Desprinderea prematură a placentei*.

c) *Contractiunile uterului* cari reduc afluxul de sânge oxigenat la placentă.

d) *Moartea mamei*: cazurile înregistrate de *Casper*, care a constatat prezența echimozelor pulmonare la un făt de 8 luni (a cărui mamă se spânzurase) și la unul de 7 luni (a cărui mamă murise după 14 ore dela declararea unui atac apoplectic).

I. **Notațiunile examenului exterior**: 1) imbibițiunea biliară a cordonului ombilical de colorațiune verzue; 2) șanțul dela gât făcut fie prin constricțiunea colului uterin, fie de circulara cordonului ombilical; 3) echimose cutanate.

II. **Notațiunile examenului interior**: 1) Plămân atelectasic, congestionat. vântat bătând în negru; — 2) Echimoze punctate pe și sub pleură, sub pericard, pe thymus, pe mucoase, pe suprafața ficatului, a rinichilor și a capsulelor suprarenale. — 3) Hiperemie cerebrală și meningeă. — 4) Prezența apelor amniosului cu elementele lor caracteristice (vernix caseosa, peri, mucus, sânge) și a meconiumului în fosele nazale, în laringe; uneori (dacă ieșirea laringelui nu e obstruată) și în trachee, în ramificațiunile bronchiale, până sub pleură, unde identificăm prezența unor focare gălbui (particule solide de vernix caseosa) sau verzui (particule de meconium). Prezența acestor corpi străini în căile aeriene (cari însă pot lipsi atunci când orificiile respiratorii sunt în prealabil obstruate) se explică prin aspirațiunea datorită eforturilor respiratorii ale fătului în perioada asfixică. Apele amniosului se pot identifica și în stomac, — prezență firească, deoarece normal fătul înghite aceste ape. Numai prezența meconiului în acest organ e caracteristică asfixiei, pentrucă, normal, meconiul nu se găsește în apele amniosului.

4. **Infectarea lichidului amniotic cu bacteriile de origine vaginală sau uterină, cari au străbătut membranele oului**

Prin deglutiție, copilul se infectează și moare. Deși extrem de rare, atari cazuri au fost notate de *Gerhartz* (1917).

5. **Sifilisul ereditar poate provoca moartea copilului în uter.**

6. Moartea spontană a copilului, consecutivă morții mamei

a) *Cu puține zile înainte de facere, mama sucombă unei hemoragice.* Copilul, la termen, e scos din oul intact. La *autopsie*: partea anterioară a lobului median și aceea a lobului superior al plămânului drept sunt aerate. Prezența aerului se explică prin pătrunderea lui în plămân, în momentul când s'a făcut incizia membranelor oului (*Meixner — 1925*).

b) *Mama moare subit din cauza unei rupturi uterine spontane, iar oul trece în cavitatea abdominală.* La *autopsie*: plămânii și intestinul aerați. Explicația: șocul produs de ruptura uterină a avut de efect oprirea bruscă a circulației placentare și instalarea de mișcări respiratorii ale copilului, care a aspirat aerul ce, prin col. pătrunsese în cavitatea abdominală (*Raestrup*).

7. **Procesele patologice ale cordonului și placentei omoară copilul înainte de naștere.**

8. **Sudările fetale ale amniosului cu părțile capului** (*Walz, 1925*).

9. Leziuni intra-uterine

Acestea pot fi datorite fie unei căderi, unei loviri sau răniri a mamei cu puțin înainte de parturiție, fie unei intervenții obstetricale premergătoare facerii (manopere vaginale cu repercusiune asupra uterului). În asemenea cazuri se pot produce: deslipirea placentei, ruperea membranelor oului, o fractură mortală a capului, fractura oaselor extremităților, ruptura ori strivirea organelor interne.

În asfixia fetală se notează uneori mici pete gălbui sau verzui, cari nu trebuiesc confundate cu semnele unei aerări (*Ungar*).

II. În timpul expulzării

Procentul de mortalitate e cu mult mai mare decât acela dinaintea de facere (statistica lui *Oesterlein*). — Moartea copilului poate avea drept cauză:

I. Leziuni și fracturi craniene

Leziunile hemoragice pericraniene, pierderile de substanță din pielea capului și a feței; leziunile hemoragice meningeae, plesniturile, fracturile mai grave cu soluții de continuitate ale oaselor, impresiunile oaselor se notează în comprimarea capului, în trecerea copilului prin căile genitale. — Se produce o turtire a craniului (caracterizată prin lungirea diametrului mento-occipital și încrețirea pericraniului, ambele consecutive încălecrii oaselor: occipitalul și frontalele alunecă sub parietale cari, la rândul lor se încăleacă). Turtirea se accentuează în momentul când capul ajunge la nivelul promontoriului sacro-vertebral.

Leziunile spontane mai grave se pot înregistra nu numai în facerile laborioase, ci uneori și în cele ușoare. Ele se prezintă fie

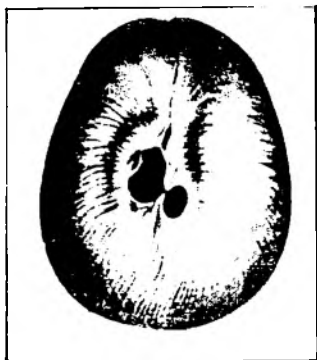


Fig. 52. Diagnosticul pruncuciderii: Defect congenital al pielii capului.



Fig. 53. — Diagnosticul pruncuciderii. Un defect congenital al pielii depe frunte.

sub forma de *simple fisuri (plesnituri)*, fie sub aceea de *fracturi caracterizate*, fie înfârșit sub forma de *simple impresiuni*.



Fig. 54. — Diagnosticul pruncuciderii: Defecte congenitale ale pielii capului și pielii feței.



Fig. 55. — Diagnosticul pruncuciderii: Defect congenital al pielii capului.

a) *Fisurile*. — Sediul de predilecție al fisurilor (de regulă unice, excepțional duble) sunt parietalele (în marea majoritate a cazurilor e interesat numai un parietal, excepțional ambele). — Se pot nota și la *occipital*, excepțional la *temporale*.

Plesniturile acestea accidentale nu trebuiesc confundate cu *crestăturile congenitale* mai frecvente la *occipital*, destul de des la *prietale* și numai excepțional la *temporale*. — La *occipital*,

crestăturile congenitale pot fi în număr de patru: o crestătură anterioară, verticală (lungimea maximă de 1,5 cm.) care pornește dela vârful osului către condil; două crestături laterale (lungimea maximă de 2 cm.), de obicei drepte, rar sinuoase, pornind dela fontanela laterală, oblic și în sus către condil; o crestătură (variabilă ca lungime) la mijlocul marginii posterioare a osului. — Uneori, crestăturile laterale pe deoparte, crestătura anterioară și crestătura posterioară pe de alta, se întind cu tendința de a se împreuna. astfel că occipitalul apare cu configurația a patru sferturi. —

Dacă tendința la unire există numai la crestăturile laterale sau numai la cea de sus și cea de jos, occipitalul apare ca despărțit în două, ori printr'o linie transversală, ori printr'una antero-posterioară.

— La *parietale*, crestăturile congenitale (lungimea maximă de 1.5 cm.) sunt întotdeauna simetrice: pornesc dela treimea posterioară a sudurii sagitale, uneori și dela sudura lamvda.

Criteriul de

diferențiere a acestor defecte de osificare de plesniturile datorite traumatismului facerii: 1) constanța sediului lor; 2) pe când marginile plesniturilor traumatice sunt neregulate, dințate, acele ale crestăturilor congenitale sunt netede și ascuțite; 3) dispoziția simetrică a crestăturilor congenitale; 4) absența extravazatelor sanguine la crestăturile congenitale (chiar dacă, întâmplător, din cauza configurației craniului, s'ar găsi un asemenea extravazat la una din crestături. el lipsește întotdeauna la crestătura simetrică); 5) în spațiul dintre marginile crăpăturilor, pericraniul e sudat de dura-



Fig. 56. — Diagnosticul pruncuciderii. Defecte de orificare: fisurile și crestăturile congenitale.

mater; 6) la fisurile datorite traumatismului facerii, se notează întotdeauna extravazatul sanguin.

b) **Fracturile cu pierderi de substanță**, consecutive mecanismului parturii, nu trebuie confundate cu *lacunele de osificare* congenitale (notate în marea majoritate a cazurilor la parietale, rar la frontal și excepțional la occipital). Lacuna, rotundă sau cu conturul neregulat, poate fi *completă* (adică să intereseze întreaga grosime a osului) sau *incompletă* (mai subsistă o lamelă subțire, transparentă la lumină). — **Diferențierea** de o pierdere de substanță traumatică: absența revărsării sanguine. *Ungar* atrage atenția asupra particu-



Fig. 57. — Diagnosticul pruncuciderii. Defecte de osificare: crestături și pierderi de substanță congenitale.

larității, numai excepțional întâlnită, ce o constituie consistența membranoasă parțială a oaselor craniului (*osteogenesis imperfecta*).

Fisurile congenitale și lacunele de osificare, stigmatice ale hidrocefalilor, se întâlnesc des și la copiii normali. — În rachi-tismul congenital, din cauza insuficienței procesului de osificare, oasele craniului sunt constituite dintr'un mare număr de solzosoși subțiri, foarte des în formă stelată, fie despărțiți între ei fie divers sudați.

c) **Impresiunile** — șanțuri sau escavațiuni în formă de lingură, cu extravazate sanguine — se produc atunci când capul copilului e comprimat de promotoriul sacro-vertebral sau de simfiza basinului. — Impresiunea în formă de lingură poate fi datorită și presiunii policelui mamei ori al moașei.

Un efect al comprimării e și formarea *bosei sanguine*.

d) **Comprimarea** provoacă:

1. *Extravazate sanguine* pe fața internă a pericraniului, în țesutul celular subcutanat al acestuia.
2. *Hemoragii pe și în periost, între os și dura-mater.*

3. Hemoragii sub pia-mater și, uneori chiar în ventriculele creierului sau în substanța cerebrală (hemoragii din cari mai rămân urme și la câteva săptămâni dela naștere, în caz că fătul a supraviețuit — *Haberda*).

4. Hemoragia care se produce sub cort, prin presiunea exercitată asupra măduvei prelungite, paralizează respirația copilului ajuns cu capul afară din vulvă.

5. Hemoragia cerebrală se poate întinde în canalul rachidian.

6. Paralizia inimii fetale, cu întreruperea prematură a respirației placentare. — În moartea asfixică, *Hofmann* notează contrastul isbitor între intensitatea aerării tubului digestiv și atelectazia pulmonară. — Chiar și atunci când plămânul e aerat, prin stabilirea temporară a respirației, se găsesc, la autopsie, leziunile hemeragice de natură asfixică (observația lui *Pinard*).



Fig. 58. — Diagnosticul pruncuciderii. Defecte de osificare: pierderi de substanță și lacune congenitale.

Toate leziunile traumatice ale oaselor craniului, pe cari le-am descris, pot fi datorite și auto-intervenției mamei, atunci când nu e asistată la facere, sau intervenției mamei ori a moașei. (La autopsia unui nou-născut, *Schultze* a notat sgarieturi cu unghia pe pielea capului, fractura parietalului cu o hemoragie întinsă în cavitatea craniană, toate datorite auto-intervenției mamei neasistate).



Fig. 59. — Diagnosticul pruncuciderii. Defecte de osificare: pleșniri, fracturi și multiple lacune osoase congenitale notate la craniul unui nou-născut la termen.

2. Fracturi claviculare,
3. Fractura coloanei vertebrale

Se notează în nașterea cu prezența șezutului (o atare fractură a fost observată de *Ungar* într'o auto-intervenție a parturientei).

4. Fractura brațului

Se poate observa în nașterea cu prezența acestuia (cazuri de auto-intervenție notate de *Schultze*).

În rachișmul congenital, întocmai ca la oasele craniului și tot din cauza insuficienței de osificare (vezi mai sus), toate oasele, îndeosebi dintrisele oaselor extremităților, apar constituite din segmente neregulat osificate, cari se pot confunda cu fracturi și sunt extrem de fragile.

5. Ruptura ficatului

Se înregistrează în nașterea cu prezența șezutului (*Ungar*).

6. Edem al scrotumului sau al vulvei, edem al feselor

Se notează îndeosebi în prezența șezutului.

7. Leziuni ale părților moi

Sunt frecvente la copilul prematur și se prezintă sub diferite aspecte:

a) *Dungi transversale ale tegumentului gâtului*, în prezența cepei și a feței și cari nu trebuiesc confundate cu urme de strangulare.

b) *Excoriații și sufuziuni sanguine ale pielei gâtului*, cari deasemenea nu trebuiesc confundate cu urme de strangulare.

c) *Hematomul mușchiului sterno-cleido-mastoidean și hemoragiile în alți mușchi ai gâtului*.

Toate sunt datorite ori extensiunii în efortul de expulzare, ori atingerii de oasele basinului.

Leziuni ale părților moi (escoriațiuni și sufuziuni sanguine — urme semilunare ale unghiilor) localizate în genere în jurul gurii, la nas și gât, pot avea ca origine și auto-intervenția mamei neasistată la facere. Impresiuni mai adânci ale degetelor la nivelul faringelui, însă, trădează manopera criminală a mamei.

8. Anomaliile cordonului ombilical

Ele se traduc prin:

a) *Circularele în jurul gâtului*, cari pot provoca asfixia.

b) *Scurtimea cordonului* care, am spus, normal trebuie să fie cel puțin cât talia copilului. Atunci când cordonul e mai scurt ca 25 cm., copilul poate să moară în timpul facerii.

Statistica lui *Leray*, pentru 10.487 cordonae observate: 2 de 14 cm., adică 1 la 5.000; 12 de 15—19 cm., adică 1 la 800; 19 de 20—24 cm., adică 1 la 500; 71 de 25—29 cm., adică 1 la 100; 221 de 30—34 cm., adică 2%: 416 de 35—39 cm., adică 4%: 984 de 40—44 cm., adică 10%. — *Coupe-laire* și *Guillaume* au notat cordonae de 5 cm., *Schafer* unul de 1 cm. — *Cordonul poate lipsi cu totul la monștri*.

c) *Răsucirea exagerată a cordonului* e o cauză de moarte. Ea poate fi consecutivă și mișcărilor pasive imprimare fătului deacum mort în uter.

d) Alte cauze: *tumorile cordonului* (kistice și solide), *tromboza cordonului* (numai excepțional notată); *prociđența cordonului* (moartea copilului în 25—35% din cazuri); *inserția velamentoasă a cordonului* (cordonul abordează membranele la oarecare depărtare de placentă), care se întâlnește de obicei în sarcina gemelară (0,5—0,8% din cazuri).

9. Hemoragia cordonului ombilical

Deși excepțională, ea se notează în inserția velamentoasă și în ruperea spontană a cordonului prea scurt.

10. Hemoragia placentară are de urmare întreruperea circulației placentare.

III. După expulzare

Moartea naturală (accidentală) poate fi datorită următoarelor cauze:

A. Copilul n'a făcut mișcări respiratorii deși s'a născut viu

(Vezi „*Viața fără respirație*“, vol. I, pag. 504—505). Aceasta se notează îndeosebi la copiii prematuri — cu mult înainte de a 28-a săptămână. (O *atelectazie secundară* se observă câteodată și la copii aproape de termen sau chiar la termen, dar debili: insuficiența musculaturii respiratorii sau a centrului respirator — *Pallacani, Nikitin*).

Respirația — care de obicei se manifestă prin primul *șipet* scos de copil și care e un produs al actului expirator al aerului inspirat — are ca efect, odată cu *dilatarea plămânilor* (prin aflusul de aer și sânge în plămâni), apăsarea în jos a diafragmei (semnul lui *Ploquet* — 1787) și *boltirea toracică* (semnul lui *Daniel*). Ambele semne nu oferă un punct de rezim solid, pentru diagnosticul vieții.

I. Așa, în ce privește dilatarea plămânilor, dacă e de netăgăduit că respirația se traduce prin modificări ce interesează aspectul, structura, consistența, densitatea și greutatea organului, nu e mai puțin adevărat — după cum cel dintâiu a relevat-o *Hofmann* —, că numai rare ori putem găsi (la autopsie) un plămân fetal adevărat. Și aceasta, pentru motivul că marea majoritate a celor născuți morți, mai ales feții morți în timpul facerii (moarte datorită asfixiei consecutive întreruperii premature a circulației placentare) fac mișcări respiratorii premature cari, dacă nu pot provoca aflusul de aer, în orice caz *aduc în plămân o cantitate de sânge* pe care n'o vom găsi niciodată într'un plămân cu adevărat atelectasic.

(Pentru caracterizarea plămânului noului-născut, înainte și după stabilirea respirației, vezi „*Docimazia pulmonară*“. Vol. I, pag. 499—506).

II. Mișcarea diafragmei și boltirea toracică. — Respirația uterină a fost verificată, în 1909, de *Pinard*: cu ocazia unei intervenții obstetricale a înregistrat în două rânduri (prin auscultarea pe abdomenul mamei) mișcări respiratorii ale copilului din uter. — *Demay* a notat și el trei cazuri de respirație pulmonară intra-uterină.

Ahlfeld (1916), combătând părerea contrarie a lui *Runge* (1905), a susținut că, în chiar viața intra-uterină a fătului, se produc fenomenele atribuite respirației extra-uterine: *Jaeger* (1919) a întărit temeinicia acestei afirmațiuni prin de-

monstrarea existenței unor multiple exostoze cartilagineose congenitale la toracele unui nou-născut. Cele mai multe dintre aceste exostoze erau legate între ele prin articulațiuni și indicau o deplasare reciprocă orizontală. — proces datorit unor mișcări de destindere și de contracțiune fetală a toracelui în sensul respirației. — *W'altz* (1923) a verificat această constatare a lui *Jaeger*.

B. Mișcările pulmonare au fost neîndoios identificate și cu toate acestea actul respirației nu s'a putut stabili

Fenomenul vieții fără respirație are și în acest caz o explicație: ori *dispneea* ori o *influență patologică*.

a) *Dispneea de origine placentară*, pentru întâiaș dată descrisă de *Bardinet*, a format obiectul unui interesant studiu statistic al lui *Bossi* (pentru 99 cazuri), care a constatat: abea identificabil în 15 cazuri, stadiul dispneic e de 1—20 secunde în 22 cazuri, de 21—40 secunde în 18 cazuri, de 150 secunde într'un singur caz.

Copilul a ieșit pe vulvă, dar (din cauză că, în timpul unei pauze a durerilor, placenta mai e total sau parțial aderentă) respirația fetală nu e întreruptă. *Dispneea* aceasta poate dura câteva minute și se diferențiază de starea asfixică prin aceea că, pe când în asfixie, bătăile inimii sunt slabe, neregulate (rare sau din contră foarte accelerate), în *dispnee* bătăile cordului sunt tari și cu frecvența normală. — După *Fink* (1920) cordonul ombilical poate pulsa până la 57 minute după naștere.

b) *Influențele patologice*. — 1. În *hydramnios*: deși născut viu, copilul sucombă imediat după expulzare.

2. *Rinichii închistați*.

3. *Paralizia centrului respirator*, consecutivă unei comprimări a creierului (datorită unor extravazate sanguine), provoacă moartea reală sau numai aparentă.

4. *Nașterea cu membranele intacte* (cazuri excepționale la copilul matur).

5. *Obstruarea orificiilor respiratorii (fosele nazale și gura) cu fragmente de membrane*: plămânul poate fi puțin aerat, pentru considerațiunea că, abea după primele mișcări respiratorii, aceste bucăți de membrană se lipesc strâns de orificii, astupându-le ermetic.

6. *Hepatizarea albă și tumorile granuloase* (exclusiv la credosifilitici) ale plămânilor împiedecă aspirația de aer, cu toate că există mișcări respiratorii.

7. *Gușa congenitală* poate împiedeca aspirația aerului.

8. *Hipertrofia thymusului* (*Hedinger*, *Benek*, *Perrin*, etc.).

O contribuțiune de o deosebită valoare—și documentară și interpretativă — o constituie lucrarea Doctorului *Th. Vasiliu*, șef de lucrări la Institutul Medico-Legal din București („Contribuțiuni la studiul thymusului”, 1926). Din 54 observații făcute în interval de un an, 18 se referă la autopsii de prunci (2 prematuri,

3 născuți morți și 15 născuți vii). Thymusul hipertrofiat (dela 20 gr. în sus) a fost găsit la prunci (2 thymusuri de câte 20 gr., 1 de 21 și 1 de 30).

Hipertrofia thymusului nu numai că nu provoacă întotdeauna moartea, dar se poate întâmpla ca nici măcar să nu jeneze respirația, după cum probează repetatele observații făcute de Minovici într'o practică medico-legală de o jumătate de veac. A notat status thymicus nu numai la prunci (20—50 gr.) și impuberi (30—40 gr. la 11 ani, 25 gr. la 8 ani), ori puberi (43 gr. la 18 ani, 30—40 gr. la 16 ani, 40 gr. la 17 ani, 25 gr. la 19 ani), dar și la adulți (40 gr. la 28 ani). fără ca această hipertrofie să fi constituit o cauză de turburare a sănătății individului. Ceva mai mult: în 1929, a găsit. la autopsia unui băiat de 15 ani, mort într'un accident de tramvaiu, un thymus enorm de 72 gr., fără ca această anomalie să fi contribuit întrucâtva la stingherirea respirației în tot timpul vieții. (Vezi clișeul la: „Moartea subită“).

9. *Plămânii atrofiați și defectul diafragmatic.*

10. *Hydronefroza cu distensiune kistică, atunci când e excepțional de mare, poate fi și o piedecă la naștere (Klebs).*

11. *După mai multe mișcări respiratorii plămânii s-au golit de aer (vezi „Dovada vieții“. Vol. II).*

C. Asfixia accidentală

a) *La naștere, copilul cade cu fața în băltoaca formată de lichidul amniotic, lochiile, urina și materiile fecale scurse din parturientă (fapt observat în mai multe faceri neasistate).*

b) *Copilul se naște în bae, în facerea precipitată.*

c) *Copilul se naște sub cuvertură — în facerea precipitată — fie că mama e trează, fie că doarme adânc ori e în stare de leșin.*

d) *Copilul, în facerea precipitată, cade într'un recipient umplut cu un lichid sau în haznaua unei latrine.*

e) *Strangularea printr'o circulară a cordonului (accident frecvent în facerile neasistate).*

* * *

Indiferent de natura asfixiei copilul dă dovadă de o mare putere de rezistență, cu mult superioară aceleia a adultului și verificată pe calea experimentală cu animalele (Vezi „Viața fără respirație“, Vol. I, pag. 505: experiențele lui Minovici cu puii de câine cari au supraviețuit 10—20 ore). Această facultate de a rezista asfixiei slăbește treptat până la a 14-a zi, când devine egală cu aceea a adultului (Bert, Bronn-Séguard, Hofmann). — Bătăile inimii, la copilul asfixic, persistă un timp variabil dar destul de important: în genere 30—45 minute, dar sunt și excepțiuni. Așa: a) 2 ore (Hofmann); b) 7 ore la copiii îngropați în băligar și desgroați (Bohn);

c) 8 ore la un copil îngropat sub pământ la o adâncime de 25 cm. (*Bardinet*); d) un copil e aruncat în lichidul unei latrine unde e asfixiat și apoi, socotit mort, mama îl scoate și-l îngroapă în grădină; cu toate acestea, la autopsic, se găsește o aspirație atât de lichid din latrină cât și de țărână, deci copilul a mai respirat și sub pământ (*Haberda*).

Lipsa aceasta de interdependență a celor două funcțiuni vitale (circulațiunea și respirația) a fost demonstrată de *Profesorul Paulescu*, prin cercetările experimentale făcute în 1899 („*Les causes déterminantes et le mécanisme de la mort subite consécutive au passage de l'attitude horizontale à l'attitude verticale*”): se produce un dezechilibru al centrilor bulbului, de unde disociare între mișcările respiratorii și bătăile cardiace; deși respirația a încetat, pulsațiile inimii tot continuă.

D. Țipătul

Am spus că, *deobicei*, țipătul e manifestarea actului expirator al aerului inspirat, iar intensitatea lui e în funcțiune de gradul de dilatare a plămânilor. — Țipătul poate uneori lipsi cu totul (în caz de ocluziune a gurii), ori să fie atât de slab încât să nu poată fi perceput dela oarecare depărtare.

De notat: deși respirația extra-uterină e stabilită — copilul, cu ochii deșchiși, a făcut strâmbăturile cari însoțesc primele inspirații —, se poate întâmpla ca țipătul să nu se producă decât după mai multe respirații.

Dar țipătul nu constituie un semn indiscutabil al vieții, pentru că trebuie făcută deosebirea între țipătul adevărat, sonor și foarte prelungit — produs prin expulzarea prin glotă a aerului pătruns în plămân — și pseudo-țipătul, care în realitate nu e decât efectul trecerii aerului prin glotă, în timpul aspirațiunii, fără însă a fi ajuns până în plămân. Pseudo-țipătul — întretăiat, când ascuțit, când înăbușit — seamănă cu sgomotul pe care-l produc micile foale suflând în foc, sau cu cântul unui cocoșel (*Billard*).

Ceeace dă rămă însă cu totul teoria, pe vremuri cu hotărîre susținută de *Chabot* și *Ricard* („Dacă a țipat, e o certitudine că fătul s'a născut viu”) sunt repetatele observațiuni controlate cu privire la țipetele percepute în timpul vieții intra-uterine în faza durerilor facerii, când membranele sunt rupte și când mamoșul, prin intervențiunea sa pentru grăbirea ușurării, înlesnește astfel pătrunderea aerului în uter (indiferent dacă avem a face cu o presentațiune cefalică sau cu una podalică).

Exemple riguros controlate de țipete intrauterine sunt numeroase: 1. *Profesorul Bogdan*, dela Iași, citează, depe vremea când era medic de circumscripție, următorul caz: înainte încă de a aplica forcepsul, a auzit de sub plapumă niște gemete ușoare. — 2. *Briand-Chaudé* citează cazul cu un mamoș care, moșind în presentațiunea podalică, a auzit, la fiecă tracțiune exercitată asupra membrilor, un gemet ca de durere. — 3. *Zitterland*: o femeie — gravidă în a 8-a lună și la

care, în urma unui accident, se ruptese punga apelor — e apucată de durerile facerii; cu câteva ore înainte de ușurare, s'au auzit, de sub plapumă, scâncete de copil. — 4. *Henry și Joubert* au auzit scâncete la copilul reținut încă în strâmtoarea superioară. — 5. Trei țipete a auzit *Allard*, în timpul unei întreruperi a extracțiunii cu forcepsul. — 6. Țipete de copil, care n'apucase să respire afară din uter, au fost înregistrate și de *Pick, Schmidt, Marc, Konopka, Streit, Baudeloque*.

E. Abolirea circulației fetale

Obturarea căilor acestei circulații, ca efect nelipsit al stabilirii respirației extra-uterine, e un indiciu de certitudine despre viața noului-născut, care a supraviețuit expulzării din uter. La copilul mort în chiar momentul nașterii, indiciul nu mai există, pentru că obturația se face cu o încetineală relativ mare și astfel semnul nu are vreme să se manifeste înainte de terminarea acestui proces.

F. Leziuni și fracturi craniene

Ele sunt notate în facerea precipitată și în căderea accidentală a copilului dela oarecare înălțime, îndată după naștere (d. e. alunecă de pe pat sau e scăpat din mână de moașă ori de mamoș). Importanța acestor leziuni variază după înălțimea punctului dela care se produce căderea, natura locului de cădere și gradul de rezistență a cutiei craniene. Mai frecvent, însă, leziunile acestea se notează în nașterea prin surpriză.

Această naștere, caracteristică facerii precipitate (*Sturzgeburt* al obstetricianilor germani), poate fi consecutivă unei *faceri inconștiente* (starea de inconștiență a mamei în momentul parturii; starea ei de ignoranță nu numai în ce privește iminența ușurării, dar și în ce privește însuș faptul gravidității; absența totală a durerilor sau înșelarea asupra naturii adevărate a durerilor). Deasemenea poate fi consecutivă și unei *faceri conștiente, dar a cărei precipitare nu poate fi evitată* (rapiditatea anormală a facerii, cu scurtarea excesivă a perioadei de expulzare: femeea știe că gata să nască, dar durerile ultime au surprins-o în împrejurări în cari îi e cu neputință să se ușureze în condițiuni normale).

Literatura medico-legală cunoaște un foarte mare număr de cazuri tipice de naștere prin surpriză, a căror frecvență oscilează între 0.88% (statistica lui *Kiproff* — spitalul Lariboisière) și 1—2% (statisticile lui *Winckel, Koch, Hellake*). Cel mai mare procent e înregistrat la primipare (12% — *Klein*; 30% *Hellake*, 40% *Kiproff*).

Cazuri istorice: Napoleon cel Mare. Carol Quintul, Henric IV

Dintre cazurile înregistrate la noi (observațiile Profesorului Bogdan): 1. o secundipară, apucată de dureri, naște în privată un copil la termen (1909); 2. o multipară naște deancicioarele un copil la termen.

Brouardel: o primipară naște deancicioarele pe când se plimba prin cameră.

Shortl (observație făcută la Calcuta): o Indiană se oprește brusc din mers (în piața orașului) și instantaneu naște un copil viu.

Selwyn Morris (propria lui soție): durerile și expulzarea au ținut 15 minute.

Scott: Durerile nu se pronunțaseră. N'apucă să se desbrace și femeea naște.

Laugier: Femeea constipată confundă durerile facerii cu colici; i se administrează o clismă: se așează pe oala de noapte și naște în acest recipient.

Corin: Femeea are, timp de 3 zile, dureri intermitente; e examinată și mamosul conchide că facerea nu e iminentă. Gravida simte nevoia de a defeca și, în chiar momentul în care ea se așează pe oală, medicul aude sgomotul produs de căderea unui obiect greu în apa din recipient. Femeea refuză să se ridice, pretinzând că tocmai evacuase un scaun și că simte că n'a isprăvit. E sculată cu forța și în vas era un copil cu capul în lichid, în stare de moarte aparentă.

Tatham: Femeea simte nevoia de a urina: se așează pe o găleată, pierde apă în cantitate enormă, în același timp naște doi gemeni.

N'am mai isprăvi, de ar fi să înșirăm toate observațiunile de nașteri fulgerătoare în poziția deapicioarele, pe vine, în genunchi, culcată, în mers, în trăsură, pe scaun.

Leziunile și fracturile craniene, după cum am arătat, pot avea următoarele caractere:

a) *Simple plesnituri* cari, în marea majoritate a cazurilor, se localizează fie numai la parietale (la unul sau la ambele oase), fie la un parietal și la occipital, fie la un parietal și un frontal, fie numai la frontal. Odată cu fisurile se pot înregistra și leziuni contuze ale pielei capului și ale feței.

Nu orice cădere a copilului implică și leziuni craniene, dovadă observația următoare: o femeie, apucată de durerile facerii pe când călătoria și pe cari le luase drept colici, se duce în closetul vagonului și acolo expulzează copilul care, alunecând pe tubul acestuia, cade între șine: după trecerea trenului, copilul e ridicat teafăr, fără nici o leziune craniană, afară de zdreliți ale pericraniului din zona unuia dintre parietale (*Schuler, 1925*). — O altă observație, tot a lui *Schuler*, ne arată tocmai contrariul: un copil născut în condițiuni identice, a sucombat pe loc gravelor fracturi craniene căpătate. (*Pentru forma fisurilor datorite căderii în nașterea fulgerătoare vezi vol. II pag. 480*).

b) *Fracturi grave cu pierderi de substanță osoasă, uneori însoțite nu numai de rupturi ale pericraniului, dar și ale meningelor, precum și grave leziuni ale substanței cerebrale.* — Fracturile, de regulă multiple (mai ales când copilul cade dela o înălțime mai mare și pe un plan tare), pot fi și unice (în căderea peste o muchie ascuțită ori peste un obiect înțepător, caz în care se produce un orificiu de perforare cu creștături radiante). Fracturile multiple pot interesa cutia craniană pe o zonă foarte întinsă: o adevărată zdrobire a craniului. — Frecventă, în facerea precipitată ori în căderea accidentală, e și *ruptura cortului cerebelului*.

Caracterul letal al acestor leziuni, indicat mai întâiu de *Chaussier* și contestat de *Orfila, Hohl, Devergie*, a primit consacrarea confirmării lui *Marc, Tardieu, Brouardel, Casper* și *Hofmann*.

Necropsiile practicate la copilul mort, în urma căderii datorite ruperii cordonului ombilical, au identificat toate prezența acestor fracturi (*recte plesnituri*) craniene:

1. O femeie însărcinată vine la spital; o infirmieră îi dă un vas spre a emite puțină urină, în vederea analizei prealabile. Femeea rămâne în picioare, ridică fusta pentru a ține vasul între picioare, și în chiar acel moment infirmiera vede copilul alunecând din vulvă, oprindu-se o secundă la capătul cordonului, la vreo 20 cm, de vulvă; apoi își continuă căderea, isbindu-se cu capul de lespezile sălii. La autopsie: fractura unuia din parietale și a frontalului (*Tissier*).

2. O femeie — care cu șase ani mai înainte mai născuse prin surpriză în mijlocul atelierului în care lucra — simte de astă dată nevoia de a se duce la privată; n'apucă să se așeze pe vine și expulzează brusc un copil viu care, în urma ruperii cordonului, cade pe scânduri, iar placenta cu o parte a cordonului rămâne pe scaun: copilul moare după patru zile și, la autopsie, se constată o plesnitură a parietalului stâng pe linia unei raze de osificare (*Brouardel*).

3. O servitoare, la termenul sarcinei disimulate, însoțește pe stăpâna ei în piață. În drum e apucată de dureri dar continuă să meargă și, după câțva timp, naște brusc: copilul, prin ruperea cordonului, cade pe pavaj și expiră, după câțeva minute. La autopsie: o plesnitură dantelată a parietalului drept și o hemoragie cerebrală (*Casper*).

4. O tuberculoasă naște pe neașteptate în privata spitalului (la Viena). Tipă: o infirmieră aleargă și găsește copilul în cuvetă. Pierzându-și capul infirmiera, în loc să scoată copilul, ridică supapa și pruncul e precipitat, de la al 2-lea etaj, în hazna. La autopsie s'a constatat o zdrobire a craniului (*Hofmann*).

G. Leziuni și fracturi ale altor părți ale scheletului.

a) *Fractura claviculară*; b) *fractura coloanei vertebrale*; c) *fractura sternală*; d) *fractura costală*; e) *fractura extremităților*.

II. Rupturi viscerale: ficatul.

I. Ruperea cordonului ombilical

În facerea precipitală ruptura aceasta se notează în 18%—34% din cazuri.

Ruptura spontană a cordonului ombilical, contestată de unii, începând cu Négrier, e confirmată de numeroase observații făcute de *Casper*, *Hofmann*, *Minonici*, *Pfankuch*, *Budin*, *Noegeli*, *Bontemps*, *Deoilliers*, *Rigby*; *Winckel*; *Maygrier*, *Bonnemaison*, *Hellake*, *Klein*, *Koch* și, mai recent, de *Jerie* și *Nassauer* (1925). *Walz* (1924). Dintre cei mai vechi, *Casper* îndeosebi a combătut temeinicia experiențelor lui Négrier (Lega o greutate de capătul placentar al cordonului, suspenda cordonul de un drug pe la mijlocul lui, și apoi măsura forța de rezistență a cordonului în raport cu mărirea greutății, până la producerea rupturii. Și a conchis că, pentru ruperea unui cordon *varicos*, ajunge, în medie, o greutate de 3.000 gr., iar pentru ruperea unuia *nevaricos*, o greutate de 5.250 gr.). Cu drept cuvânt *Casper* a observat, că greutatea atârnată era treptat mărită, pe când în nașterea bruscă, tensiunea cordonului e subită. Obiecțiunea lui *Casper* a fost confirmată de experiențele lui *Pfankuch*, cari au dovedit că, atunci când e întins subit, cordonul se rupe numai sub tracțiunea unei greutăți de 700—1000 gr., după înălțimea dela care se dă drumul greutății — care figurează fătul.

Casper a mai notat o mai mică rezistență la cordonul viu decât la cel mort. Faptul acesta a fost verificat de noi, în experiențele făcute cu născuți morți la termen: am apucat de placenta și am balansat copilul, fără ca o singură dată să se fi produs o rupere a cordonului.

a) Ruptura spontană se produce nu numai în facerile verticale (155 observații ale lui *Klein*) sau oblice, ci și în cele orizon-

tate (femea stând culcată) — cazuri citate de *Budin* (două observații, cu parturientele culcate în pat; într'unul din aceste cazuri smulgerea cordonului dela 10 cm. de la inserție). Deasemena observațiile lui *Pinard* și *Dupuy*: smulgerea chiar dela locul de inserție.

b) **Locul rupturii** e de regulă înspre extremitatea fetală: 1. la $\frac{1}{3}$ dela această extremitate (*Strassmann*, *Pfankuch*, *Ungar*); 2) foarte rar în imediata apropiere a ombilicului (*Budin*, *Bonnemaison*, *Ahlfeld*); 3) uneori pe la mijlocul cordonului (*Hofmann*, *Koch*, *Fritsch*, *Warocquier*, *Kuntz*); 4) chiar la inserția ombilicală (cazul lui *Dupuy* și statistica lui *Bonnemaison* — 10 cazuri); 5) ori la inserția placentară (15 observațiuni ale lui *Bonnemaison*).

c) **Ruperea e în funcțiune de greutatea copilului, de forța expulsivă și de înălțimea căderii** (maximul de frecvență înregistrându-se în nașterile deanpicioarele și în nașterile zise în vid, adică deasupra lunetei latrinei).

1. Elementul *greutății fătului* nu mai are nevoie de argumentare, după experiențele atât de concludente ale lui *Pfankuch*.

2. Tot așa e de prisos să stăruim asupra valorii elementului *înălțimii*.

3. În ce privește *forța expulsivă*, cu toată obiecția lui *Brouardel* („*Il ne faut pas croire que l'enfant bondisse du ventre de la mère comme le noyau d'une cerise qu'on presse entre les doigts*”), e de notat că magistrul francez nesocotește violența neobicinuită cu care uterul, sub influențe determinate, îndeplinește actul expulzării. În multe din observațiile pomenite și în altele, nu mai puțin controlate, expulzarea fătului a avut o alură fulgerătoare, de unde comparația unora cu „ieșirea glontelui din pușcă“.

d) **La ruperea spontană a cordonului**, copilul în căderea-i pe sol (dușumea, pământ, pavaj, fundul haznalelor goale sau aproape goale — numai când cade pe conul haznalei, plină sau aproape plină, poate scăpa nevătămat) se isbește cu capul, de unde fracturile sau simplele plesnituri craniene, despre cari am vorbit mai sus.

Ca să terminăm cu moartea copilului prin ruperea cordonului, vom arăta și **aspectul rupturii** (de regulă unică, excepțional dublă): în marea majoritate a cazurilor, notăm caracterul smulgerii, cu vasele de o înălțime inegală și cu zdrențuirea tecii amniotice. Se poate însă ca, excepțional, să avem de înregistrat o ruptură în plan perfect orizontal, parc'ar fi o secțiune practică cu foarfecele (caz raportat de *Tissier* în 1898).

J. Expulzarea simultană a fătului și a anexelor

Ea poate avea aceleași consecințe catastrofale pentru copilul expulzat brusc, cași în cazul de ruptură a cordonului.

O femeie, apucată de durerile facerii, se reazimă de un zid și pe loc expulzează copilul cu placentă cu tot. În căderea, copilul, care a trăit, suferă o fractură a parietalului stâng, cu o revărsare sanguină sub dura — mater — *Melzger*.

K. Expulzarea oului în bloc

Are de urmare moartea copilului, dacă în cădere acesta s'a ales cu o fractură gravă, ori dacă n'a fost extras repede din membrane.

Din puținele observațiuni făcute — pentrucă o expulzare în atari condițiuni e foarte rară — cităm: 1. O femeie expulzează oul în compartimentul unui vagon: copilul moare asfixiat (*Hofmann*). — 2. O alienată expulzează oul în bloc; copilul moare asfixiat (*Berthier*). — 3. Copilul, extras din ou după 25 minute *dela expulzare, trăește* (*Brunton*, 1871).

Vom expune acum și argumentele *pro* și *contra* prezumției de facere precipitată, pentru explicarea originii leziunilor până acum descrise:

a) Prezența de pete de meconium în pat, într'un loc altul decât acela în care a fost găsit copilul, e o dovadă peremptorie că moartea nu e datorită facerii fulgerătoare.

b) Absența sângelui încheat la nivelul fracturilor osoase e o dovadă că acestea din urmă sunt de dată posterioară morții.

c) Căderea dela o prea mică înălțime n'ar putea explica fracturi grave și cu atât mai puțin o adevărată zdrobire a craniului, afară numai dacă au existat întinse defecte de osificare. (Am văzut mai sus observația lui *Schuler*: un copil, căzut prin tubul closetului vagonului între șinele drumului de fier, n'a suferit nici o leziune craniană).

d) Lărgimea orificiului prin care alunecă corpul copilului. — Se măsoară, în prealabil, diametrul orificiului latrinei.

1. Posibilitatea căderii prin ochiul scândurii într'o latrină rudimentară e indiscutabilă.

2. Deasemenea e admisibilă alunecarea prin tubul sau pâlnia latrinei, atunci când diametrul orificiului inferior al acesteia nu e mai mic decât diametrul capului și diametrul biacromial al copilului. După cum observă și *Haberda*, chiar dacă ulterior se găsește un diametru cranian cu câțiva milimetri mai mare decât diametrul orificiului de trecere, teza alunecării nu e înacceptabilă, pentrucă, se știe, în cursul expulzării, capul copilului se comprimă, producându-se spontan o încălecare a oaselor cutiei craniene. În ce privește diametrul bi-acromial, chiar dacă mărimea lui din momentul examenului ar părea să excludă posibilitatea unei treceri neforțate, nu trebuie să se uite că e cu puțință ca mai întâiu să se angajeze un umăr și apoi al doilea. — *Dovada că trecerea a fost forțată, deci copilul a fost împins de mamă prin luneta latrinei, o constituie, chiar în absența fracturilor craniene, prezența unor striviri circumscrise*

ale pielii, cu echimoze ale țesutului celular subcutanat la părțile proeminente (frunte, parietale, occipital, nas, cot, șolduri, genuchi, regiunea sacrală). Dar, după cum cel dintâiu a remarcat-o *Brouardel*, cu aceste leziuni cutanate nu trebuiesc confundate simplele excoziațiuni cari pot fi datorite suprafeței accidentate a tubului sau a pâlniei latrinei sau chiar numai proeminențele mai mici de pe conturul orificiului. - - *Proba crimei e însă peremptorie, atunci când se notează fracturi craniene — de regulă orizontale — la parietale.*

Alunecarea copilului prin sifonul unui closet sistematic e exclusă.

e) Starea de mumificare a cordonului, la copilul găsit în lichidul unui recipient oarecare sau al unei haznale, *exclue* posibilitatea morții în acel mediu.

f) Un cordon tăiat exclude *de plano* ipoteza facerii precipitate; dar această ipoteză devine plauzibilă de îndată ce se identifică ruptura — indiferent de e unică ori multiplă (ruptura multiplă putându-se produce spontan prin chiar o singură tensiune — *Ungar in Lochte*).

g) Nici aderența placentei de cordonul întreg (desprins dela chiar inserțiunea ombilicală) nu exclude facerea precipitată, bine înțeles numai excepțional.

h) Basiful mamei prea strâmt în raport cu volumul copilului ar justifica scepticismul pentru teza facerii precipitate, dar o atare naștere nu e exclusă și cu un astfel de basin.

i) Un viciu grav de conformație basinală, care condiționează neapărat distocia, *exclue* posibilitatea facerii fulgerătoare.

j) Dacă absența besei sanguine constituie întotdeauna o prezumție în favoarea tezei facerii precipitate, nu urmează neapărat că prezența acestui hematom al capului ar infirma de-a dreptul supoziția, deoarece bosa se poate produce și numai în faza finală a expulzării, singura precipitată într'o parturiție până atunci normală sau chiar laborioasă.

k) Ruptura cortului cerebelului se poate produce și *post mortem*. *Diagnosticul diferențial*: prezența unei hemoragii cauză a unei asfixii progresive e dovada leziunii vitale; dimpotrivă, absența hemoragiei confirmă că leziunea e ulterioară morții.

l) Constanța semnului rupturii perineale *la primipare*, afirmată de *Kratter*, n'a fost verificată de noi, după cum de altfel e contestată și de *Strassmann* (care a observat-o numai în 14% din cazuri). *Haberda* (numai în 8%), *Ungar*, *Fritsch*, *Kaufmann*.

m) Plămânii atelectazici și tubul digestiv neaerat îndreptătesc prezumția facerii precipitale: copilul n'a apucat să respire, moartea fiind fulgerătoare, fie din cauza gravității excepționale a

leziunilor craniene, fie consecutivă asfixiei, instalată în chiar momentul submersiunii în recipient ori în hazna.

n) **Plămânii aerați** nu înlătură întotdeauna facerea precipitată ca origine a morții copilului. Căci, indiferent de gravitatea leziunii suferite în cădere, dacă viața n'a fost instantaneu suprimată, ajunge, precum am văzut, o singură respirație, pentru ca aerul să pătrundă în căile respiratorii.

o) **Tubul digestiv aerat** e posibil atunci când copilul, cu toate leziunile căpătate, a putut să aspire aerul, prin câteva mișcări respiratorii. Aerarea mai mult sau mai puțin complectă a stomacului și intestinului, precum și prezența de corpi streini aspirați din mediul de submersiune pot îndreptăți însă și supoziția unei morți anterioare prin asfixia copilului în lichidul recipientului ori în haznaa latrinei, afară numai dacă, după ce a căzut pe conul insuficient întărit al masei fecale din hazna, s'a scufundat abea după stabilirea respirației.

L. Hemoragia cordonului ombilical

De regulă incompatibilă cu practicarea prealabilă a ligaturii, hemoragia aceasta e extrem de rară și în cazurile de absență a ligaturii, chiar atunci când cordonul e rupt dela inserția ombilicală. Explicația: a) pe deoparte considerabila micșorare a presiunii sângelui în artere, în urma stabilirii miciei circulației; b) pe de alta, contractarea automată a arterelor ombilicale, care are de urmare impermeabilitatea acestora. — Dat fiind însă observația lui *Fink* (mai sus relevată) că un cordon poate pulsa până la 57 minute după nașterea copilului, se notează și excepțiuni, nu numai la cordonul nelegat ci și la cel legat, la copilul asfixic ori la copilul cu o turburare a circulației (în hemoragiile intra-meningee — *Brouardel*), ceea ce are de efect sporirea presiunii sângelui în arterele ombilicale. — Hemoragia ombilicală (când scurgerea sanguină poate atinge cantitatea de 180 gr. — *Ungar*) se traduce prin anemia pronunțată a cadavrului.

În cazuri excepționale se poate nota o violentă hemoragie ombilicală *post-mortală*. Edificatoare în această privință e observația recentă a lui *Sibkor* (1928). Cadavrul putrefiat (verde) al unui nou-născut, cu cordonul tăiat dar nelegat, e scos din lichidul unei latrine. Un pansament abdominal era imbibat cu sânge. După desfacerea pansamentului și înlăturarea crustei subțiri de sânge de pe suprafața de tăiere a cordonului, a fășnit din acesta o mare cantitate de sânge; la o presiune ușoară pe torace și în regiunea epigastrică, s'a notat o nouă hemoragie ombilicală. În interval de 20—25 minute s'au scurs 40 gr. sânge, adică $\frac{1}{5}$ din cantitatea totală a unui nou-născut. E vorba de un copil născut mort, căruia totuși s'a

tăiat cordonul: în lichidul latrinei a putrefiat repede, înainte de imbibarea mai mare a țesuturilor; prin presiunea gazelor putrefacției, sângele din inimă, din vena-cava inferioară, din ficat, a trecut în vena ombilicală și, după înlăturarea pansamentului și a crustei sanguine de pe suprafața de tăiere a cordonului, a fâșnit.

La *examenul medico-legal* se notează: aspectul ciros al pielii, desprinderea viscerelor, vacuitatea inimii și a vaselor sanguine (acest din urmă semn nu se verifică întotdeauna, pentru că, după cum observă *Tardieu* și *Orfila*, dat fiind că întreaga cantitate de sânge din corpul unui nou născut nu trece de 180—280 gr., nu e nevoie de o hemoragie totală pentru a provoca moartea).

Să mai notăm, împreună cu *Casper*, *Velpeau*, *Hofmann*, *Kleinwächter*, *Depaul* și alții, că nelegarea cordonului odată tăiat nu poate provoca moartea, după cum susținea pe vremuri *Damyan* (1858). Demonstrația a fost făcută de *Hofmann* care, după ce a tăiat cordonul ombilical fără a-l lega, a băgat copilul într'o baie caldă. — Absența hemoragiei se explică prin retracțiunea și impermeabilitatea arterelor ombilicale în ciumpul funicular, prin stabilirea respirației. Numai la copiii cu debilitate congenitală, întârzierea respirației poate provoca moartea (*Casper*). Totuș s-au înregistrat hemoragii ombilicale mortale la copii cari au respirat viguros, dar cărora nu li se legase cordonul (*Wildberg*).

M. Hemoragia placentară

Se notează în *placenta praevia* și în *placenta comună în nașterile gemelare*. Ea poate fi și spontană

N. Leziuni contuze ale părților moi ale corpului

a) *Edeme subcutanate* (la față, gât, piept, abdomen, spate, membre).

b) *Contuziuni cu sufuziuni hemoragice ale țesutului celular superficial și profund*.

c) *Hemoragii cutanate* la frunte, pleoape, la proeminențele zigomatice, la nas, gât, piept, abdomen, membre.

d) *Hemoragii subcutanate* la cap, gât, trunchiu și membre.

e) *Hemoragii în mușchii feței, gâtului, ai umerilor, membrelor* (sterno-cleido-mastoidianul, sterno-tiroidianul, marele pectoral, deltoidul, tricepsul brachial, quadricepsul femural, digastricul, mesenterul).

O. Sclerema noului-născut

Din 300 copii la termen. 15 născuți morți și 18 morți după naștere (*Perrando*).

Melena noului-născut (cazuri rare, dar în cari se poate nota moartea cu sau fără convulsii).

Degenerescența grăsoasă acută a noului-născut sau *morbul*

lui Buhl și Hecker: coloritul cianotic al pielei, hemoragii ale mucoaselor stomacului și intestinului, ale pleurei și pericardului, hematurie, degenerarea grăsoasă a ficatului, a miocardului și a rinichilor, tumoare a splinei.

P. Hematomul sub-capsular al ficatului, hematonul splinei, hematonii rinichilor se notează la copiii născuți asfixiați (*Doerner*).

Rupturile spontane ale intestinului gros (pentru întâia oară notate de *Sury* și pe cari, în urmă, *Paltauf* le-a explicat prin presiunea exercitată de o prea exagerată cantitate de meconium, îngrămadită în această parte a tubului digestiv).

Q. Procesele patologice ale eredo-sifilisului

Perisplenita fibroasă și tumoarea splenică (în 46% din cazuri).

Cu ajutorul *colorației Levaditi* treponemul se poate identifica în peritoniu, pe capsula splinei, în ascită, în revărsarea pleurală (*Wae-tjen*, 1928).

R. Tumorile mixte

Plesnirea spontană a unui myxom al ficatului, care provoacă o hemoragie în cavitatea abdominală liberă. (La câteva minute după naștere, se observă o cianozare progresivă a copilului; la autopsie se găsește un ficat de 600 grame, cu o tumoare pe fața lui inferioară; examenul histologic al tumorii: formațiuni epiteliale carcinomatoase, țesut conjunctiv, cartilagos, osos — *Nissel*, 1928).

S. Bolile preexistente

Tuberculoza pulmonară, atelectasia, edem, diverse kiste.

T. Fracturile craniene intra-uterine.

Ele se notează însoțite cu revărsări sanguine consecutive unui traumatism suferit de mama fătului, în timpul sarcinii.

U. Vicii de conformațiune

1. *Hidrocefalia hernio-cerebrală*. Mai des se observă moartea la hidrocefalii cu capul mic (*Jamain, Terrier*).

2. *Spina bifida*, îndeosebi când sediul ei e în regiunea superioară a rachisului (spina bifida completă a porțiunii cervicale).

3. *Ciclopia (monopsia)*: viață de numai câteva minute.

4. *Atelo-prosopia (absența feței)*: viață de numai câteva minute.

5. *Excencefalocelul și meningocelul*.

6. *Emicefalii* cari, deși născuți vii, de regulă mor imediat. (Excepții de supraviețuire: 1) emicefalul citat de *Brauns*—1920, care a putut fi menținut în viață timp de 7 zile; 2) emicefalii citați de *Wichura* și *Kaester*, cari au trăit și ei mai multe zile; 3) emicefalul lui *Taylor*; 4) emicefalul notat de Profesorul Bogdan—1920).

7. *Hernia ombilicală*.

8. *Imperforarea sau absența rectului*.

9. *Inima*: 1) persistența gaurei lui Botal mult lărgită cu co-

municarea celor două ventricule; 2) bifurcarea inimii la vârf; 3) ectopia toracică și ectopia abdominală (îndeosebi când inima nu e acoperită de peretele abdominal); 4) absența pericardului; 5) degenerarea grăsoasă a miocardului, care provoacă moartea subită a unui copil născut cu aparență de vigoare (*Hofmaier, Schmidt*).

10. *Transpunerea vaselor* (aorta pleacă dela ventriculul drept, iar artera pulmonară dela cel stâng).

11. *Cloaca*: orificiul unic pentru aparatul genito-urinar și pentru tubul digestiv.

12. *Extrofia vesiceii*.

13. *Buza-de-iepure* în varietatea ei agravată, cunoscută sub numele de *gură-de-lup*.

14. *Diversesele monstruoziități* incompatibile cu prelungirea vieții extra-uterine (vezi: „*Viabilitatea—Monstruoziități*“, Vol. II).

15. *Rinichiu kistic bilateral* (*Borchers, 1926*).

16. *Extravazatele sanguine cerebrale*.

17. *Elephantiasis kistic*: moartea în marea majoritate a cazurilor.

B. Moartea violentă

Provocată în expulzarea incompletă (numai la apariția copilului pe vulvă) ori după expulzarea desăvârșită. — *Cauzele*: 1) asfixia mecanică; 2) leziunile și fracturile făcute cu mâna, cu piciorul, cu instrumente contondente, tăioase și înțepătoare; 3) prin isbirea copilului de un corp tare ori prin aruncarea lui dela înălțime; 4) smulgerea cordonului omilical; 5) amputarea, depesajul; 6) opărire și combustiuinea; 7) otrăvirea; 8) lipsa de îngrijire.

I. Înainte de expulzarea completă

Cele mai frecvente feluri de pruncucidere în *prezentațiune* sunt:

1. **Fracturarea sau chiar zdrobirea capului** cu pumnul, cu un instrument contondent, tăios ori înțepător (a. Femeea, după ce a omorât primul gemene după expulzare, l-a ucis pe al doilea cu lovituri de pumn aplicate pe capul prezentat — *Bellet*. — b. Alte cazuri notate de *Schmidt, 1928*). A se diferenția fracturile și perforările criminale de cele consecutive intervenției mamoșului (cefalotripsie, craniotomie, etc.).

2. **Fracturi cervicale; fracturi într'o altă zonă a coloanei vertebrale.**

3. **Decapitarea** (de diferențiat de una practică de mamoș).

4. **Strangularea** cu mâna sau cu o legătură.

5. **Sufocarea** prin ocluziunea gurii și a nasului cu mâna sau prin aplicarea unui tampon, introducerea degetului, a unui obiect

în gura copilului, până în faringe, fie în prezența capului fie în cea podalică (atunci când capul apare cel din urmă).

6. Amputarea sau smulgerea brațelor sau a picioarelor, în prezența brachială ori podalică (*D'Outrepoint, Strassmann*).

7. Spintecarea abdomenului.

8. Smulgerea cordonului ombilical.

9. Leziuni ale părților moi provocate cu mâna ori cu un instrument contondent, tăios, înțepător și localizate după regiunea de prezență (pielea capului, fața, gâtul, trunchiul, șezutul, membrele). Ele se caracterizează prin sufuziuni hemoragice, uneori prin ruptura și hematomul sterno-cleido-mastoidianului.

II. După expulzarea definitivă

Procedeele variază după inspirația momentului, după sugestie, ori după planul dinainte croit.

1. Strangularea

(15% din cazurile de pruncucidere).

A. Cu o legătură (batistă, șervet, prosop, ciorap, sfoară, curea, cordonul șorțului sau chiar cu însuși cordonul ombilical al copilului). *Aproape în unanimitatea cazurilor* — atunci când nu există o cauză de ocluzie naturală — *copilul a mai avut vreme să respire și astfel, la autopsie, găsim plămânul și tubul digestiv (total sau parțial) aerați și echimoze în țesutul subcutanat și în părțile moi mai adânci.*

Elementele de diferențiere de o strangulare fortuită:

a) *În strangularea prin circularele cordonului șanțul e moale, lat (exact cât grosimea cordonului), regulat, de obicei în direcția descendentă (a nu se confunda, însă, cu șanțul lăsat de o legătură mai lată dar care n'a fost strânsă prea tare), iar plămânul și tubul digestiv sunt, neaerate sau numai puțin aerate. Pe când în strangularea cu o sfoară, o curea, etc., șanțul, care are exact forma legăturii, e mai adânc, pergamentat, excoriat și în direcție transversală; aceleași caractere când mama s'a servit de însuși cordonul copilului.*



Fig. 60. — Diagnosticul pruncuciderii: Cadavrul unui nou-născut strangulat cu o legătură.

b) *A nu se lua drept urme de strangulare dungile de extensiune depe gâtul copilului (între cutele cutanate și țesutul bogat în grăsime) în facerea laborioasă.*

B. *Cu mâna.* — În marea majoritate a cazurilor, felul acesta de strangulare e combinat cu sufocarea, prin apăsarea, cu cealaltă mână, pe orificiile respiratorii (gura și fosele nazale) — și aceasta spre a se înăbuși primele țipete ale copilului.



Fig. 61. — Diagnosticul pruncuciderii: Cadavrul unui copil strangulat cu o legătură.

La autopsia cadavrului se notează *urmele degetelor și impresiunile unghiilor*, — urme cari, atunci când strangularea pornește dinainte, se pot identifica și la ceafă; alte ori, după direcția mâinii, se notează și pe partea superioară a pieptului, până la maxilarul inferior. Leziuni ale părții cartilaginease a gâtului se observă rar.

La examenul histologic se constată *mari leziuni hemoragice în adâncimea gâtului*: sufuziuni sanguine în țesutul celular subcutanat, în musculatura gâtului, în țesutul glandei tiroide; uneori se văd și extravazate sanguine pe coardele vocale (îndeosebi atunci când actul strangulării a fost extrem de brutal). — E de observat că și *expulzarea fătului poate determina leziuni hemoragice grave*: așa, *hematomul sternocleido-mastoidian* e uneori un produs spontan al răsucirii automate a gâtului.

2. Strangularea combinată cu înecarea

(După ce a strangulat copilul, a doua zi i-a legat de gât o piatră și l-a aruncat în puț).

3. Sufocarea

Peste 40% (din cazurile de pruncucidere)

I. *Ocluziunea directă a orificiilor căilor respiratorii prin următoarele procedee:*

A. *Aplicarea mâinii pe gură și pe fosele nazale.* — a) *Semele externe:* 1) deformarea prin turtire a nasului și a bu-

zelor; 2) urmele degetelor și ale unghiilor (în jurul nasului, al gurii și pe obraz) cari pot însă lipsi, atunci când femeea, prevăzătoare, se servește numai de palma mâinii, evitând cu totdinadinsul atingerea cu degetele și unghiile. — De observat că turtirea nasului și a buzelor poate fi datorită și pozițiunii cadavrului. — b) *Semnele interne*: leziunile asfixice obicinuite, spumă sanguinolentă în bronhii, echimozele subpleurale.

B. *Aplicarea unei foi de hârtie udă pe gură și pe fosele nazale*: procedeu practicat în Japonia (*Yamatsu Okomata*). — Nici o urmă externă.

C. *Impiedicarea pătrunderii aerului prin apăsarea cu sau pe un obiect moale*: 1) Înfașurarea capului copilului cu un șervet, prosop, cuvertură, etc. — 2) Menținerea capului copilului, cu fața în jos, pe o pernă, cuvertură, saltea, etc. — 3) Așezarea copilului între două perne, între două saltele, între saltea și fundul patului, etc.

Toate aceste procedee nu lasă *urme externe*. Cât despre *semnele interne*, ele sunt acele ale asfixiei în general.

II. *Comprimarea, cu mâna sau cu piciorul, a pereților toracelui și ai abdomenului*. — a) Se caută eventualele *semne externe* (impresiunile). — b) *Semnele interne*: în afară de acele ale asfixiei se pot găsi și rupturi interne.

III. *Introducerea, pe gură și faringe, a degetelor sau a unui corp strein* (tampon de vată, cocoloașe de hârtie, cârpă, batistă, obiect tare, pământ, etc.).

a) *Semnele externe*: 1) La *introducerea degetelor*, se notează leziuni ale gurii, limbii și faringelui (hemoragii în țesut, zdreliri ale mucoasei; rupturi ale planșeului bucal; rupturi ale faringelui, cari se pot întinde până la deschiderea superioară a toracelui). — 2) *Introducerea unui corp strein voluminos* se traduce prin rupturi ale mucoasei la comisurile gurii și chiar ruptura orificiului bucal. — 3) La *introducerea de corpi streini moi*, se mai pot găsi resturi indicatoare.

b) *Semnele interne*: acele ale asfixiei.

IV. *Sechestrarea într'un spațiu strâmt și ermetic închis*: ladă, cufăr, dulap, etc. — Nici un *semn extern*; numai *semnele interne ale asfixiei*.

V. *Înfașurarea copilului în cârpe*, astfel ca aerul să nu poată pătrunde. — Nici un *semn exterior*; numai *semnele interne ale asfixiei*.

VI. *Îngroparea de viu în pământ, băligar, cenușă, nisip, țărâțe, făină, grâu, orz, ovăz, etc.* (2% din cazurile de pruncucidere). Copilul mai putând să respire chiar în acest mediu, *se găsesc pe căile aeriene, în stomac și chiar în intestine, corpii streini ai mediului respectiv*.

E de remarcat că, în orice formă a sufocării, e greu să se facă diferențierea unei asfixii criminale de una accidentală, mai ales când nu există semne externe trădătoare ale pruncuciderii premeditate. Căci, în ce privește *leziunile pulmonare*, acestea, examinate numai superficial, pot fi confundate cu acele notate în broncopneumonie, și în bronșita capilară; *diferențierea o stabilește examenul histologic al plămânului*. — În al doilea loc, *echimosele sub-pleurale și sub-pericardice* se notează frecvent atât în moartea naturală a copilului cât și la fătul mort în timpul facerii (*Casper, Tarnier, Pinard; Balthazard și Lebrun* au examinat, în serviciul lui *Pinard*, plămânul unui copil care trăise două ore și au notat numeroase puncte echimotice sub-pleurale și sub-pericardice).

VII. Asfixia cu oxidul de carbon, gazul aerian, prin lăsarea copilului într'o cameră ermetic închisă.

4. Inecare

(20%—25% din cazurile de pruncucidere).

A. In apă curgătoare, într'un lac sau basin, puț, canal (cazuri mai rare).

B. Într'un recipient: butoiu, găleată, lighean (copilul e intenționat născut peste recipient sau e ulterior aruncat în el).

C. In bălțoaica formată de lichidul amniotic, lochii, urină.

În submersiunea într'un lichid, repartiția corpurilor streini suspendați în lichidul în chestiune nu e uniformă, ci variază după modificările histologice ale plămânului. În *inecarea post mortem*, dacă nu există o rană la laringe sau trahee, corpul streini nu pot ajunge până în fundul alveolelor (*Muller-Marchand, 1929*). Numai când lichidul e supus la o presiune mare (cum ar fi într'un canal), corpul streini suspendați în el pot pătrunde și într'un plămân fetal. Dimpotrivă, un lichid subțire poate oricând pătrunde în stomacul copilului mort. Escesiv îngrosat, lichidul nu poate pătrunde în plămânul și stomacul pruncului mort înainte de imersiune. — Copilul fiind găsit cu fața în jos, e exclusă pătrunderea *post mortem* în plămân și în stomac a corpurilor streini din lichid.

Diagnosticul *inecării* va fi deci bazat pe:

1. *Identificarea*, în căile respiratorii (laringe, bronhii, plămâni) și în stomac, a *corpurilor streini în suspensiune în lichidul de imersiune* (resturi animale, resturi vegetale, fire de nisip, pulbere de cărbuni, etc., elementele lichidului amniotic, ale lochiilor, ale urinei).

2. *Crioscopia sângelui* (Vezi Vol. I, pag. 455—459).

3. Se va încerca și *docimazia pulmonară*, deși — după cum observă și *Balthazard* — prezența apei în plămân mărește densitatea organului și-l face să cadă la fund, deși e aerat.

Aceste probe sivesc numai la elucidarea chestiunii, dacă pruncul, în momentul când a fost aruncat în lichid, era viu sau deacum mort. Ele nu ne ajută, însă, spre a putea demonstra că moartea a fost accidentală (în facerea precipitată) sau criminală; la aceasta poate contribui numai anamneza.

D. In latrină. — Sunt întâiu de făcut deosebiri după felul latrinei:

1. *Latrina* — o simplă groapă, insuficient acoperită și cu o lunetă mare practică în mijlocul podului (latrinele rudimentare dela țară zise și turcești). Într'o atare instalație, conținutul, prin evaporarea favorizată de contactul cu aerul, e mai mult sau mai puțin îngroșat, iar copilul aruncat e menținut, total sau parțial, la suprafață. Respirând, copilul aspiră sau nu, după poziția în care se află, din materia lichefiată ce se mai găsește în preajma lui. *Dacă nu aspiră*, moartea, provocată prin asfixia cu gazele mefitice, poate întârzia nu numai vreme de ore, ci chiar de zile (1. Vezi exemplele din Vol. I, pag. 504—505 „Viața fără respirație“. — 2. Un copil, aruncat într'o astfel de privată, a supraviețuit patru zile — *Bayard*. — 3. Pruncul e aruncat în privată imediat după naștere. Regăsit viu a doua zi, e scos și strangulat — *Grzywo-Dobrowski*, 1928).

II. *Latrina rudimentară e acoperită*, dar, grație răsuflătorii, e mai mult sau mai puțin aerată, ceeace iarăș înlesnește într'o oare care măsură evaporarea părții lichide. Copilul poate cădea pe conul format de concentrarea fecalelor: cași în cazul întâiu. noul-născut poate să nu moară prin submersiunea propriu-zisă, ci numai prin asfixia cu emanațiunile delectere. — *Dacă vine în contact imediat cu un strat lichid*, se produce aspirația și deglutiția — moarte prin submersiune.

III. *Latrina rudimentară are, în prelungirea lunetei, un tub de scurgere, cilindric sau în formă de con trunchiat (pâlnie)*. — Aruncat cu capul în jos, copilul poate rămâne prins la nivelul umerilor ori al toracelui: în cazul acesta moartea, mult întârziată, e consecutivă asfixiei prin gazele delectere.

IV. *Latrina e o instalație modernă, dar fără sifon (comunicație directă, verticală sau oblică, între cuvetă și tubul de scurgere)*. — În cazul acesta sunt trei posibilități:

1. Diametrul tubului permite trecerea copilului și atunci acesta alunecă până'n fundul haznălei (moare înecat).

2. Tubul, prin diametrul său, e accesibil corpului pruncului, dar acesta se oprește la un cot al tubului (moare înecat în materiile fecale și în apa scursă peste el).

3. Diametrul tubului nu permite trecerea copilului și atunci acesta rămâne prins la nivelul orificiului inferior al cuvetei. (Numai când closetul rămâne condamnat, copilul moare asfixiat).

V. *Latrina e o instalație sistematică modernă (cu sifon): copilul rămâne în cuvetă, la orificiul sifonului*. Numai în cazul când closetul rămâne condamnat timp de câteva zile, copilul moare prin asfixie lentă.

Diagnosticul morții în latrină. — 1. *In căderea pe conul format de materiile fecale:* rar se pot nota. *la exterior*, excoriațiuni și echimoze; *la autopsie*, se înregistrează numai semnele asfixiei.

2. *In căderea în lichid:* prezența fecalelor în căile respiratorii și în tubul digestiv (cel puțin în stomac). Pe secțiunea unui fragment de plămân presat apar lumânările de materii fecale. Leziuni cutanate și osoase nu se observă. afară numai dacă ele datează din timpul expulzării ori imediat după naștere.

3. *Diferențierea unui copil în prealabil mort de unul aruncat viu.* — Chestiunea interesează mai ales când e vorba de o latrină primitivă. al cărei conținut e expus unei mari presiuni atmosferice: prezența lichidului și a materiilor fecale se poate atunci identifica și într'un plămân atelectazic. iar nu numai în fosele nazale, în cavitatea bucală, în laringe și trachee.

4. *Leziunile.* — Se face diferențierea: a) între o leziune vitală și una *post mortem*; b) între o leziune fortuită — eroziunile și fracturile consecutive alunecării și isbirii — și o leziune provocată (forțarea trecerii copilului prin luneta, pâlnia și tubul latrinei). — *Trecerea forțată poate fi caracterizată prin:* a) excoriațiuni superficiale, uneori însoțite de sufuziuni subcutanate sau chiar mai adânci la nivelul părților proeminente (baze frontale, parietale, occipitale; nas, bărbic, umeri, șolduri, genuchi, sacrum); b) fracturi craniene (mai ales la parietale); c) fracturi claviculare, sternale, ale coloanei vertebrale, ale membrelor; d) rupturi ale viscerelor.

5. *Diferențierea căderii în nașterea prin surpriză de pruncucidere.* — a) Absența bosei sanguine (dar nu e un semn sigur pentru că, după cum am văzut mai sus, o atare bosă se poate produce și după moarte). — b) Plămânul fetal: deasemenea semn precar, pentru că, în timpul căderii și chiar după aceasta, copilul poate să respire. — c) Singurul semn cu valoare diagnosticală e ruptura spontană a cordonului și aderența placentei de cordon. — d) Dacă se poate face și examenul mamei, se caută eventuala ruptură perineală (la o primipară) și se stabilește raportul între mărimea diametrilor cranieni și mărimea diametrului biacromial pe deoparte și dimensiunile strâmtorilor basinelor pe de alta. (Numai când există o prea mare disproporție în favoarea copilului, facerea precipitată poate fi considerată ca imposibilă).

Aceste semne de diferențiere sunt aplicabile pentru submersiunea în orice mediu, atunci când mama învoacă circumstanțele facerii precipitate.

Durata șederii cadavrului în mediul de submersiune. — Problemă anevoios de rezolvată, pentru că sunt atâția factori cari pot deforma criteriul de apreciere:

1. *Marea putere de rezistență a copilului la mecanismul asfixiei* (propriile noastre observații notate în Vol. I și mai sus pomenite, observația lui Bayard și aceea mai recentă a lui Grzywo-Dobrowski).

2. *Sucesiunea evenimentelor*: copilul e înecat întâiu într'o găleată, al cărei conținut — cu prunc cu tot — e în urmă golit în haznaua latrinei, într'un canal, într'un pârâu, basin, lac.

3. *Rezistența copilului la efectele fracturilor craniene*: scos viu de pe fundul unei haznale, copilul, cu grave fracturi ale craniului, a supraviețuit 14 zile (*Jayet*).

4. *Procesul putrefacției* are o alură mai înceată în conținutul unei haznale decât în apă; și se face cu atât mai încet, cu cât haznaua e mai la adăpost de acțiunea nemijlocită a aerului atmosferic. — În haznalele în cari nu se scurg decât lături, procesul putrefacției e extraordinar stânjenit, iar viscerele sunt mai mult sau mai puțin conservate: identificarea punctelor echimotice subpleurale după o ședere de 10 luni a cadavrului într'un astfel de mediu (*Tardieu*).

Semnele generice ale asfixiei mecanice (strangulare, sufocare, înecare)

E incontestabil că semnele asfixiei — dintre cari unele (punctele echimotice) din cauza excesivei fragilități a pereților vaselor, sunt mai accentuate la noul-născut — au o deosebită valoare diagnosticală:

a. Echimozele se notează: 1. pe pleoape și pe conjunctiva ochiului; 2. pe mucoasele laringelui și ale tracheei; 3. pe mucoasa nasului; 4. pe thymus; 5. pe seroasele organelor toracice; 6. mai rar pe învelișul ficatului și al splinei; 7. pe mucoasa stomacului și a intestinului; 8. pe învelișul vesiceii (mai rar).

b. Spuma consistentă, palidă și abundentă în căile aeriene.

c. Edemul glotei. Adevărat, însă, acest edem poate să se producă abea după terminarea procesului asfixiei, așa că el nu trebuie luat drept un factor generator al acesteia

d. Edemul pulmonar frecvent în asfixia lentă a pruncului.

e. Emfizemul interstițial în asfixia prin înăbușire (cu o pernă sau cu o cuvertură) e notat de *Haberda* în obturarea parțială a căilor aeriene cu substanțele aspirate la naștere sau după naștere.

f. Cianoza buzelor uscate și întărite nu e un semn de certitudine a morții prin comprimarea gurii, deoarece se poate nota și pe cadavrele expuse la soare timp de mai multe zile.



Fig. 62.— Diagnosticul pruncuciderii. — Semnele macroscopice ale asfixiei prin sufocarea unui nou-născut la termen: petele echimotice ale lui Tardieu pe pleură, sub pericard și pe suprafața thymusului.

g. Turtirea buzelor și a nasului, precum am spus-o, poate avea ca origine și căderea copilului pe față, la naștere sau după naștere.

5. **Fracturile craniene consecutive unor lovituri direct aplicate.**

(Cu pumnul, cu piciorul, cu un corp contondent — băț, lemn, clește, ciocan, tocul unei încălțăminte, muchie de topor, piatră, cărămidă; prin izbirea copilului de un zid, de un bolovan, de pământ, de o ușă, de o mobilă, de un gard, etc.; cu un instrument tăios ori înțepător; prin aruncarea copilului dela înălțime). — Statistica lui *Brouardel*: 21% din cazurile de pruncucidere.

Fracturile, mai ales când îmbracă forma unei adevărate zdrobiri a capului, se notează la oricare din oasele craniului. În loviturile fără o zdrobire care să intereseze întreaga cutie craniană, fracturile se găsesc de obicei la: 1) parietale (fracturi stelate cu razele pornind dela punctul de osificare și cu numeroase fragmente de formă triunghiulară mai mult sau mai puțin regulată); 2) temporale; 3) occipital; 4) frontal.

Se mai notează, nu însă întotdeauna: 1) leziuni mai mari sau mai mici ale pielei capului (prin exostozele sub-pubiene); 2) rupturi ale periostului; 3) rupturi ale meningelor, cu hemoragie meningeă; 4) strivirea parțială sau totală a creierului, cu focare hemoragice în profunzimea substanței cerebrale și bulbare.

Nu ajunge constatarea fracturilor, spre a se conchide la pruncucidere, ci expertul trebuie neapărat să facă diagnosticul de diferențiere prin:

I. *Identificarea formei obiectului cu care au fost produse fracturile.*

II. Verificarea posibilității ca fracturile să aibă drept cauză: a) *repercusiunea unei loviri suferite de mamă în timpul sarcinii* (vezi v. II. pag. 396 și 405); b) *trecerea prin căile genitale* (vezi Vol. II. pag. 479); c) *un accident al nașterii* (facerea precipitată, căderea fortuită a copilului); d) *o intervenție a moașei sau a mamoșului*. — Atunci când se invoacă scuza căderii, e de observat — după cum o dovedește experiența lui *Haberda* — că o zdrobire a capului nu e de admis decât dela o înălțime de minimum 3 m. (Craniul zdrobit în aruncarea copilului dela al 4-lea etaj—*Grzywo-Dobrowski*, 1928).

III. *Deosebirea fracturilor de fisurile congenitale* (Vezi Vol. II, pag....)

IV. *Deosebirea pierderilor de substanță de lacunele de osificare* (vezi vol. II, pag. 480).

V. *Caracterizarea eventualelor fracturi post-mortale* (fie în căderea cadavrului, fie în timpul transportului, fie după dosirea lui, după o moarte de altă natură).

VI. *Revărsări sanguine* (cu cheaguri mai mult sau mai puțin

numeroase) în *capitatea craniană*: la nivelul meningelor și în substanța cerebrală. Prezența acestor extravazate, chiar în putrefacția înaintată, trădează caracterul vital al fracturilor. Un sânge neo-coagulat indică fracturile post-mortale. — Să nu se uite, însă, că hemoragiile meningeale și cerebrale se pot produce și spontan, îndeosebi la pruncul prematur (*Couvelaire*).

Hemoragia intracraniană poate fi consecutivă și unei manopere externe a mamei sau a moașei care a practicat versiunea (observația lui *Naujoks*, 1929). Hemoragia aceasta mai poate fi datorită sifilisului congenital (*Voron, Pigeaud*, 1928).

6. Smulgerea cordonului ombilical

Moartea e provocată de eventuala hemoragie (vezi „Hemoragia ombilicală“ vol. II, pag. 495).

7. Răni făcute cu instrumente tăioase

(Cuțit, briceag, loarfece, satâr, secure, etc.):

a) Implântarea cuțitului sau a foarfecelor în gât, piept, abdomen.

b) Secțiuni profunde cu cuțitul, satârul, securea, la cap, în regiunea gâtului, pe membre.

8. Decapitarea

(Cu cuțitul de bucătărie cu satârul sau cu securea).

Procedeu de pruncucidere extrem de rar, dar totuși se înregistrează cazuri.

9. Amputarea membrelor

(Cu satârul, securea).

10. Depasajul

Sunt excepționale cazurile de ciopărtire a trupului copilului viu; dar chiar atunci când se întâmplă, nu avem a face cu depesarea unui corp viu, pentru că dela prima lovitură (de cuțit, satâr,



Fig. 63. — Diagnosticul pruncuciderii: Cadavru de nou-născut la termen, omorât prin secționarea gâtului.

secure) pruncul a murit. — *a*) *Balthazard* citează cazul unor țărance franceze cari, la instrucție, au mărturisit de a fi ciopărțit pruncii, aruncând apoi fragmentele, să le mănânce porcii. — *b*) O observație dela noi. Primarul unei comune din județul Putna, în trecerea lui prin sat. vede cum un câine sfârșise aproape de mâncat cadavrul unui copil lepădat pe un maidan; împușcă animalul; îi scoate stomacul pe care-l trimite Institutului Medico-Legal din București. Examenul părților din copil găsite în stomacul câinelui ne-a îngăduit să constatăm că pruncul se născuse la termen și respirase.

11. Ințepături mortale

(Cu cuțitul, briceagul, foarfecele, sula, acele de pălărie, etc.).

a) Infigerea unui ac lung în fontanela (*Brouardel, Balthazard*: o moașă din Aveyron-Franța se „specializase” în acest procedeu de suprimare a noului născut).

b) Infigerea unui ac în măduva prelungită (*Brouardel*).

c) Infigerea unui ac de pălărie în inimă, tâmplă, ceafă (*Thoinot*).

Diagnosticul diferențial (rănile cu instrumentele tăioase și înțepătoare, amputările):

1. *Identificarea, după forma și adâncimea rănii* — tăitură, înțepare — *a instrumentului* de care s'a servit pruncuigașa.

2. *Diferențierea rănii vitale de cea post-mortală* (aspectul buzelor rănii, prezența sau absența extravazatului sanguin, prezența sau absența de cheaguri în sângele din rană).

3. *Aspectul amputațiunii congenitale* (prin fire sau ansă amniotică), pentru deosebirea de o amputațiune după naștere.

12. Opăriria

a) Se toarnă peste copil conținutul unui vas cu apă clocotindă.

b) Copilul e aruncat într'o bae fierbinte (ca pruncuigașa să poată invoaca scuza imprudentei sau a ignoranței).

c) Noul-născut e aruncat într'un recipient cu apă în clocote (cazanul de rufe. de exemplu).

Diagnosticul: 1) pielea bășicată; beșicile se diferențiază de cele ale pemfigusului (sifilisul congenital) prin aceea că sunt cu mult mai mari ca acestea din urmă; 2) uneori plămânul e neaerat (*Tardieu*).

13. Combustiunea

Deși foarte rară cu copilul viu, dar totuș s-au înregistrat cazuri. Prezența funinginei ori a cenușei în trachee și bronhii indică neîndoios că pruncul a respirat. — Arderea cadavrului copilului în prealabil asfixiat (strangulare, sufocare, înecare), ori ucis în alt fel (fracturi craniene, răniri cu un instrument tăios ori înțepător, decapitare, amputare, depeșaj) se notează, în schimb, destul de frecvent. (Experiențele lui *Brouardel* și *L'Hôte* au arătat că, într'o sobă

sau într'un cuptor cu un tiraj bun, cadavrul unui prunc poate fi consumat în 3—4 ore, fără ca prin coș să se degajeze vreun miros de natură a atrage atențiunea vecinilor ori a trecătorilor).

În combustiuinea complectă nu se mai pot identifica, în cenușă, decât diafisele osoase. În arderea complectă (găsirea unui cadavru de copil parțial carbonizat, ulterior îngropat — *Beothy*—1928), se mai poate identifica ori corpul întreg, ori părți însemnate ale acestuia.

I. Examenul plămânului unui cadavru carbonizat. — 1. Copilul a respirat, a fost întâiu omorît și apoi ars (însă nu până la complectă consumare): sub acțiunea unei flăcări prelungite din aerat ce a fost plămânul *poate deveni* neaerat (*Brouardel, Montuti*), dar părți din el pot fi cruțate de flăcără.

2. Părțile necarbonizate ale plămânului aerat sunt brune, compacte și friabile; în *docimazia hidrostatică*, se scufundă. — *La microscop*, alveolele se găsesc destinse, umplute cu o substanță granuloasă, parțial filamentoasă (*Pietrusky*, 1925). Acelaș semn îl indică și *Beothy* (1928).

Olbrycht (1929), dimpotrivă, pe baza experiențelor făcute susține că un fragment de plămân, carbonizat până la o profunzime de 2—7 mm., plutește, pe când fragmentul numai pârlit cade la fund. Și explică astfel fenomenul: deși plămânul carbonizat s'a golit de aer, totuș vaporii și gazele formate de acțiunea prelungită a flăcării provoacă o dilatare a parenchimului pulmonar, ca la un plămân emfizematos. — *La microscop*, bronchiile și alveolele, bine dilatate, conțin globule de sânge, fire de cărbune și particule amorfe, cari însă nu pot fi identificate ca elemente ale lichidului amniotic. *De unde urmează că nici proba hidrostatică, nici cea histologică nu au o valoare diagnosticală, spre a se putea conchide cu certitudine dacă, înainte de combustiuinea, copilul a respirat ori nu.* Aceasta o recunoaște și *Pietrusky* care, dându-ne imaginea unui fragment de plămân neaerat (*aspect și consistență identice* ca ale plămânului aerat; *la examenul histologic*: zone cu grămezi de celule epiteliale alveolare, între cari apar globule roșii și ser: zone cu cavități umplute cu un edem de combustiuinea, în cari se găsesc resturi de fibre elastice; înșfârșit, zone cari seamănă cu acele ale unui plămân aerat). conchide: *combustiunea poate simula sau o respirație intensă sau un emfizem de putrefacție.*

II. Aspectul intestinului: sub acțiunea căldurii, intestinul deși neaerat, are aspectul unuia aerat.

III. Aspectul leziunilor post-mortale: modificările suferite nu sunt de natură a justifica o confuzie cu aspectul leziunilor vitale.

Pietrusky vede totuși un semn de oarecare valoare diagnosti-

cală în hematumul extra-dural și în revărsarea unui lichid sangui-nolent în canalul rachidian.

14. Omisiunea conștientă, voită de a se da copilului îngrijirile necesare

(10% din cazurile de pruncucidere).

Se notează sub următoarele forme:

a) *Nelegarea cordonului tăiat*: consecința e hemoragia ombi-licală, însă nu întotdeauna.

b) *Omisiunea de a sparge membranele, atunci când copilul se naște cu ele intacte*: asfixie prin sufocare.

c) *Neînălăturarea fragmentelor de membrane depe fosele nazale și gură*: asfixie prin sufocare.

d) *Necurățarea gurii și a gâtlejului de mucozitățile fetale îngrămădite în ele*: asfixie prin sufocare.

e) *Nedescoperirea din timp a circularelor cordonului*: asfixie prin strangulare.

f) *Lăsarea copilului cu fața în jos, așa cum a căzut în momen-tul expulzării*: asfixie prin sufocare ori asfixie prin înecare (atunci când a aspirat din băltoaca formată de lichidul amniotic, lochiile și urina).

g) *Inaniția prelungită* (noul-născut poate trăi câteva zile fără hrană).

h) *Expunerea la o temperatură escesivă*, fie un frig prea mare, fie o căldură dogoritoare. În *moartea prin frig*: edem pulmonar; plămânul înghețat, chiar neaerat, pluteste. În *moartea prin căldura escesivă*: emfizem pulmonar.

i) *Expunerea la un puternic curent de aer*: congestiune pulmonară.

15. Otrăvirea

Fie prin amestecul substanței toxice în laptele din biberon ori în lichidul îndulcit ce se dă copilului cu lingurița; fie prin stoarce-rea în gura pruncului a unui burete ori a unei cârpe îmbibate într'o soluție caustică sau într'o altă soluție toxică; fie, însfârșit, prin introdu-cerea directă a substanței toxice în gura copilului.

Deși pruncuciderea prin otrăvire e extrem de rară, totuș nu lipsesc exemplele: a) *cu sulfat de cupru* (Haberda); b) *cu strichnină* (Fuhrrer); c) *cu clorură de calciu* (Kob); d) *cu gămălii de chilbrituri* (intoxicație fosforică).

Ungar atrage atenția asupra posibilității ca urmele de sub-stanță toxică, găsite la autopsie, să aibă ca origine o transmisiune placentară, în cursul vieții intra-uterine. Posibilitate nu numai în-trevăzută dar chiar argumentată încă deacum 85 ani de către Au-douard care, în 1845, a demonstrat că, atunci când moartea mamei intoxicată nu e rapidă, otrava (sărurile solubile) trece în placentă

și de aci la făt. O analiză chimică, făcută un an după aceea, (după autopsia unei gravide cărcia i se administrase arsenicul ca substanță abortivă) a identificat urmele toxicului nu numai în uter, ci și în placentă și la făt, nu însă și în lichidul amniotic („Gazette des Tribunaux“, 1846).

Cercetările de laborator mai noi și îndeosebi acelea din anii din urmă ale lui *Becadelli* (experiențe cu femele de animale grele, cărora le-a administrat mercur sau arsenic), fără a dărâma concluziunile lui *Audouard*, reduc însă valoarea cantitativă a transmisiunii pe calea circulației placentare. În adevăr, s'a constatat că din cantitatea receptată, placentă nu cedează fătului decât o parte, care rare ori atinge jumătatea. Se poate chiar întâmpla ca, atunci când moartea mamei e rapidă, toxicul să nu se regăsească deloc în făt (ceea ce confirmă observația lui *Keber*—1865: gravida a murit după 50 ore și, deși arsenicul a putut fi identificat în stomac, intestine, ficat și rinichi, la făt nu s'a găsit nici o urmă cât de slabă a toxicului).

Ziemke (în „*Ueber den Durchgang des Arsens durch den Placentarkreislauf*“ — 1929) punând la punct nu numai latura teoretică dar și cea experimentală a chestiunii, nu se mulțumește să verifice concluziunile înaintașilor, ci le precizează:

1. În teorie, transmisiunea pe cale placentară e o deducțiune logică:

a. Pentru substanțele toxice volatile: după cum pereții capilarelor placentare sunt permeabili atât pentru oxigenul extras din sângele mamei, cât și pentru acidul carbonic fetal eliminat mai departe prin circulația mamei, tot astfel pereții acestor capilare sunt permeabili pentru receptarea substanțelor volatile, cum ar fi oxidul de carbon, cloroformul și eterul. (De notat deci: un anesteziic, atunci când e rău administrat gravidei, poate să se transmită fătului, cu o mai mare sau mai mică vătămare).

b. Alle substanțe toxice (săruri, hidrați de carbon, fier, bacterii, albumine), deși în marea lor majoritate sub o formă modificată, trec și ele în circulația placentară.

2. În practică (examenul chimic). — a. În prealabil e de remarcă, că procentul de toxic prelevat de placentă și, în urmă, parțial cedat fătului nu trebuie calculat în funcțiune de întreaga doză luată de mamă, pentru că, prin spălături stomacale și defecație, o parte din substanța ingerată de gravidă sau administrată acesteia pe altă cale, e eliminată înainte de a se produce absorbțiunea placentară. Absorbțiunea fetală e sub 1% din cantitatea totală regăsită la mamă.

Transmisiunea pe calea circulației placentare nu e constantă nici chiar pentru aceeași substanță toxică; ea depinde: 1. de capacitatea de difuziune a toxicului; 2. de gradul de descompunere a toxicului în organismul mamei și de transformarea lui în combinațiuni inofensive; 3. de cantitatea reținută de anumite organe, cum ar fi ficatul; 4. de starea generală a mamei.

b. Substanța toxică, transmisă fătului, se regăsește și în lichidul amniotic (identificarea aceasta din urmă n'o putuse face *Audouard*).

c. Calculele făcute pentru intoxicația gravidei cu arsenic arată că, față de 195.9 mgr. repartizate la diversele organe ale mamei (în ordinea importanței cantitative: rinichii, ficatul, intestinul subțire, stomacul și intestinul gros), placentă a reținut 3.81 mgr. (inclusiv cele 0.2 mgr. din cordonul ombilical),

iar copilului i-a cedat numai 1,52 mgr., adică 55%. — Cantitatea din lichidul amniotic e aproape imperceptibilă: 0,1 mgr.

d. Față de cantitatea regăsită în organele mamei, cea transmisă copilului e deabea 0,07%. De unde urmează că, atunci când doza luată de mamă e cu mult inferioară celei letale (100—200 mgr.), transmisiunea prin circulația placentară devine cu totul neînsemnată și, ca atare, absolut inofensivă.

e. Transmisiunea nu e constantă.

3. Examenul mamei

Atunci când instrucția pune la dispoziția expertului și pe lemea indicată a fi autoarea pruncuciderii, examenul mamei reale sau numai prezumate se impune din considerațiunile expuse la începutul subdiviziunii „Diagnosticul”: dovada anatomică a facerii, starea fizică și mintală a parturientei.

I. Dovada facerii

Se procedează așa cum am arătat la capitolele „Avortul” și „Facerea”.

II. Starea fizică și mintală

a) Urmărită pentru pruncucidere prin omisiune de îngrijiri datorite pruncului la naștere, femeia poate invoca: 1) starea ei de epuizare; 2) o sincopă prelungită; 3) o turburare mintală trecătoare (în facerea precipitată); 4) ignoranța (în facerea prin surpriză în somn. într'un atac epileptic).

b) Pruncucigașa își mărturisește crima, dar se invoacă în apărarea ei absența discernământului: 1) alienație mintală permanentă sau periodică; 2) psihoză puerperală.

Expertul cântărește toate argumentele în descărcare și conchide fie pentru respingerea lor, fie pentru admiterea lor integrală sau numai parțială (iresponsabilitate sau numai responsabilitate atenuată).

DIVIZIUNEA II.

VĂTĂMAREA SĂNĂTĂȚII, INCAPACITATEA DE LUCRU ȘI SUPRIMAREA VIETII

„Faptul de a lovi sau răni cu *voință*” — mortal ori nu — „o persoană sau *nîi cauza*” — indiferent de mijloacele întrebunțate, direct ori indirect — „orice alte leziuni corporale” (mortale ori nu) — inclusiv turburărilor nervoase, mortale ori nu, trecătoare ori permanente — „se pedepsește, după împrejurarea și gravitate — „ca crimă, ca delict sau ca contravenție” (art. 238 c. p.).

Mutilarea în scopul de a se sustrage dela datoria serviciului militar e un delict calificat și aceeaș pedeapsă, imprescriptibilă, lovește atât pe cel mutilat cât și pe mutilatorul complice (art. 191 c. p.).

Delict mai e tănuirea cadastrului unei persoane omorâte sau moarte în urma unei loviri sau răniri (art. 285 c. p.).

Tot delict e *profanarea cadavrelor*, — delict precizat în proiectul de modificare a codului (art. 477) și care, pe cale de interpretare, se poate deduce și din redacțiunea art. 286 din legea penală în vigoare: „Vericine violează mormintele sau comite acte de profanațiune asupra lor”.

Însfârșit, prin definițiunea dată prin art. 38 c. p., medicul, moașa, farmacistul, empiricul sau orice altă persoană răspunzătoare de încercarea unui avort criminal, poate fi urmărită pentru *tentativă de crimă*.

În afară de sancțiunea penală, există și aceea a despăgubirilor civile, al căror quantum e de fixat după gravitatea faptului medical: 1. pentru urmările unei loviri, răniri sau intoxicațiuni voluntare ori involuntare, deci și ale unui accident datorit neglijenței sau imprudenței; 2. pentru urmările delictului sau crimei comise de un minor (școlar sau ucenic), de un servitor sau de un prepus al stăpânului sau patronului; 3. pentru urmările unei mușcăături ori loviri date de un animal; 4. pentru urmările unei năruiri parțiale sau totale a unei clădiri (art. 998—1003 c. c.).

Legea pentru organizarea meserilor, creditului și asigurărilor muncitorești prevede, în caz de boală profesională ori de accident de muncă, obligațiunea patronală de a da îngrijire medicală, ajutoare bănești temporare, rentă de invaliditate parțială sau totală, pensiune în caz de moarte (art. 114, 117, 119, 125, 141, 142 și 147).

O jurisprudență (Cas., S. II, 24 Martie 1897) statornicește, însă, că *nu există* incapacitate de lucru în spiritul legii, atunci *când această incapacitate nu e o urmare directă a gravității loviturii, ci e de atribuit stării patologice în care se găsea victima în momentul agresiunii*. „Numai medicul este competente să se pronunțe asupra gravității loviturilor, *dacă ele sunt de natură a produce o incapacitate de lucru*” (Cas., S. II, 18 Noembrie 1885). — „Dacă, după părerea medicului

loviturile ar fi fost atât de grave încât pacientul are nevoie de o căutare de 10—15 zile, delictul intră în prevederile art. 239 c. p." (Cas., S. II, 14 Decembrie 1892).

Nu este nici crimă nici delict, când acela care a săvârșit omorul, rănirea sau lovirea a fost silit la aceasta de necesitatea actuală a legitimei apărări (art. 256—257 c. p.). Medicul va demonstra dacă există urme de violență la persoana care reclamă beneficiul legitimei apărări.

Legea, doctrina și jurisprudența — condiționând sancțiunea și gradul acesteia de trei elemente (realitatea faptului medical, natura și urmările lui) — ne indică, prin aceasta, și planul logic de tratare, în aplicațiunea practică, a vastei diviziuni a științei medico-legale, pe care am intitulat-o: vătămarea sănătății, incapacitatea de lucru și suprimarea vieții. Procedând sistematic, vom face întâiu examenul somatic și psihic al individului și autopsia complectă a cadavrului, cu determinarea regiunii atinse și a naturii leziunii sau afecțiunii; în al doilea rând vom interpreta importanța faptului medical, spre a avea astfel elementele de apreciere în ce privește consecințele imediate sau tardive; în sfârșit, vom căuta să demonstrăm existența sau inexistența unei corelațiuni directe între efect și cauză (delictul, quasi-delictul și crima cari formează obiectul cercetărilor judecătorești).

PARTEA I

EXAMENUL INDIVIDULUI

CAP. I

MISIUNEA EXPERTULUI

Misiunea expertului e multiplă. I se pune sau își pune singur o serie de chestiuni înlănțuite, pe cercetarea și soluționarea totală sau parțială a cărora își bazează concluziunile demonstrațiunii sale de aplicațiune practică a științei medico-legale. În ordinea examinării individului, chestiunile acestea sunt:

I. EXAMENUL LOCULUI unde s'a petrecut faptele delictuos; examenul hainelor (vezi: „Technica expertizei“, vol. I, pag. 352—378).

II. IDENTIFICAREA PERSOANEI DE EXAMINAT: victima și autorul sau autorii. (Vezi: vol. I, pag. 397, 517-519; vol. II, „Identitatea“).

III. Natura leziunii sau a afecțiunii

Examenul acesta ne permite să determinăm precis sau numai în oarecare măsură felul în care a fost cauzată leziunea sau afecțiunea; felul cum a fost mânuit corpul vulnerant sau substanța otră-

vitoare; uneori ne îngăduie și deducțiuni asupra îndeliticirii persoanei sau persoanelor răspunzătoare. Așa de exemplu, un măcelar, un autopsier, un student în medicină, un medic, în caz de tăietură, depesaj, prin aspectul rănilor cauzate, lasă, ca să zicem așa, cartă de vizită a autorului. (Cazul relatat de *Taylor*: o soră de caritate, după ce a ucis o persoană, i-a închis ochii — pentru că aceasta era în deprinderea ei și a făcut-o și de data aceasta, fără să-și dea seama). — Dacă victima a fost în prealabil legată, trebuiesc examinate *nodurile*, pentru că forma acestora poate indica îndeletnicirea autorului (există noduri profesionale).

Leziunea arată nu numai locul traumatizat, dar și *felul corpului sau al substanței vulnerante*. Așa, simple excoriații, numai după forma și dispoziția lor, indică dacă ne găsim în fața unei lovituri, a unei strangulări sau a unei sufocări.

Forma leziunii e un element diagnostică în ce privește instrumentul vulnerant. Înțepătura, de exemplu, se prezintă ca o rană de dimensiuni variabile în ce privește orificiul ei și a cărei formă poate fi circulară, ovalară, triunghiulară, pătrată, dreptunghiulară, liniară, neregulată. — Tăietura are, de regulă, înfățișarea unei răni liniare, cu marginile net secționate. — Contuzia are aspectul unei striviri de o întindere și adâncime variabilă. — Un proiectil cauzează o rană caracteristică. — Examinând forma particulară a unei contuzii, *Ziemke* a putut stabili că ea e efectul compresiunii exercitate de o cataramă.

Determinarea corpului vulnerant e anevoioasă, atunci când, la examen, rana e deacum suturată sau cicatrizată. Deasemenea nu mai putem decât cu greu sau chiar de loc să identificăm substanța toxică, dacă intervalul a fost suficient pentru eliminarea completă a otrăvii și nu mai subsistă nici simptomele obiective ale intoxicațiunii.

Expertul servindu-se la nevoie de fotografie, radioscopie și radiografie, notează: 1. situația exactă a leziunii în regiunea examinată (sus, jos, în dreapta, în stânga, în mijloc, într'un colț); 2. felul leziunii; 3. aspectul, forma, dimensiunile și direcțiunea ei; 4. aspectul zonei periferice.

Deasemenea, poate uza de puncția lombară și de examenul urinei, al puroiului, al sângelui.

Însfârșit, notează starea generală a persoanei examinate.

Grație acestei cercetări atente se pot rezolva probleme medico-legale cari, la prima vedere, apar insolubile. Un exemplu (observația lui *Hesselink*—1929): grație fotografiei mărite a leziunii craniene s'a putut preciza matematiceste, că instrumentul de care s'a servit agresorul avea o suprafață vulnerantă de 2 cm. pe 3 cm., și nu una de 2 cm. pe 4 cm. cum arăta instrumentul aparținând persoanei bănuite.

IV. Dacă leziunile sunt reale, camuflate sau simulate; dacă afecțiunile sunt reale sau simulate

(Vezi: *vol. I*, pag. 355-356; 367; 369; 846 și 851. — Vezi și cap. „*Simularca*“, *vol. II*).

Nu odată se notează, de exemplu, o hemoragie intermeningee și o contuzie a scoarței cerebrale, fără să se identifice leziuni pericraniene și craniene (o observație a lui *Nippe* 1926, într'o călcare de automobil).

V. Dacă lovitura a fost violentă; dacă doza toxică a fost mare sau mică

În ce privește rănilile, procedeul examenului diferă, după cum e vorba de o persoană vie ori de un cadavru. În prealabil e de observat, că nu întotdeauna adâncimea leziunii e în funcțiune de însăși violența traumatismului (cu cât instrumentul e mai tăios și mai greu, cu atât pătrunde mai profund în țesuturi, fără să fie nevoie de o presiune excesivă). — Mai e de observat că, atât pe omul viu cât și pe cadavru, garda instrumentului vulnerant (țăitură, înțepătură cu cuțit, pumnal. etc.) cauzează o depresiune tegumentară, cece mărește adâncimea rănilii.

a) *Persoana vie*. — Examenul nu poate fi decât superficial, sondarea putând eventual provoca o infecțiune.

b) *Cadavrul*. — După examenul exterior, rana e explorată prin sondaj, cu sonde de cauciuc, iar nu de metal. Eroarea de interpretare poate fi datorită putrefacției care mărește grosimea țesuturilor interesate.

* * *

În ce privește doza substanței toxice, trebuie să se țină seama de idiosincrazie și de anafilaxie, de starea patologică preexistentă.

VI. În ce direcție a fost dată lovitura

Expertul va determina atitudinea în care se găsea victima și poziția respectivă a acesteia și a agresorului sau agresorilor (vezi „*Technica expertizei*“, *vol. I*, pag. 352-378). Se poate cu chipul acesta să se demonstreze și identitatea autorului (dacă e stângaci sau dreptaci, sau dacă se servește cu aceeași ușurință de ambele mâni).

VII. Dacă rănirea, otrăvirea, înecarea și moartea victimei au fost ori nu precedate de luptă

Indicațiunile ni le dau: urmele de violențe de pe hainele și corpul atât ale victimei cât și ale autorului sau ale autorilor; examenul petelor și al părului (vezi: „*Expertizele*“, *vol. I*).

VIII. Dacă sunt mai multe leziuni, să se determine ordinea în care au fost cauzate

Unele observații sunt clasice: *Tardieu* a notat pe corpul unei victime 100 răni făcute cu foarfecele; cadavrul ducesei de Prasin avea, la cap, 50 răni de natură diferită (contuziuni și tăeturi).

Elementele diagnostice sunt acestea:

1. Dacă există mai multe răni cu hemoragie notabilă, cele cu hemoragia mai abundentă au fost făcute mai întâiu.

2. Dacă sunt făcute cu acelaș instrument, leziunile cu forma neregulată au fost făcute în urmă (explicația trebuie căutată în tocirea cuțitului, a pumnalului, etc.).

3. O rană osoasă, în care s'a tocit vârful instrumentului, e după toate probabilitățile, cea din urmă.

4. Atunci când două răni făcute cu un instrument tăios se încrucișează, se poate, apropiind succesiv buzele uneia și ale celeilalte, să se determine prioritatea. Dacă se lipesc întâiu buzele uneia din răni, buzele celeilalte nu se mai lipesc; rana, ale cărei buze se lipesc, e prima făcută (demonstrația lui *Chavigny*).

5. Dacă, la craniu, se notează două fracturi, aceea cu radiațiunile complete e anterioară celeilalte.

6. Rănile agonice, produse prin cădere, sunt consecutive leziunilor cari au provocat moartea.

7. Rănile de apărare sunt în genere prezumate ca fiind anterioare rănilor mortale.

IX. Dacă rana sau intoxicația a putut cauza boala

Care anume rană în caz de leziuni multiple: ce anume doză din substanța toxică.

Corelațiunea între rană și intoxicația deoparte și boala de alta se determină prin importanța leziunii, gradul hemoragiei și efectele intoxicării. Îndeosebi, prognosticul leziunilor interesând capul trebuie să fie foarte rezervat, nu numai pentru că gravitatea lor depinde de constituția și starea generală a individului, dar și pentru că efectele pot fi foarte tardive. E însă de observat, că starea patologică prezentă poate fi și efectul unei complicațiuni neevitate prin omisiunea sau întârzierea tratamentului apropiat al leziunii.

În boala consecutivă unei infecțiuni a răni, se poate întâmpla ca microbii să nu se găsească deloc pe rana vindecată ori nu, iar infecțiunea cu purulență să se desvolte în adâncime. Expertul ține seama de intervalul scurs între traumatism și izbucnirea infecțiunii. — La un individ în prealabil infectat, traumatismul joacă rolul unui agent de agravare și de generalizare a infecțiunii.

Infecțiunea organelor interne, cu sau fără existența unei leziuni exterioare pe corp, poate fi efectul unei transmisiuni de vecinătate (peritoneiul contaminat dela stomac și intestine; meningele prin infecțiunea propagată prin nas și sinusurile vecine; infecțiunea creierului prin propagarea dela nas la ureche; infecțiunea pleurei prin contaminarea dela bronhii și plămâni).

Bolile prin repercursiunea efectului traumatismului: pneumonia se pronunță la oameni mai în vârstă, cu cordul slăbit; pneumonia de deglutiție e consecutivă unui traumatism cranian sau unei intoxicații; pleurita e consecutivă unei grave contuziuni a peretelui toracic.

Dintre tumori, acele cărora de preferință li se recunoaște o origine traumatică sunt *sarcomul* și *gliomul*. — În ce privește *endoteliomul* durei-mater, acesta se notează uneori, după trecere de ani, în zona traumatizată a creierului. — În caz de *cancer* existent, traumatismul poate provoca metastaza.

X. Determinarea cauzei bolii

Dacă nu are posibilitatea să demonstreze raportul direct sau indirect (efectul la distanță, prin repercursiune) între faptul medical și cauza incriminată, expertul se va strădui să extragă din examenul său cel puțin elementele de oarecare certitudine, cari să-l îndrituească de a conchide la posibilitatea unei legături de cauzalitate.

Despre bolile *centrilor nervoși*, ale *aparaturii respirator*, ale *tubului digestiv*, ale *aparaturii circulator*, ale *pielei*, *mușchilor*, *tendonelor* și *nervilor*, ale *oaselor*, ale *aparaturii genito-urinar*, ale *glandelor digestive*, ale *splinei* vorbim atât la examenul somatic general cât și la localizarea leziunilor și afecțiunilor pe diversele segmente mari ale corpului.

1. DIABETUL TRAUMATIC. O primă indicație: nu trebuie confundat cu diabetul o ușoară glicozurie trecătoare care (în gravele traumatisme ale capului) se manifestă în 8—12 ore după traumatism și, în caz de supraviețuire, dispare în 5—8 zile. Apoi, precum explică *Marcel Labbé* (1929), în observațiunile'i critice prezentate asupra celor două cazuri publicate de *Rousselier* în „*Annales de Médecine Légale*” (Decembrie 1928), *abea poate fi calificată glicozurie prezența unei cantități de glucoză inferioară proporției de 1 gr. la un litru de urină*. În al treilea loc, chiar o glicozurie verificată (prin analiza substanțelor reductrice identificate în urină prin dozarea acetonei) nu are tipul diabetului caracterizat, deoarece, tot cu invocarea autorității lui *Marcel Labbé*, nu odată putem nota glicozurii cari, avându-și originea în turburări funcționale ale ficatului sau ale glandelor endocrine, apar în cursul unor infecțiuni, în cursul sarcinii. Singurul mijloc de confirmare a turburării diabetice e proba hiperglicemiei, prin ingerarea glucozei. Concluziunea învățatului francez e că, fără a tăgădui posibilitatea unui diabet traumatic — eventualitate aproape excepțională, procentul fiind de maximum 2—3% din cazuri — trebuie în prealabil stabilit, dacă nu cumva traumatizatul nu avea o predispoziție diabetică, prin excese de tot felul, dintre cari cele

alimentare sunt cauza generatoare de predilecție a bolii. Numai când ne aflăm în prezența tabloului clinic al diabetului, iar anamneza exclude orice posibilitate de preexistență latentă, și dacă simptomele specifice au apărut brusc, în câteva zile, maximum câteva săptămâni dela producerea cauzei incriminate, putem conchide la diabetul de origine pur traumatică. Deaceea nu putem lua drept diabet de atare origine cel notat în unele din observațiile lui *Brouardel* și *Richardière* și care a izbucnit la 5 luni dela traumatism, și cu atât mai puțin putem ține seama de observațiile lui *Ferichs*, cu deslănțuirea și mai tardivă a infecțiunii zaharate — după 4 ani. Dealtfel, din cele 25 observații ale lui *Brouardel*, în 20 diabetul s'a manifestat în mai puțin de 8 săptămâni.

În ce privește patogenia diabetului traumatic e demonstrat, pe baza observațiunilor făcute, că boala e consecutivă mai ales leziunilor sau șocurilor cari interesează craniul (fruntea, vertexul, tâmplele, occiputul), abdomenul, coloana vertebrală, membrele.

Din cele expuse reiese că, după intervalul în care se produce, putem avea de deosebit:

a) Diabetul precoce, care se pronunță în primele zile dela traumatism și al cărui prognostic e din cele mai favorabile.

b) Diabetul tardiv, care nu apare niciodată înainte de o lună, dar al cărui prognostic poate fi din cele mai îngrijorătoare.

* * *

Complicațiunile acestuia din urmă pot fi:

1. *Cutănate* (diabetide): mâncărime, eczema, antrax, balanită, gangrena uscată sau umedă a membrilor.

2. *Pulmonare*: tuberculoza, bronco-pneumonia, gangrena pulmonară.

3. *Cardiace*: colaps cardiac.

4. *Digestive*: anorexie, stomatită, faringită, turburări gastro-intestinale, vărsături, diaree.

5. *Renale*: albuminurie.

6. *Nervoase*: turburările mersului cu incoordonare și abolirea reflexelor (simulând tabesul), hemiplegia, convulsiunile, nevralgiile tenace, turburările trofice („mal perforant plantaire“).

7. *Oculare*: cataracta, hemoragiile retiniene, retinita, neurita optică.

8. *Coma diabetică* fatal mortală.

* * *

După persistența infecțiunii distingem:

Diabetul acut, care e o formă a diabetului precoce sau tardiv, dispare în maximum câteva luni, fără a lăsa nici o urmă; numai excepțional e letal. (1. La 8 zile dela traumatism — un accident de automobil — se identifică în urină glucoză în proporție de 1,025 gr. la litru, urme de albumină și mici cantități de aceton. La 2 luni dela accident, un mare șoc moral și psihic: glucoza dispare complet — *Rousselier*, 1928.—2. Două lovituri în abdomen. La 2 luni dela traumatism: un diabet tardiv, cu evoluție rapidă și agravantă, puțin după aceea moartea — *Kaufmann*, 1929).

b) Diabetul cronic, care nu trebuie confundat cu forma cronică spontană a bolii, are o evoluție lentă care comportă ori vindecarea ori sfârșitul letal.

2. SIFILISUL POST-TRAUMATIC se notează în transmisiunea directă (mușcătură) sau în cea indirectă, prin sepsia sifilitică a instrumentului vulnerant (Transmiterea sifilisului în urma unei injecțiuni cu cafeină — *Gougerat-Filiol*, 1926). Perioada de incubare: 20-50 zile.

3. ANTRAXUL poate fi consecutiv unei răni cât de neînsemnate, care constituie poarta de intrare pentru microbul infecțiunii. Perioada de incubare e de 2 zile.

4. MORVA se produce în aceleași condițiuni. Intervalul de incubare: 3—5 zile.

5. TETANOSUL are și el ca origine o rană cât de neînsemnată. Intervalul de incubare: 2—3 zile.

6. TURBAREA are ca origine o mușcătură. Incubarea în 20—60 zile.

7. GUTA. — Nu poate fi vorba de o gută datorită numai traumatismului, ci numai de o agravare a bolii și de provocarea unor complicațiuni (crize articulare) la gutoși.

8. REUMATISMUL. — În reumatismul cronic, traumatismul poate trezi o artrită, poate localiza procesul morbid la o încheietură teafără; traumatismul poate chiar provoca o artrită uscată crepitantă mono-articulară.

9. OBEZITATEA are un raport indirect cu traumatismul prin aceea, că imobilizarea prelungită a răniului poate favoriza dezvoltarea exagerată a țesutului adipos.

10. LUMBAGO TRAUMATIC se diferențiază de cel al reumatismului cronic (influența temperaturii ambiante a vremii, durerile bilaterale, exacerbarea în timpul nopții) prin următoarele elemente: a) punctul dureros unilateral; b) agravarea la anumite mișcări și potolirea în repaus; c) prezența edemului și a suzuziunii sanguine.

11. SCLEROZA ÎN PLĂCI: 3 observațiuni de agravare și chiar de provocare directă (*Barre-Liéou*, 1927).

12. ANGINA PECTORALĂ ORGANICĂ de origine traumatică e extrem de rară (un caz consecutiv saturnismului cronic — *Kohn*, 1929).

13. REVĂRSAREA CHILULUI ÎN PLEURĂ, consecutivă unei rupturi a canalului colector al limfei, fie prin rănirea gâtului, fie printr'o gravă contuzie toracică. De obicei localizată la dreapta, revărsarea poate excepțional fi și bilaterală. Puncțiunile repetate pot provoca moartea, în 50 % din cazuri (La 3 săptămâni dela traumatism, semne de revărsare pleurală. După 7 săptămâni, dispnee și cianoză. În trei thoracenteze, practicate la interval de 2 și 4 zile, se extrag succesiv 2, 6 și 4 litri de lichid chilos. Ameliorare progresivă prin resorbirea restului revărsării; vindecare — *Grénaud*, 1928).

14. APENDICITA TRAUMATICĂ e consecutivă unei contuziuni abdominale (în partea dreaptă sau în partea inferioară), directă ori indirectă (cădere, tamponare). Numeroase observațiuni confirmă posibilitatea unei atari origini (1. În 4 cazuri examinate s'a găsit, pe deasupra, o concrețiune fecaloidă în abdomen — *Bissel*, 1928. — 2. O fată de 10 ani e lovită în abdomen de aripa unui automobil. Dureri mari, febră; apendicită caracterizată — *Harboch*, 1920. — 3. Un băiat de 12 ani, în căderea dela 50 cm. înălțime, se lovește în partea dreaptă a abdomenului. La operație: un exudat seros în cavitatea abdominală; apendicele flegmonos — *Oden*, 1929).

15. FENOMENELE FEBRILE notate indeosebi în alcoolismul cronic, consecutive unui traumatism mai mult sau mai puțin violent.

16. CONTAMINAREA: a) șancrul sifilitic al buzelor suflătorilor din fabricile de sticlă; b) șancrul moale — incubarea în 1—2 zile; c) erisipelul în 4—6 zile; d) lepra — 6 luni până la 20 ani; e) oreionul — 15 zile; f) paludismul în 6—12 zile; g) febra tifoidă — 14 zile; h) varicela în 14—15 zile; i) variola — în 12 zile.

17. CACHEXIA e o consecință indirectă a traumatismului, prin bolile pe cari le provoacă direct sau prin complicațiune (cardiopatiile, afecțiunile renale, cancerul, tuberculoza, anemia, sifilisul, saturnismul).

Cachexia strumiprivă sau mixedemul post-operator se poate nota după ablațiunea totală a gușei, fie în forma precoce, fie în forma tardivă (3—4 luni dela intervenția chirurgicală).

XI. Rana mortală

E orice leziune care, fie imediat, fie cu întârziere, cauzează moartea. (Ruptura tardivă a inimii în cursul unei septicemii gangrenoase, consecutivă unei simple înțepături cu un cuiu la mâna stângă—*E. Sorel*, 1927).

Traumatismul, spre a putea fi calificat mortal, nu trebuie neapărat să se traducă prin leziuni anatomice de natură a compromite în mod definitiv funcțiunile vitale. De multe ori, un traumatism ușor, care nu lasă nici o urmă notabilă sau chiar cel puțin preceptibilă fie pe corp fie în cavitățile craniană, toracică și abdominală, cauzează totuși moartea imediat — moartea prin inhibiție, consecutivă unei simple atingeri pe laringe, ceafă, abdomen, testicule, etc. Nu avem a face cu o rană propriu-zisă; nu e însă de contestat că traumatismul e cauza morții. — Tot așa cu ruperea unui anevrism sau cu congestiunea cerebrală, cari se pot produce în cursul unei agresiuni, fără ca efectul letal să fi avut de cauză un traumatism grav.

Uneori se produce moartea, *fără ca rana să fi fost capabilă de a o provoca*. În atare caz, expertul demonstrează că *rana a grăbit moartea pe un teren subminat* (preexistența unei leziuni organice sau a unei anomalii constituționale de natură a periclita viața sub influența unui traumatism).

O rană e întotdeauna mortală:

1. Dacă interesează capul: *a.* comițiunea violentă cauză a hemoragiei cerebrale; *b.* strivirea pe o întindere mare a substanței cerebrale și a măduvei prelungite; *c.* hemoragiile traumatice în ventriculele creierului, în puntea lui Varole, în măduva prelungită.

2. Dacă interesează organele interne, atât din cavitatea abdominală cât și din cea toracică. Așa, de exemplu: în *peritonita traumatică*, urcarea temperaturii (semnul clinic) apare la 4—7 ore dela producerea leziunii intestinului; semnele anatomo-patologice ale peritonitei sero-fibrinoase apar după 6 ore, iar fenomenele hiperemiei inflamatorii în 3-5 ore.—În caz când tubul gastro-intestinal și vasele abdominale au fost simultan lezate iar moartea survine în mijlocul simptomelor de anemie acută, nu se mai pot nota indicii anatomo-patologice de peritonită, nu numai din cauză că n'au mai avut vreme să se producă, dar și pentru că pierderea considerabilă de sânge stingherește evoluția procesului inflamatoriu.

* * *

În cazul când constatăm mai multe leziuni, atunci se pot prezenta următoarele eventualități:

1. *Nici una din leziuni, considerată în parte, nu e mortală, dar totuși complexitatea rănilor a putut cauza moartea.*

2. *Numai una sau câteva din răni sunt mortale*, iar celelalte nu interesează nici o funcțiune vitală.

3. *Toate leziunile examinate au caracterul de răni mortale*. În cazul acesta, expertul are de determinat: *a.* care anume din aceste răni a fost mai periculoasă; *b.* în ce ordine au fost cauzate rănilor. Demonstrațiunea aceasta dublă e mai ales necesară atunci când sunt doi sau mai mulți agresori. Dacă e vorba de un sinucigaș, se determină dacă, după una sau, excepțional, după două lovituri mortale, a putut să-și mai cauzeze și altă leziune, mortală ori nu.

XII. Momentul în care victima a sucombat efectelor traumatismului sau otrăvirii

Se determină prin: examenul leziunilor anatomice, docimazia hepatică, fenomenele cadaverice, precum și prin examenul coprologic (*Vol. I, pag. 471*).

XIII. Vechimea rănii: cicatricile

Vechimea unei răni se apreciază: 1. după starea ei înainte de cicatrizare; 2. după aspectul cicatricii.

În prealabil trebuie să observăm: 1. procesul de cicatrizare n'are o durată constantă; 2. evoluția unei cicatrice e influențată de numeroase condițiuni externe și patogenice; 3. odată ajunsă în stadiul definitiv, cicatricea nu mai e susceptibilă de modificări ulterioare; 4. cicatricea poate fi abea vizibilă, în care caz se recomandă fricționarea locului, spre a se provoca congestia țesuturilor vecine; 5. greu se poate identifica o cicatrice în zonele piloase; 6. din cauza contractării sau a întinderii cicatricii, nu se mai poate preciza dimensiunile leziunii originare.

Există și cicatrice osoase.

Dacă examenul interesează o persoană vie, se notează exact: sediul, dimensiunile, aspectul, colorația, forma, gradul de organizare, aderența de țesutul subjacent (verificarea se face prin tracțiuni ușoare), starea zonei vecine (dacă, în jurul cicatricii, există indurații); dacă regiunea prezintă dilatații varicoase ale venelor; dacă partea interesată e edemațiată în vecinătate sau supusă la infiltrațiune după mers sau din cauza prelungirii unei atitudini a corpului; dacă notăm cicatrice pe membre, le impunem acestora mișcări încete, spre a putea aprecia gradul jenei funcționale; în caz de cicatrice fistulară, prezența corpului străin e revelată prin radiografie.

La examenul unui cadavru, cicatricea e studiată strat cu strat.

La examinarea unei cicatrice trebuie să demonstrăm:

1. Dacă e sau nu o cicatrice consecutivă unei răni. Pentrucă există și cicatrice de origine patologică, manifestație diatezică, boli

de piele ulcerose cari se vindecă prin cicatrizare: variola, acne, lupus, ulcerele șancroase, ulcerele sifilitice, scorbutice, scrofuloase. Nu trebuiesc uitate cicatricile de *origine chirurgicală* și cele de *mutilare etnică* (circumciziunea).

2. Forma cicatricii. Nu întotdeauna cicatrícia are o formă corespunzătoare aceleia a rânii pe locul căreia s'a format. O atare concordanță se poate observa la:

a. Tăeturile și înțepăturile făcute ca instrumente înțepătoare și tăioase totodată: cicatrice *liniară*.

b. Rănile cu armele de foc: cicatrice *circulară*, în formă de pâlnie, cu tatuajul periferic indelebil, constituit de firele de pulbere; colorațiunea e sau negricioasă sau cenușie. Colorațiunea cenușie se poate însă nota și la cicatricile rupturilor prin strivire, — nuanță datorită impurităților cari au aderat în timpul procesului de vindecare.

c. Rănile cu instrument înțepător cu muchii: *cicatrice stelată*.

d. Contuziunile dau cicatrici *late neregulate* sau *stelate* (în striviri).

e. *Arsurile, cauterizările* de gradul III dau cicatrici *turtite radiate, pigmentate*.

Arsurile de gradul II se vindecă fără cicatrice. Numai la început se notează o roșeață care, dacă e persistentă, duce la pigmentare, care însă nu e caracteristică, deoarece ea se vede și în zonele cu hiperemie îndelungată.

Dar nici în aceste cazuri cicatrícia nu reproduce fidel forma rânii: intervenția chirurgicală — uneori se observă urmele suturii — reduce sau mărește leziunea (prin inciziunea făcută pentru explorarea unei râni cu armă de foc și extragerea proiectilului, rana capătă aspectul unei tăituri și cicatrícia nu mai e rotundă).

Vom mai observa că, atunci când evoluția vindecării e normală, nu se poate preciza, dacă avem aface cu cicatrícia liniară a unei tăituri sau a unei plesniri (efect al contuziunii).

3. Vechimea cicatricii e greu de precizat după aspect. Există cicatrici keloide, cari sunt vestigiul nu numai al unei râniri, ci și al unei umflături și cari apar abea după săptămâni ori chiar luni dela producerea traumatismului. Pe când cicatricile turtite, prin retractiunea lor, seamănă cu o cută naturală.

În genere, o cicatrice *recentă* e roșiatică, una *veche* e albi-cioasă, sifidie.

Dacă avem de examinat două sau mai multe cicatrici, se prezintă două eventualități: a. dacă unele sunt vechi și altele recente, vârsta se determină după colorațiune; b. dacă însă toate sunt de acum vechi, nu se mai poate da nici o indicațiune asupra epocii la care au început să se formeze.

4. E cicatrícia indelebilă sau susceptibilă de a dispărea?—

Atunci când e interesată și derma, cicatricea rămâne pe viață (în această categorie intră și vergeturile sarcinii). Dimpotrivă, o cicatrice superficială, datând din copilărie sau adolescență, poate dispărea cu timpul.

5. Complicațiunile cicatricilor: *a.* jena funcțională; *b.* formațiunea canceroasă; *c.* redeschiderea cicatricii și infecțiunea posibilă; *d.* durerile persistente cari reapar la schimbarea temperaturii.

XIV. Diferențierea unei răni vitale și agonice de una post-mortală

Accastă diferențiere e necesară din două considerațiuni: 1. pentru determinarea etiologiei faptului medical examinat: crimă, sinucidere, accident; 2. se pot nota pe un cadavru în acelaș timp leziuni cauzate în viață și leziuni făcute după instalarea morții.

Elementele de diferențiere sunt: *a.* prezența sau absența sufuiziunii sanguine în zona lezată; *b.* prezența sau absența hemoragiei și starea sângelui; *c.* proprietatea de retracțiune a buzelor răni; *d.* fenomenele de vindecare; *e.* gradul de rezistență a țesuturilor musculare și osoase.

Trebue, însă, să observăm, în prealabil, că diferențierea pe temeiul acestor elemente e adesea anevoioasă. chiar pe un cadavru proaspăt; cu atât mai vârtos pe unul deacum intrat în putrefacție sau ciopătit (Observația edificatoare a lui *Corin*: pe cadavruul unui înecat notează o rană deschisă; cu ajutorul anamnezei stabilește că individul, cu 14 zile înainte, fusese liberat din spital cu o leziune operatorie bine cicatrizată. Redeschiderea răni se explică prin autoliza și putrefacția cari au provocat plesnirea cicatricii).

A. Rana vitală

Caracteristicile esențiale ale unei răni vitale *recente* sunt: 1. buzele desfăcute și infiltrate cu sânge încheșat; 2. fundul răni deasemenea infiltrat cu sânge; 3. hemoragia externă mare cu sânge coagulat; 4. hemoragie mare într'o cavitate seroasă sau într'un parenchim; 5. aspirarea sângelui până în alveolele pulmonare (în fractura bazei craniului cu pierderea cunoștinței și în răni grave ale gâtului); 6. embolia grăsoasă pulmonară (în fracturi) și embolia gazoasă (în leziunea venelor mari ale gâtului) sunt specific consecutive unei răni vitale, pentrucă, prin abolirea circulației, ele nu se mai pot produce post mortem; 7. efectele șocului traumatic.

Semnele oricărei răni vitale, fie că moartea s'a produs imediat sau cu o întârziere nedeterminată, sunt:

1. Extravazatul sanguin sub rană și în rețeaua țesuturilor

vecine. Sufuziunea hipostatică se identifică prin absența coagulării sângelui, astfel că prezența unui chiag consistent în extravazatul de pe un cadavru chiar putrefiat e o dovadă de natura vitală a rănii. Extravazatul sanguin nu e totuși un semn de certitudine absolută, pentrucă în unele leziuni violente (cu instrument tăios, ori înțepător, cu arma de foc, contuziune extrem de gravă în cădere, în tamponare sau în călcare) sufuziunea în țesutul învecinat poate lipsi. Această absență se explică prin: *a.* o bruscă hemoragie abudentă în afară sau una internă care n'a mai dat vreme sângelui să sufuzeze; *b.* moartea instantanee sau extrem de rapidă, care se produce prin paralizia inimii; *c.* anemia externă; *d.* turburările inervării vaselor (comoția și compresiunea cerebrală).

Sufuziunea e de regulă neînsemnată în inciziunile chirurgicale (de exemplu în laparotomie).

2. Infiltrațiunea seroasă în vecinătatea extravazatului sanguin, care e produsul coagulării, nu trebuie confundată cu un *edem reactiv*.

3. Umflarea și hiperemia reactivă a buzelor rănii, care nu trebuie confundată cu *replețiunea hipostatică*, poate lipsi în moartea imediat consecutivă rănii. — Umflarea buzelor rănii poate să se reducă sau chiar să dispară cu totul, prin evaporarea sau hipostaza lichidului sanguin. — Apoi, hiperemia e constant absentă la rănile de pe un înecat care a stat mult în lichidul de imersiune: apa, prin imbibarea țesuturilor, dizolvă hemoglobina din sânge, iar rănile se decolorează (cele superficiale în 8—10 zile, cele mai adânci în maximum 15—30 zile).

4. Acumularea de leucocite în zona rănii și generalizarea leucocitozei. — Semnul acesta diferențial, care e al lui *Verderau*, se verifică prin gradul leucocitozei: aceasta e de *3 ori mai mare la o rană post-mortală decât la una vitală*.

5. Retracteriunea țesuturilor depe marginile rănii, lărgind-o astfel pe aceasta. Retracteriunea cutanată, care se explică prin elasticitatea și retractilitatea pielii, persistă un timp îndelungat după moarte (*Haberda* a notat această particularitate într'o desgropare făcută la 4 luni dela deces). Gradul retractilității cutanate e în funcțiune de grosimea tegumentului (pielea mai subțire se retractează mai pronunțat) și de aderența mai mare sau mai mică a pielii de țesutul subjacent: de aceea căscătura rănii e maximă în regiunea gâtului și minimă pe pericranii și pe spate. — Cât despre *retractiunea musculară* (care e îndeosebi accentuată în secționarea transversală) și cea *tendinoasă*, ele au o durată mai scurtă ca aceea a pielii. — Retracteriunea vitală se notează și la rănile cari interesează tracheea și arterele; țesutul venelor, însă nu se bucură de această proprietate.

Erori de interpretare: 1. *Retractilitatea* se poate observa și la o rană nevită, atunci când aceasta e făcută imediat după moarte; dar căscătura leziunii e cu mult mai mică decât la una vitală. — 2. *Rigiditatea cadaverică*, în timpul instalării ei, poate provoca o retractare a mușchilor, dar după ce a cuprins întreg corpul, în timpul dispariției ei treptate, rigiditatea nu mai poate fi generatoare a retracțiunii.

6. Hemoragia, care poate fi externă, internă și mixtă, e socotită drept semnul prin excelență pozitiv al naturii vitale a rănii. Pentrucă o rană post-mortală, chiar atunci când sunt interesate organe mari și bogate în sânge, nu poate cauza o anemie atât de pronunțată ca aceea consecutivă leziunii vitale. Trebuie însă să adăugăm că o însemnată hemoragie post-mortală externă se poate nota în leziunile cauzate după moarte în venele subcutanate din zona hipostazei (de exemplu: fractura occiputului care interesează sinusul). Deasemenea se poate înregistra o notabilă hemoragie internă a leziunii post-mortale, interesând vasele mari sau organele bogate în sânge (ficatul, splina), atunci când rana e făcută pe un cadavru care atărnă.

a) *Cantitatea* hemoragiei post-mortale e întotdeauna mai mică decât a hemoragiei vitale (Experiența demonstrativă a lui *Schulz*: prin rana făcută în ficatul unui cadavru nu s'a scurs, într'un interval de 24 ore, decât 100 cc. de sânge, pe când în rana vitală a ficatului se găsește în unele cazuri, în cavitatea abdominală, până la 1 litru de sânge și chiar mai mult).

b) O caracteristică a hemoragiei vitale e *coagulabilitatea* sângelui în rană, în corp, pe haine, pe obiectele dimprejur. Totuși lichidul sanguin nu se încheagă deloc în cavitatea peritoneală, iar în pleură se coagulează numai parțial.

Semnul coagulabilității nu are o valoare absolută, în urma experiențelor lui *Taylor*, *Corin* și ale altora, cari au adus la concluzia că și sângele cadaveric, inclusiv cel asfixic, se poate coagula într'un răstimp de câteva ore dela moarte. fie că e sau nu în contact direct cu aerul — deci și cel din cavitățile corpului. Cheagurile cadaverice interne se pot întâlni frecvent în: ventriculul drept al inimii, aorta, artera pulmonară, vena-cava superioară, venele jugulare și subclaviere, în sinusul durei-mater. Intocmai ca formațiunile vitale, cheagurile post-mortale pot fi cruorice sau fibrinoase. Trebuie să adăugăm, că în sângele asfixic și în cel al oricărei morți rapide, cheagurile cadaverice — mai puțin numeroase, — sunt cruorice, moi; în moartea lentă, dimpotrivă, coagulabilitatea post-mortală e mai mare și mai fibrinoasă.

Singurul element cu adevărat diferențial e numai gradul de coagulare: în hemoragia post-mortală cheagul e mai rar ca în sângele vital; sângele cadaveric nu se infiltrază în țesuturi și nu aderă de

buzele și de fundul rănii; cheagurile cadaverice intravasculare nu umplu lumenul și nu aderă de pereți.

I. Hemoragia externă e o caracteristică a rănii vitale, dar ea poate totuși lipsi, deosebi în leziunile cutanate: 1. când plaga e făcută cu un instrument prea fin; 2. când rana se prezintă ca o smulgere; 3. când, prin poziția anatomică a rănii, prin secționarea unui vas mare, sângele a avut posibilitatea să se răspândească întâiu într-o cavitate a corpului; 4. când, prin violența sa, traumatismul interesează direct sau indirect (prin șoc) inima și aorta și se produce automat o suspendare a funcțiunii circulatorii.

Prezența sufuziunilor subcutanate și intra-musculare, invizibile la examenul exterior, se poate verifica prin incizarea pielii și a mușchiului. Proba aceasta e recomandată de *Walcher* (1928) și pentru omul viu.

Dimpotrivă, se poate nota o hemoragie externă și la o rană post-mortală, în momentul când începe putrefacția: sub presiunea gazelor intestinale, sângele e împins din organele intra-toracice către vasele superficiale. Singurul element de diferențiere e că acest sânge e fluid.

II. Hemoragia internă se trădează prin: 1. paloarea pielii; 2. formațiunea slabă de pete cadaverice; 3. anemia organelor parenchimotoase (licatul e castaniu deschis, bătând în galben); 4. absența sau insuficiența apariției punctelor hemoragice pe secțiunile acestor organe. — Deși, prin secționare, se poate provoca evacuarea unei mari cantități de sânge în zona hipostatică, iar organele să se golească parțial de conținutul lor sanguin, e de observat, însă, că *niciodată nu se produce, post-mortem, o golire a vaselor țesutului parenchimos*. Singura dificultate serioasă, insolubilă putem spune, se ivește atunci când putrefacția înaintată sau disoluțiunea în apă a descompus parenchimul.

Hemoragia internă nu e întotdeauna imediat consecutivă leziunii, ci se poate produce cu o mai mare sau mai mică întârziere: (1. După 36 ore până la 12 și chiar 14 zile, în plesnirea, ruptura sau strivirea splinei—*Perrin*, 1926; *Klassen*, 1928. — 2. Epistaxis mortal consecutiv leziunii carotidei interne; primele manifestațiuni: pierderea cunoștinței, hemoragie pe nas, gură și urechi, rupturi timpanice bilaterale; ulterior, la fiecare 14 zile, hemoragii violente, în cantități de până la 1 litru și jumătate, pe gură și pe nas; moartea—*Kümmel*, 1928. — 3 Hemoragia uterină tardivă, în urma unei contuziuni — *Brandis*, 1927).

Deosebim:

1. *Sufuziunea sub-cutanată* (echimoze, bose și pungi sanguine); dar există și sufuziuni post-mortale, fie spontane (pe teren hipostatic), fie chiar traumatice, pentru întâia oară identificate și verificate de *Christison*.

2. *Extravazatul interstițial profund* notat în deosebi în leziunile interesând mușchii, vasele din stratul celular subcutanat. Și acest extravazat se poate, excepțional, întâlni și într-o rană post-mortală.

3. *Hemoragia în cavitățile seroase*. Se notează și în rana post-mortală, numai atunci când, prin deschiderea sa, un mare trunchiu venos e pus în comunicație cu cavitatea.

4. *Hemoragia în parenchime*.

III. Hemoragia mixtă: o revărsare sanguină care, concomitent, se produce și pe rană și în interiorul corpului.

Cu un cuvânt, hemoragia poate fi un semn *pozitiv* al naturii vitale a rănii, cu condiția însă ca ea să fie abundentă și să nu fie situată într-o poziție declivă a corpului.

7. Granularea și formațiunea cicatricială pe epiteliul buzelor

rânii sunt un semn vital de o netăgăduită valoare diagnostică. Cicatricele, de regulă late, neregulate, sunt rar liniare.

8. *Aspirația sângelui până în alveolele pulmonare* (notate în leziunile laringelui, tracheei și plămânilor; în fracturile craniene). Dacă focarele de aspirație sunt periferice, ele se pot identifica și macroscopiceste ca pete reliefate de un roșu închis. — *Schultz* a văzut, în ambii plămâni, masse de aspirație până la mărimea unui ou de găină, la o față sinucisă printr'un foc de revolver descărcat în gură.

9. *Emboliile* sunt și ele un semn de certitudine al naturii vitale a rânii, pentru că ele nu se pot produce în absența funcțiilor vitale ale circulației și respirației. Se disting patru tipuri: grăsoasă, gazoasă, histologică și de corpi streini exogeni.

I *Embolia grăsoasă* interesează, de regulă, plămânul, și e consecutivă unei contuziuni, unei striviri sau unei sfâșieri a stratului grăsos subcutanat, unei comotii și mai ales unei fracturi a oaselor a căror măduvă e bogată în grăsime. Macroscopiceste, *embolia pulmonară* se identifică prin hiperemia și edemul ușor al organului respirator. Ea persistă și în putrefacția avansată.

Mecanismul emboliei: o părțică din grăsimea fluidă pătrunde în venele deschise, de unde se îndreaptă spre ventriculul drept al inimii și vasele pulmonare, fixându-se în capilarele alveolelor plămânilor, constituind astfel edemul pulmonar. Excepțional o parte din grăsime, străbătând plămânul, pătrunde în circulația mare, provocând astfel nu numai embolia pulmonară dar și cea cardiacă, renală și cerebrală. Aceasta din urmă e secundară emboliei renale și se manifestă prin hiperemie, edem, purpura, necroză și ramolism cerebral.

După *Ribbert* simpla comotie a oaselor ajunge pentru detașarea, din măduva acestora, a unui embolus grăsos. Deasemenea, singura strivire sau sfâșiere a stratului grăsos subcutanat (nu numai consecutiv unei contuziuni, ci chiar unei extensiuni a unui membru ankilozat) e suficientă pentru degajarea embolusului. (Observațiile lui *Jolly* cu embolia grăsoasă pulmonară la alienații cari, isbindu-se de pereții celulelor în cari se aflau închiși, și-au strivit o parte din țesutul grăsos subcutanat. *Bürger* a notat embolia grăsoasă pulmonară la o femeie de 47 ani, moartă pe urma unor lovituri cu un băț, cari, între altele, îi cauzaseră o strivire a țesutului adipos depe spate). O observație a lui *Ziemke* (moartea năprasnică a unui copil călcat de un vehicul și pe cadavrul căruia, deși nu s'a găsit decât vreo 20 cc. de sânge liber revărsat, s'a notat o multiplă embolie grăsoasă pulmonară) întărește și mai mult constatarea că nu e neapărat nevoie de o mare hemoragie, pentru că embolia grăsoasă se produce fulgerător, înainte chiar ca o mare cantitate de sânge să se fi revărsat din vasele secționate, rupte sau strivite.

Embolia post-mortală. — Cât despre posibilitatea unei embolii grăsoase post-mortale, chestiunea e controversată, deși *Westenhoeffer*, *Bohne*, *Neurester*, *G. Strassmann* stăruie asupra influenței putrefacției. După ei, în cursul putrefacției, imediat după moarte, grăsimea devenită liberă e împinsă de presiunea gazoasă până în micile artere și în capilarele pulmonare; dar, experiențele demonstrative ale lui *Ziemke*, chiar acele cari n'au dat greș, nu pot fi concludente. Chiar în ipoteza afirmativă, embolia post-mortală n'ar putea avea decât o mică extensiune.

II. *Embolia gazoasă*, care e extrem de rară, se produce prin pătrunderea aerului în vasele deschise prin secționare, ruptură, sfâșiere: aerul aspirat se acumulează în ventriculul drept; la inima stângă nu ajunge decât numai atunci când orificiul oval e permeabil. Uneori pătrunde și în ramificațiunile arterei pul-

monare și chiar în circulația cea mare, putând provoca embolia gazoasă cerebrală (observația lui *Walcher*, 1925).

În unele cazuri de hemoragie, aerul e aspirat în venele în stadiul dispneic al morții hemoragice. Embolia gazoasă se mai poate produce, prin pătrunderea aerului în capilarele pulmonare, în contracțiunile inspiratorii și expiratorii ale asfixiei, prin creșterea presiunii intra-pulmonare.

Sângele embolos e spumos.

Valoarea diagnostică a emboliei gazoase se poate invoca numai la cadavre proaspete, dar nici atunci cu certitudine, pentru că *Marchand* a găsit bule gazoase de ale putrefacției și în sângele inimii drepte la un mare număr de atari cadavre.

După *Jankovich* (1925) embolia gazoasă cadaverică, atunci când nu există septicemie gazoasă, se poate produce de regulă în a 3-a zi după moarte.

Embolia gazoasă, atunci când se poate confirma, își are originea într-o leziune a venelor gâtului, într-una a sinusului sau în ruptura (prin injecțiune de exemplu) a venelor uterului gravid, recent ușurat.

III. Embolia histologică — adică embolus constituit din fragmente de creier ficat, măduvă osoasă — e excepțională. Ea se produce aproape fulgerător: în vasele pulmonare ale unui sinucigaș mort instantaneu în urma unui foc de revolver descărcat în piept, cu ruperea venei-cave și cu sfâșierea ficatului, s'a găsit în vasele pulmonare fragmente de țesut hepatic (*Zenker*).

1. Cel mai frecvent notat e *embolusul hepatic*, consecutiv unei striviri a ficatului cu rupturi mai mari în rețeaua vasculară a organului. Fragmentele, uneori de mărime considerabilă, cărate de sânge, pătrund în inimă. (După un accident de cale ferată, cu strivirea ficatului și ruptura transversală a venei-cave inferioare *Schmorl* a găsit, în auriculul drept, un fragment de țesut hepatic de 55 gr., iar în ventriculul drept un fragment și mai mare; în auriculul stâng, un fragment de mărimea unei fasole; deasemenea a notat masse embolice mai mici în artera pulmonară și un dop de țesut hepatic în trunchiul arterei renale).

2. Embolusul poate fi constituit și din alte țesuturi: măduva oaselor, mielină celule ganglionare, etc. (La un copil născut în prezentația șezutului, cu ruptura sinusului transvers și cu sfâșierea părții posterioare a cerebelului, s'a găsit embolusuri de țesut din scoarța cerebeloasă atât pe peretele interior al inimii, cât, și în artera coronară a acesteia — *Abrikosoff*).

IV. Embolia cauzată de corpi străini exogeni. — *Schloffer* citează două cazuri de proiectile mici vehiculate de sânge.

10. Trombozele, a căror urmare poate fi gangrenarea întregii regiuni irigate de vasul în interiorul căruia s'a constituit cheagul sanguin, sau chiar provocarea unei embolii pulmonare letale, se pot întâlni și sub forma cronică: *tromboangeita obliterantă*.

Trombusurile pot uneori cauza ceace se numește embolia paradoxală, adică încrucișată: un trombus de origine venală sau pătrunde în sistemul arterial, sau rămâne prins de orificiul oval. (*Thompson* — 1930 citează cinci cazuri de embolii din prima specie și două dintr'a doua).

Diferențierea morfologică a unui cheag agonic de unul cadaveric e adesea imposibilă, pentru că acesta din urmă poate avea un debut intravital și o încheiere post-mortală.

În ce privește trombozele post-operatorii, ele se notează îndeosebi frecvent în intervențiile chirurgicale interesând stomacul, vesica biliară și varicele. Mai predispuși sunt cei cu tumori, femeile, bătrânii și persoanele grase. (*Prochnov* (1928)

notează, pentru 5.054 laparotomii practicate în clinica universitară din Budapesta, 30 tromboze dintre cari 7 cu embolie pulmonară mortală; iar Syller (1928) înregistrează 35 embolii pulmonare dintre cari 27 mortale, în 955 morți consecutive unei intervenții chirurgicale.

11. Efectele șocului traumatic, consecutive iritării nervilor sensitivi periferici sau a capetelor plexusului simpatic: oprirea reflexă a funcțiilor inimii și respirației, uneori instalarea prematură a unui proces fiziologic, cum ar fi menstruația. Șocul e favorizat de stări predispozante la paralizia inimii, cum ar fi arterio-scleroza cu leziuni ale miocardului.

B. Rana agonică

Aceasta formează tranziția între leziunea vitală și cea post-mortală, și e adesea greu, dacă nu chiar imposibil, de diagnosticat. Și totuș chestiunea are un incontestabil interes medico-legal, pentru că expertul urmează să se pronunțe dacă leziunea constatată a putut fi ori nu cauza morții. Singurul element de orientare, în cazurile indoelnice, e anamneza, care poate proiecta lumina asupra etiologiei rănii:

a. Muribundul, fie c'a pierdut cunoștința, fie că e numai istovit și iucapabil de a-și controla mișcările, cade diu pat, depe fotoliu (în care se află așezat), cade pe dușumea.

b. Unui om i se face subit rău și cade în casă, pe scară, pe fereastră, din balcon, depe acoperiș, dintr'un pom, în stradă și moare îndată după ce a căzut.

c. Leziunea se produce în cursul manoperelor de reinsuflețire a persoanei la care funcțiunile vitale nu sunt încă desăvârșit suprimate (fricțiunile, respirația artificială, tracțiunea ritmică a limbii, injecțiile).

d. Rana se produce în cursul convulsiunilor.

Leziunile ce se pot nota interesează:

1. Pielea și mușchii: excoriații, sufuziuni sanguine, plesniri (îndeosebi la occiput, cot, genunchiu, maleolă, tibia), o rană deschisă mai adâncă. În ce privește înțepătura făcută cu prilejul *injecției subcutanate*, e de notat că ea are caracterele ei diferențiale: marginea rozată a leziunii, mirosul dacă nu chiar și urmele substanței injectate.

2. Craniul: plesniri sau chiar fracturi osoase ale calotei și bazei craniului (îndeosebi sfenoidul, apofisele zigomatice).

3. Membrele: fracturi ale oaselor.

4. Coloana vertebrală: fracturi, în deosebi la bătrâni.

5. Organele interne: rupturi ale inimii, ficatului, rinichilor.

C. Rana post-mortală

Sub raportul etiologic, fără a mai vorbi de leziunea spontană, o rană post-mortală poate avea diverse origini:

Accidentul: cadavrul cade dela oarecare înălțime; o parte a trupului se isbește de corpurile tari din vecinătate — în spăzurare.

2. *Manipularea brutală a cadavrului*, fie în timpul preparativelor de înmormântare, fie în cursul transportului.

3. *Desprinderea stângace și căderea cadavrului unui spânzurat*: se pot nota grave leziuni externe și interne.

4. *Leziunile notate pe înecații cari au stat mai mult timp în apă*: eroziunile făcute de pietrele colțuroase, de colțurile sloiurilor, de stâncile de cari corpul se lovește, de helicele vapoarelor, de uneltele de pescuire a cadavrelor, de peștii mari.

5. *Leziunile făcute de animale*. Se identifică mușcăturile, pișcăturile urmele lăsate de ghiare. Dinadins am pomenit și de pișcăături, pentru că e clasică observația lui *Maschka*, în afacerea Harbaum, rămasă celebră: acuzat de a-și fi otrăvit copilul cu *acid sulfuric*, Harbaum e condamnat. După o ispășire parțială de 8 ani a osândeii, nevinovăția părintelui e astfel demonstrată: a) ramolirea stomacului

(constatăată la autopsie) era de *natură cadaverică*; b) zonele pergamentate, rotunjite sau în formă de dungi, notate pe bărbie, la partea anterioară a gâtului și chiar acelea din interiorul gurii și cari fuseseră luate drept urme ale substanței caustice, *erau în realitate constituite din pișcăturile făcute de furnici*.—Pișcăături de furnici, cu caracter vital, au fost și foarte recent identificate, pe o suprafață cutanată de vreo 10 cmp., pe brațul unui cadavru găsit într'o pădure (*Minovici*, 1950).

6. *Leziuni cauzate în cursul încercărilor de readucere la viață* (când se crede în moartea aparentă): injecții subcutanate de eier, de camforă; fricțiuni energice; lă-



Fig. 64. — Răni post-mortale la un cadavru mâncat de șoareci.



Fig. 65. — Răni post-mortale: fața cadavrului parțial mâncată de șoareci.



Fig. 66. — Diagnosticul de diferențiere a contuziunilor vitale de cele post-mortale: plăci pergamentate dublate cu sufuziuni sanguine pe cadavrul unui degerat. Aceste contuziuni de natură vitală și cari, în primul moment, treziseră bănuiala de crimă (omor în bătaie cu un corp contondent), s'au explicat astfel: oamenii cari dăduseră, pe câmp, peste nenorocitul înghețat care mai dădea semne de viață, în scop de a-l salva l-au frecat peste tot corpul cu o bucată de sac; prin această fricționare cu un corp aspru epiderma s'a depris iar derma, rămasă desgolită, s'a pergamentat în urmă.

sarea de sânge; respirația artificială, în care se pot nota chiar fractura coastelor, înfundarea și fractura sternului, frângerea coloanei vertebrale; tracțiunea ritmică a limbii; leziunile cauzate de toate celelalte probe ale vieții, pentru identificarea morții.

7. *Leziuni de origine necropsică*, datorite stângăciei sau inatențiunii operatorului: a. tăierea, ruptura marilor trunchiuri venoase ale pieptului (la desprinderea plastronului și desarticularea claviculelor); b. rupturile, sfâșierile musculare (în tracțiunea stângace ori prea brutală a membrilor în timpul rigidității cadaverice); c. fracturile craniului (la desfacerea calotei); d. fracturile coloanei cervicale și ale coastelor (mai ales la bătrâni); e) echimoze (indeosebi pe fața internă a pericraniului).

8. *Inversunarea ucigașului* (mutilarea, ciopărtirea). Atunci când sunt mai mulți agresori, se pot nota răni cauzate după ce victima a expirat (spre a avea siguranța că victima a murit, ucigașul, după ce-i zdrobise capul și provocase astfel moartea, i-a mai implantat un cuțit în gât — Hofmann).

9. *Profanarea cadavrului*.

10. *Pentru simularea sinuciderii sau a accidentului*: spânzurarea cadavrului, aruncarea lui în apă, așezarea lui pe șinele drumului de fier, așezarea lui înaintea unui vehicul oarecare, etc.

11. *Leziuni involuntare* (a. Un epileptic cade în zăpadă și moare; luat de departe drept un animal, vânătorul descarcă arma în el — Maschka. — b. Un spânzurat, căzut cu craca arborelui de care atârna, e luat drept animal și un pădurar trage în el — Späth).

12. *Superstiția*. Un exemplu: deoarece s'a mai întâmplat, ca după un deces, vreun alt membru al aceleiași familii să se îmbolnăvească și să moară, faptul, în mintea simplistă, a fost interpretat că „mortul nu e mort deabi-nelea și trage pe ceilalți după el”; deaceia cadavrul a fost decapitat — Bernardi, Gross.

Caracterele rănii post-mortale: buzele palide sau livide, deloc sau foarte puțin retractate.

În ce privește celelalte caractere de diferențiere, le-am studiat la caracterizarea rănii vitale și a celei agonice.— Vom observa numai:

a. Hemoragiu se poate, de exemplu, nota la ridicarea calotei craniene (prin ruperea sinusului) sau la ridicarea plastronului (prin tăierea sau ruptura venei anonime).

Deși hemoragia post-mortală se poate nota și în organele parenchimatoase, niciodată nu se poate observa resorbțiunea sanguină pe diafragmă.

Ruptura subcutanată a vaselor mici din zona hipostatică (deslipirea pericraniului la autopsie) poate crea mici extravazate.

b. E în genere admis că țesuturile muscular și osos ale cadavrului opun o rezistență mai mare decât aceleași țesuturi lezate în timpul vieții. Dar particularitatea aceasta nu poate constitui un element de interpretare, pentru că e greu de determinat gradul violenței exercitate asupra corpului neînsuflețit.

XV. Interpretarea paraliziilor sensibilității și motilității, a neuritelor, nevrozelor și psihozelor

E de netăgăduit că traumatismele de diversă natură, inclusiv cele psihice, și intoxicațiile pot fi generatoare de neurite, nevroze și psihoze. Expertul trebuie, însă, să fie circumspect, dată fiind facilitatea mai mare sau mai mică a exagerării și chiar a simulării (vezi cap. „*Simularea*“, vol. II).

În plus el nu trebuie să nesocotească faptul că, pentru expertiza medico-legală, nu au valoare numai turburările nemijlocit datorite traumatismului (acțiunea directă asupra sistemului nervos sau acțiunea indirectă prin intermediul unei hemoragii sau a unei modificări vaso-motrice) ci și efectele mai mult sau mai puțin îndepărtate ale violenței exercitate asupra individului. Psicho-nevrozele tardive își pot avea originea în: infecțiuni consecutive traumatismului, leziuni sclerozante, leziuni diverse (cum ar fi herniile cerebrale), reacțiuni vaso-motrice persistente.

Sarcina expertului va fi de a evidenția legătura între traumatism și psiho—nevroza, care se poate manifesta sub una din următoarele forme: astenia acută și cronică, asteno-mania, amnezia, confuzia mintală, delirul halucinatoriu, onirismul, agnosia, sindromul lui Korsakoff, demența organică, paralizia progresivă, demența precoce și delirurile sistematizate, hiperthimia anxioasă, hipochondria, melancolia, delirul persecuției, delirurile polimorfe, crizele hysterice, turburările de caracter, sinistroza, epilepsia, afazia, hiperalgiile, perversiunile sensoriale, etc.

Cele mai frecvente turburări sunt consecutive leziunilor înteresând cutia și cavitatea craniană.

I. Sindromul subiectiv comun tuturor leziunilor craniene: cefaleea, variabilă ca sediu și continuitate; amețea, turburările mnazice.

II. Comoștiunea cerebrală. a) *Efectele imediate*: coma sau pierderea cunoștinței, cu amnezic sau confuzie mentală.— b) *Efectele notate abea după câteva ore*: confuzia miutală stupidă sau halucinatorie, tremurături, contracturi, hemiplegie, epilepsie, choree.

III. Herniile cerebrale: meningitele tardive.

IV. După regiunile lezate, putem nota:

a) *Lobul frontal*: deficit psihic, turburări de ordin motor adesea asociate, cu modificări oculare (consecutive unei hemoragii în teaca nervului optic, unei leziuni choro-retiniene).

b) *Lobul parietal*: turburări de sensibilitate, afazia lui Wernicke, apraxie, hemianopsie.

c) *Lobul temporal*: afazia lui Wernike,

d) *Lobul occipital*: turburări ale sferei vizuale.

e) *Cerebelul*: turburări din seria cerebeloasă.

* * *

1. Paralizia sensibilității, consecutivă unei leziuni a nervilor periferici ai pielii, se manifestă sub forma anesteziei și a analgeziei. Când, în locul paraliziei ori al anesteziei notăm o exacerbare a sensibilității, ne aflăm în prezența unei *hiperestezii*.

2. Paralizia motilității se instalează în leziunile nervilor periferici inervatori ai mușchilor. În expertizele medico-legale ea interesează *membrele superioare* (paralizia nervilor radiculari ai plexului brachial, paralizia radială, paralizia cubitală, paralizia nervului median, paralizia nervului circumflex) și *membrele inferioare* (paralizia nervului sciatic care inervează mai toți mușchii extremităților inferioare).

* * *

Atât paralizia sensibilității cât și aceea a motilității au o valoare diagnostică în legătură cu cauza incriminată, atunci când, prin eliminare anamnezică, se poate înlătura orice altă origine. *Prognosticul* poate fi benign ori de oarecare gravitate, după însuș gradul paraliziei.

3. Neuritele. — Originea lor traumatică trebuie căutată în leziunile contuze ale nervilor, în arsuri și în înțepăturile septice, mai rar în rănilor făcute cu instrumente tăioase sau prin efectul șocului nervos (în curentarea electrică). Neurita poate apare și *tardiv*: compresiunea exercitată asupra nervului de un fragment osos, de calusul unei fracturi, de brida fibroasă a unei cicatrizări vicioase; turburarea nutriției celulelor.

1. Bărbat de 56 ani. Alunecă și cade pe spate. Mai lucrează opt zile, când, din cauza durerilor, e internat în spital. Liberat, reia lucrul și timp de un an se

plânge de violente dureri sacrale; se constată și o pareză intestinală. *Radiografia*: distrugerea vertebrei a 12-a toracice, cu o formațiune osoasă fragmentară; atrofia coapselor, absența reflexului achilean.— 2. Bărbat de 50 ani. Cade dela o înălțime de 4 metri; dureri dorsale. *Radiografia* (după câteva luni): fractură de luxație a vertebrei a 10-a toracice cu formațiune de calus; atrofia coapsei, hiperestezia gambei drepte — *Schorsch*, 1927.

Acute sau cronice, neuritele, atunci când sunt *localizate*, cauzează anesteziile rebele și paralizii cu atrofia musculară.— Dacă însă sunt *ascendente*, neuritele capătă un caracter extrem de grav, prin propagarea lor simetrică la nervul opus și prin complicațiunea cu mielita difuză.

4. *Nevrozele*.— Cași pentru neurite diagnosticul etiologic și patogen, după ce s'a înlăturat ipoteza simulării, se face pe cale de eliminare până se ajunge sau nu la demonstrarea cauzalității traumatice. Aceasta din urmă se poate prezenta sub forme variate:

a. *Traumatismul cranian și rachidian*, direct sau prin repercursiune într'o violentă comoție a corpului întreg.

b. *Șocul nervos consecutiv unei emoțiuni puternice*: terorizarea prin amenințare; spectrul morții într'un accident individual în caz de trăsnet, în catastrofele mai mari sau mai mici; vremurile turburi ale revoluției; curentul electric, chiar cel de o cât de slabă tensiune; lumina bruscă, tunetul, sunetele întense.

c. *Vaccinarea; mușcătura (histeria rabiformă a lui Charcot)*.

d. *Arsurile și, numai excepțional, rănilile făcute cu instrumentele tăioase ori înțepătoare*.

e. *Compresiunea bruscă la persoanele cari au stat într'un mediu de aer comprimat*.

Originea nevrozei trebuie uneori căutată și în sugestie (familia, cunoștii, diagnosticul eronat al medicului curant) și în *auto-sugestie* („nevroza sinistraților“), precum și în *predispoziția neoropatică*.

1. *Tabloul clinic*.— Nevroza traumatică, putându-se produce la orice vârstă (chiar la un copil de 5 ani), imediat sau tardiv, se manifestă în general prin semnele caracteristice nevrozelor deacum analizate (*vezi vol. II, pag. 158*): faciesul caracteristic (tristețe, ochi aton, imobilitatea trăsăturilor), înțepenirea mai mult sau mai puțin accentuată a picioarelor, modificările de caracter, amnezia parțială sau totală, insomnia ori somn turburat de coșmaruri, ideile hipochondriace, indolența, abulia, iritabilitatea, asociabilitatea, cefalea, vertijul, palpitațiile, tachicardia, dispepsia, frigiditatea sexuală; fobia sub diverse forme și având ca obiect împrejurarea în care s'a produs traumatismul.

II. *Prognosticul* trebuie să fie foarte rezervat; expertul va supune pe nevrozat unei observațiuni îndelungate. Se cunosc cazuri în cari o simplă veste îmbucurătoare, cu efectul binefăcător al unui șoc nervos, a provocat nu numai o ameliorare, ci chiar o totală dispariție

a nevrozei (Un accidentat nu mai putea să meargă decât cu cârje; avocatul îi anunță c'a câștigat procesul de despăgubiri civile: pe loc leapădă cârjele și, în goană, urcă scările până la grefă, spre a lua cunoștință de sentința tribunalului — *Bruno-Dubron*). Prognosticul e îndeosebi dificil în cazurile de neurastenie traumatică în forma modificărilor profunde de caracter.

III. *Tipurile de nevroză traumatică*: neurastenia, histeria, histero-neurastenia, sindromul lui Parkinson, epilepsia, vertijul.

1. Neurastenia traumatică e nevroza cea mai frecvent consecutivă traumatismelor și, în caz de leziuni anatomice, ea se instalează în perioada de cicatrizare a rănilor. Uneori, neurastenia nu e în legătură directă cu traumatismul incriminat, ci e o manifestație tardivă a unei vechi comoțiuni, cerebrale sau medulare. Diagnosticul nu e bazat decât pe simptomele subiective și numai rareori pe unele semne obiective: dispneea, turburările gastro-intestinale, impotența, spermatooreea, întreruperea mai mult sau mai puțin prelungită a menstruației (La o femeie, rănită într'un accident de tren, menstruația s'a oprit brusc spre a nu reveni decât după trei luni; la fiecde period, cicatricele rănilor ușoare de pe față se congestionau — *Balthazard*).

a. *Un caz de neurastenii consecutivă vaccinării*: un bărbat de 64 ani (*Richard*).

b. *Un caz de neurastenii consecutivă spaimii*: un lucrător, victimă a unei agresiuni în care și socotise viața în primejdie, s'a ales cu o neurastenii foarte pronunțată timp de trei luni (*Pinnienta*).

2. Histeria traumatică. — În nevroza aceasta, mai frecvent întâlnită decât neurastenia, traumatismul nu joacă de regulă rolul de generator, ci pe acela de agent de trezire sau de localizare a uneia din manifestările histeriei latente. Consecutivă unui șoc sau unei leziuni fizice, asociată cu un șoc psihic, nevroza se manifestă, imediat sau cu întârziere, prin simptome de paralizie (de sensibilitate și de motilitate), de contractură, cu atrofia musculară, de monoplegie, hemiplegie sau paraplegie.

Paraliziile histeriei traumatice au semne diagnostice deosebite de cele ale tabloului clinic al paraliziilor de origină organică (cerebrală, medulară sau neuritică): starea de nutriție a segmentului paralizat (unul sau ambele membre, superioare ori inferioare); reacțiuni electrice, musculare și nervoase; starea reflexelor și starea sfincterelor.

Contractura histerică, mai puțin frecventă decât paralizia, e și ea segmentară (monoplegică, hemiplegică, paraplegică). Se mai prezintă sub forma *arthralgiei histerice*, cu localizare mai frecventă la coccix — *coxalgia histero-traumatică* (pentru întâia oară descrisă de *Brissaud*). În marea majoritate a cazurilor, contractura e o creațiune directă a sugesției (La un lucrător, la care un medic diagnosticase greșit o leziune a măduvei și o fractură a bazinului, s'a produs o contractură a mușchiiului șoldului; rănitul mergea anevoie și cu șoldul țepăn; dar de îndată ce se culca, articulațiunea coxo-femurală se preta la toate mișcărilor pasive — *Balthazard*). Excepțional, contractura *reală* poate fi consecutivă *simulării* (Un lucrător, în scopul de a obține renta invalidității, își imobilizează voluntar umărul, printr'o contractiune a mușchilor periscapulari, oricâteori un medic procedea la examinarea articulațiunii; ideea impotenței dorite a umărului se imprimă adânc în spiritul simulatorului și contractiunea devine o adevărată contractură — *Brissaud*).

a. *Un caz de monoplegie a brațului drept, cauzată de un foarte slab curent electric*: un tânăr, electricizat cu un aparat din acele cari se utilizează prin bălciuri, s'a ales cu o monoplegie a brațului drept.

b. O telefonistă, atingând un fir al soneriei (curent de 40 volți), avu o sincopă, iar la trezire prezintă o *hemiplegie dreaptă cu contractura facială dreaptă*.

5. Histero-neurastenia traumatică se caracterizează prin asocierea uuora din elementele tablourilor clinice ale neurasteniei și histeriei traumatice (simptomele de motilitate, de sensibilitate și sensoriale), în plus simptomele psihice.

4. Epilepsia traumatică e de regulă o manifestațiune tardivă a nevrozei consecutive traumatismului.

a. *Vezi mai departe cazul de epilepsia mortală după 25 ani dela traumatism, citat la „Consecințele tardive ale rănirii cu arma de foc”.*

b) *Un caz de epilepsie consecutivă hidrocefalului intern, dobândit după un traumatism al craniului, fără identificarea pe loc a unor leziuni externe sau interne (Gierlich-Heile, 1927).*

c) *Un caz de epilepsie tardivă consecutivă unei comoiuni cerebrale: în 1920 cade dintr'un car (pierderea cunoștinței, vărsături, cefalee); începând cu Martie 1927, are accese de epilepsie — Heygandt, 1923.*

d) *Epilepsia tardivă consecutivă descărcării unui foc de revolver în zona fronto-orientală, cu extragerea proiectilului: la vârsta de 13 ani, un băiat încearcă să se sinucidă; la 3 luni dela extragerea glontelui, are accese epileptice tipice, cari persistă timp de 5 ani (Vivaldo, 1929).*

5. Sindromul lui Parkinson. — Paralizia agitantă traumatică nu e admisibilă decât în cazuri de grave traumatisme ale centrilor nervoși. Șocul emotiv, supărările, sunt incapabile de a crea leziunile organice caracteristice acestei nevroze.

6. Vertijul traumatic e în genere consecutiv unui traumatism interesând craniul. Verificarea lui se face prin proba mersului în stea, descrisă de *Leclercq, Muller și Boudeville* (1929):

a) Intr'o circonferință cu o rază de 5 m. și cu diviziuni de câte 10 grade se duce un diametru trecând prin 180° (punctul de pornire) și 0° (360°) (punctul de direcțiune).

b) Individul, cu gâtul liber de orice compresiune (guler, cravată, fular) dar cu ochii legați, e așezat în picioare în punctul de pornire și cu fața spre punctul care marchează 0° (360°).

c) La comanda examinatorului, individul pornește și, de îndată ce atinge un alt punct al circonferinței, e pus să meargă deandărătelea, până ajunge din nou la linia circonferinței. Proba aceasta a mersului procesiv și regresiv se repetă de cel puțin 5 ori. Dacă persoana examinată e surdă sau simulează surzenia și nu aude sau se preface că nu aude comanda, un auxiliar al expertului o face să înainteze sau să vină înapoi, apăsând cu indexul pe mijlocul spatelui sau al pieptului.

d) Se însemnează prin litera *W* unghiul format de un drum procesiv și de unul regresiv, iar mărimea acestui unghi se exprimă în grade, luând ca origine planul de simetrie al individului, așezat în poziția lui de pornire. Suma unghiurilor va reprezenta reacțiunea totală. O deviațiune dextrogiră se indică pri semnul + iar una sinistrogiră prin —.

e) *Reacțiunea normală:* o deviațiune angulară mai mică decât 90° în 5 W.

f) *Reacțiunea patologică:* o deviere angulară superioară unui unghi total de 90°, format din adăunarea celor 5 W.

5. Psichozele traumatice, consecutive oricărei leziuni, dar în-deosebi unui traumatism interesând capul, nu constituie o entitate clinică specifică. Singurul element diferențial e că, în psihoza comotională, pierderea cunoștinței inițiale lipsește cu totul sau apare tardiv, ori e înlocuită prin hebetudine.

Turburarea mintală izbucnește sau neîntârziat sau după câte-va zile ori chiar câteva luni; în cazurile tardive se notează, în intervalul liber, simptome morbide premonitorii.

Manifestarea psihozei e favorizată de terenul deacum însă-mântat direct sau prin repercursiune: 1. boala *preexistentă* (imbecilitatea, histeria, epilepsia, arterio-scleroza, alcoolismul cronic, sifilisul sistemului nervos central); 2. *predispoziția* (diversele psihopatii, iritabilitatea, forma hipochondro-neurastenică, forma epileptoidă); 3. *tarele ereditare* (psichopatiile, alcoolismul, epilepsia, arterio-scleroza).

I. Paralizia progresivă tardivă. — a) Bărbat de 56 ani; în căderea în curte, se lovește violent la occiput și rămâne 5—10 minute fără cunoștință; ulterior se plânge continuu de dureri de cap și în curs de 6 luni face o paralizie progresivă până la demența complectă (C. I. Urechia și S. Mihăescu, 1929).

b) Femeie de 27 ani. La 12 ani are accese epileptiforme. La 21 ani își trage un foc de revolver în regiunea frontală dreaptă: operația trepanului fără găsierea glontelui; vindecare. Timp de 7 ani duce viața unei prostituate. La 26 ani se pronunță efectul primar al paraliziei progresive. La 28 ani, manifestare apoplectiformă cu demență progresivă și însoțită de accese epileptiforme. Moartea (Marchand, 1928).

Paralizia progresivă poate avea ca origine nu numai un traumatism fizic, inclusiv simpla comoție cerebrală, ci și unul psihic (trei observațiuni în cari boala mintală s'a produs în urma șocului nervos cauzat de o mare supărare; primele simptome clasice ale paraliziei progresive s'au notat: în primul caz la 2 luni, în al doilea la 3 și în al treilea la 7 luni — Hinsie, 1928).

II. Delirul cu impulsivitatea agresivă. — a) Profesor originar din România, în vârstă de 40 ani, fără tare psihopatice și fără antecedente. În 1916 e rănit grav la cap de un glonte de șrapnel: timp de 14 zile rămâne fără cunoștință; e operat într'o clinică vieneză și redevine teafăr. Timp de 2 ani, cât mai stă la Viena, dă dovadă de un rar temperament vesel. În 1918 se întoarce în țară, își reocupă catedra și până în 1925 se achită complet satisfăcător de îndatoririle lui. În anul acela îi scade subit puterea de muncă, însoțită de turburări de coordonare ale mersului, ale vorbirii și mimicii. Într'o noapte își împușcă soția. *Examenul psihic*: grave turburări mnezice și de orientare, afectibilitate, confuziune delirantă (Lichler-Folberth, 1927).

b) Bărbat de 45 ani. Un defect osos în zona fronto-temporală consecutiv unui vechiu traumatism cranian. Schizofren cu indispoziții periodice, în cursul cărora manifestă impulsivități agresive și tendința la abuzul de alcool (Del Greco, 1928).

III. Perversiunea caracterului. — În 4 cazuri de răniri craniene, în zona frontală, s'a observat accentuate modificări de caracter. La 2 pacienți, foarte tineri: iritabilitate excesivă, acțiuni violente, perversiuni sexuale. La ceilalți doi, ceva mai în vârstă; aceleași manifestațiuni, în plus un ușor defect de inteligență și slăbirea memoriei (Morseli, 1923).

XVI. Interpretarea cauzei morții

Demonstrarea legăturii între efect și cauză e lesne numai atunci când sau însuș faptul medical constatat îndeplinește caracterele unei

leziuni mortale, sau complicațiunile sunt suficiente spre a explica moartea. Interpretarea devine, însă, anevoioasă, atunci când proporția e enormă între cauza incriminată și efectul catastrofal.

1. O lovitură relativ ușoară pe brațul stâng: a) mare sufuziune sanguină; b) după 6 zile, dureri violente în coasta dreaptă, însoțite de cianoză, puls rapid și moartea în chiar aceeași zi; c) la autopsie: un cheag în venă în apropierea inimii; dinapoia peritoneului un hematom retrocecal; d) splină de câteva kilograme. *Interpretarea*: leucemie mieloidă cronică; hemectomia datorită unei modificări a coagulabilității sângelui, agravată de o tendință familială de hemofilie (*Brialmont, 1926*).

2. Un bărbat de 41 ani cu aparență sănătoasă moare la câteva ore după o contuziune neînsemnată a genunchiului. *Autopsia*: endocardită și miocardită accentuată, cu formațiunea de trombusuri în inima stângă, dilatația cordului. *Interpretarea*: moartea consecutivă unui șoc nervos cu repercursiune asupra inimii deacum bolnave — (*Nanille, 1928*).

Uneori, consecutiv unui traumatism unic, găsim o serie întregă de leziuni, dintre cari nu una, ci *câteva* sunt de natură a explica moartea. În atare caz expertul se va strădui să interpreteze cauza originară a fiecăreia din leziunile anatomice constatate.

La ridicarea unei mari greutate, e apucat de violente dureri în regiunea sacrală și cade pe spate pe pământul înghețat, unde rămâne nemișcat timp de câteva ore. Se constată paralizia ambelor picioare, paralizia vesiceii și a rectului, pneumonie, meningită; în urmă moartea. *Autopsia*: ruptura musculaturii fesiere din dreapta; ruptura celei de a 2-a vertebre lombare, cu ruptura meningelor medulare, meningită purulentă și focar de ramolism sanguin al măduvei lombare. *Interpretarea*: ruptura musculaturii fesiere prin ridicarea greutății; ruptura coloanei vertebrale prin cădere; leziunea măduvei prin fractură; pneumonia prin răcire; sepsia pneumococică și meningita purulentă consecutive leziunii măduvei — (*Lange, 1929*).

Aparențe anamnezice militează în favoarea unei morți violente și cu toate acestea autopsia duce la concluzia opusă — moarte naturală:

Cade depe scară pe când curăța un pom de omizi; în primul moment, moartea e atribuită traumatismului. — *Autopsia*: nici o leziune anatomică de atribuit traumatismului; leziune mitrală reumatismală cu embolia arterei sylviene și o pachimeningită hemoragică. — *Interpretarea*: moarte naturală prin embolie cerebrală, de oarece decedatul suferea de o cardiopatie reumatismală. (*Reuter, 1925*).

Exemplele citate ne arată, că expertul are de determinat nu numai cauza reală a morții, dar și corelațiunea mai apropiată sau mai îndepărtată între cauzalitate și efect, adică să demonstreze cauza primară și, eventual, cauza secundară (complicațiunile).

1. Cauza directă

Efectul poate fi neîntârziat sau tardiv.

A. Legătura directă și neîntârziată între efect și cauză există în:

1. *Leziunile grave cari interesează organele sediu al funcțiilor*

vitale: creierul, bulbul, măduva spinării, plămâni, inima (vezi mai departe diversele leziuni la studiul fiecăruia din aceste organe).

2. *Hemoragiile* externe, interne și mixte, consecutive leziunilor grave ale inimii, ale vaselor mari și ale organelor parenchimatoase bogate în sânge (plămâni, pancreasul, ficatul, splina). Îndeosebi în ce privește *pancreasul* e de observat că hemoragia izolată a acestuia se poate produce sau spontan (pancreatita hemoragică) sau prin comotie și strivire și atunci moartea rapidă — controversată însă — e consecutivă interesării plexului solar sau a ganglionului semi-lunar.

Ori ce fel de hemoragie, spre a fi mortală, trebuie să reprezinte pierderea a cel puțin 20—25% din cantitatea totală a sângelui. În hipoplasia întregului sistem arterial, o pierdere sanguină mult mai mică e suficientă pentru a provoca moartea (un litru și chiar numai 750 mililitri; la noul născut ajunge o pierdere hemoragică de 40—50 grame).

În nici un caz nu se scurge întreg lichidul sanguin; chiar în hemoragiile cele mai violente mai rămâne, în medie, 6—7%.

Moartea consecutivă hemoragiei se traduce prin *anemia*, care e mai pronunțată în hemoragia externă abundentă. Anemia se traduce prin: paloarea pielii și a mucoaselor; atenuarea colorațiunii lividităților și a formațiunilor hipostatice; întârzierea putrefacției; modificarea colorației țesuturilor viscerale (ficatul și rinichii, albicioși în anemia acută, sunt de o culoare mai închisă, prin hipostază. În hemoragia mai mică; plămâni uscați și albicioși sau gălbui, miocardul palid; vacuitatea inimii, cu prezența însă a unor cheaguri în auriculul și ventriculul stâng; cheaguri sanguine se pot nota și în porțiunea inițială a aortei și în aceea a arterei pulmonare. Tabloul acesta nu e totdeauna complet; uneori se găsesc organe neanemiate: în creier, de exemplu, chiar în caz de hemoragie consecutivă unei răni adânci a gâtului, se găsește un conținut sanguin destul de mare.

Vom mai observa că, în aspirația abundentă a sângelui în plămân, e greu de identificat anemia primară consecutivă hemoragiei.

În sfârșit, anemia nu trebuie întotdeauna interpretată ca o dovadă a unei hemoragii mai mult sau mai puțin violente: 1 anemia poate fi anterioară leziunii traumatice care a cauzat moartea (leucemia, anemia progresivă pernicioasă, căchexia consecutivă carcinomului sau tuberculozei); 2. la cadavrele putrefiate sau macerate, vacuitatea inimii, a vaselor mari și a altor organe e un fenomen parțial al descompunerii avansate sau a macerării (sângele lichefiat imbibă pereții vaselor, țesuturile vecine, pungile seroase și transudează prin piele).

3. *Embolia*. — a. De tipul grăsos, embolia omoară în câteva ore până la câteva zile, iar în intervalul liber se notează o stare

soporoasă sau comatoasă. Sunt și excepții de supraviețuitoare, atunci când embolia nu suprimă funcțiunea respiratorie sau nu provoacă hemoragii cerebrale mai întinse. — *b.* Embolia *gazoasă* provoacă moartea rapidă, fulgerător sau în maximum câteva ore. — *c.* Rapiditatea morții în embolia *histologică* depinde, ca și în cea grăsoasă, de mărimea embolusului și de extensiunea fenomenului. — *d.* Cât despre *embolia prin corpi streini exogeni*, ea e de regulă instantaneu mortală.

4. *Asfixia* e cauză a morții atunci când, fără a fi prin ele însele mortale, se notează mai multe răni interesând toracele și stingherind astfel dilatarea plămânilor. Moartea prin asfixie e frecvent consecutivă unei tăeturi adânci la gât care provoacă pătrunderea sângelui în căile aeriene.

5. *Șocul traumatic* cauzează moartea rapidă; iar atunci când îmbracă forma imhibitivă e instantanee. — *Tabloul clinic*: paloarea și alterarea trăsăturilor feței care e acoperită de o sudoare rece, puls mic, neregulat; respirație slabă, scăderea temperaturii cu răcirea extremităților. — *La autopsie*, se notează sau o rană externă mai însemnată sau una ori câteva de minimă importanță, sau în sfârșit absența oricărei leziuni externe, chiar numai cutanată. Zonele traumatizate, cari prin excelență sunt susceptibile de a favoriza moartea prin șoc, sunt: unghiul maxilar, bărbia, gâtul, ceafa, carotidele, laringele, toracele (prin reperкусиunea asupra pleurei), regiunea precordială, zona stomacului, abdomenul, testiculele, uterul. La examenul intern se poate excepțional nota hiperemia, dilatarea și replețiunea excesivă a vaselor abdominale, îndeosebi a celor intestinale (experiența lui *Goltz* asupra animalelor: în vase se găsește o cantitate de sânge până la de 16 ori mai mare decât cea normală); tabloul acesta se observă în comoțiunea traumatică a regiunii abdominale. Dar rezultatul examenului necropsic poate fi și complet nul.

B. *Legătura directă dar tardivă* între cauză și efect se explică prin: procese morbide locale neinfecțioase, rezultând din evoluția rănii: leziunile valvulare de origine cicatricială, ulcerele stomacale, siringomielia consecutivă unei hematomii.

II. Cauza indirectă

Legătura între efect și cauza secundară se identifică prin:

1. O *infecțiune locală*: flegmonul (circumscriș sau difuz), gangrena, erisipelul, osteo-mielita, tuberculoza osoasă, pericardita, pleurita, pneumonia, meningita metastazică, abcesul cerebral metastazic.

2. *Infecțiunea generală*: tetanosul, ichoremia, piemia, septicemia, tuberculoza, turbarca.

3. *Afecțiuni locale* cari se pot nota: a) *pe locul traumatizat*: tumoarea cerebrală, tromboza sinuzală cerebrală, apoplexia tardivă, edemul glotei, cardiopatiile; b) *prin repercursiune, la o distanță mai*

mare sau mai mică: embolia cerebrală (în leziunile pulmonare), embolia grăsoasă sau histologică a arterei pulmonare (în leziunile ficatului), pneumonia aspiratorie și hipostatică, strangularea hernială, ocluziunea intestinală, paralizia intestinală (prin sudurile peritoneale în leziunile abdominale consecutive unei înțepături sau proiectilului unei arme de foc).

4. *Afecțiuni generale*: diabetul, uremia, cholemia (manifestându-se prin febră, convulsii, icter), anemia, nevrozele, delirium tremens, psychozele.

XVII. Intervalul de supraviețuire în leziunile mortale

E de demonstrat că în unele cazuri, chiar atunci când leziunea mortală interesează creierul și inima, omul mai poate supraviețui timp de câteva ore sau chiar câteva zile și, excepțional, să-și conserve intactă sau știrbită luciditatea spiritului și deci să mai fie capabil de a face declarațiuni și a lua dispozițiuni (prin viu graiu, în scris sau prin semne inteligibile). Nu mai vorbim de cazurile extrem de rare când o rană, care e de regulă mortală, e totuș compatibilă cu o lungă supraviețuire, chiar de ani de zile.

Edificatoare, în această privință, e următoarea observație a lui Sterba 1924: Un tânăr, după ce s-a împușcat în tâmpla dreaptă, a mai putut pune revolverul la locul unde-l luase, să se întindă pe un divan și să aibă cunoștință de tot ce se petrecea cu el și în jurul lui, deși după aceea n'a mai putut să se miște și să vorbească. Cu toate acestea s'a înregistrat minunea: proiectilul, încarcerat în emisfera stângă, n'a fost extras, sinucigașul s'a restabilit după oarecare timp; glonte, prin migrațiune, a pătruns mai adânc în cursul anilor de supraviețuire, fără însă ca să apară fenomene de oarecare gravitate.

* * *

După regiunile interesate, intervalul de supraviețuire se notează în:

1. Leziunile capului

Supraviețuire relativ lungă. Câteva din observațiile cele mai concludente ce s'au făcut:

a. După ce și trage un glonte în mijlocul frunții, descarcă din nou arma în urechea dreaptă și apoi, tot în picioare, își trage un foc de revolver în gură (Brouardel).

b. După ce și-a tras două focuri de armă în cap, a mai putut să alerge și să strige (Gardieu).

c. Capul zdrobit cu un ciocan; primele două circonvoluțiuni frontale din stânga sunt interesate pe o lungime de 4 cm., pe o lățime de 2,5 cm. și pe o adâncime de 1 cm. După 30 ore mai e capabil să răspundă judecătorului de instrucție. Nu moare decât după 5 zile (Vibert).

d. Un glonte pătrunde prin partea posterioară a capului, străbate în între-

gime lobul stâng al creierului pe axa mare și interesează corpii opto-striați. Cu toate acestea e capabil să mai facă un drum de 1 km. dela locul atentatului și să urce scările unui etaj. Moartea după 6—7 ore (*Vibert*).

2. Leziunile gâtului

Intervalul de supraviețuire e destul de lung:

a. După ce și-a făcut la gât o tăietură mortală (secționarea carotidelor), a mai mers 50 metri până la un copac în care a înfipt cuțitul; apoi s'a întors spre locul de unde pornise și abea după aceea s'a prăbușit (*Legendre-Provent-1929*).

b. O fată de 20 ani e atacată de un individ, care'i secționează aproape complet, până la coloana cervicală, fețele antero-laterale ale gâtului. Victima mai are putere să se întoarcă acasă, la 50 metri de locul atentatului, să treacă prin grădina în bucătărie și de aci în sufragerie (unde era adunată familia) și să se așeze pe un scaun. Nu mai poate vorbi; la o primă întrebare a mamei răspunde cu un semn negativ; la a doua întrebare, răspunde afirmativ, de astă dată în șoaptă — și apoi cade moartă (*Blench-1929*).

c. Pe câmp. Își face cu briciul o tăietură în laringe și faringe, până la coloana vertebrală. Apoi aruncă briciul, se târâie câțiva pași și, pe un frig mare, rămâne culcat pe pământ, restul zilei și toată noaptea. A doua zi se scoală, se duce în oraș; dar în drum leșină. E ridicat și dus acasă și de aci la spital, unde mai supraviețuește 14 zile (*Hofmann*).

3. Leziunile plămânilor

Supraviețuirea, mai scurtă ori mai lungă, e posibilă, atunci când ruptura interesează numai un plămân, când plămânul e fixat de torace prin aderențe și când vasele mari sunt cruțate.

4. Leziunile inimii

În prealabil e de observat că rapiditatea morții e în funcțiune atât de sediul rănii, de natura acesteia și de adâncimea ei, cât și de instrumentul cu care a fost făcută. Uneori rana, deși trebuie socotită mortală, se vindecă prin intervenție chirurgicală, dar ulterior se produce moartea cu alură mai mult sau mai puțin fulgerătoare, din cauza insuficienței cardiace care a rămas ca un vestigiu al traumatismului; în atare caz, firește, intervalul de supraviețuire e mult mai lung decât cel mijlociu admis.

Observată încă de *Ambroise Paré*, supraviețuirea în leziunile inimii e foarte frecvent notată:

a. Un jandarm, lovit în inimă cu cuțitul, are puterea să scoată sabia, pe care însă agresorul i-o smulge din mână; victima scoate atunci carobina dela umăr și cu un foc ucide pe bandit și numai după aceea se prăbușește—*Kratter*, 1925.

b. Cu inima străpunsă, cu, în plus, leziuni grave la plămân și stomac. victima mai e în stare să se dea jos pe scări, să urce alte scări spre a se duce în camera lui, unde expiră — *Tardieu*.

c. O femeie își dă două lovituri de cuțit între a 7-a și a 8-a coastă; deși are pericardul străpuns și o rană în miocard, mai are totuși puterea să se spânzure de fereastră — *Fischer*.

d. Cu o rană de cuțit care străbate pericardul și ventriculul stâng, cu o revărsare sanguină de 100 cc. în pericard și de 500 cc. în pleură, nu numai supraviețuește 4 zile, dar încă, a doua zi după rănirea aceasta mortală, a fost capabil să ridice greutatea mari — *Strassmann*.

e. Cu o lovitură de cuțit în inimă o femeie de 32 ani supraviețuiește 67 zile; la autopsie se constată că moartea a fost cauzată de o deschidere a cicatricei răni, ceea ce a avut de urmare o revărsare de 2 litri de sânge în pericard.

f. Rana penetrantă din inimă se vindecă dela sine; dar după alte 2 săptămâni individul moare subit în momentul când se ridică de pe scaunul latrinei—*Fischer*.

A. După sediu. — Moartea se instalează mai repede în leziunile auriculare decât în acele ale ventriculelor.

1. Statistica lui *Tourdes*: din 24 răni izolate ale ventriculului drept, în 22 intervalul de supraviețuire a fost de 4-8 zile și numai în 2 moartea s'a produs în maximum 2 zile; în 5 din 12 cazuri de rănire a ventriculului stâng, s'a mai notat o supraviețuire de câteva ore.

a. Cu ventriculul stâng spintecat, victima mai e capabilă să fugă, spre a nu se prăbuși decât într'o altă stradă (*Hofmann*).

b. Cu ventriculul stâng perforat de un glonte de revolver, mai poate arunca o lampă în capul adversarului ceea ce are de urmare un început de incendiu; se duce în curte, umple o găleată cu apă, se întoarce, stinge focul și apoi se culcă în pat, unde e găsit mort (*Vibert*).

2. Rănilor perforante ale auriculelor cauzează de regulă moartea instantanee ori rapidă; dar sunt și excepții de supraviețuire dela câteva ore până la 1—2 zile. Edificatoare e observația lui *Kockel*: cu auriculul stâng străpuns de un glonte și cu o revărsare de 100 cc. de sânge în pericard. a supraviețuit 2 zile.

3. O supraviețuire de 8 zile a fost notată de *Rosenthal* într'o leziune a inimii cu perforarea septului.

B. După natura instrumentului. — Moartea se produce mai repede în leziunile cauzate de proiectilul armei de foc și de contuziunile grave (strivire), decât în rănilor făcute cu instrumentele tăioase, înțepătoare-tăioase. Deasemenea moartea e mai repede în leziunile perforante ale întregii inimi, decât în cele perforante cari interesează numai un perete al organului.

1. Momentul morții, în leziunile făcute cu *arma de foc*, depinde și de calibrul proiectilului: gloanțele de calibru mic îngăduie o supraviețuire mai lungă. Aceasta și explică de ce un sinucigaș poate să-și descarce câteva focuri de revolver în regiunea precordială.

a. Un tânăr de 19 ani a putut să-și tragă 3 focuri în regiunea inimii, dintre cari 2 au străbătut toată inima, iar unul s'a înfipt în ventriculul stâng (*Hofmann*).

b. Unul și-a putut trage 6 gloanțe, dintre cari 4 au fost găsite în inimă (*Puppe*).

Intervalul de supraviețuire, am spus, e de câteva ore până la 1—2 zile; dar se pot nota și vindecări complete: o statistică de 110 perforări ale inimii arată o supraviețuire de ani de zile în 5 cazuri.

2. Rapiditatea morții în rănilor făcute cu instrumente înțepătoare, înțepătoare-tăioase depinde de forma și volumul obiectului vulnerant. — Din 77 cazuri, moartea s'a produs de 25 ori numai

în câteva minute, de 15 ori în mai mult de o oră, de 29 ori în una până la câteva zile, de 10 ori după o lună (statistica lui Loison).

Uneori se notează și *vindecarea completă*: din 25 înțepări cu acul, supraviețuire de ani de zile în 9 cazuri; din 90 răniri cu cuțitul, pumnalul, baioneta, floreta, etc., *supraviețuire îndelungată* în 11 cazuri.

3. *Rănile contuzive* — strivirea mai mare sau mai mică a inimii — nu îngăduie decât o scurtă supraviețuire: din 82 observații, *moartea fulgerătoare* în 24 cazuri; o *supraviețuire de câteva minute* în 29; o *supraviețuire dela câteva ore la câteva zile în restul de 29 cazuri* (Statistica lui Schuster).

4. *Leziunile simultane ale inimii și ale altor organe*. — Și în atari cazuri se notează excepții de supraviețuire de o durată variabilă.

a. Ducele de Berry, cu perforarea plămânului drept, a pericardului și a auriculului drept (lovitură de pumnal) supraviețuiește 7 ore — *Dupuytren*.

b. Prin peretele abdominal e străpuns ficatul, diafragma și inima. Sincopă de câteva minute. E dus la spital, de unde vrea să plece după 8 zile. Reținut cu forța, are un acces de furie, urmat de delirium tremens și sucombă după câteva ore. *Autopsia*: moartea cauzată de ruptura cicatricei în formațiune a inimii (*Brouardel*).

5. Leziunile arterelor mari

Prin hemoragia internă consecutivă ele cauzează în genere o moarte aproape fulgerătoare. Se notează însă și cazuri de supraviețuire dela câteva minute la câteva ore și chiar câteva zile, după importanța revărsării sanguine.

a. E lovit în duel cu spada, în spațiul dintre a 3-a și a 4-a coastă, cu o rană penetrantă a aortei (4,5 mm. diametru), urmată de hemoragie în tunica celuloasă, pe porțiunea dela crosă la diafragmă, în mediastinul posterior și în partea dreaptă a toracelui. Rămâne în picioare, se împacă pe teren și moare după 15 minute. (*Tourdes*).

b. Supraviețuiește 12 ore cu o perforare a aortei toracice (*Kockel*).

6. Leziuni simultane ale arterelor și ale altor organe

O lovitură de cuțit cauzează o rană penetrantă în peretele toracic, un hematom pleural stâng de 650 gr. sânge, un hematom și o rană a feței anterioare a aortei, în vecinătatea bazei inimii: *supraviețuiește 59 zile*. La autopsie se constată că plaga e aproape în întregime obturată de un burete fibrinos (*Thoinot*).

7. Leziuni ale organelor din cavitatea abdominală

Supraviețuirea poate dura dela câteva minute la câteva ore și chiar câteva zile.

a) *Tamponat*: strivirea totală a splinei, mai multe rupturi ale ficatului, o ruptură transversală a rinichiului drept. Pierde cunoștința, își revine și moare în drum spre spital.

b) *Lovitură de copită în abdomen*: strivirea lobului stâng al ficatului; plesnirea rinichiului. Se ridică, urcă scările până la etajul I, se duce în closet unde pierde cunoștința și moare (*Hofmann*).

c) *Femea însărcinată.* — Eventrare; avort; ruptură vaginală, ruptură uterină, ruptură a peritoneului, intestinele aproape complet smulse de ucigaş (nu mai rămaseră decât 50 cm. sus şi 8 cm. jos). Victima a supravieţuit 45 minute şi a mai fost auzită gemând şi rugându-se. (*Tardieu, Orfila, Cloquet* cari, consultaţi, au admis această supravieţuire).

d) *Facere laborioasă: copilul mort în uter.* Femea suportă timp de 2 ore intervenţia mamoşului, care are de urmare sfâşierea uterului. Parturienta mai supravieţuieşte încă o oră (*Mauriceau*).

e) *Strivit de un vehicul:* ruptura diafragmei, ruptura completă a jejunului, strivirea splinei. Mai e capabil să facă pe jos 3 km. şi moare abea a 2-a zi — (*Devergie*).

XVIII. Incapacitatea de lucru

Definiţia. — Nici codul penal nici cel civil nu dau definiţia incapacităţii de lucru; numai legea pentru organizarea meseriilor, creditului şi asigurărilor muncitoreşti prevede ajutoare băneşti (*art. 114*), îngrijire medicală (*art. 117* şi *119*), rentă de invaliditate parţială sau totală (*art. 142*) şi pensia pentru erezi, în caz de moarte a accidentatului (*art. 141* şi *147*). Condica penală *pomeneste* numai de incapacitatea de lucru (*art. 238, 239, 240, 245* şi *519*). Legea civilă nici măcar nu menţionează termenul, ci se mărgineşte la enunţarea generică a obligaţiunii despăgubirilor civile (*art. 998—1005*).

Şi o definiţie e necesară, deoarece nu ajunge ca faptul medical, care formează obiectul expertizei, să fie real, pentruca *ipso facto* să existe incapacitatea profesională. În adevăr, se prezintă infirmităţi sau invalidităţi dintre acelea cari nu suprimă nici măcar parţial putinţa pentru cel lezat de a-şi vedea de îndeletnicirea lui obicinuită. De exemplu: desfigurarea unui muncitor cu mâinile nu-i ridică acestuia capacitatea de a continua lucrul fără sau cu o întrerupere temporară; pe când desfigurarea ireparabilă a unui actor sau a unei actriţe, a unui cântăreţ sau a unei cântăreţe, a unui model (pentru pictori şi sculptori), a unui „manechin“ (din saloanele de expoziţie ale caselor de mode şi confecţiuni), etc. etc. răpeşte persoanei lezate putinţa de a-şi câştiga mai departe existenţa cu îndeletnicirea anterioară faptului medical. Nu este lipsit însă de posibilitatea de a-şi agonisi traiul muncitorul analfabet căruia leziunea îi cauzează agrafia sau alexia. — Etc. etc.

Acesta e şi spiritul jurisprudenţei franceze: Tribunalul Senei (sentinţă din 1905) declară că *nu există incapacitate nici măcar parţială pentru un lucrător tipograf căruia, în timpul lucrului, o maşină i-a strivit testiculele şi penisul.* Vom adăuga, însă, că în atare caz, victima are dreptul la o despăgubire civilă atât pentru îngrijirile medicale de cari a avut nevoie cât şi drept compensaţie pentru mutilarea suferită. — Dimpotrivă, *un orb*, de exemplu, poate invoca incapacitatea de lucru, atunci când are mâna sau mâinile parţial

mutilate sau amputate, pentrucă noua stare în care se află nu'i mai îngăduie să se servească de mână sau de mâini cari, pentru acest infirm, sunt nu numai instrumentul de muncă, dar *înșiși ochii*. De incapacitatea de lucru se poate prevala lucrătorul specialist într'o uzină de parfumuri, chimistul, etc., atunci când leziunea le suprimă total sau le diminuează numai simțul mirosului. Precum, de exemplu, sunt loviți de incapacitate de lucru bucătarul sau bucătăreasa cari, din cauza faptului medical, pierd total sau numai parțial facultatea gustului. — Dimpotrivă, un paralic, căruia i se cauzează leziuni grave la picioare sau mâini, nu poate invoca incapacitatea de a-și exercita profesiunea anterioară imobilizării lui, pentrucă și înainte de leziunea ulterioară tot beteag era.

Vom defini dar incapacitatea de lucru: *starea în care se află persoana care, în urma leziunilor sau a bolii pricinuite, indiferent dacă se vindecă ori nu, mai curând sau mai târziu, nu-și mai poate câștiga existența, deloc sau numai în măsură redusă, temporar sau permanent.*

* * *

Obiectul expertizei, în ce privește incapacitatea de lucru, e: verificarea infirmității sau a invalidității; demonstrarea corelațiunii între efect (infirmitate, invaliditate, eventual moarte) și cauză; evaluarea incapacității.

1. Verificarea infirmității sau a invalidității, pentru dovedirea unei eventuale exagerări sau chiar simulări. Pentrucă nu trebuie să se piardă din vedere nu numai reua-credință, dar și psychoza specifică botezată *sinistroza* — ideea fixă de a avea dreptul la o indemnizare pentru o leziune sau afecțiune imaginară.

2. Corelațiunea între faptul medical și cauza invocată.—Nu e vorba numai de o corelațiune imediată, ci și de una tardivă, pentrucă, după cum se va vedea la examenul amănunțit al leziunilor și al bolilor, efectul poate să se manifeste nu numai după zile și luni, ci chiar după ani. (Am notat, între altele, un caz de moarte într'un acces epileptic în legătură directă cu un traumatism vechiu de 25 ani). Trebuie, deci, să se facă rezerve asupra urmărilor secundare ale rănii sau bolii: infecțiunea tardivă, vindecarea laborioasă, formațiunile keloidice pe cicatrice, delirium tremens al alcoolicilor, etc. etc. Se mai poate întâmpla 'ca, în perioada imediat următoare cauzei, să nu se noteze nici un efect, iar consecințele să se manifeste tardiv; în atare caz expertul trebuie să stabilească originea incapacității.

Precum se vede, chestiunea aceasta a corelațiunii e de o importanță capitală. Chiar în cazurile de moarte prin embolie grăsoasă, consecutivă unui traumatism, se poate pune întrebarea, dacă această embolie n'a putut avea o cauză originară alta decât traumatismul

incriminat. Pentru că literatura medicală înregistrează frecvent cazuri de atare embolie datorită unei afecțiuni preexistente: cardiopatiile, afecțiunile renale, pancreatita, hepatita, diabetul, pneumonia, eclampsia, septicemia, tuberculoza cronică, sarcomatoza, carcinomatoza; urmările preexistente ale narcozei clorofornice și eterice, ale intoxicației fosforice, oxicarbonice, alcoolice.

Există apoi leziuni interne spontane, atât vitale cât și post-mortale (*Vezi examenul leziunilor și al afecțiunilor, p. 550 și urm.*).

Expertul nu se mărginește la constatarea raportului direct între cauză și efect, ci își desăvârșește mandatul prin fixarea, cu mai mare sau mai mică aproximație, a *gradului acestei corelațiuni*. Adică: existat-a sau nu o afecțiune, latentă sau evidentă, o stare predispozantă la apariția și agravarea leziunii ori a bolii? În ce privește *hernia*, de exemplu, e excepțional ca ea să fie urmarea exclusivă a unui traumatism. E îndeobște admis că hernia traumatică e de fapt o deslănțuire a unei hernii latente sau, din cauza neînsemnătății ei, aproape cu totul ignorată de persoana care face obiectul expertizei. La asemenea hernioși vechi, eficacitatea traumatismului e în funcțiune de starea și de consistența peretelui abdominal. — Herniatul are dreptul la o despăgubire, atunci când se constată că violența exercitată sau efortul făcut la lucru a avut intensitatea și durata necesară spre a provoca hernia, cum de altfel sună și jurisprudența Curții de Casație din Franța (7 Aprilie 1921; 22 Noembrie 1922).

5. *Evaluarea incapacității*.— După caz, putem prognostica: incapacitate parțială, temporară sau permanentă; incapacitate totală, temporară sau permanentă. Iar atunci când nu sunt excluse complicațiunile sau efectele tardive, sau facem rezerve formale sau, dacă putem cu siguranță prevedea dinainte procesul evolutiv, prognosticul nostru va fi: incapacitate parțială temporară sortită să degenereze în incapacitate parțială permanentă; incapacitate totală temporară menită să devină permanentă sau, ameliorându-se cu timpul, să se transforme *numai* în incapacitate parțială, temporară sau permanentă.

În prognosticul său expertul trebuie să țină seama și de posibilitatea restabilirii funcțiunii la organele susceptibile de reeducare. Să nu cadă, însă, în păcatul optimismului excesiv, deoarece pentru diverse leziuni și afecțiuni încă nu e înlăturată controversa asupra evoluției definitive. Așa, de exemplu, pe când *Cocral* e de părere că diminuarea cu 1/6 a câmpului vizual nu are aproape nici o importanță, ca una ce s'ar compensa repede prin reeducare, *Sedan* (1927) dimpotrivă nu crede în această compensare; iar în ce privește pierderea completă a unui ochiu, tot *Sedan* stăruie asupra primejdiei cecității bilaterale. — Pentru rupturile *vindecabile* ale coloanei vertebrale, *C'ary* (1925) nu admite redobândirea capacității de lucru

decât cel mai devreme după 1 an și jumătate dela producerea faptului medical.— În ce privește cazurile cari impun operația trepanului, statisticile arată că jumătate cel puțin din numărul *trepanașilor* au putut redobândi complecta lor capacitate profesională. Statistica lui Stone (1927), pentru 200 observații de grave leziuni cranio-cerebrale, e mai puțin îmbucurătoare: 99 morți și numai 101 supraviețuiri prelungite. Dintre cei salvați: 74% vindecare completă, 18% vindecare parțială și 8% fără nici un semu de ameliorare.

În aprecierea gradului fiecărei specii de incapacitate de lucru expertul ține seama și de raportul care există între organul lezat sau boala dobândită și îndeletnicirea permanentă a persoanei examinate. Așa, de exemplu: leziunea oculară sau numai turburarea viziunii e de o însemnătate primordială pentru anumite meserii și profesii; ankiloza, mutilarea sau amputarea mâinii (diferențierea după dreptaci și stângaci) are deasemenea o valoare relativă, în funcțiune de îndeletnicire; afazia, alexia, agrafia constituie o incapacitate absolută (pentru un avocat, profesor, artist dramatic sau liric, un biurocrat, etc.).

Î se mai poate cere expertului— așa cum prevăd legislațiile streine pentru accidentele de muncă — să determine procentul de incapacitate, datorit cauzei incriminate, prin scăderea părții de incapacitate de atribuit leziunii sau boalei preexistente. Criteriul de apreciere e acesta:

a. Atunci când cauza incriminată pricinuește o incapacitate a uneia sau mai multor funcțiuni distincte de funcțiunea sau funcțiunile anterior stingherite, incapacitatea susceptibilă de despăgubiri e cea globală, adică atât incapacitatea preexistentă cât și cea consecutivă noului fapt medical.

b. Când cauza incriminată reduce și mai mult sau suprimă complet o capacitate funcțională deacum diminuată, procentul de incapacitate de atribuit noului fapt medical se obține prin evaluarea și scăderea procentului preexistent din incapacitatea globală a funcțiunii sau a funcțiunilor. Cu toate acestea, când e vorba de organe esențiale, cum e ochiul, sau de membre, incapacitatea parțială preexistentă n'ar mai trebui să se scadă din incapacitatea globală: pierderea celui de al doilea ochiu la un chior e sinonimă cu orbirea totală de atribuit cauzei incriminate; pierderea celei de a doua mâni sau a celui de al doilea picior, la un ciunt sau amputat de o mână sau de un picior, e sinonimă cu complecta invaliditate de atribuit cauzei incriminate.

4. Etiologia faptului medical.— În concluziune expertul se va pronunța și asupra posibilității ca etiologia faptului medical, atribuit unei crime sau unui accident, să fie în realitate o sinucidere sau o încercare de sinucidere sau, după cum am arătat dela început, o simulare.

EXAMENUL GENERAL SOMATIC ȘI PSICHIC

I. LEZIUNILE SUPERFICIALE ȘI AFECȚIUNILE
PIELEI ȘI ALE PĂRULUI

1. Smulgerea, pãrlirea pãrului și a perilor: alopecia — pierderea completă a pãrului vertexului, consecutivă unei plãgi fronto-parietale — *Petit*, 1927. (Vezi „*Examenul pãrului*”, vol. 1, pag. 603—620).

2. Zgãrietura

De formă liniară ori curbată, regulată sau neregulată, de o lățime variabilă, zgãrietura e o leziune care nu interesează decât epiderma. Pe omul viu se formează curând o crustă; pe cadavru porțiunea desgolită a dermei are aspectul și consistența pergamentului. — Zgãrietura poate deveni periculoasă, prin aceea că oricând constituie un teren prielnic infecției.

Diagnosticul diferențial. — Prezența unei sufuziuni subjacente, prezența unei cruste subțiri, afluxul leucocitelor în ochiurile dermei indică *natura vitală a leziunii*. Iar examenul histologic poate determina cu o mare aproximație timpul scurs între traumatism și moarte. — Absența acestor semne pledează pentru o *leziune post-mortală*.

3. Zdrelirea

De formă geometrică variabilă (reproducând mai mult sau mai puțin fidel însuș conturul instrumentului vulnerant: dinții, unghiile, inelele dela deget, nasturii dela haine, etc.), excoziația e o pierdere mai mare din substanța epidermei, uneori a dermei. Ea indică locul unde s'a produs violența. Atunci când nu e interesată decât epiderma, leziunea nu sângeră; în schimb, se scurge din abundență fibrină și serozitate cari, uscându-se, constituie crusta. — Fiind interesată și derma, se notează, după gravitatea leziunii, ori numai puncte hemoragice ori o extravazare sanguină pe întreaga dermă atinsă. Locul zdrelit se acoperă cu o crustă (formată din secrețiunea de serozitate albuminoasă amestecată cu picături de sânge) sub care vindecarea se operează în câteva zile, fără formare de cicatrice.

Zdrelirea neinteresând decât epiderma, urmele ei dispar repede, cel mult după o săptămână și nu mai poate fi identificată de

cât la lumina piezișe. Dacă e interesată și derma, crusta poate persista peste o săptămână, iar după căderea ei ușoara depresiune cutanată sau cicatricea cu pigmentarea negricioasă trădează locul zdrelit, chiar după trecere de 2—3 săptămâni. — Dacă moartea se produce simultan cu zdrelirea sau imediat după aceasta, hemoragia dermei poate lipsi cu totul. în orice caz e foarte neînsemnată, pentru că, odată cu instalarea morții, sângele se retrage din capilarele pielei.

Pe *cadavrul expus la aer*, locul zdrelit începe să se usuce, pergamentându-se și devenind dur și de culoare cafenie.

Diagnosticul diferențial. — La o *zdrelire post-mortală* nu găsim semnele leziunii vitale, dar nu e mai puțin adevărat că numai colorațiunea locului atins nu e suficientă spre a ne putea pronunța cu hotărîre. Și aceasta pentru că foarte des colorația foarte variabilă a zdrelirii post-mortale poate fi aceea a unei leziuni vitale: 1) roșeața poate fi datorită elementului colorant al sîngelui difuzat, atunci când locul lezat se află în vecinătatea hipostazei; 2) roșeața mai poate fi efectul unei revărsări plane (pată sau dungă) în stratul pergamentat. în zona hipostasică. Numai atunci când discicarea e combinată cu o sufuziune în țesutul celular sau în cel grăsos subcutanat, avem certitudinea leziunii vitale. Mai e de observat. că o pergamentare post-mortală circumscrisă a pielei se poate nota și în absența unei excoriații vitale, acolo unde tegumentul e umed (buzele gurii, vintrele, vulva, scrotumul copiilor, urmele strangulării ori șanțul spânzurării). — Zdrelirea post-mortală variază, în ce privește colorația, după cum se găsește ori nu pe o parte declivă: pe declivități, se pot nota picături de sânge; pe părțile nedeclive, escoriația e umedă și are culoarea dermei anemice.

Indeosebi, în ce privește urmele sau șanțul de strangulare și de spânzurare, e de relevat:

a) Numai prezența unei sufuziuni în afară de zona hipostasică e un semn de certitudine a originii *vitală* a leziunii.

b) Sub șanțurile și impresiunile de origine vitală, în partea anterioară a gâtului, vasele și ramificațiile lor sunt umplute cu mase roșii-negricioase.

c) Pe marginile șanțului și ale impresiunilor de origine vitală, în partea anterioară a gâtului, se văd vase superficiale umplute cu sânge omogen.

d) Dimpotrivă, vesiculele umplute cu ser nu au o valoare de diferențiere diagnostică, pentru că ele, ca unele ce au o origine mecanică, se pot produce și *împă moarte*.

4. Sufuziunile sanguine

Atunci când sângele extravazat se infiltrează și se coagulează în ochiurile țesutului avem o *echimoză*; iar, dacă revărsarea își are

sediul în țesutul celular subcutanat, avem un *hematom* (bosă, pungă sanguină).

A. Echimoza (vânătaia)

Se notează sau izolată sau însoțind o altă leziune cutanată (contuziune sau ruptură).

I. Se formează mai lesne la copii, la femei și la bătrâni, la hemofili și la scorbutici. Aceasta se explică prin fragilitatea vaselor. Indesebi în ce privește femeia, nu o dată se văd apărând, pe brațe și pe coapse, pete echimotice de pe urma celui mai ușor traumatism fizic (o simplă sugere cu gura, o ciupitură) și chiar a unui simplu *traumatism psihic*.

Gradul de intensitate al echimosei depinde de locul lezat: e mai mare în regiunile osoase și mai slabă în cele moi: așa, se poate întâmpla ca, în traumatismele grave interesând regiunea abdominală și având ca urmare o adevărată strivire a viscerelor din această cavitate, să nu se noteze pe tegument nici o echimoză. Intensitatea depinde și de importanța vaselor sanguine superficiale lezate: sufuziunea e mai abundentă în spațiul dintre pericranii și galea aponevrotică, decât în periost, la pleoape, scrotum, vulvă.

II. Echimoza poate fi superficială ori profundă.

a) *Superficială* echimoza apare, pe omul viu, cu atât mai repede cu cât extravazatul sanguin e și el mai superficial. Așa că o echimoză a țesutului celular subcutanat va apare mai târziu. Când pielea e intactă, echimoza poate apare abea după 5 zile. — *Aspectul echimozei superficiale*: o umflare localizată, rotundă, lunguiată, triunghiulară, pătrată, neregulată, dungi paralele, încrucișate, eritematoase (reproducând uncori forma instrumentului contondent), de culoare violacee. După producerea ei, echimoza se mărește, se turtește și succesiv își modifică nuanța: roșu-închis, violet, în prima zi; negru în a 2-a și a 3-a zi; albastră în intervalul dela a 3-a la a 6-a zi; verzue în intervalul dela a 7-a la a 12-a zi; gălbue în intervalul dela a 13-a la a 20-a zi. Nuanța e mai pronunțată în partea centrală decât la periferie. Numai pe conjunctive echimoza își păstrează culoarea violacee inițială. — Pe cadavru, echimoza își conservă nuanța pe care a avut-o pe omul viu, în momentul morții, dar, sub influența începutului *putrefacției*, vânătaea, prin imbițiune, se atenuază până la complectă dispariție.

b) *Profundă*, echimoza e musculară și intramusculară și e migratorie în sus, în jos și lateral. Dacă sângele extravazat dă, în cursul migrațiunii lui, peste un obstacol, el se acumulează în acel loc, formând astfel o echimoză cutanată la distanță: de exemplu o sufuziune musculară sau intramusculară în zona coapsei poate, fără a lăsa urme pe traiectul ei, să ajungă până la partea internă a ge-

nuchiului unde colorează pielea. *Sufuziunile profunde în mușchii membrelor și ai spatelui nu se anunță decât tardiv* (după 4—5 zile) pe piele; aceasta devine lividă sau marmorată, galbenă, verde, albastră; dacă în interval se produce moartea, echimoza nu mai apare la suprafață.

III. Durata echimozei diferă după natura ei (superficială ori profundă), după vârsta și starea generală a individului. La copii trece foarte repede, la bătrâni și cachetici poate ține săptămâni și luni. Ea e în funcțiune de importanța extravazării și de desimea țesutului celular.

a) De regulă, *echimoza superficială*, la omul viu, dispare între 10—25 zile, dar poate dispare și mai curând (4—12 zile). Echimoza *subcutanată* poate rămâne timp de 25 zile, iar una conjunctivală și mai mult.

b) *Echimoza profundă* poate persista și timp de două luni (cum ar fi o echimoză dela o fractură osoasă gravă).

Examenul histologic e o contribuție prețioasă atât pentru identificarea unei echimoze dispărute cât și pentru determinarea vechimei sufuziunii. După studiul lui *Dürck*, în primele 2 zile hematii se umflă și se decolorează: în ziua a 3-a apar celulele fagocitare; în ziua a 5-a și a 6-a, dispare hemoglobina, făcând loc hemosiderinei; în ziua a 10-a nu se mai văd hematii; în ziua a 18-a apare pigmentul liber: către sfârșitul lunii a doua, hematoidina apare cristalizată.

c) În ce privește *determinarea vechimii unei echimoze notate pe un cadavru*, criteriul e acesta: cu cât e mai modificată nuanța (în succesiunea mai sus arătată) și cu cât sângele e mai gros, cu atât sufuziunea e mai veche. În primele zile, sângele e de consistența țiteiului și aproape negru în straturile groase; din contră, sângele e carminat la periferie și în straturile mai subțiri. În caz de sufuziune mai intensă țesutul, îngroșat prin cicatrizare, e uneori colorat în cenușiu. Echimoza *dispare* cu atât mai repede, cu cât mai mare e și capacitatea de resorbțiune a vecinătății. — Dintr'un hematom mare pot rezulta kiste pline cu ser sanguin.

IV. *Efectele echimozelor*. — Echimozele izolate nu aduc nici o vătămare stării generale. Dimpotrivă, echimozele multiple pot cauza o alterare durabilă a sănătății. În deosebi periculoase sunt echimozele profunde cari se traduc prin: *durere* (a cărei intensitate diferă după regiune; e foarte mare la scrotum și epigastru); vărsături, diaree, poliurie, icter, diabet, apariția bruscă sau oprirea menstruației, turburări de circulație placentară (avortul), embolie. Epilogul poate fi moartea: 1) în caz de iritare a nervilor periferici pe o întindere considerabilă sau în caz de zguduire nervoasă; 2) în caz de hemoragie consecutivă întinderii extravazatelor sub piele;

3) în caz de embolie grăsoasă pulmonară; 4) moartea subită prin inhibiție.

V. Diagnosticul diferențial între o echimoză traumatică și o echimoză spontană, una simulată sau artificială. — 1. *Echimozele spontane* se notează: în *purpura* infecțioasă, toxică sau medicamentoasă (petele au o dispoziție simetrică și ca sediu de predilecție membrele inferioare); în *scorbut*, *morbul lui Barlow* — scorbutul infantil (echimozele se localizează pe membre, sub periostul femurului, pe mucoase, între piele și mușchi); în *hemofilie*, *leucocitomie*; în *morbul lui Bright*; în *bolile de ficat*; în *coma diabetică*; după *tratamentul cu insulina*; în *intoxicațiile* cu arsenic, fosfor și cianură; în *hemoragiile cerebrale și meningeae (echimoze subpericraniene)*; în *congestiunile pasive* (tuse, vărsături, compresiune); în *scleroza în plăci*, în *gușa exoftalmică*, în *epilepsie*, în *histerie și neurastenie*; în *contractiunile brușce*.

2. *Echimozele simulate*: sugerea cu buzele, aplicarea unei ventuze.

3. *Echimozele artificiale* făcute cu vopsea, spre a simula o agresiune.

VI. Diagnosticul diferențial între o echimoză vitală și o echimoză post-mortală. — Din capul locului trebuie să observăm că, în cazurile de moarte subită, coagularea tardivă a sângelui în țesuturi e posibilă timp de câteva ore. Dacă, puțin după moarte, cadavrul suferă un traumatism activ sau pasiv, se poate ca, în urma extravazării sângelui lichid, care mai e coagulabil, să se producă o adevărată sufuziune în țesuturi.

Echimoza post-mortală e sau de natură *hipostasică* sau e efectul unei *descompuneri a sângelui*. Echimoza vitală e constituită dintr'un extravazat cu cheaguri, iar cea hipostasică (ale cărei caractere sunt imbibițiunea, transsudarea serului sanguin) se traduce printr'o simplă colorație sanguină a pielii. Pe cadavru, în locurile comprimate ale pielii după moarte (chiar de hainele purtate) sau în zonele cu pielea subțiată (îndeosebi pe șanțul spânzurării), se vede, prin transparență, o colorație albăstrue a tegumentului, după cum la în divizii extrem de slabi, tot prin transparență, se pot uneori vedea și mușchii înserați pe tibia.

Atunci când se produc hipostaze, părțile mai înălțate ale cadavrului sunt palide, iar cele declive vinete.

Lividitățile cadaverice de pe părțile declive pot și ele fi confundate cu adevărate echimoze. O particularitate a lividităților cadaverice e că ele se deplasează la întorcerea cadavrului.

VII. E de netăgăduit că **examenul echimozelor are o foarte mare valoare medico-legală:**

1. *Sufuziunile sanguine indică locul traumatizat* (afară de echi-

mozcle cutanate constituite pe cale de migrațiune a sufuziunii profunde).

2. *Ele arată dacă victima a trăit în momentul constituirii echimozelor.*

3. *Sufuziunea indică în oarecare măsură natura violenței și forma instrumentului contondent.* — Aici sunt de făcut două rezerve pentru sinceritatea deducțiilor diagnostice:

a) În intoxicațiile cu oxid de carbon, în asfixiile mecanice (în cari moartea e precedată de convulsii), în uremia convulsivă, în accesele de histerie, în epilepsie, în atacurile apoplectice, corpul, în cădere sau cu ocazia lovirii inconstiente, deci involuntare, de obiectele din vecinătate, se acoperă cu echimoze.

b) Forma echimozei nu reproduce întotdeauna însuș conturul instrumentului sau al corpului vulnerant: tegumentele căptușite cu oase oglindesc mai mult sau mai puțin exact acest contur; cele din zonele moi, mai elastice, deformează până la confuzie impresiunea lăsată de corpul vulnerant. Forma echimozei mai e în funcțiune și de regiunea vulnerată: o lovitură de pumn în coapsă cauzează o echimoză lată, pe când tot o lovitură de pumn, dar aplicată pe arcada sprincenară, cauzează o sufuziune lunguiață. În sfârșit, atunci când examenul interesează o persoană în viață, se poate întâmpla ca, datorită tendinței de difuziune a sângelui în țesuturile din vecinătate, conturul echimozei să se estompeze și să nu fie posibilă o deducțiune certă în ce privește natura corpului vulnerant.

4. *Sufuziunea contribuie la determinarea aproximativă a datei când a fost exercitată violența.*

B. Bosa sanguină (hematomul subcutanat)

Sub acțiunea corpului vulnerant, în punga subcutanată formată prin deslipirea mai mult sau mai puțin completă a pielei, se acumulează sângele revărsat dintr'o arteră ruptă. Cantitatea de sânge revărsat diferă, firește: 1) după numărul și importanța vaselor din zona traumatizată (extravazarea e îndeosebi mare la cap, față, limbă), precum și după fragilitatea arterială individuală (în funcțiune de vârstă și de starea patologică); 2) după gradul de laxitate al țesutului atins: țesutul conjunctiv al cavității orbitare și al peretelui abdominal, favorizând difuziunea sângelui revărsat, va zădărnici astfel constituirea hematomului și sufuziunea se va traduce, după câteva zile dela exercitarea violenței, printr'o simplă echimoză superficială.

După cum regiunea vulnerată se află sau nu la nivelul unui os, sufuziunea are un mai mare sau mai mic relief. În cazul întâiu (în regiunea capului, pe tibia, etc.) avem ceea ce se numește o *bosă*

sanguină; în cazul al doilea (în părțile moi) avem o *pungă sanguină*.

Sângele lichid din bosa sau pungea sanguină se coagulează repede și ori se resoarbe cu încetul ori rămâne colectat vreme îndelungată.

În ce privește diagnosticul general și diagnosticul diferențial, observațiile de făcut sunt aproape aceleași ca pentru echimoza propriu-zisă.

C. Sufuziunea seroasă

Conținutul pungilor subcutanate poate fi uneori o serozitate amestecată cu sânge sau chiar o serozitate pură. E o revărsare sinovială notată în regiunea articulațiilor.

D. Sufuziunea gazoasă

E un emfizem subcutanat, consecutiv leziunii căilor aeriene.

5. Dermatozele și turburările pigmentării

a) După asemănările sau deosebiriile morfologice, *dermatozele* se împart în: *eritematoase*, *eritemato-squamoase* (ptyriasis rozat. psoriasis), *papuloase* (lichenul), *vesiculare* (eczema), *buloase* (pemfigus), *pustuloase* (piodermitele, impetigo), *ulceroase* (ecthima).

Din punctul de vedere etiologic, avem: *dermatozele artificiale* (arsură, erupțiuni solare, rediodermite, erupțiuni de origine alimentară, medicamentoasă); *dermatozele parazitare*, cauzate de insecte, acarieni (râia), viermi și larve, de bureți (trichofetia, favus, actinomicosa, sporotrichosa); *dermatozele cauzate de agenți microbiani* (impetigo, tuberculoza, lepra, morva, cărbunele, difteria cutanată, șancrul moale); *dermatozele generate de protozoare* (sifilisul, leishmaniozele).

b) *Turburările pigmentării* se prezintă sub trei forme:

1. *Leuco-dermia sau achromia*; o reducere mai mare sau mai mică sau chiar absența totală a pigmentării.

2. *Hyperchromia sau melanodermia* parțială sau generalizată, congenitală sau dobândită (lentigo, chloasma). e caracterizată prin exagerarea pigmentării.

3. *Vitiligo* e o combinație de achromie și de hyperchromie.

Observațiuni de afecțiuni cutanate de origine traumatică:

I. „Eczema industrială” cauzată de materiile colorante la lucrătorii cari le manipulează.

II. Tuberculoza cutanată consecutivă unei infecțiuni exterioare. Inocularea poate fi:

a) *Spontană*: individul, în cădere se zdreleşte la cot sau la genunchiu și, după câțva timp, apare pe locul zdrelirii o leziune verucoasă.

b) *Directă* (mușcătură):

1. Mușcat de un tuberculos verificat la nivelul articulațiilor metacarpo-

falangiană și falangino-falangiană dela auricularul drept. Se produc două răni cari se cicatrizează repede. După o lună, cicatriza metacarpo-falangiană se înroșește, se tumefiază, se ulcerează, supurează ușor și se cicatrizează din nou. După două luni dela mușcătură, apare pe cicatrice un fel de neg caracteristic tuberculozei verucoase. *După câțiva ani, se notează o tuberculoză viscerală, la generalizată.*

2. Mușcat în două locuri la mână. Rănila, spălate cu apă oxigenată și badijonate cu tinctură de iod, se cicatrizează repede. După 10 și 12 luni, apar, pe cele două locuri traumatizate, câte o mică tumefacție, mai întâiu roșii apoi squamoase și crustoase; la presiune, se scurge o picătură de puroiu; ulterior se pronunță tuberculoza verucoasă persistentă (*Léri-Lière, 1928*).

III. Edem cronic al dosului mâinii a cărui cauză primară poate fi un traumatism contuziv neînsemnat. Imediat sau abea după câteva zile se produce o umflare, adesea foarte dureroasă. De regulă edemul se oprește la incheietura mâinii, rar o depășește spre a se întinde la antebraț (*Klassen*).

IV. Cianoza traumatică, caracterizată printr'o colorație albastruie a feței și a gâtului și prin hemoragii subconjunctivale, e datorită comprimării venei-cave și întreruperii temporare a respirației, consecutivă unei puternice comprimări a pieptului sau a trunchiului întreg. (Un lucrător e prins între zid și mașină: gâtul și partea superioară a umerilor sunt de culoare indigo: la ambii ochi întinse hemoragii subconjunctivale — *Rossenblatt-Miliard, 1927*).

V. Tricofeția consecutivă unei răni contuze. (Plagă contuză pe dosul mâinii stângi, datorită unei lovituri de ciocan. În jurul răni apar beșici pline cu lichid galben: tricofeție. Altă origine decât aceea a contuziunii e exclusă — *Torlais, 1926*).

VI. Varietățile de lupus, consecutive infecțiunii unei răni, vaccinării, notate pe nas, față, buze, ochi, ureche, mai puțin frecvent la mână și la picioare: *lupus diseminat, lupus agminat, lupus hipertrofic, elefantiasic, lupus vorace, lupus erilematos*. Se înregistrează și complicațiuni mortale, prin provocarea tuberculozei pulmonare și viscerale.

6. Tumori

Determinarea corelațiunii între traumatism și tumoarea subsequentă (adese ori cu apariție foarte tardivă) e din cele mai anevoioase. Chestiunea, de altfel, a rămas controversată, de când cu concluzia formulată de *Segond* (la congresul internațional de chirurgie din 1907): „*Un traumatisme, quel qu'il soit, ne peut jamais, et par lui seul, créer de toutes pièces une tumeur maligne sur un sujet sain*”.

Ceece e indiscutabil admis e că traumatismul poate revela, agrava și provoca metastaza tumorii existente, în stare latentă sau verificată. Dar și în acest caz, *Segond* cere expertizei să stabilească în prealabil: 1) că traumatismul a precedat tumorii; 2) că traumatismul a fost suficient de violent; 3) că neoplasmul a apărut pe locul traumatizat; 4) că simptomele tumorii nu s'au manifestat înainte de 4—6 săptămâni și nici mai târziu de 5 ani dela exercitarea traumatismului și că, din momentul apariției, simptomele s'au accentuat continuu; 5) diagnosticul clinic să fie confirmat de examenul histologic; 6) în caz de osteo-sarcom, existența lui să fie

verificată prin radiografie, de îndată ce se pronunță primele simptome.

Concluziunile lui *Segond* sunt contrazise de numeroase observații referitoare nu numai la tumorile în general, dar la însuș *cancerul* traumatic într'o regiune sănătoasă (2% cancere traumatice — *Leugnick*, 15% — *Boas*). *Balthazard* admite și el originea traumatică a cancerului, cu condițiune însă ca tumoarea să se fi grefat pe o leziune primar consecutivă traumatismului sau pe una ulterior traumatizată: cancer al sânului succedând unei mamite cronice; cancer al stomacului grefat pe un ulcer traumatic, în interval de 21 luni și jumătate dela producerea traumatismului (*Thoinot*, *Reclus*, *Richardière*); un caz identic notat de *Kockel*.

În ce privește corelațiunea între stările precanceroase și apariția epiteliomului e nevoie ca, în prealabil, să se verifice existența unui proces inflamatoriu pe locul unde mai târziu s'a declarat carcinomul.

Cât despre celelalte tumori maligne, frecvența generațiunii traumatice e foarte mare (45% din *osteo-sarcomii* examinați au o origine net traumatică — *Gross*).

Sarcomul pielei e des consecutiv unei mari sufuziuni sanguine: la un băiat de 8 ani o bosă degenerază într'un sarcom în trei luni dela căderea în cap (*Stieda*, 1926).

Glionul creierului poate deasemenea avea o netăgăduită origine traumatică.

Observațiuni de tumori consecutive traumatismului:

1. *Trei cazuri de carcinom cutanat consecutiv unor traumatisme unice la mamele bărbatului* (*Wainwright*, 1928).
2. *Tumoare a sânului sănătos, consecutivă traumatismului* (*Brandis*, 1927).
3. *Epiteliom labial*: la 18 luni după o ruptură a buzei de sus (*Barbaglia*, 1927).
4. *Sarcom cutanat consecutiv unei iritații cronice* (*B. Martin*, 1927).
5. *Sarcom epigastric consecutiv unui traumatism puternic al scrotumului*: după 4 săptămâni, testiculul drept se mărește în așa măsură, că trebuie înlăturat prin intervenție chirurgicală; după alte 7 luni se constată o tumoare pe epigastru (*Firhet*, 1927).
6. *Agravarea tumorilor maligne prin formațiuni metastazice consecutive traumatismului*: bărbat de 52 ani: la 2 ani dela accident (căderea pe sacrum) se pronunță o afecțiune a regiunii lombare: la *autopsie*: o metastază a unui carcinom al ficatului; traumatismul a fost cauza turburării circulatorii (*Sallinger-Kallmann*, 1929).

II. MODIFICĂRILE SUMAR NOTATE ÎN ȚESUTURILE SUBJACENTE PIELEI ȘI ÎN ORGANELE INTERNE

Înainte de a examina natura fiecărei specii de leziuni în parte, e necesar să expunem sumar modificările ce se pot întâlni în țesuturile subjacente pielei și în organele interne.

1. Mușchii

Se notează: *întepenire*; *umflare*; *hernie musculară* (ieșirea unui segment muscular prin aponevroză); *amiotrofii*, *miopatii*; *miositele acute și cronice*, *miosita osificantă*; *răni* (rupturi și secționări longitudinale sau transversale, sfâșieri, smulgeri); *sifilisul și tuberculoza musculară*; *tumori lichide* (kistele hidatice, cu sediul pe trunchiu); *tumori solide* (lipomii — cu sediul pe limbă și pe membre; miomii — cu sediul pe uter; sarcomii — cu sediul pe mușchii coapselor sau ai pulpelor); *trichinosa*.

Observațiuni de leziuni musculare consecutive traumatismelor. — 1) *Miosita osificantă* consecutivă unei striviri musculare (Reuter).

2) *Sarcom muscular* consecutiv unei contuziuni pe coapsă, care în primul moment nu lasă nici o urmă aparentă (nici măcar o echimoză sau o tumefacție). După 45 zile se observă, în zona lezată, o boltire mai pronunțată, iar la trei luni dela traumatism, se notează un sarcom myxoblastic de mărimea unui cap de copil. E extirpat, dar reapare după vreo două luni dela intervenția chirurgicală. Se face din nou ablațiunea: dar, după șapte luni, moartea prin metastaza pulmonară (Baumann, 1928).

3) *Contractura Dupuytren* (degetele arcuite) consecutivă unei subluxații a degetelor în cădere într'un caz, și rănirii cu penița, la medius, într'un alt caz (Marwedel, 1927).

4) *Hipertonia mușchilor globului ocular* în glaucom, în sporirea presiunii sanguine (Rubensohn, 1929).

2. Tendoanele

Se notează: *răni* (întepătură, tăitură, contuziune, ruptură); *aderența cicatricei tendinoase*; *sinovita purulentă*; *tenosita gambei* (care, în mers, poate să se complice cu sucitura genunchiului, a glesnei și cu fracturi ale peroneului).

Observații de rupturi ale tendonului bicepsului consecutive leziunilor de artrită uscată sau unui traumatism mai important (Fortis, 1928).

3. Nervii

a) *Leziunile notate pot fi*: 1) *compresiunea* (lentă și rapidă); 2) *contuziunea*; 3) *distensiunea și ruptura*; 4) *luxația* (delojarea, deplasarea); 5) *răni* (întepătură, secționare); 6) *tumori* (fibromi); 7) *nevrite* (unilaterale, bilaterale sau generalizate, paralizia alcoolică, nevrita saturnină, difterică).

b) *Nevralgiile*: facială, cervico-brachială, intercostală, diafragmatică, crurală.

c) *Paraliziile*: paralizia agitantă (boala lui Parkinson); paralizia amiotrofică; paralizia ascendentă (boala Landry); paralizia pseudo-bulbară; paralizia generală; paralizia membrilor; paralizia nervilor radiculari ai plexusului brachial, paralizia radială, cubitală; paralizia nervului median, a nervului circumflex; paralizia nervilor motori ai ochiului; paralizia pseudo-hipertrofică, paralizia spinală; paralizia nervului trigemelar.

4. Oasele

Se notează: *periostita, osteita* (tuberculoasă și sifilitică), *osteo-mielitele, osteo-periostita; abcesele, kistele, necrozele; osteita deformantă, osteo-malacia, osteo-psatiroasa, osteo-sarcomul; fracturile; răsucirea osului; pseudo-artroza; calusul* (exuberant sau hipertrofic; calus vicios); *osteo-arthropatia hipertrofiantă pneumonică* (descrisă de Pierre Marie); *osteo-chondrita, osteomul; osteo-porosa.*

Îndeosebi în ce privește *fracturile basinelui*, e de observat că, în căderea dela înălțime, ele nu sunt atât de frecvente ca fracturile craniene. Explicația: 1) elasticitatea mai mare a scheletului basinelui; 2) în căderea pe sezut, violența isbiturii e atenuată prin membrele inferioare întinse înainte.

Plesnirea scheletului basinelui e des însoțită de rupturi ale uretrei, ale bășicii și ale rectului, ceea ce are de urmare infiltrația de urină în vecinătatea și infecțiunea septică—moartea.

Observațiuni de leziuni osoase consecutive traumatismelor:

I. *Fracturile.* — Gravitatea lor și complicațiunile la cari pot da naștere depind de forma sub care se prezintă: fractură deschisă sau fractură închisă.

Comunicarea făcută de *Charbonnel-Masse* (Congresul de medicină legală ținut în Franța, în Octombrie 1928) indică efectele osteo-sintezei aplicate la fracturi:

1. *Fracturile deschise:* focarul fiind deschis și existând deci o posibilitate de infecție, osteosinteza nu e recomandată decât după ce nu mai există nici un pericol de gravă complicațiune infecțioasă.

2. *Fracturile închise:* din 316 cazuri de fracturi închise în bloc, s'a aplicat în 241 *metoda externă* (care în medie, a redus incapacitatea de lucru temporară la 5 luni și jumătate și n'a putut elimina incapacitatea parțială permanentă în 16.2% din cazuri); în 75 cazuri s'a aplicat *osteo-sinteza* (incapacitatea temporară redusă la 7 luni, iar cea parțială permanentă n'a putut fi eliminată în 11.6% din cazuri).

Concluzia: osteosinteza, ca tratament, e inferioară metodei externe atunci când e vorba de reducerea incapacității temporare; dar e mult superioară metodei externe ca realizări, în ce privește eliminarea incapacității parțiale permanente.



Tot cu privire la fracturi trebuie să atragem atenția că uneori anomaliile osificării, cari persistă până la vârsta adultă, pot fi greșit interpretate ca fracturi. Edificatoare sunt observațiile făcute de *Mouchet* (1927): *anomaliu interesând sesamoidul bipartit* la degetul mare dela picioare și *scafoïdul carpului* și al *rotulei*. Deasemenea la adolescenți, la un moment dat al evoluției lor, radiografia declează un aspect insolit (a cărui durată e de numai câteva luni) al *epitrochleului* și al *calcaneului*: nucleul de osificare epitrochlean e traversat oblic de o fisură; punctul complementar al calcaneului poate rămâne împărțit în două, timp de câteva luni.

II. *Osteita deformantă metatraumatică.* — Bărbat de 52 ani. În 1914 capătă o rană gravă în regiunea parietală stângă care, până în 1923, nu se manifestă decât prin cefalee. După 1923 se notează: amețeală, tremur și turburări psihice. În 1927: îngroșarea țesutului spongios (*Cohn*, 1928).

III. **Lunato-malacia cu necroza finală**, consecutivă unei contuziuni sau unei distorsiuni a articulației rănite, unei fracturi spontane, unei turburări de nutriție a osului lunat. În toate cazurile lunato-malacia nu s'a produs decât în traumatismele puternice (*Wette*, 1928).

IV. **Tuberculoza osoasă** e numai excepțional consecutivă unui traumatism (care trebuie să fie foarte violent). Ca să poată fi socotită ca o complicațiune primară a traumatismului, tuberculoza osoasă trebuie să se pronunțe într'un interval liber de maximum 2—12 luni: altminteri leziunea tuberculoasă a preexistat latent.

V. **Osteo-sarcomul prin traumatism indirect**. — Un lucrător, la 3 Septembrie, cade dela o înălțime de 5 metri și se alege cu o leziune indirectă a genunchiului. La 18 Septembrie nu mai e capabil să lucreze. La 18 Octombrie se constată, pe tibia, o umflătură dureroasă. *Radiografia* (19 Octombrie): proces periostic. La 26 Octombrie altă radiografie: osteită rarefiantă a capului tibiei și a peroneului. *Biopsia* (19 Decembrie): osteo-sarcom — La 24 Decembrie: umflarea glandelor limfatice dela vîntre; *examenul microscopic al glandelor*: sarcom polimorf pe bază de inflamație (*Quenee-Muller*, 1929).

VI. **Os tibial (os supra-numerar al tarsului) consecutiv unei scintiri a piciorului**. — Tânăr de 17 ani. Scintire a piciorului drept, traducându-se printr'o durere difuză în partea inferioară a pulpei, la glesnă și, mai ales, printr'un punct dureros (spontan și provocat) pe o umflătură a marginii interne a piciorului, la nivelul scafoidului. Piciorul puțin deplasat în valgus, fără turtirea bolții plantare. — *Radiografia*: existența unui tubercel triunghiular, scafoidian, nesudat de corpul scafoidului. În urma traumatismului, osul tibial extern pare a se fi degajat dintr'o lojetă pe care o ocupa în unghiul postero-extern al scafoidului (*Joltrain-Gally*, 1929).

5. Articulațiunile

Se notează: 1) *artrita acută simplă*; 2) *artrita uscată, artrita deformantă*; 3) *artrita blenoragică, sifilitică, tuberculoasă, hemofilică*; 4) *articulațiunile anormale* (pseudo-artroza, neartroza); 5) *articulațiunea balotantă*; 6) *ankiloza* (adevărată — completă și incompletă; ankiloza falsă); 7) *contuziuni, luxații, fracturi*; 8) *artrofitele* (prezența de corpi streini) extra și intra-articulare; 9) *entorsa* (suscita); 10) *hidartroza*; 11) *artropatiile nervoase* (medulare, histrice); 12) *răni* (penetrante ori nu).

Observațiuni de leziuni articulare consecutive traumatismului:

1. **Artrita deformantă:** a) Cazuri în cari a apărut în intervalul de 1—4 săptămâni dela exercitarea traumatismului (*Staunig*, 1927). — b) Un lucrător de 62 ani. Cade dela o înălțime de 50 cm. și se alege cu contuziuni numai la față și gamba dreaptă. După câteva zile se plînge de dureri în jumătatea dreaptă a șezutului; iar în ziua a 7-a nu mai e capabil să lucreze. Examenul medical identifică o hernie inguinală vechie, care e operată. După 2 ani: dureri violente în șolduri, unde se notează o artrită deformantă (*Brandis* 1929).

Corelațiunea între traumatism și artrita deformantă trebuie demonstrată, prin diferențierea de artrita constituțională:

a) *Artrita deformantă spontană, constituțională* care, datorită unor turburări endocrinene, poate fi agravată de traumatism sau să fie pusă în evidență de acesta, atunci când există latent. *Caracterele artritei constituționale*: nu are lichid articular, nu e precedată de o atrofie musculară: leziuni degenerative ale osului și cartilajului cari se exteriorizează prin durere, însă numai până în perioada în care leziunile au atins o anumită limită. Trezirea sau agravarea ei prin traumatism e condiționată de o mare violență a loviturii, cu apariția concomitentă de simptome subiective și obiective (*Von Graeser*, al 3-lea congres internațional de medicină al accidentelor de muncă, ținut la *Düsseldorf*).

b) *Artrita deformantă traumatică*: leziuni mono-articulare interesând osul și cartilajul și imediat consecutive traumatismului; debutul e acut (leziuni mici cauzează dureri mari și importante alterațiuni funcționale); traumatismul poate îmbrăca forma unei contuziuni și a unei entorse articulare, a unei luxațiuni sau fracturi.

La o articulație perfect sănătoasă, artrita deformantă nu se observă mai niciodată după contuziuni articulare, distorsiuni, comițiuni, fără ca examenul să identifice o leziune a oaselor sau a cartilajelor interstițiale (*Zollinger*, 1929). În nici un caz artrita deformantă nu apare mai târziu de 2 ani dela traumatism.

În sfârșit, după *Schmidt* (1929) artrita deformantă locală sau secundară poate fi consecutivă și unui traumatism ușor, prin desfacerea de corpuri libere (fragmente osoase). Nu e nevoie ca traumatismul să intereseze direct articulația: se poate constitui o artrită deformantă atunci când, în afară de zona articulației, e lezată o componentă a unității funcționale a articulației; statica, turburată în urma unui traumatism, poate provoca artrita într-o articulație îndepărtată a aceleiași extremități (braț sau picior).

2. *Artrita sifilitică*. — Foarte rar traumatismul precede contaminării; el e de regulă localizator, revelator sau agravant al infecțiunii articulare. Destul de frecvent se întâmplă ca treponemul, în stare saprofită în organele hemato-poietice, în ganglionii vechilor sifilitici, să fie pus în libertate prin acțiunea traumatică și, în locul atins, să creeze o leziune osteo-articulară-sifilitică (E.—R. *Sorel*, 1926).

3. *Hidartroza*. — La 8 zile după traumatism, se observă, la pacient, o hidartroză; cu toate puncțiunile practicate, lichidul citrin se reproduce repede. Vindecare laborioasă, cu constituirea unei artrite deformante cronice (*Leriche*, 1927).

4. *Artrita tuberculoasă*. — La 7 Iulie cade de pe scară, dela o înălțime relativ mică. În zilele următoare, victima a observat o mică echimoză pe partea externă a genunchiului stâng. Radiografia (Noembrie) înregistrează mari modificări în arhitectura osoasă:

decalcifierea femurului, a rotulei și a extremității superioare a peroneului. În anul următor, la începutul lui Februarie e operat de o tumoare albă a genunchiului stâng, cu numeroase fongozități și puncte dureroase la condilii interni ai femurului și la tibia; la acest nivel se constată ulceratii ale cartilajului diartroidiat și o ramolire a țesutului osos (*Bourgeois, 1929*).

Numai traumatismul, oricât de violent ar fi el, nu e în stare să deslănțuie formarea tumorii albe pe o articulațiune perfect sănătoasă. Artrita tuberculoasă traumatică nu e de conceput nici în cazul când individul e fizic, afară numai de observațiile cu adevărat excepționale când s'a putut verifica bacilemia, adică prezența bacilului lui Koch în sângele venos.

Rolul traumatismului în apariția tumorii albe se mărginește la trezirea și agravarea infecțiunii tuberculoase, preexistentă în stare latentă sau în curs de evoluție evidentă. Mai întotdeauna radiografia înregistrează imaginea unei leziuni vechi cu supurație tot vechie.

a) *Pentruca o infecțiune articulară să se trezească* e nevoie de o însemnată acțiune traumatică, sau de traumatisme mici repetate, un traumatism neînsemnat unic fiind incapabil de a desmorți tumoarea albă.

b) *Pentru agravarea evoluției unei tumori albe* e de regulă nevoie de un traumatism de oarecare violență (fractură, luxație); dar agravarea poate fi consecutivă și unui traumatism de mai mică importanță (contuziune, sucitură).

c) Vom mai observa că, excepțional, putem da peste o *formațiune secundară a tumorii albe, adică fără pre existența latentă a infecțiunii tuberculoase*: traumatismul determină în zona articulației o hidartroză banală pe care, prin degenerare, se grefează o tumoare albă.

d) Oricum, *pentru ca o corelațiune să fie admisă între artrita tuberculoasă și traumatism, intervalul liber nu trebuie să fie mai mic de o lună și mai mare de 3 ani; o limită superioară depășind cifra de 3 ani se poate accepta numai cu condiția ca anamneza controlată să confirme: pe deoparte un traumatism inițial violent (fractură juxta-articulară, luxație, sucitură cu revărsare articulară), pe de alta o continuitate de semne clinice la nivelul articulației examinate.*

e) În sfârșit, trebuie să însemnăm că tumoarea albă poate uneori fi focarul de propagare a tuberculozei la ganglioni și, ulterior, să se noteze o generalizare tuberculoasă a organismului.

6. Vasele

A. Arterele în general

1. *Ruptura superficială* notată mai frecvent la tunica internă

a vasului, ca una care e cea mai puțin rezistentă la presiunea sângelui.

Tot superficială e considerată ruptura, atunci când ea interesează nu numai tunica internă, dar și cea mijlocie.

2. *Arteriita* e inflamația arterială care se dezvoltă pe terenul propice al rupturii acestor două tunici.

3. *Arterio-scleroza și ateromatoza* constituie un proces progresiv al arteriitei.

4. *Aneurismul și ruptura lui*. — Aneurismul disecant ori aneurismul sacciform e și el o producțiune a ruperii tunicilor internă și mijlocie.

5. *Tromboza arterială* e o consecință a arteriitei, ca una care cauzează coagularea sângelui.

6. *Ruptura perforantă* (indiferent de forma ei): tus-trele tunicile sunt interesate. Ea se traduce întotdeauna printr'o revărsare sanguină. Ruptura poate fi datorită nu numai unei înțepări, ci și unei simple contuziuni (ruptura carotidei la lovirea gâtului cu un corp contondent; ruptura arterei vertebrale la baza creierului, în urma unei violente contuziuni a capului). Ruptura poate fi și *spontană*, dar ea se observă numai excepțional la arterele cerebrale sănătoase. — Rupturi ale tunicii interne la carotide și la venele jugulare nu sunt consecutive numai spânzurării și strangulării, ci și violențelor exercitate în alt mod (strivire, caznă, etc.).

7. *Secționarea arterelor*, indiferent de regiune și de sediul acesteia.

B. Aorta

Dintre toate leziunile notate la arterele în general, vom stăruii, în ce privește aorta, îndeosebi asupra următoarelor, ca unele ce au o mare însemnătate medico-legală:

1. *Rupturile traumatice izolate* ale aortei sunt excepționale. — În genere ruptura e de cauză *directă*, fie ca efect local al unei răni perforante, fie consecutivă aortitei cronice, aneurismului, arterio-sclerozei, ateromatozei, degenerescenței hialine.

Se notează însă și rupturi de cauză *indirectă* — *efect la distanță*: căderea dela înălțime, contuziuni grave pe torace ori pe coloana vertebrală. Uneori, ruptura la distanță se poate produce în împrejurări curioase, dovadă observația lui *Gorony*—1927: un individ e rănit mortal prin trei focuri de revolver, dintre cari două în hipogastru și una în torace. *fără însă ca aorta să fie interesată*. La autopsie se găsește o ruptură completă a aortei, la 5 degete deasupra locului de trecere a proiectilului care a pătruns în torace. Rupturile acestea indirecte se explică prin marea presiune a sângelui acumulat în zona rupturii, presiune condiționată de o strâmtare a lumenului vasului, consecutivă unei contracțiuni musculare.

Ruptura de cauză directă se poate nota pe orice porțiune a aortei.

Pentru *rupturile indirecte*, sediul de predilecție (statistica lui *Martin*— „*Ruptures traumatiques de l'aorte*“) e: în imediata vecinătate a inserțiunii valvulare, la originea trunchiului brachio-cefalic, la crosa aortică, pe porțiunea descendentă, pe porțiunea abdominală, la nivelul bifurcației aortei.

În ce privește vârsta, maximum de frecvență se notează între 35 și 70 ani, numai rar se înregistrează în 12 și 30 ani.

2. *Scleroza aortică* poate fi și ea consecutivă unui traumatism indirect.

3. *Anevrismele aortei* nu au decât foarte rar (în maximum 2% din cazuri) o origine *pur* traumatică, și numai atunci când, prin efectul unei acțiuni contuze de o extremă violență exercitată în regiunea toracică, se produce, prin repercursiune, o ruptură a tunicii interne dând naștere la un anevrism disicant. Dar nici acesta din urmă nu se formează imediat după traumatism, ci după trecere de câteva zile sau chiar câteva săptămâni. — Excepțional se poate nota un anevrism traumatic de *formațiune tardivă*.

Edificatoare e următoarea observație a lui *Nissen* — 1928: În războiul mondial e rănit de șrapnel în piept și imediat se pronunță fenomene pulmonare și cardiace. În 1917 e complet vindecat. În 1920, de o paloare izbitoră, se plânge de dureri radiale la brațul stâng, palpitație, sufocare, tuse violentă. Inima dreaptă e dilatată. *Examenul radiografic*: prezența unui proiectil în cavitatea mediastinală posterioară, în dreptul celei de a 7-a vertebre toracice: glonte se mișcă odată cu inima. În aceeași cavitate radiografia înregistrează un anevrism aortic de mărimea unui ou de găină.

Anevrismul notat după un traumatism are, în aproape unanimitatea cazurilor, ca origine o leziune locală a aortei, o aortită cronică (de obicei o mesaortită sifilitică), sau o ruptură a tunicilor interne și medie.

C. Venele

1. *Flebita* e deseori consecutivă nu numai unei fracturi, dar chiar unei simple contuziuni.

2. *Varicele*, dimpotrivă, nu au mai niciodată ca origine directă o acțiune traumatică; cel mult, varice existente capătă o mare extensiune, de pe urma unui traumatism.

3. *Varicocele* — tumoare varicoasă născută, la *bărbat*, din dilatația continuă a venelor cordonului spermatic, a venelor scrotului, iar la *femeie* din dilatația continuă a venelor ligamentului larg — se poate rupe fie prin efectul direct al traumatismului, fie prin repercursiune. (La ridicarea unei mari greutate, simte deodată dureri violente la vintre, în partea stângă. Jumătatea stângă a scrotului, violacee, e de mărimea unui cap de copil la termen. *Intervenția chirurgicală*: se dă peste un varicocele plesnit).

D. Anevrismul arterio-venos

Acesta se notează atunci când leziunea interesează simultan o arteră și o venă vecină.

E. Efectele

1. **Arterele.** — a) *Ruptura aneurismului* poate cauza moartea, prin marea revărsare de sânge în cavitatea respectivă.

b) *Ruptura arterială* poate cauza și ea moartea, fie prin importanța hemoragiei interne, fie prin hemoragie cerebrală apoplectică.

2. **Aorta.** — *Rupturile* ei, în marea majoritate a cazurilor, cauzează moartea, prin hemoragia internă ce o provoacă în: pericard, pleură, peritoniu, bronhii, esofag, stomac, mediastin.

3. **Venele.** — *Flebitele* pot avea ca urmare o embolie mortală.

4. **Anevrismul arterio-venos** are repercursiuni cardiace de o durată variabilă.

7. Tubul digestiv

În prealabil trebuie să observăm că, în afară de perforările adânci ale gâtului și ale peretelui abdominal și de adevărate striviri, contuziunile abdominale nu interesează întotdeauna și tubul digestiv, și aceasta pentru că, grație mobilității sale, porțiunea abdominală a acestui tub se poate deplasa, evitând șocul. În ce privește porțiunea intestinală situată în basîn, aceasta e și mai puțin expusă leziunilor, mulțumită zidului de apărare pe care-l constituie oasele.

Vom mai observa că adesea o contuzie abdominală, fără să provoace și o ruptură a tubului digestiv, poate cauza moartea printr'o simplă zdrelire a peretelui intestinal: leziunea, relativ ușoară, înlesnește migrațiunea germenilor de infecțiune în cavitatea abdominală, dând astfel naștere unei peritonite. În ce privește rănilor perforante, ele sunt în majoritatea cazurilor mortale (prin peritonită secundară): procentul de salvare pe cale de intervenție chirurgicală nu trece de 35—40%.

Leziunile tubului digestiv interesează, în ordinea structurii anatomice: gura, limba, faringele și amigdalele, esofagul, stomacul, intestinul subțire și intestinul gros.

A. Gura

În afară de leziunile buzelor (vezi mai departe: *Capul și fața*), putem nota:

a) **Leziuni ale cerului gurii:** 1) *osteoperiostita*; 2) *abcesul*; 3) *tumorile*, în general mixte; mai rareori angiom, kist, lipom, mi-xom, enchodrom, osteom, fibrom, sarcom, epiteliom; 4) *flegmonul planșeului bucal*.

b) **Afecțiunile gurii:** *stomatita* (aftoasă, herpetică, impetiginoasă, cremoasă, eritemato-pultacee, ulcero-membranoasă, gangrenoasă, hemoragică).

c) **Leziunile dinților și ale arcadelor dentare:** 1) *leziunile superficiale ale dinților*; 2) *luxațiunile și fracturile dentare*; 3) *leziuni și afecțiuni interesând gingiile* (plagă contuză, rană deschisă, tuberculoza gingivală, ulceratie, gingivită, fongozitate și tumefacție); 4) *abcesele alveolo-dentare*; 5) *periostita alveolo-dentară*; 6) *leziunile și afecțiunile maxilarelor* (plesnirea, fractura, osteo-malacia, tumoare-epulis, odontom. kist; necroza maxilarului); 7) *complicațiunile afecțiunilor dentare* (adeno-flegmonul ganglionar, cu agravațiunile lui: edem al glotei, purulența dealungul faringelui și al vaselor gâtului, ulceratiuni vasculare, angina ludovici; catarul sinusului maxilar; flictenele corneei și ale conjunctivei palpebrale, kerato-conjunctivita flictenulară, keratita interstițială, flegmonul orbitei; otalgie, nevralgie).

B. Limba

a) **Leziunile notate:** 1) *plagă contuză, strioie*; 2) *tăitură, spintecare, mutilare*; 3) *smulgere*.

b) **Afecțiunile limbii:** 1) *glositele*; 2) *tumorile* (kist, lipom, fibrom, cancer); 3) *ulcerațiile*; 4) *actinomicosa*.

C. Faringele și amigdalele

a) **Leziunile:** 1) *inciziune și prezența unui corp strein în amigdale*; 2) *strâmtarea faringelui*; 3) *abcesele faringiene*.

b) **Afecțiunile:** 1) *inflamațiile* (diversele forme ale anginei); 2) *hipertrofia amigdalelor*; 3) *sifilisul și tuberculoza faringiană*.

D. Esofagul

a) **Leziunile:** 1) *ruptura, perforarea, prin violență directă ori indirectă* (de exemplu: printr'o presiune exercitată asupra diafragmei aceasta e împinsă și provoacă ruptura peretelui gingaș al esofagului); 2) *prezența unui corp strein*; 3) *ramolirea pereților*; 4) *arsură*.

b) **Afecțiunile:** 1) *tumorile* (benigne și maligne—cancerul); 2) *ulcerul*; 3) *strâmtarea cicatricială*; 4) *dilatația și diverticulele*.

c) **Observații diagnostice.** — *Ruptura esofagului* poate fi datorită și unei *cauze interne*: 1) *sporirea bruscă a presiunii abdominale*; 2) *exagerarea tensiunii exercitată în esofag de conținutul stomacal isgonit brusc din stomac* (obs. lui Esser—1927 și Raestrup—1928).

Ruptura aceasta oarecum spontană, care poate fi unică sau multiplă, e astfel explicată de Raestrup:

Esofagul uman prezintă, în trei locuri, strâmtări de o mare importanță fiziologică. Cea mai de jos la comunicarea cu stomacul, poate fi sediul unor leziuni mai mici sau mai mari cari nu rare ori străpung peretele esofagului, cauzând moartea subită, prin deglutiție

Perforațiunile acestea pot fi cauzate de: a) o *leziune mecanică a mucoasei* (acțiunea unor corpi streini înghițiți: sondarea medicală; acțiunea causticelor); b)

un *catar* recent sau cronic; c) o *tumoare granulară*; d) *ulcerația părții inferioare a esofagului*, prin acțiunea sucului gastric; e) *purulența vecinătății*; f) *formarea de kisturi*.

E. Stomacul

Leziunile stomacului sunt consecutive sau unui traumatism direct în regiunea epigastrică, sau unuia indirect și în cazul acesta avem o leziune la distanță (notată mai ales în căderea dela înălțime pe călcâie sau pe ischioni).

a) *Leziunile* ce se pot nota:

I. **Contuziunile** cari pot fi consecutive fie unei acțiuni directe în regiunea epigastrică (compresiune, isbire), fie prin repercursiunea comoției generale a corpului. Urmărilor contuziunii sunt în funcțiune atât de starea de replețiune a stomacului, cât și de natura conținutului acestuia (lichid, masă compactă, gaze).

II. **Ruptura și perforarea** pot fi consecința unei contuziuni sau a unei acțiuni directe.

În caz de *contuziune*, replețiunea sau destinderea stomacului prin gaze favorizează ruptura; din contră, complet sau aproape gol, stomacul retractat spre coloana vertebrală, rămâne nevătămat, în marea majoritate a cazurilor.

Ruptura poate fi *completă* sau *incompletă*.

1. *Ruptura completă* se poate prezenta ca: *parțială* (pe linia curburii mici, pe fund) sau *totală* (deschiderea completă a stomacului).

2. *Ruptura incompletă*, care interesează numai mucoasele, poate da naștere ori la un proces de *ulcerație mucoasă cronică*, ori la o *hemoragie în submucoasă*.

La *autopsie*, să nu se confunde ramolirea acidă post-mortală a pereților stomacului cu o ruptură vitală.

Simptomele rupturii stomacale: durerile în regiunea epigastrică, vărsăturile, hematemesa (care se produce imediat sau în interval de 1—2 zile și poate fi și cu repetiție).

III. **Ulcerul stomacal**, acut sau cronic, se traduce prin: dureri în regiunea epigastrică, crize consecutive ingerării alimentelor, vărsături, hematemeză, melena, — Consecutiv contuziunii, ulcerul stomacal se poate manifesta la câteva zile după accident sau tardiv (6 luni—1 an). Ori se vindecă, ori cauzează moartea prin hematemeză și perforare cu peritonita generalizată secundară.

Ulcerul traumatic e o realitate tangibilă dela primele observațiuni ale lui *Potain*, dar totuși trebuie observat că adesea traumatismul nu joacă decât rolul unei deslănțuiri a simptomelor unui ulcer preexistent care, la autopsie, se verifică prin constatarea unui ulcer de dimensiuni mari, cu marginile groase, caloase.

IV. Perforarea unei tumori preexistente.

b) Afecțiunile stomacului:

I. Carcinomul traumatic, rezultând din degenerarea unui ulcer, poate uneori cauza ruptura spontană a peretelui canceros al stomacului.

II. Stenoza pilorului prin localizarea ulcerului stomacal în această regiune.

III. Dilatația stomacului.

IV. Dispepsiile, gastritele, indigestiile.

c) *Efectul* cel mai grav al unei leziuni stomacale (perforare, ulcer) e dezvoltarea unei peritonite generalizate mortale. Dar sunt excepțiuni: *Balthazard* a observat pe un individ care, în urma unei perforări a stomacului cu un glonte de revolver, a avut o hematemă abundentă și apoi s'a însănătoșit; după câteva luni, însă, s'a văzut evoluând la el un ulcer gastric.

F. Intestinele

a) Leziunile ce se pot nota:

I. Atriția și desprinderea tunicilor: hemoragia intestinală, consecutive unei contuziuni exercitate fie în chiar regiunea interesată, fie prin repercursiune (prin tensiunea excesivă a tegumentelor abdomenului, efect al traumatismului). E de notat că intestinul gros, grație puternicii lui musculaturi, e mai rezistent la acțiunea contuzivă externă.

Simptomele acestor leziuni: dureri abdominale, balonarea pântecelui, melena.

II. Arsurile; eroziunile.

III. Plesnirile, rupturile și perforările datorite fie unei acțiuni directe, fie uneia indirectă și cari au ca urmare: *peritonita difuză acută* sau *peritonita cronică circumscrisă*; *strămtarea cicatricială a intestinului*; *invaginația intestinală*.

În contuziune, îndeosebi expuse sunt duodenul și începutul jejunumului, în punctul de comunicare a cărora se notează uneori o completă secționare transversală. Deasemenea mai expuse rupturilor sunt și ansele intestinale mai superficiale.

IV. Desprinderea intestinului de mesenter.

V. Smulgeri parțiale ale intestinului.

VI. Eroziunile, rupturile superficiale, plesnirile și rupturile perforante ale rectului prin introducere de corpi streini, însuflare de aer sau prin presiunea exercitată de fecalele eliminate. (Vezi și capitolul „Atestatul la pudoare“, vol. II).

VII. Prezența de corpi streini în oricare din zonele intestinelor.

b. *Afecțiunile intestinale*

I. Apendicita traumatică.

II. Ocluziunea intestinală: constipația; diareea; enteritele (acute și cronice).

III. Hemoragia: tuberculoza intestinală.

IV. **Cancerul**, care numai excepțional se notează pe intestinul subțire, își are sediul de predilecție pe colonul pelvian, pe colonul transvers. pe cecum și pe rect.

8. Glandele digestive

1. Glandele salivare

Leziuni și afecțiuni: lithiasa salivară; tuberculoza; parotiditele; tumorile parotidei; imflamațiunea și tumorile glandei submaxilare; kistele glandei sublinguale.

2. Pancreasul

a. *Leziunea* se notează pe capul pancreasului din fața coloanei vertebrale în contuziunile grave (călcare, cădere, etc.).

Leziunea pancreatică poate provoca indirect formarea de kisturi și de fistule, turburări de nutriție, necrozarea țesutului adipos și chiar moartea.

b. *Afecțiunile pancreasului:* 1. pancreatita acută hemoragică; pancreatita subacută; 2. pancreatita supurată; 3. pancreatita cronică; 4. tumorile lichide și solide.

CAP. III

Răniile caracterizate

LOVIRILE ȘI RĂNIRILE

Codul penal. — 1. Răniile și lovirile simple calificate delict ori simplă contravenție (*art. 238*).

2. Prin derogare delictul e calificat crimă, atunci când e comis cu prilejul unei tâlhării, deși din lovire sau maltratare n'a rezultat nici o rană (*art. 318, punctul enunțativ No. 4*).

3. Lovirile și răniile cari au cauzat o vătămare însemnată sănătății sau unui membru al corpului victimei, ori au dat naștere vreunei incapacități de lucru" (*art. 239*).

4. Lovirea simplă a unui funcționar public în exercițiul funcțiunii, a unui jurat sau a oricărui cetățean însărcinat cu un serviciu public (*art. 184, 185, și 187*). — Pricinuirea unei boli sau rănirea aceluiaș persoane (*art. 186*). Moartea aceluiaș persoane în interval de 40 zile dela data agresiunii (*art. 186 partea finală*).

5. Leziunile corporale grave, bolile sau moartea indirect pricinuite prin: degradarea sau distrugerea șoselelor, podurilor, zăgazurilor, etc. (*art. 376*); stăvilirea voită a funcționării serviciului telegrafic (*art. 374 și 375*); provocarea unui accident de cale ferată (*art. 370*); darea de foc (*art. 365*); explozia dinadins provocată (*art. 365*); inundația cu voință provocată (*art. 369*).

6. Lovirile, rănirile, bolile consecutive caznelor săvârșite sau numai ordonate de orice funcționar, în scopul de a smulge declarațiuni sau mărturisiri în timpul și cu ocazia instruirii unui delict ori a unei crime (*art. 150*).

7. Leziunile corporale consecutive sechestrării sau arestării ilegale sau pricinuite direct cu acest prilej (*art. 273*).

8. „Dacă, în urma loviturilor sau rănirilor voluntare, pătimașul a rămas slujit sau în incapacitatea pe toată viața de a lucra, sau mut, sau surd, sau a pierdut facultatea de a procrea, sau a rămas smintit de minte, ori nebun, sau imbecil”, se pedepsește cu... „Aceeș pedeapsă se va aplica și când persoana bătută fiind o femeie însărcinată, din cauza bătăii a lepădat” (*art. 240*). — Pedeapsa e însăsprită atunci când aceste fapte medicale sunt pricinuite în circumstanțele determinate de *art. 233, 242 și 319*.

9. Răniile și loviturile voluntare urmate de moarte (*art. 241 și 320*). „Faptul de lovire, care a cauzat avortul și moartea pacientei e pedepsit de *art. 241*” (Cas., S. II, 11 Decembrie 1887). „Lovirile sau rănirile, cari au cauzat moartea pacientului cad sub *art. 241, chiar atunci când victima a sucombat din complicațiunile ivite din cauză că a fost lipsită la timp de îngrijirile medicale*” (Cas., S. II, 17 Noiembrie 1892).

10. Răniile și lovirile involuntar pricinuite „din nedibăcie, nesocotință, din nebăgare de seamă, din neingrijire sau din nepăzirea regulamentelor” (*art. 248 și 249*).

11. Vătămarea sănătății prin leziunile cauzate sau prin putoarea degajată din lucrurile aruncate înaintea locuinței (*art. 385, punctul enunțativ Nr. 6*).

12. Provocarea avortului, cu sau fără moartea mamei — *art. 246.* (Chestiune pe larg tratată la capitolul „Avortul”, vol. II).

13. Rănirile ori moartea consecutive duelului (*art. 259*).

14. „Omorul, rănirile și loviturile sunt *scuzate* (adică beneficiază de o ușurare a pedepsei, conform *art. 254 c. p.* — *N. A.*), dacă au fost provocate prin loviri sau violențe mari urmate asupra unei persoane” (*art. 250*).

15. „Omorul săvârșit de către bărbat asupra femeii sale, sau de către aceasta asupra bărbatului său, nu este scuzabil, dacă viața soțului sau a soției care a comis omorul, nu a fost pusă în pericol chiar în momentul când s'a comis omorul” (*art. 253*).

16. Amenințarea, făcută prin viu graiu sau prin scris poate, după împrejurări și urmările ei (imbolnăvire trupească ori mintală, moartea ori sinucidere din cauza traumatismului psihic) să fie calificată delict ori crimă (*art. 255—257*).

17. Contaminarea cu o boală infecțioasă (*art. 377*).

Codul civil. — Responsabilitatea civilă pentru delictе și quasi-delictе (*art. 998—1003*).

Accidentele de muncă. — *Art. 114, 117, 119, 125, 141, 142 și 147* din legea pentru organizarea meseriilor, creditului și asigurărilor muncitorești.

Rana, care poate fi definită ca o strivire, ruptură sau secționare a pielii, a mucoaselor și a țesuturilor subjacente, se produce în general din afară înăuntru, dar uneori dinăuntru, în afară: în cazuri de fracturi, de perforarea produsă de un corp strein pătruns pe altă cale în trup și care ulterior își face drum; un proces patologic.

Rana se poate înfățișa ca: 1. o simplă compresiune a pielii; 2. o plesnire cutanată sau mucoasă; 3. o strivire mai superficială ori mai profundă, mai limitată sau mai întinsă; 4. o leziune penetrantă de o mai mare sau mai mică adâncime și de formă variabilă; 5. o arsură de diverse grade; 6. o smulgere, sfâșiere interesând o întindere mai mică sau mai mare a învelișului cutano-muscular; 7. o fractură osoasă; 8. o ruptură, secționare ori sfâșiere a organelor interne.

Chemarea expertului nu se va mărgini la caracterizarea leziunii; el trebuie să mai determine agentul creator al leziunii, mortală ori nu, adică elementul de energie fizică, chimică, biochimică și biodinamică, susceptibil de a fi incriminat.

Vom studia dar diversele specii de răni, indicând pentru fiecare din ele și agentul vulnerant.

1. Contuziunile

A. Contuzia superficială

E o compresiune mai mult sau mai puțin profundă a pielii, fără însă să existe și o plesnire, ruptură sau strivire. — Contuziunea superficială, care, cu mai mare sau mai mică precizie, reproduce forma obiectului vulnerant, indică și direcția lovirii. Ea poate fi efectul unui traumatism activ (lovire primită) sau al unui trau-

matism pasiv (lovire suferită fără intervenția directă a unei alte persoane). — Contuzia superficială poate fi și efectul unei mușcă-turi, care se identifică prin mici echimoze albăstrui, cu marginile dantelate; dar aceste caractere nu se pot identifica decât la contuziunea foarte recentă, de oarece dispar repede și complect.

Cele mai de multe ori, expertul nu mai are de notat decât: o roșeață a pielii, o sufuziune ușoară, o zdrelire neînsemnată, o ruptură de extensiune a mucoaselor.

În orice contuzie superficială se poate uneori nota necrozarea punctului lezat, care e o consecință a disocierii elementelor anatomice scândate de sufuziunea sanguină care s'a produs.

B. Rana contuză

Se deosebesc două grade, după însăș gravitatea leziunii, care interesează nu numai tegumentul, ci și țesuturile subjacente. la o mai mare sau mai mică profunzime.

I. Rana contuză de gradul I

E o plesnire, ruptură, strivire, care interesează pielea și mai mult sau mai puțin superficial țesutul anatomic pe care-l acoperă tegumentul.

Numai excepțional rana oglindește conturul instrumentului (pătrat, dreptunghiular, cilindric, oval, circular). Pentrucă, de exemplu, o lovitură piezișă, dată cu muchia unui ciocan, a unui topor, poate cauza o *ruptură liniară* care poate avea marginile netede, semănând cu o inciziune. Aceasta se observă mai ales în zonele unde tegumentul e la o mică depărtare de osul subjacent.

În genere, forma plăgii e neregulată, cu marginile dințate, cu fundul strivit dar și cu lambouri de țesuturi cruțate (punți sau bride constituite de vasele neatinse), cu deslipirea pielii din vecinătate și cu o revărsare sanguină întinsă la nivelul plăgii. **Pe cadavru**, rana se prezintă disicată, negricioasă, cu fundul neregulat, strivit. — În *plesnirea contuză*, plaga are forma liniară, iar buzele ei sunt netede (nu dințate).

Îndeosebi în ce privește pielea capului, forma plăgii contuze variază după sediu: liniară pe vertex și pe frunte, e stelată la baza parietalului sau la acea a temporalului.

Aspectul răni contuze depinde și de direcția lovirii: 1. în direcția mai mult sau mai puțin *perpendiculară*, avem o strivire a țesuturilor; 2. *piezișă*, lovitura, din pricina alunecării corpului vulnerant, cauzează o plagă lobulată.

Uneori se găsește combinate o plesnire, o ruptură, cu o strivire.

Plaga contuză, consecutivă unei mușcă-turi, se identifică prin: dispoziția echimozelor caracteristice mai pronunțate, cari redau în-

săș forma areadei dentare; în orice mușcătură adâncă se notează, chiar după trecere de zile, un grup de mici cicatrice albastrui. *Plaga contuză făcută de o mușcătură de om* interesează de regulă părțile descoperite ale corpului. Particularitățile dentițiunii (absența unuia sau a mai multor dinți) permit uneori identificarea autorului necunoscut sau bănuț. — *Strivirile cauzate de dinții animalelor (herbivore)* pot interesa orice parte a corpului și se identifică prin aceea că rana contuză e mai mare decât în mușcătura de om. — În mușcătura unui herbivor se poate uneori nota curiozitatea ca pielea să fie cruțată și numai țesuturile moi profunde să fie strivite.

Expertul poate să aibă uneori de diferențiat o mușcătură de om ori de animal, de o *mușcătură mecanică*; avem aface cu o mușcătură simulată, realizată cu ajutorul unor unelte dințate, a căror impresiune imită pe aceea lăsată de dinții umani sau de dinții de animale.

1. **Diferențierea unei răni contuze liniare de o tăietură.** — În plesnirea de origine contuzivă buzele răni sunt neregulate, zdrențuite; pe când în plaga făcută cu un instrument tăios, ambele buze prezintă o secțiune netedă.

2. **Diferențierea unei contuziuni active de una pasivă.** — În genere, contuziunea pasivă (în cădere, în lovire accidentală) cauzează răni multiple. — Această diferențiere are o deosebită importanță medico-legală: ea ne permite să demonstrăm dacă ne aflăm în fața unei agresiuni, a unui accident sau chiar a unei simulări.

3. **Diferențierea răni contuze vitale de una post-mortală** e uneori anevoioasă, dacă ne mărginim la un examen superficial, pentru că și rănilor contuze post-mortale pot provoca sufuziuni sanguine. Elementul concludent ni-l dă coagulabilitatea sângelui: lichidul sanguin din sufuziunea post-mortală nu se coagulează. Macerată în apă, sufuziunea post-mortală se decolorează repede, ceea ce nu se petrece cu o sufuziune vitală. — Trebuie să mai notăm, că plăgile contuze post-mortale. — notate pe un înecat și cauzate de helice, roțile de moară, drage, stăvilare, odgoane de șleपुरi, etc. — sunt lipsite de revărsări sanguine.

4. **Complicațiunile rănilor contuze.** — A. *Strivirea* poate favoriza: infecțiunea purulentă și hipostaze purulente, formarea unui flegmon difuz, gangrena; deslănțuirea simptomelor diatezice (delirium tremens la alcoolici, sporirea cantității de zahăr în diabet; reapariția sifilisului sau a scrofulei; o contuzie pe tibia provoacă o exostoza, o periostită; tophus la gutosi; abces pe sânul femeii în perioada alăptării; un adenom pe sânul unei fete; o tumoră malignă pe sânul unei femei în vârstă). — Uneori, în comprimarea toracică, se poate cauza cecitatea imediată și definitivă. (Comprimarea puternică a pieptului. Imediata constituire a măștii

echimotice și cu orbirea bilaterală. În primele zile se notează: exoftalmie, echimoze palpebrale și subconjunctivale; după 2 luni, o atrofie albă a nervului optic și a vaselor — *W'eil-Dreyfus*, 1927). Un caz de atrofie a nervului optic, notată la două luni după căderea pe occiput dela o înălțime de câțiva metri (*Azzena*, 1929).

B. *Mușcătura* poate transmite: sifilisul, morva (nu numai direct dela animal, ci și dela omul în contact cu animalul), farcinul, bacilul tetanosului, virusul turbării (nu numai prin mușcătura de câine, dar și prin aceea a oricărui mamifer — lup, cal, pisică, bou, vacă, oaie, țap, porc și chiar prin mușcătura de pasere); virusul pseudo-turbării (prin balele unui câine care, fără a fi infectat cu virusul caracterizat al turbării, e numai într'o stare trecătoare de furie extremă).

Babeș (1928) semnalează o *septineurită rabică cu moartea subită cardiacă* în două cazuri de oameni mușcați de câini turbați; moartea e asemănătoare celei în angina pectorală.

Léri-Liéore (1928) înregistrează o *tuberculizare cutanată tardivă consecutivă* unei mușcături: la un an după ce în cursul unei încercări, un individ a fost mușcat adânc la medius și inelar. și deși pe loc rănille au fost desinfectate cu apă oxigenată și tinctură de iod, pe locurile cicatrizate a apărut o roșeață cu umflare și apoi s'a dezvoltat imaginea tipică a tuberculozei verucoase.

André Thomas—Kudelski (1929): edem al mâinii consecutiv unei mușcături de pisică.

Din cele expuse rezultă că prognosticul unei răni contuze trebuie rezervat un timp variabil, după complicațiunile la cari ne putem aștepta.

II. Rana contuză de gradul II

E o strivire interesând țesuturile în foarte mare adâncime, o strivire totală (care uneori poate implica și *luxațiuni* și *fracturi osoase*), o sfâșiere, o smulgere, adică o pierdere de substanță, o mutilare, o amputare completă sau incompletă. După cum tegumentele sunt sau nu rupte, avem o *rană contuză externă* și o *rană contuză internă*.

În *rana contuză externă*, atunci când sub piele se află un suport osos, ruptura are aspectul unei tăituri sau al unei răni cu lambouri (în lovitura aplicată oblic) ori acela al unei striviri (leziunile contuze ale articulațiilor, ale arcadelor sprincenare). Aceste din urmă plăgi supurează și sunt susceptibile de a da naștere la flegmoane, erisipel, cicatrice vicioase.

Tot ca rană contuză de gradul II trebuie socotită și *scalparea* (rănire cauzată de mașini sau curele de transmisiune, de o violentă lovire tangențială); uneori se poate nota desprinderea și smulgerea totală a pielei capului. — Jupuirea altor regiuni ale corpului (coapse, spate, părțile laterale ale toracelui) se poate nota în contuziunile prin călcare sau tamponare.

Sfășierea, smulgerea poate fi efectul unei mușcături de om sau de animal. În atari răni hemoragia poate fi minimă. Absența totală a hemoragiei (aparitia în locul acesteia a unei revărsări seroase) e posibilă în cazurile de traumatism tangențial al cărui efect nu e mai puțin o sfășiere sau o smulgere importantă.

Diferențierea unei mușcături de om de una de animal. — Am spus că, în general, omul nu mușcă decât părțile descoperite ale corpului; numai în caz când victima e desbrăcată, mușcătura poate interesa orice regiune a trupului. Animalele, dimpotrivă, mușcă și părțile desgolite și cele acoperite.

În mușcătura de om adâncimea impresiunii e cu mult mai mică decât aceea a urmei lăsate de dinții unui animal.

La copii mici, mușcătura de animal poate interesa și oasele.

Identificarea speciei animalului. — a) Mușcătura de câine e de regulă adâncă: secționarea netă a țesuturilor, uneori complicată cu o adevărată sfășiere.

b) Mușcătura de pisică are acelaș aspect, dar plaga are dimensiunile mai mici.

c) Dimpotrivă, mușcătura de leu, tigr, panteră, leopard, care deasemenea seamănă cu aceea a câinelui, are proporții mai mari ca mușcătura acestuia din urmă.

d) Rar se înregistrează o mușcătură de rumegătoare (bou, vacă, oaie, etc.): plaga are aspectul unei striviri.

e) Calul, măgarul, catărul, sfâșie, smulg părți ale țesuturilor, pe cari le secționează cu incisivii lor.

f) Rozătoarele fac leziuni caracteristice cu incisivii lor extrem de tăioși.

g) Reptilele sauriene și hydrosauriene (șopârla, crocodilul), animale homodonte, au dinții sau conici sau turtiți în formă de dinți de fereștrău. Mușcătura e caracteristică, iar după gravitatea ei poate fi mortală.

h) Șerpii. Dinții, în formă de con cu vârful adus, cauzează o înțepătură, rare ori o sfășiere.

i) Păsările. — Leziunea produsă de ele e de obicei dublă: două impresiuni cu marginile opuse, făcute de cele două jumătăți ale ciocului; cea cauzată de jumătatea superioară e mai mare. — De regulă, se notează leziuni multiple. — Ciocul păsărilor de pradă cauzează și sfășierea și chiar smulgeri de țesuturi.

Identificarea speciei animalului servește uneori la descoperirea persoanei căutate: *Coutagne*, examinând urmele lăsate de dinții câinelui victimei pe corpul agresorului, l-a putut identifica pe acesta.

III. Efectele și complicațiunile

Rana contuză de gradul II se prezintă cu suprafața accidentată, cu lambouri și cu supurațiuni îndelungate.

Efectele și complicațiunile unei atari plăgi sunt cu mult mai grave decât acele ale răni contuze de gradul I. Putem nota și rupturi, plesniri, striviri ale organelor interne. De observat că, uneori aceste leziuni grave, întocmai ca rupturile musculare cu tegumentul corespunzător intact, nu sunt trădate, la exterior, prin nici un semn, ceea ce se explică, pedeparte prin elasticitatea și rezistența pielei, pe de alta prin faptul că hemoragia rapidă poate împiedeca formarea de echimoze în țesutul celular subcutanat.

1. Leziuni ale creierului (cu craniul intact) au fost observate de *Casper, Adams, Zuijer*, Moartea e rapidă.

2. Leziunile urechii: lovirea cu o stinghie nu lasă ca urmă de cât o ușoară zdrelire dinapoia urechii drepte și cu toate acestea se notează sincopa precedată de scurgerea sanguină din urechea dreaptă, gură și nas (*Umar, 1929*).

3. Leziunile plămânilor — moartea rapidă sau tardivă.

4. Leziunile inimii și ale vaselor mari provoacă, de regulă, moartea rapidă, prin hemoragia ce instantaneu se produce: dacă revărsarea sanguină întârzie, moartea e și ea tardivă, iar durata supraviețuirii e dela câteva minute la 8—10 ore.

5. Leziunile ficatului: rupturi, striviri centrale sau periferice, în cari se poate nota necroza anemică. Moartea e rapidă sau tardivă (maximum 7—12 zile). Mici fragmente din ficatul strivit, pătrunzând prin embolie în plămân, provoacă moartea instantanee. Complicația rupturii canalelor biliare e peritonita.

Dar rupturile ficatului pot fi și spontane, din cauza fragilității excesive a țesutului parenchimos al acestui organ (ruptura ficatului la un bolnav în timpul când i se schimbă poziția în pat — *Chiari*).

Ruptura se poate produce și sub influența unui traumatism neînsemnat, atunci când ficatul e atins de degenerescența grăsoasă.

6. Leziunile splinei sunt deosebi frecvente la organul hipertrofiat (malaria, tifos, sarcina).

7. Leziunile rinichilor sunt de obicei mortale, mai ales când sunt bilaterale.

8. Se pot nota și efecte tardive (un caz de meningită purulentă cu moartea la 7 săptămâni dela producerea plăgii contuze care la început n'a avut ca urmare decât o echimoză palpebro-conjunctivală bilaterală, o echimoză nazală și epistaxis: autopsia a arătat că meningita tardivă era consecutivă unui hematom orbital — *Lyon-Caen, 1929*).

C. Cauza morții în rănile contuze, indiferent de gradul lor

Atunci când avem de examinat un cadavru, în primul loc, căutăm indicii pe haine; apoi determinăm: 1. depărtarea cadavrului de locul unde s'a produs contuziunea (lovirea directă, călcare, tamponare, cădere — obstacolele din linia căderii); 2. cantitatea de sânge scurs (pe rana deschisă, pe gură, nas, urechi, sufuziunea globilor oculari); 3. starea articulațiilor membrelor; 4. fracturile scheletice; 5. paloarea foarte accentuată a pielii e un indiciu de hemoragie internă; 6. în strivirea înceată a corpului, repartiția sângelui nu e uniformă.

În cazul când rezultatul autopsiei e îndoelnic sau chiar negativ, ne putem gândi la una din următoarele eventualități în ce privește cauza morții:

1. *Tamponada cardiacă*: în pericardul nevătămat se găsește o hemoragie care a stingherit mișcările miocardului.

2. *Asfixia*. — Comoziunea cerebrală însoțită de vărsături: masele vomitate, aspirate fiind în căile respiratorii, au cauzat moartea prin asfixie.

3. *Embolia* grăsoasă ori gazoasă.

4. *Septicemia*. Se caută cu atenție poarta de intrare și se verifică identitatea germenului de infecțiune în focarul inițial și în sânge.

5. *Șocul*, chiar în contuziunile cât de ușoare, cum ar fi practicile abortive, atentatul la pudoare.

În contuziunile grave (striviri, tamponări, etc.) șocul traumatic e mai frecvent și la deslănțuirea lui contribuie în mare măsură condițiunile individuale (impresionabilitatea deosebită la durere, starea de alcoolism) și sediul rănii (zonele mai bogate în nervi). Nemijlocit consecutiv contuziei, șocul se explică prin turburări nervoase sau printr'o hemoragie gravă; apariția mai mult sau mai puțin tardivă a șocului are drept punct de plecare o infecție datorită contuziei.

Simptomele șocului traumatic sunt: paloarea, scăderea temperaturii, hipotensiunea arterială, o frecvență extremă a pulsului.

D. Agenții contondenți

Întreaga gamă a leziunilor contuze, a repercursiunilor și complicațiunilor acestora poate avea ca obârșie un traumatism cu intențiune exercitat sau unul fortuit — adică traumatismul caracterizat prin absența elementului intențional.

1. *Contuziunea cu intențiune cauzată (delict, crimă sau sinucidere)*. — Agenții vulneranți pot fi:

1. *Instrumentele ori obiectele cu sau fără muchie, mânuite de agresor sau de sinucigaș*: ciocanul, muchia unui topor ori a unei secure, măciuca, bățul, umbrela, nuiaua, vâna de bou, cureaua, biciul, frânghia, parul, drugul de fier, latul unei săbii, patul unei arme de foc, un vas, o piatră, o cărămidă un bolovan o greutate mare (sac, ladă, etc.), etc.

2. *Izbirea de un obiect imobil*, mai mult sau mai puțin dur (agresiune sau sinucidere): o mobilă, un zid, un gard, pavajul, etc.

3. *Aruncarea dela înălțime (agresiune sau sinucidere)*; cu lovirea de pământ, de pavaj, dușumea, etc.

4. *Aruncarea bruscă în apă* (chiar fără a se isbi de fund sau de un obiect dur), într'o prăpastie.

5. *Comprimarea de un obiect dur*.

6. *Armele naturale*: sugerea, mâna (palma, compresiunea, ciupirea), pumnul, cotul, piciorul, genunchiul, vârful sau tocul gheței, umărul, capul, dinții, copita animalului, etc.

II. *Contuziunea accidentală* — în care răspunderea traumatismului o are sau nesocotința victimei sau întâmplarea de neprevăzut — poate avea ca origine:

1. *Căderea neașteptată a unui obiect mai mult sau mai puțin dur și greu.*

2. *Năruirea unui zid, a unui mal, desprinderea unui bloc dintr'o stâncă, etc.*

3. *Căderea victimei dela înălțime (pe pământ, pe pavaj, în apă. într'o prăpastie, etc.).*

4. *Alunecarea în casă, în stradă, etc.*

5. *Călcarea sau isbirea de un vehicul (car, trăsură, automobil, tramwau, tren, etc.).*

6. *Tamponarea (oiștea unui vehicul, tampoanele vagoanelor, etc.).*

7. *Prinderea în angrenajul unei mașini industriale sau agricole, de o curea de transmisie.*

8. *Catastrofă de cale ferată, incendiu, explozie, accident de navigațiune, ciocnire de vehicule, accident în transporturile aeriene.*

III. **Importanța traumatismului.** — Să ilustrăm prin câteva exemple importanța traumatismului contuziv:

a. *Comoziunea corpului* consecutivă căderii dela înălțime sau unei simple alunecări poate cauza: echimoze profunde ale vaselor mari, în interstițiile musculare, pe diafragmă; fracturi ale scheletului, rupturi ori plesnituri viscerale (ficatul, splina, rinichii, plămâni) și leziuni cerebrale. (Pilotul unui avion moare în cădere; la autopsie se găsește inima sfârtică).

b. *Isbirea de un corp dur:* un miop, isbindu-se de o oiște, a murit aproape instantaneu; la autopsie s'a găsit ficatul plesnit.

c. *Căderea în apă:* un individ se aruncă, dela o înălțime relativ mare, într'un basin și moare; la autopsie: nici o leziune externă, în schimb ruptura ficatului.

d. *O palmă:* otită medie stângă, complicată cu un abces cerebral; surditate parțială permanentă.

IV. **Identificarea agentului vulnerant al contuziunii** nu e întotdeauna ușoară, mai ales dacă a trecut vreme mai îndelungată dela producerea traumatismului și din pricină că, după consistența și starea țesuturilor, leziunea se contractează sau se destinde, așa că ea nu mai poate reda imaginea precisă a agentului vulnerant.

În atare caz, expertul se va mărgini a caracteriza natura contuzivă a leziunii, fără a se pronunța asupra speciei corpului vulnerant.

Diagnosticul diferențial etiologic e întemeiat: pe elementele anamnezice; pe identificarea, pe cât cu putință, a corpului vulnerant, după forma leziunii; pe analiza chimică și microscopică a eventualelor corpi streini găsiți în rana părților moi ori în fractura osoasă. (Așa, de exemplu, făcându-se dovada că pe rană sau în fractură se găsesc urme de tencuială ori de pământ, e o prezumpțiune serioasă, că leziunea e mai de grabă datorită căderii accidentale

sau chiar încercării de sinucidere prin isbirea capului, decât lovirii aplicate de o mână streină cu un corp contondent).

În călcarea individului de un vehicul (trăsură, automobil, tramvaiu, tren) accidentul se diferențiază de sinucidere, prin aceea că în această formă etiologică individul ori se înțepeneste pe picioare ori se culcă deacurmezișul drumului, pe când în accident poziția corpului e mai mult sau mai puțin pieșe.

2. Tăitura

a. Aspectul și forma

1. Rana e liniară, regulată sau neregulată (rana în zig-zag notată în lovitura oblică și care poate fi eronat interpretată ca produsă prin două sau chiar mai multe lovături). Deasemenea secțiunea nu e dreaptă în leziunile

făcute pe partea boltită a pericraniului. Tăierea transversală a unei cute poate fi dințată, iar atunci când cuta nu e în întregime secționată, rana unică are aparența unei răni duble în continuitate (la gât de exemplu).

2. Buzele răni, atunci când lama e bine ascuțită, sunt net secționate. Dacă lovitura e dată oblic, una din buze e subțiată în afară, iar cealaltă înăuntru. Dacă instrumentul e tocit sau știrb, buzele apar dințate. Crescăturile făcute de mai multe ori pe aceeaș rană fac ca buzele să pară zdrențuite.

3. În lovitura perpendiculară, profilul răni e acela al unei piramide, cu baza la exterior (cu unghiuri ascuțite la cele două extremități: cozile răni). Depărtarea dintre buze depinde de direcția loviturii și de regiunea traumatizată; așa, la cot, palmă, genunchi, deschizătura leziunii e mai mică decât aceea făcută cu acelaș instrument în altă zonă a corpului.

4. Adâncimea variază după ascuțișul instrumentului, după violența loviturii și după rezistența stratului subjacent. Lovitura



Fig. 67. — Tăituri multiple (asasinat).

poate interesa și oasele, când e dată cu putere și cu un instrument greu (satâr, sabie, secure, topor, etc.). Uneori tăitura poate avea forma unei secționări complete (nas, ureche, gât, deget, mână, picior, decapitare, depesaj).

5. Prezența de corpi streini (între cari și o parte a instrumentului) e uneori constatată fie la gura răni, fie în interiorul ei.

b. Diagnosticul

De multe ori o tăietură seamănă cu plesnitura provocată de un corp contondent, atunci când traumatismul interesează capul, colul, genunchiul. Numai examenul cu lupa ne arată dacă avem aface cu o tăietură sau cu o plesnătură contuzivă.

c. Prognosticul

1. În tăietura mai superficială, cicatricea se formează după 12—15 zile; mult mai târziu, dacă rana e mai adâncă. După 50—40 zile cicatricea se albește. În rana cu lambouri și cu pierdere de substanță se formează muguri cărnoși de reparațiune, în interval de 12, 15, 30 și chiar mai multe zile.

2. Gravitatea leziunii depinde de regiunea interesată, de adâncimea răni și de starea septică sau aseptică a acesteia. Rana cu lambouri e mai gravă.

3. Rănilor mai adânci pot cauza moartea prin hemoragie, prin secționarea unui vas important, prin deschiderea unui organ important pentru funcțiunile vitale (laringe, trachee), prin complicațiuni secundare (infecție purulentă, tetanos), comoție sau contuzie cerebrală, — rapid mortale, atunci când leziunea interesează cutia craniană (cu instrumentele tăioase grele). Uneori, prin secționarea nervilor, se pot nota și turburări nervoase de natură diferită (paralizie, afazie totală sau parțială).



Fig. 68.—Răni mortale făcute cu un topor.

În secționarea unui vas, moartea e mai rapidă cu leziunea unei artere decât cu aceea a unei vene. În acest din urmă caz moartea poate fi consecința pătrunderii aerului în sânge. Moartea e mai rapidă la cachectici și copii. Sfârșitul catastrofal depinde și de natura vasului: în secționarea carotidei, de exemplu, moartea se poate produce în câteva minute; dimpotrivă, în secționarea arterelor intercostale, moartea poate întârzia 1—2 zile. Să mai notăm că, în secționarea arterelor, sângele țâșnește cu o mare putere putând fi proiectat până la o depărtare de 2 m.



Fig. 69. — Tăituri multiple cu toporul (rănilile văzute din față).

fără cunoștință timp de 36 ore, după care, revenindu-și în simțire, se scoală, se duce acasă de unde e transportat la spital. După o îngrijire de o lună de zile, e complet vindecat (Giraud, 1950).

d. Instrumentele și obiectele tăioase

După aspectul, forma și adâncimea răniilor produse, se disting trei feluri de instrumente și obiecte tăioase:

1. Instrumentele și obiectele tăioase propriuzise: cuțitul obicinuit, briciul, foarfecelile, sabia, coasa, sapa, fereștrăul, ciobul de sticlă, ciobul de vas, spița, unghia, etc. Corpul vulnerant e mănuit mai mult sau mai puțin paralel cu regiunea atacată.

Însfârșit, putem fi martori și la formațiuni neoplazice. (Un bătrân de 70 ani. La două luni după o tăietură pe talpa piciorului, a apărut o tumoare vânătă, de mărimea unei cireșe, care, la examenul histologic, s'a dovedit a fi un sarcom — *Hornemann*, 1928). Sarcomul plăgii tăioase poate să se producă în interval de 5 săptămâni până la 2 ani.

Nu e însă exclus ca în secționări cu caracter extrem de grav să notăm supraviețuirea, precum o arată următoarea observație:

Un flăcău de 18 ani e atacat, iar agresorul îi face o tăietură adâncă la gât, prin secționarea tracheei și a esofagului. Criminalul acoperă apoi corpul victimei, pe care o credea moartă, cu crengi de copaci și cu pietre. Tânărul rămâne



Fig. 70. — Tăituri multiple făcute cu toporul (capul cadavrului dela fig. 69 văzut din profil).

Rana e mai lungă decât adâncă, iar buzele ei sunt net secționate. Dreaptă de obicei, leziunea poate avea forma curbată, atunci când lovitura e dată într'o regiune cu suport osos mai mult sau mai puțin rotund.— Lovitura poate avea ca efect o mutilare care, de regulă, să intereseze, nasul, buzele, bărbia, urechia, organele genitale. — Tăitura, precum am văzut la descrierea rănilor, poate fi cauzată și de o margine a osului fracturat sau de o așchie osoasă.

Rana făcută cu *unghia* are forma arcuită caracteristică, atunci când unghia e înfiptă; în acest caz, uneori se găsește în vecinătatea tăiturii o sufuziune sanguină consecutivă presiunii exercitate de buricele degetului.— Rana e lineară, atunci când unghia nu se înfige, ci alunecă paralel cu zona tegumentară țintă a leziunii.

Diagnosticul diferențial etiologic. —

1. *Sinuciderea* (vezi clișee la capitolul „Diagnosticul etiologic al faptului medical“) se demonstrează prin direcția și adâncimea rănii și prin elementele anamnezice. Chiar leziunile multiple nu exclud sinuciderea. (O femeie de 28 ani, cu turburări mintale de natură puerperală, își taie cu briciul mai întâi vinele dela ambele mâni, apoi își face o tăietură de 10 cm. pe abdomen). — În sinuciderea prin tăierea gâtului, în marea majoritate a cazurilor rana e transversală, puțin înclinată, în direcțiunea dela stânga la dreapta sau dela dreapta la stânga, după cum sinucigașul e dreptaciu sau stângaciu, ori ambidextru. — Și eventrarea mortală se poate întâlni în sinucidere (harakiri).

2. *Simulara* se diagnostichează după adâncimea, direcția și dispoziția rănilor (vezi: vol. I, pag. 846—855).

3. *Accidentul*: tăitura căpătată prin mănuierea neîndemănatecă a instrumentului tăios, căderea unui instrument sau obiect tăios peste o parte a corpului victimei, căderea victimei peste un obiect tăios.



Fig. 71. — Depesaj criminal post-mortă: cadavrul ciopârțit și reconstituit al femeii Maria Logosopolu, omorâtă la 21 Ianuarie 1878 de către propriul ei fiu, care în urmă a tăiat corpul în bucăți, pe care le-a pus într'o ladă și le-a trimis la Fierbinți. Examenul medico-legal s'a făcut la 17 zile dela moarte: toate bucățile cadavrului și organele erau într'o stare de perfectă conservare, par'că depesajul ar fi dat de numai 2-3 zile.

e. Instrumentele și obiectele tăioase-contondente

Se deosebesc de cele tăioase propriu-zise, prin aceea că, prin greutatea lor, pricinuesc o inciziune de o adâncime mai mare. Tăitura aceasta, după puterea cu care instrumentele sunt mânuite, poate să se continue cu o fractură a suportului osos acoperit de părțile moi, în primul loc lezate (pielea și mușchii) și prin os să pătrundă în organele interne. (O observație: sabia, după ce-și face drum prin stern, pătrunde în plămânul drept și în crosa aortei). Ele sunt întrebuințate de preferință în depesajul criminal.

Exemple de corpuri vulnerante tăioase-contondente: satârul, securea, toporul, sabia, dalta, tesla, cosorul, helicele vapoarelor și ale aeroplanelor, etc.



Fig. 72. — Tăitură accidentală cu un ferestruu circular.

Diagnosticul diferențial etiologic. 1. *Sinuciderea* e posibilă: s'au văzut oameni cari și-au dat cu propria lor mână lovituri de topor, de secure, de satâr, mai ales în cap. (1. Un alienat a așezat toporul cu tăișul în sus și apoi s'a isbit cu capul de acesta.— 2. Un alt alienat și-a dat cu o secure nu mai puțin de 51 lovituri în cap — *Neureiter*, 1950). — Vezi clișee la capitolul „Diagnosticul etiologic al faptului medical”.

2. *Accidentul* e posibil atunci când sau cazi peste un instrument ori obiect tăios-contondent, ori acesta te lovește din întâmplare (toporul sare din coadă ori cu coadă cu tot).

f. Instrumentele tăioase-începătoare

Multe din ele pot fi cuprinse și în categoria celor tăioase propriu-zise (cuțitul cu vârful ascuțit, briceagul, bisturiul, foarfecele, sabia), dar lovitură dată cu acestea nu mai e paralelă cu locul vizat depe corp, ci mai mult sau mai puțin perpendiculară pe acesta: corpul vulnerant e împlântat.

1. *Instrumentul tăios — începător poate avea unul, două, trei sau patru tăișuri* (tot atâtea muchii ascuțite), iar forma răni redă cu mai multă sau cu mai puțină precizie însăși secțiunea transversală a armei întrebuințate. — *Cu un tăiș:* rana are forma unui triunghi isoscel, baza fiind constituită de urma lăsată de partea neascuțită; *cu două tăișuri:* rana, lunguiată, are două cozi; *cu trei tăișuri:* rana triunghiulară mai mult sau mai puțin echilaterală, cu câte o creștătură la fiecare din cele trei unghiuri; *cu patru tăi-*

șuri: rană patruleterală (stelată), cu patru creștături (câte una de fiecare unghiu).

2. *Rana poate fi mai mare decât secțiunea transversală a corpului vulnerant*: aceasta se explică fie prin devierea armei care, în drumul ei, întâlnește un țesut mai rezistent, fie prin răsucirea ei în rană. În cazul din urmă se modifică simțitor și forma leziunii. Numai atunci când instrumentul pătrunde întâiu prin îmbrăcăminte, ruptura făcută în aceasta redă cu aproximație mai mare secțiunea transversală a corpului vulnerant.

3. *Examenul comparativ al adâncimii cozilor răunii* ne permite să determinăm și direcțiunea din care a fost dată lovitura.



Fig. 73. — Decapitarea accidentală. Caz înregistrat în București, în preajma intrării noastre în războiul de întregire națională: automobilistul Ciriac și-a găsit moartea în cursul unei experiențe, făcută la Șosea cu un foarfecă special, adaptat în partea anterioară a mașinei, pentru tăierea din mers a sârmei ghimpate. În momentul când automobilul a ajuns în dreptul barajului, aparatul de tăiat n'a funcționat, iar sârma așezată deacurmeziș a retezat dela gât capul experimentatorului.



Fig. 74. — Crimă. Cuțitul a rămas implantat în rană

4. *Dacă instrumentul pătrunde până la gardă, zona lezată poate reda și amprenta acesteia.*

Exemple de instrumente tăioase-întepătoare: cuțitul de bucatărie, cuțitul de cismărie, pumnalul, sabia, spada, baioneta, sușița, etc.

Diagnosticul diferențial etiologic. — 1. *Sinuciderea* poate fi admisă, chiar atunci când instrumentul nu se găsește în rana mortală, ci la picioarele individului ori aruncat la oarecare depărtare de acesta. Moartea nefiind întotdeauna fulgerătoare, sinucigașul mai poate scoate arma din trup. (Vezi clișee la capitolul „Diagnosticul etiologic al faptului medical”)

2. *Accidentul e posibil* când victima cade peste corpul vulnerant.

3. *Simularca* se demonstrează prin adâncimea, direcțiunea și dispoziția leziunilor.

3. Întepătura

Dacă nu interesează un organ esențial, întepătura e de regulă mai puțin periculoasă decât tăietura: grație elasticității lor, țesu-

turile se retractează repede, așa că numai după câteva zile cu greu se mai poate explora întreg canalul.

a. **Înțepătura anatomică**, făcută la mână cu instrumentul de care ne servim fie la disecție și la autopsie, fie cu ocazia tratării unei răni septice. În forma *acută*, înțepătura anatomică poate uneori provoca o limfangită care, local, se transformă în abces flegmonos cu supurație difuză. Foarte rar evoluția poate fi și aceea a infecțiunii purulente cu abces în viscere. — În forma cronică, mai ales prin inocularea bacilului lui Koch, înțepătura aceasta poate provoca apariția unui *tubercul anatomic*, la mână sau la încheetura acesteia.

b. **Tatuajul**, ca produs al unei serii de înțepături fine, prin accidente ce le poate provoca, trebuie cuprins și el în cadrul rănilor făcute prin înțepare.

c. **Înțepătura poate fi făcută și de o insectă** (albină, viespe, scorpion, etc.) primejduind sănătatea și chiar viața.

d. Se mai poate întâmpla să avem de examinat efectele înțepării cu spinii plantelor.

1. Urma lăsată pe îmbrăcăminte

Ea variază după forma instrumentului și după natura și consistența stofei sau a pânzei. Așa: în stofa deasă, se notează o ruptură în sensul urzelii, care poate avea forma stelată (după numărul muchiilor ascuțite ale instrumentului); la țesăturile rare (pânză, lână, flanelă, bumbac), ruptura e circulară sau ovală, cu marginile zdrențuite.

2. Rana pe corp

La ea deosebim: *a.* orificiul de pătrundere; *b.* canalul răni în adâncimea țesuturilor; *c.* orificiul de ieșire, atunci când instrumentul e destul de lung spre a răsbate în partea opusă a regiunii lezate (baionetă, spadă, floretă, suliță; stilet care poate perfora întreg brațul sau mâna; țeapă, cuiu, etc. cari pot perfora laba piciorului).

A. Orificiul de pătrundere. — Mărimea lui variază după grosimea instrumentului vulnerant; orificiul poate fi foarte mare, după cum poate avea forma unui punct (înțepătura unei viespe, a unui spin, înțepăturile de șerpi — înțepătura de viperă poate fi confundată cu aceea a unei insecte — înțepăturile tatuajului).

Forma orificiului, care rare ori oglindește pe aceea a secțiunii transversale a instrumentului vulnerant, diferă și după forma acestuia și după țesăturile lezate. Așa: 1. pe pielea capului orificiul se retractează; 2. orificiul răni, care interesează și mușchiul, deasemenea se micșorează, din cauza retractilității fibrelor; 3. în creier, orificiul e deformat de hemoragie; 4. organele parenchimotoase (ficatul, rinichii, splina), dura-mater, pleura, peritoneul,

oasele late (craniul, sternul, omoplatul, coastele, basinel) păstrează orificiului profilul instrumentului.

Orificiul rânii făcute cu un instrument cu trei sau mai multe muchii ascuțite apare stelat, cu un număr de raze egal cu acela al muchiilor; acestea nefiind ascuțite, orificiul apare ca acela al unei leziuni făcute cu un cuțit sau cu un instrument cu profilul conic.

Marginile orificiului pot fi infiltrate cu sânge, iar modificările acestuia contribuie la determinarea vechimii leziunii: în primele 24 ore se găsește sânge revărsat în buzele rânii; după 36—48 ore apare limfa plastică; în intervalul de 4—15 zile se formează muguri, iar cicatrizarea se face în 15—18 zile.

B. Canalul rânii, de o adâncime variabilă, nu corespunde întotdeauna direcției în care a fost dată lovitura, pentru că, între timp, instrumentul a putut să alunece și astfel să devieze trajectul.

În străpungeri, canalul poate fi mai lung ca instrumentul, pentru că părțile moi (abdomen, etc.) în momentul aplicării loviturii, se comprimă și apoi se destind.

În canal se poate da peste o parte din instrumentul frânt.

Pe *persoana vie*, precum am mai spus, nu se sondează rana; pe *cadaavrul*, din contră, se examinează strat cu strat.

Durata plăgii, la omul viu, e variabilă, iar prognosticul, din cauza eventualelor complicațiuni, trebuie să fie rezervat. Gravitatea rânii depinde de importanța regiunilor și organelor lezate.

C. Diagnosticul diferențial. — Expertul trebuie să se gândească și la posibilitatea ca rana să fie produsă printr'o așchie osoasă. În cazurile de contuziuni grave (cădere, tamponare, plesnirea unei coaste, etc.).

3. Consecințele

Complicațiunile sunt aceleași ca la rănile făcute cu un instrument tăios. Statisticile arată, însă, că proporția mortalității între rănile înțepătoare și cele tăioase e de 5 la 1; aceasta, pentru că înțepăturile, prin adâncimea canalului lor, interesează mai des organe de o valoare considerabilă în economia vieții.

Așa: am notat moartea consecutivă unei perforări a venei jugulare; moartea în urma unei rani perforante a miocardului.

Îndeosebi în ce privește înțepăturile septice, *Bouget-Uteau* (1928) semnalează unui arbuști ai căror spini cauzează o înțepătură periculoasă, astfel explicată: unele păsărele depun pe acești spini provizii de insecte și de animale cari, putrezind, fac spinii septici.

Se notează uneori curioase efecte la distanță: *a.* o lovitură de stilet în flancul stâng avu de urmare retențiunea urinară; *b.* o înțepătură cu cuțitul în partea stângă a gâtului a provocat purulența peretelui posterior al faringelui (*Brandsky*, 1929); *c.* lovit cu stiletul

în coapsa dreaptă, moare din cauza paraliziei și a gangrenei intestinale (*Loewenthal, 1927*).

În ce privește tatuajul putem nota, sub raportul consecințelor, o întreagă gamă de fapte medicale, începând cu o durere banală și sfârșind cu moartea:

Durerea poate fi foarte mare și, în unele cazuri, să provoace moartea prin inhibiție.

Reacțiunea inflamatorie, flegmonul difuz, gangrena, pioemia, limfangita, furunculul, antraxul, ulceratiunile persistente, indurațiunile prelungite ale dermei, keloidele cicatriciale (1. un flegmon al brațului consecutiv tatuării — *Perrier*; 2. flegmon complicat cu o flebită a jugularelor; 3. amputări în urma gangrenării regiunilor tatuate — *Berchon*).

Intoxicația consecutivă fixării materiei colorante toxice în ganglionii dermei.

Febra, delirul.

Transmiterea sifilisului, a tuberculozei, prin aceea că operatorul moare acele în propria lui salivă infectată.

Moartea — consecutivă fie șocului inhibitoriu, fie complicațiilor de natură infecțioasă.

4. Instrumentele și obiectele înțepătoare

Forma lor variază în primul loc după secțiunea lor transversală: circulară, semicirculară, fusiformă, triunghiulară, patrulaterală, neregulată.

I. *Secțiunea circulară.* — a) *Instrumentul e conic ori cilindro-conic*: acul, acul cu gămălie, acul de pălărie, acul unei viespe, spinul, sula, cuiul, șurubul, țepușa, vârful de metal al unui baston, cornul unui animal, dintele unei furci, al unei grape: pila rotundă. — Rana superficială, cu orificiul rotund, de mărime variabilă, se continuă printr-un canal de o adâncime deasemenea variabilă

b) *Instrumentul e cilindric*: vergea fără vârf sau țeavă cari, numai cu putere împinse, pătrund în țesuturi. Vergeaua plină face un orificiu rotund cu o totală pierdere de substanță circulară, țesuturile lezate fiind împinse în canalul tubular al răni. Țeava face o creștătură circulară, substanța centrală putând rămâne mai mult sau mai puțin intactă.

Rănilor cauzate de instrumentul sau obiectul cilindric au și caracterul unei plăgi contuze, numai că adâncimea lor e mai mare. (Un caz de sinucidere cu o țeavă de aluminiu dela o pipă: lovitura a fost aplicată în regiunea precordială, iar țeava a pătruns până'n inimă unde a rămas înfipă — *Hunter-Lunsford, 1928*).

II. *Secțiunea semi-circulară*: vârful unei frigare, al unei pile arcuite pe o față și plană pe cealaltă.

III. *Secțiunea fusiformă*: o pilă cu două fețe arcuite și două muchii: cuțit de tăiat hârtie, etc.

IV. *Secțiunea triunghiulară și quadrangulară*: compasul, floreta, pila, etc.

V. Secțiunea neregulată: o cheie, ciocul unei paseri, o așchie de lemn, o așchie osoasă, un ciob ascuțit de sticlă, de metal, de vas, o piatră ascuțită, etc.

a) În genere e de observat că, după importanța vitală a regiunii lovite, nu e nevoie ca instrumentul înțepător să aibă o lungime mare: Magnan citează cazul unui alienat care s'a sinucis înfigându-și în inimă un ac lung de numai 5 cm.

b) Diametrul orificiului de intrare cutanat nu e în raport direct cu grosimea instrumentului: de regulă un instrument subțire lasă un orificiu cu diametrul mai mare decât acela al corpului vulnerant; dimpotrivă, cu instrumentele groase diametrul orificiului e mai mic decât diametrul uneltei și aceasta se explică prin aceea că, în cazul acesta din urmă, refracțiunea tegumentară e foarte activă.

c) Forma orificiului nu corespunde întotdeauna aceleia a corpului vulnerant; numai leziunea osoasă o reproduce aproape exact.

d) Instrumentele prevăzute cu gardă, atunci când aceasta atinge tegumentele, lasă în plus o amprentă mai mult sau mai puțin pronunțată a opritoarei. Amprenta aceasta se prezintă cu creștături atunci când fața inferioară a opritoarei e ascuțită: dacă fața aceasta e tocită, urma tegumentară e aceea a unei plăgi contuze.

Diagnosticul diferențial etiologic e același ca și pentru instrumentele tăioase și înțepătoare.

4. Rana făcută cu o armă de foc

În prealabil trebuie să observăm că nu întotdeauna rana e adâncă: atunci când a pierdut din viteză și pedesupra se lovește de obstacolul îmbrăcăminte, proiectilul poate cauza numai striviri superficiale, însoțite sau nu de rupturi sub piele — adică leziuni contuzive.

Se mai poate, excepțional, nota particularitatea următoare: glonte înfundă pielea, uneori chiar fără a-i cauza o leziune serioasă, ca un deget de mânășă, așa că, odată cu scoaterea îmbrăcăminte, cade afară și proiectilul.

Rana, chiar mortală, poate fi cauzată și prin ricoșare, în împrejurări cu adevărat excepționale, cum e cazul relatat de *Puppe*: Un glonte de revolver, lovește, dela 8 pași, un vas smălțuit; proiectilul ricoșează la o depărtare de alți 8 pași, se isbește din nou și se întoarce spre a lovi în frunte pe un tânăr care sta lângă trăgător. Tânărul a murit după 9 zile.

Să mai notăm că și simpla bură poate cauza o rană mortală (fractura temporalului unui soldat care, în timpul manevrelor, fusese lovit de o bură de forma glontelui unei arme militare, descărcată dela o depărtare de 2—5 m. — *Balthazard*).

Rana făcută cu arma de foc se pretează uneori la confuzia cu efectul unei contuziuni violente.

După *Koesemohadjipoetro* (Java, 1929), se pot concepe următoarele trei eventualități: 1) victima a fost mai întâiu lovită cu un corp contondent și ulterior, în acelaș loc, s'a descărcat arma; 2) proiectilul, prin explozia lui, a provocat o fractură cominutivă a osului (craniu); 3) ulterior pătrunderii proiectilului, agresorul a mai dat o lovitură contondentă (chiar cu patul armei).

Dimpotrivă, o rană contodentă numai superficial examinată, poate fi luată drept urmă de împușcare. (Două interesante contra-expertize ale lui *Puppe*: 1. Pe pielea capului două zdreliri paralele lungi de 8 cm. și cu un interval de 5 cm. între ele. Un medic le ia drept răni făcute în tragerea tangențială. *Puppe* a demonstrat c'au fost făcute cu o bucată de țevă de gaz aerian. — 2. Un medic de spital atestă că o rană de pe spate e făcută cu un proiectil; *Puppe* demonstrează că e o contuziune făcută cu un ciocan de tinichigiu)

1. Examenul îmbrăcăminței

Înainte de a păși la cercetarea rănii, procedăm la examenul atent al hainelor. Găurile se caută cu lupa simplă sau bioculară. Pe stofele compacte, orificiul de ieșire e de regulă mai mare ca orificiul de intrare.

a. **Arsurile mari** indică descărcarea dela o foarte mică distanță cu proiectilele cu pulbere neagră. Arsura se identifică și pe corp în zona respectivă.

b. **Forma și mărimea găurii** nu depinde neapărat de calibrul proiectilului, ci de consistența stofei sau a pânzei.

c. **Gaura multiplă** cu un singur proiectil, atunci când acesta a trecut printr'o cută a hainei.

d. **Identificarea firelor de pulbere pe îmbrăcămințe.** — Examinând cu o lupă colorațiunile provocate de un foc de armă pe îmbrăcămințe, se observă o zonă circulară, adesea neregulată. Pe diverse stofe, dela distanțe diferite și cu mai multe feluri de pulbere, descărcarea dela 2 m. nu mai lasă pe haine sedimentul acesta. Deasemenea zona colorată nu se poate identifica pe stofa plușată, pe blană, pe piei de animale.

Pentru identificarea tatuajului de pe haine, *Kipper* recomandă întrebuințarea chitului. *G. Strassmann* pe aceea a parafinei. *Dyrenfurth* și *Weinmann* se servesc de soluția de cauciuc ori de mastisol (întinsă pe carton, pe o foaie de celuloid, pe sticlă).

Rezultatul experiențelor făcute de *Piédelièvre* și *Simonin* (1928) la Institutul Medico-Legal din Paris:

1. Pe lîngeria albă. 1. În tragerea până la 40 cm., tatuajul e constituit de fire de pulbere strivite și de un depozit de negru de fum. — 2. În tragerea dela

60 cm., o zonă constituită din mai multe cercuri negre, dintre cari cele mai mari au un diametru de 0.5 mm. În centrul acestor cercuri, pânza nu e străpunsă. — 3. În tragerea dela 80 cm., amprente negre apar în partea centrală a tatuajului.

2. Pe cauciuc: 1. În tragerea dela 1 m. se observă numeroase fire de pulbere: după înlăturarea lor, rămâne o urmă albă, închisă, uneori într'un cerc negru.

e. În tragerea din apropiere (până la depărtarea de 50 cm.) glonte de plumb lasă pe haine urme metalice cari nu se pot identifica decât pe îmbrăcămintea ce nu are pete de praf de plumb sau de culori cu bază de plumb.

II. Examenul rănii

La o rană făcută cu arma de foc deosebir: orificiul de intrare, canalul și, eventual, orificiul de ieșire.

1. Orificiul de intrare

Deosebir două feluri de orificii: cele făcute de gloanțe și cele făcute de alice. Ele pot uneori lipsi în tirul oblic.

A. Orificiul făcut de glonte.—a) *E sau unic sau multiplu* (rana în seton; gloantele trece, de exemplu, prin mamelă, apoi pătrunde în piept).

b) *Forma orificiului e tipică* (rotundă, ovalară), sau *atipică* (în funcțiune de distanța tirului, de forma și calibrul proiectilului). În tragerea dela o foarte mică distanță, orificiul are forma *atipică* (marginile crestate — rupturi cauzate de gazele de explozie cari pătrund sub piele). Un proiectil subțire poate face un orificiu de forma unei tăieturi ca la o înțepare cu un instrument conic: *elementul de diferențiere*: în mijlocul orificiului se vede un fund de sac înnegrit. Orificiile atipice mai pot avea aspectul unei simple excoriații, sau să fie atât de mici, încât nu se pot distinge cu ochiul liber. (Vezi exemplele citate în „*Technica expertizei*“, vol. I).

Un orificiu liniar, mai mic de cât lungimea proiectilului care a pătruns în corp, se poate nota atunci când proiectilul lovește piezis.

c) *Aspectul orificiului*. Vecinătatea orificiului, pe o lățime de 1—2 mm., e uscată, negricioasă ca o arsură; pe omul viu, zona de



Fig. 75. — Cele două orificii făcute de gloantele unui revolver în cutia craniană: jos orificiul de intrare; sus orificiul de ieșire.

disicare e puțin umflată și acoperită cu o crustă: *cercul de contuziune*. În lovirea perpendiculară pe corp, lățimea zonei contuzive e uniformă; în lovirea oblică, zona e mai lată în partea de primă atingere a proiectilului. În lovirea accentuat tangențială zona contuzivă e redusă la un segment și anume în partea de atingere a glontelui, iar orificiul e excentric.

La tâmplă, zona înegrită se distinge nu numai pe piele, ci și pe fascia mușchiului temporal. Excepțional zona de arsură poate fi datorită și aprinderii îmbrăcăminte, în dreptul rănii, prin deflagrarea pulberii.

Proiectilul, în atingerea lui cu pielea, se curăță de murdăria de pe el și formează, pe suprafața cutanată, un depozit concentric de murdărie — *gulerășul de mânjire*.



Fig. 76. — Marea disproporție între dimensiunile orificiului de intrare (sus în chenar) și acele ale orificiului de ieșire, făcut de un glonte de revolver într'un craniu. (Pierderea de substanță dela orificiul de ieșire e însoțită și de o mare fractură a craniului, la una din marginile orificiului).

E de notat și *tatuajul* făcut de firele de pulbere. Cu proiectilele cari degajează puțin fum, tatuajul poate lipsi chiar în tirul dela 50 cm. (Kipper, 1926).

La orificiul de intrare se mai pot identifica, la microscop, fibre ale stofei sau ale pânzei, atrase de proiectil. Atari fibre se pot găsi și în canalul rănii precum și la orificiul de ieșire.

Urmele de sânge scurs pot fi o indica-

țiune în ce privește mișcările făcute de rănit, imediat după împușcare. Petele de sânge acoperă de multe ori zona arsurii și tatuajul.

Însfârșit, în tragerea cu gura țevii lipită de corp, gazele pătrunse în orificiu împing pielea spre deschizătura armei și se formează astfel o impresiune (stanță), notată de obicei în sinucidere. Disicarea face impresiunea invizibilă; în cazul acesta, se lasă pielea să macereze pentru ca amprenta să reapară. — *Werckgartner* (1928) a notat, în două cazuri, amprenta gurii țevii și în lipirea armei nu direct de piele, ci de îmbrăcăminte.

În tragerea cu gura țevii lipită de corp, se văd uneori, pe mâna cu care sinucigașul a tras, mici sufuziuni sanguine și rupturi, precum și benzi înegrite. Într'un caz, într'o sinucidere prin

descărcarea armei în piept, s'au găsit, la un stângaciu, pe mâna stângă stropi de sânge țâșnit din orificiul de intrare; iar, la o descărcare în tâmpla dreaptă, tot la un stângaciu, două degete dela mâna stângă erau înegrite de fumul pulberii.

d) *Dimensiunile orificiului* depind de distanța tirului și de mărimea și profilul proiectilului.

În tirul dela distanță mică, diametrul orificiului e mai mare decât acela al proiectilului: pe măsură ce distanța se mărește, diametrul orificiului se micșorează. — Particularitatea aceasta se explică prin elasticitatea pielei: proiectilul înfundă tegumentul în forma de pâlnie, rupe fundul acesteia; după pătrunderea glontelui în adâncime, pielea se retractează.

Numai în cazul de ricoșare (proiectilul lovindu-se de un corp tare) diametrul orificiului poate fi mai mare decât acela al glon-



Fig. 77. — Tatuajul făcut pe piele de descărcarea unei arme: sus, de pulberii cu fum; jos, de pulberii fără fum.



Fig. 78. — Tatuajul lăsat pe fața victimei în urma descărcării unui revolver (crimă).

telui, cu toate că distanța tirului a fost considerabilă.

B. *Orificiile făcute de alice.* — a) *În tirul până la o distanță maximă de 2 m., descărcătura masei de alice centrale e ca aceea a unui proiectil unic, iar pe zona învecinată a orificiului se văd orificii mai mici făcute de alicele periferice. Aceste orificii mici sunt de mărime inegală, pentru că unele din ele sunt făcute de aglomerate de alice (Suchanek a notat un orificiu suplimentar cu un diametru de 1 cm.).*

Cu cât distanța tirului e mai mare, cu atât mai întinsă e și zona găurită de orificiile mici, în jurul celui central. Atunci însă

când țeava se strâmtează spre gură, numărul orificiilor mici e mai redus.



Fig. 79. — Tatuajul de pe fața victimei, notat după descărcarea din mare apropiere a unui revolver.

Din capul locului e de notat că diversele reacțiuni ale țesuturilor vii modifică direcțiunea proiectilului, făcându-l să devieze în canalul care pornește dela orificiul de intrare.

Proiectilul poate târî după el bucăți din îmbrăcăminte (stofă, pânză), fragmente din obiectele lovite aflătoare pe corp în zona lovită (metal, lemn, etc.), bucăți de piele, așchii osoase. Excepțional se poate înregistra particularitatea, ca glonțele, fără a rupe total îmbrăcăminte atinsă, s'o înfunde pe aceasta în canalul răni (un proiectil comprimând cămașa, a împins partea comprimată până în cavitatea abdominală; scoțându-se cămașa, s'a scos în acelaș timp glonțele — *Joubert*).

b) *Alicele cari lovesc obtic fac orificii lunguețe.* — În lovirea oaselor, alicele, în majoritatea cazurilor, se turtesc, fără a cauza nici o leziune; oasele subțiri, însă (cutia craniană), pot fi găurite, în tirul dela distanță mică.

c) *In descărcarea dela o foarte mică distanță (gura țevii lipită de corp și până la 1 m. depărtare) încărcătura de alice cauzează o rană mai mică decât aceea făcută de un glonte.*

2. Canalul

Cași pentru orificiul de intrare, avem de examinat canalul făcut de un glonte și canalul sau canalele făcute de alice.

A. Canalul făcut de glonte.—

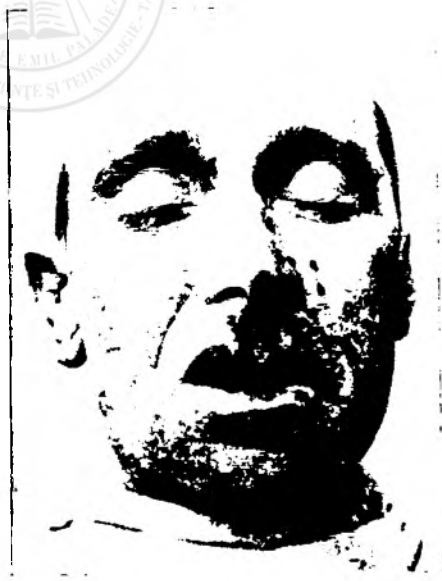


Fig. 80. — Rana și incrustațiunile notate după descărcarea dela mică distanță a unui pistol (crimă).

În ce privește *bura*, e de observat că, atunci când arma e descărcată dela o foarte mică depărtare, ea poate fi găsită intactă sau ruptă și în parte arsă în rană, în vecinătatea orificiului de intrare sau mai adânc.

1. *Forma canalului* e variată, din cauza devierii proiectilului, atunci când întâlnește un obstacol osos, în care caz se poate nota și o ricoșare a glontelui. (Un proiectil pătrunde pela mijlocul humerusului, străbate brațul de jos în sus, apoi trece în partea superioară a toracelui, își deschide un drum în mușchii abdomenului, pătrunde adânc în mușchii fesieri și se reurcă în partea anterioară și mijlocie a coapsei opuse—*Hennen*). Numai în tirul dela distanță mare, canalul e de regulă mai mult sau mai puțin în linie dreaptă.

a) Canalul se poate prezenta sub forma unui tund de sac.

b) Canalul e unic sau multiplu (dela o anumită distanță dela orificiul de intrare) atunci când, în trecerea lui prin țesuturi, proiectilul s'a fragmentat. Avem astfel canale bifurcate, trifurcate.

2. *Diametrul canalului* corespunde aproape cu acela al calibrului proiectilului, în tirul dela o distanță mare. Lărgirea canalului se explică uneori prin prezența corpurilor străine târâți sau împinși de glonte.

3. *Explorarea canalului, întru căutarea proiectilului:*

a) Canalul e mai mult sau mai puțin umplut cu sânge.

b) De regulă, când nu există orificiu de ieșire, proiectilul se găsește la extremitatea canalului în mijlocul unui focar hemoragic. Dar *glontele se poate deplasa după moarte* și nu dăm peste el în locul ce normal trebuie să-l ocupe, dacă între deces și autopsie a trecut un interval mai lung.



Fig. 81. — Fracturile cominutive ale craniului, consecutive unei descărcări a puștii Mannlicher.

Pe omul *viu*, glonte poate pătrunde într'un vas (provocând o embolie); deasemenea poate cădea într'o cavitate (intestin, plămân, canalul rachidian) unde să se fixeze dintr'odată sau să se plimbe prin ea și astfel să-l regăsim la o mare depărtare. — În două rânduri am dat peste proiectil în intestin, după ce în zadar explorasem tot corpul.

Dar glonte poate fi evacuat prin defecare, uneori chiar fără a fi observat. (Proectilul lovește sub bărbie, pătrunde în faringe și esofag, de unde cade în stomac, iar după șase zile e evacuat prin anus. Rana n'a determinat decât un voluminos hematom cervical, urmat de o paralizie transitorie a brațului drept — paraliză datorită compresiunii pasagere a plexului brachial — *Desclaux-Gauducheau*, 1950).



Fig. 82. — Fracturi craniene cauzate în lovirea tangențială a proiectului armei Mannlicher.



Fig. 83. — Ravagiile făcute de glonte unei puști Mannlicher.

c) Proectilul se găsește adesea imediat sub pielea capului, sub un focar de fractură incompletă a cutiei craniene, ale cărei fragmente le deplasează.

d) Atunci când, prin ricoșare, glonte alunecă, la exterior sau în interior, dealungul osului, se poate nota: în împușcarea în tâmplă, proiectilul, înaintând pe fața internă a osului, zgârie numai suprafața creierului; în împușcarea în coaste, când omul e lovit din față, glonte poate aluneca dealungul unei coaste și să fie găsit în spate, sub pielea neatinsă.

e) Proiectilul poate cauza leziuni indirecte, prin presiunea hidrostatică (plesnirea osului craniului).

f) Glontele, fără a rupe pericardul — care-l îmbracă întocmai ca un deget de mână — poate însă determina o perforare a miocardului.

g) De multe ori, deși nu există orificiu de ieșire, în canalele deviate, bifurcate, trifurcate, nu putem da deadreptul de proiectil sau de fragmentele acestuia.

Radiografia ne ajută spre a-l regăsi pe omul viu, într'o masă grăsoasă în corpul unei vertebre, într'o ansă intestinală, într'o pungă seroasă. Pe cadavru îl regăsim prin explorarea minuțioasă a tuturor țesuturilor, a tuturor organelor și a scheletului.

O interesantă observație de peregrinare a proiectilului: glontele pătrunde întâiu în brațul stâng, de aci în umărul stâng; apoi sfărâmă coastele 1 și 2 și, pe sub claviculă, pătrunde în cavitatea toracică, rupe vârful plămânului stâng, pătrunde în corpul celei de a 7-a vertebre dorsale, sfășie fața anterioară a măduvii spinării și se fixează definitiv în părțile moi ale spatelui (*Asper-Liman*).

Alte observațiuni de devieri curioase ale canalului: din piept în cavitatea basinului — *Steichele*, 1925; din umărul stâng în fesa stângă — *Steinitz*, 1928; orificiul de intrare e în partea stângă a sternului, canalul străbate plămânul, pericardul și aorta, iar proiectilul se fixează în artera femurală stângă — *Leclercq-Muller*, 1929.

B. Canalul făcut de alice. — Alicele centrale constituind o masă mai mult sau mai puțin agregată, asemenea unui glonte, pătrunzând în corp, sapă un canal, uneori foarte adânc, putând interesa și organele interne.



Fig. 84. — Fracturi cominutive ale oaselor lungi, produse prin lovirea glontelui puștii Mannlicher.

Cât despre alicele izolate sau constituite în mase mărunte, ele ori nu fac deloc canale, ori sapă canale mai mult sau mai puțin superficiale.

3. Orificiul de ieșire

E o ruptură rotundă sau stelată, din interior la exterior, și cu marginile mai mult sau mai puțin zdrențuite, după gradul de deformare a proiectilului.

Diametrul orificiului depinde nu numai de calibrul armei, ci și de consistența și grosimea pielii: pe palma mâinii, pe talpa piciorului, pe spate, unde pielea e groasă și compactă, orificiul e mai mic ca în altă regiune a corpului.

Uneori se poate nota și la orificiul de ieșire *zona contuzivă* caracteristică orificiului de intrare: atunci când e excesiv de subțire, pielea, comprimată de proiectil, se strivește dinăuntru în afară și, prin disicare, capătă aspectul gulerășului de eroziune.

Rănilile făcute cu alică nu au orificiu de ieșire, pentrucă n'au puterea de străpungere a glontelui.

4. Diferențierea orificiului de ieșire de cel de intrare

Elementele diagnostice sunt:

a) **Diametrul.** — Orificiul de intrare e de regulă mai mic decât cel de ieșire.

Spre a se evita erori de interpretare, e de ținut seama de următoarele observațiuni:



Fig. 85. — Diagnosticul etiologic al unei răni mortale cu arma de foc, prin examinarea craniului unui schelet găsit într-o pădure. Am identificat două găuri: una în vălul palatului, cu caracterele orificiului de intrare; alta în creștetul capului, cu caracterele orificiului de ieșire. Am conchis că descărcarea armei făcându-se pe gură, după toate probabilitățile trebuie admisă ipoteza sinucideții; ancheta judiciară a confirmat această concluzie: era vorba de un alienat care-și descărcase un revolver în gură.

1. *In tirul dela distanță mică* orificiul de intrare e mai mare decât cel de ieșire, pentrucă rana e făcută nu numai de proiectil ci și de gazele de explozie din pulbere.

2. *In tirul dela distanța mare* și când glonte e îmbrăcat cu un manșon, acesta din urmă, deformându-se, lărgeste orificiul de intrare, iar proiectilul propriu-zis, desbrăcat de înveliș, își sapă un canal mai îngust — deci și orificiul de ieșire va fi mai mic.

b) **Aspectul și forma** — 1. *Infundarea din afară înăuntru*, la orificiul de intrare, și *dinăuntru în afară*, la cel de ieșire, e un element de diferențiere diagnostică, atunci când rănilile sunt examinate pe omul viu sau pe un cadavru neputrefiat. Atunci când

putrefacția e instalată, marginile orificiului de intrare sunt împinse în afară.

2. *Pe oasele late* orificiul de intrare e întotdeauna mai mic decât cel de ieșire.

3. *Orificiul de intrare osos* e de regulă rotund și poate fi mai mic ca diametrul proiectilului (cutia craniană); dar poate fi neregulat și mai mare, în fractura cominutivă a osului. Deasemenea, un proiectil de plumb, turtindu-se, mărește diametrul orificiului (cu o armă de calibru 7 mm. s'a notat un orificiu de intrare de 2 cm.).

Orificiul de ieșire osos are de regulă marginile crestate sau fracturate.

4. *Gulerașul contuziv și cel de murdărire* diferențiază prin excelență orificiul de intrare de cel de ieșire.

c) *Tatuajul* e specific orificiului de intrare.

d) *Prezența corpiilor streini în apropierea orificiului* diferențiază rana de intrare de cea de ieșire. În tragerea dela o foarte mică distanță, corpii străini (fibre de stofă, pânză, fragmente cutanate, peri, fragmente osoase, urmele murdăriei de pe corp sau de pe proiectil) se găsesc în chiar primul centimetru al canalului.

5. Consecințele rănilor cu arma de foc

În afară de efectele și complicațiunile inerente oricărei leziuni superficiale ori profunde, rănilor făcute cu arma de foc pot provoca arsuri grave, infecțiunea purulentă, tetanosul, boli neurovoase.

Câteva observațiuni. — 1. Un soldat e lovit în regiunea zigomatică stângă, proiectilul pătrunde în fosa pterigo-maxilară dreaptă, unde atinge carotida internă dreaptă; după puțin timp se pronunță o *hemiplegie stângă* cu toate caracterele formei organice (*Frugoni*, 1917).

2. Glonteze lezează fața inferioară a creierului, în regiunea temporo-occipitală: *alexie fără afazie, hemianopsie laterală homonimă* (*Baruk-Bertrand* — 1928).

3. *Epilepsie tardivă (după 25 ani)*: Bărbat de 50 ani. În Octombrie 1905 e rănit cu un glonte de revolver deasupra ochiului drept: glontează pătrunde în creier: epistaxis și 24 ore fără cunoștință. În zilele următoare: violente dureri de cap și o paraliză facială care a persistat timp de 25 ani, în schimb *nici o turburare nervoasă*. Aparent complet vindecat, părăsește spitalul după 3 săptămâni. În *Martie 1904, are un prim acces epileptic*, urmat de o violentă cefalgie în regiunea fronto-occipitală dreaptă. Trei alte accese în lunile următoare, apoi atacurile epileptice se reproduc periodic la fiecare 6 luni. Până la 1916 a luat zilnic 4 gr., de brom. În 1918, fenomenele epileptice nu mai reapar. Moare în 1928 într'un acces de epilepsie. Atare moarte cauzată de epilepsia traumatică tardivă a fost notată numai o singură dată în 571 observațiuni (*Maisoumet*, 1928).

4. *Tuberculoză tardivă*: Tânăr de 27 ani. În 1914 e împușcat în coapsa stângă cu hemoragie mare. Proiectilul e extras, în urma deschiderii unui focar purulent. În 1916 se pronunță o pleurită cu catar al vârfului plămânului, iar după

o lună hemoragii renale, din cauza tuberculozei de care moare în 1925 (Schizer, 1927).

Dar rănilile consecutive împușcării nu sunt întotdeauna mortale, chiar când interesează organe vitale, cum e inima (se înregistrează numeroase vindecări, cu sau fără intervenție chirurgicală). *Estor* (1928) a indentificat un proiectil de vreme îndelungată fixat într'o pungă a pleurei care, în acel loc, e calcifiată.

6. Intervalul de supraviețuire în rănilile considerate mortale

Observațiunile făcute indrituiesc concluzia că acest interval poate fi uneori relativ destul de lung:

I Rănitul poate schimba poziția corpului, în tragerea dela o distanță mare. Experiințe cinematografice demonstrează că un om poate să facă stânga'mprejur într'o secundă și jumătate și să sară la o depărtare de un metru în $\frac{3}{4}$ dintr'o secundă. Or, o distanță de 400 m. de exemplu, e străbătută de glonte descărcat dintr'o armă neperfecționată în mai mult de o secundă.

II. Proiectilul străpunge gâtul dela stânga la dreapta și supraviețuirea

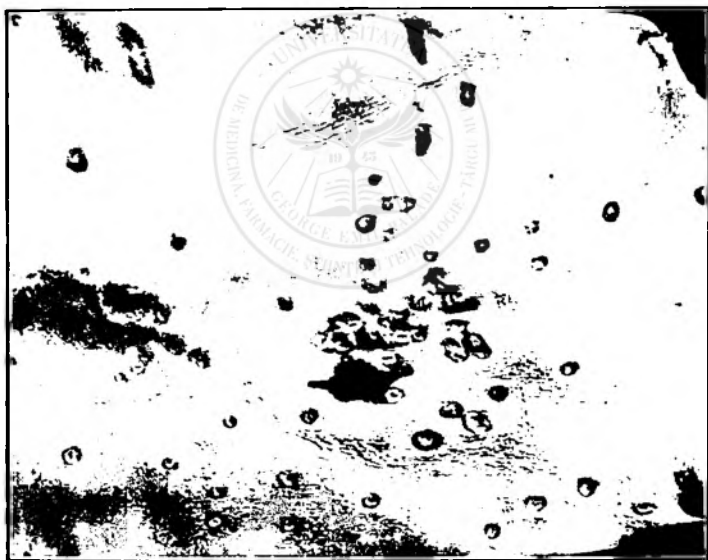


Fig. 86. — Efectele descărcării dela distanță a unei puști încăreate cu alicie (pe piele).

durează 7 zile. — Numai în ziua întâia mici turburări de deglutiție și o slabă scurgere sanguinolentă. În ziua a 6-a reapare această scurgere, iar în ziua a 7-a moartea se produce în cursul unei hemoragii abundente. — *La autopsie:* la bifurcarea carotidei o pierdere de substanță aproape circulară, cu un diametru de 5 mm. Escara, care se formase, a început să se desprindă în ziua a 6-a, pentru a cădea complet în ziua a 7-a (*Brondi*).

III. Supraviețuirea în perforarea plămânului în absența unei hemoragii intense și a asfixiei consecutive. — În alt caz (foarte rar) leziunea s'a complicat tardiv cu o tuberculoză pulmonară (Leipold, 1928).

7. Prioritatea rănii mortale

E o chestiune care se pune expertului, în caz când există mai multe leziuni cu arma de foc. Problema e aproape insolubilă, dacă diferențierea nu se poate face numai pe baza caracterelor vitale sau postmortale ale rănilor. Numai pentru rănilor craniene *Chavigny* dă următorul criteriu: fractura produsă de primul proiectil fiind stelată, cea cauzată de al doilea proiectil are razele întrerupte în punctele unde acestea dau peste razele primei răni.

III. Arma

După ce natura rănii a fost bine determinată, i se cere expertului să demonstreze: 1) cu ce fel de armă de foc a fost făcută rana; 2) depărtarea dela care arma a fost descărcată și viteza inițială; 3) direcția tirului; 4) identificarea armei (pușcă, revolver, pistol, armă improvizată, armă cu una sau două țevi, țevă ghintuită sau nu, lungimea și calibrul țevii); 5) felul și calibrul proiectilului; 6) felul pulberii; 7) lungimea proiectilului; 8) numărul descărcăturilor și dacă toate proiectilele vulnerante provin dela una și aceeași armă sau dela două ori mai multe.

În caz de nehotărâre, expertul va solicita ajutorul unui armurier.

1. Felul armei

Demonstrația nu e grea atunci când încărcătura se găsește în corpul victimei sau în preajma acesteia. Arma poate fi pușca militară, pușca de vânătoare, revolverul, pistolul, pistolul automat, arma încărcată numai cu pulbere, arma încărcată cu apă; o armă improvizată (o simplă țevă încărcată cu pulbere); proiectilele explozive (bombe, obuz, granată de mână, șrapnel)

2. Felul încărcăturii

Proiectilul vulnerant poate fi: un glonte, un cartuș umplut cu alică, încărcătura oarbă, încărcătura numai din pulbere, un proiectil de lemn.



Fig. 87. — Ravagiile făcute pe piele prin descărcarea unui pistol încărcat cu alică.

Cât despre *pulbere*, ea poate fi cea neagră ori pulberea fără fum de diverse nuanțe, după compoziția ei. Pulberea neagră formează un tatuaj negru sau albastrui, iar pulberea proxilee (fără fum), un tatuaj galben-verzui.



Fig. 88. — Ravagiile făcute pe fata victimei de alicele din încărcătura unui pistol (crimă).

intrare, desprind și rup marginile acestuia, însă numai în descărcarea de la o distanță maximă de 5–6 cm. În descărcările de la distanțe mai mari, atunci când gloanțele se izbește de un os, efectul distructiv se notează la orificiul de ieșire sau în adâncimea canalului.

Interpretarea acestui semn poate însă da loc la erori, căci după cum observă (*hadigny* în „L'expertise des plaies par armes à feu” și în studiul „Balles renversées, balles dum-dum et balles explosives”), efectul distructiv notat la orificiul de intrare se înregistrează și în descărcările de la foarte mari distanțe cu gloanțe explozibile propriu-zise, cu gloanțele dum-dum și cu gloanțele răsturnate (intenționat sau accidental).

b) Tatuajul, format din depozitul de fire de pulbere, diferă ca aspect după natura pulberii cartușului. Cu pulberea neagră, tatuajul e masiv, lat, negru accentuat; cu pulberile proxilate, din contră tatuajul e discret, de o colorațiune variind după însăși culoarea pulberii întrebuițate.

3. Distanța dela care arma a fost descărcată

Determinarea depărtării e în funcțiune de felul armei și lungimea țevii acesteia, precum și de natura încărcăturii și a proiectilului. Nemaî oprindu-ne asupra descrierii rănii (vezi: examenul rănii prin arma de foc), ne vom mărgini să arătăm cum se poate aprecia distanța de tragere după particularitățile zonei lezate.

A. În tragerea cu gloanțe

a) Aspectul rănii. — Gazele de combustie pătrunzând, odată cu proiectilul prin orificiul de



Fig. 89. — Incrustarea alicelor (rănire cu pistolul).

Adesea se găesc pe piele sau pe haine câteva răzlețe fire neare de pulbere proxilată.

În tatuaj se disting trei zone: 1) *Un lizereu* îngust juxtapus imediat orificiului de intrare: gulerășul de atingere. — 2. *Zona mediană* — zona propriu-zisă a tatuajului. — 3. *Zona externă* — zona de estompare.

De notat că pulberea putându-și modifica compoziția înainte de întrebuițare, e dela sine înțeles că aceasta va avea drept corolar și o modificare a aspectului tatuajului.

Cu cât mai mare e distanța cu atât mai mare e și zona tatuată; intensitatea tatuajului descrește, însă, pe măsură ce depărtarea s-porește. Mai e de reținut, că tatuajul lipsește cu totul în tragerea cu revolverele dela o distanță de 1—75 cm. În tragerea cu pușca, tatuajul nu se produce, decât dela o distanță de cel puțin câțiva metri: numai atunci când se întrebuițează pulberea fără fum, tatuaje răslețe se pot nota și dela distanța mică de 1,5 m.

Pentru orientarea demonstrațiunii sale expertul trebuie să poseadă o colecție de *tests* de tir: cartoane pe cari s'au practicat trageri de la bout-touchant până la distanța maximă dela care se mai pot nota cele mai slabe



Fig. 90. — Dublă rană mortală făcută de două proiectile constituite din aliele aceleiași încărcături de pistol.



Fig. 91.—Orificiul de intrare notat pe pielea unei persoane, mortal rănită cu o descărcătură de alică formând un proiectil unic.

urme de tatuaj. Distanța aceasta e calculată în centimetri și dela gura țevii până la punctul de atingere.

c) *Zona de arsură* (părlirea pielei, a părului, perilor și a hainelor) e netă în descărcarea armei cu *pulbere neagră*, dela o distanță mai mică de 20 cm.; până la depărtarea de 2 m. arsura se estompează până la complectă absență. Pe *cadavru*, zona de de arsură, care e pergamentată, se observă după ce se curăță stratul de negreală.— O zonă pergamentată se poate identifica și la întrebuițarea cartușelor cu pulbere fără fum, însă numai atunci când distanța de descărcare nu trece de 5 cm.

d) *Zona contuzivă*, produsă de lovirea proiectilului de tegument, constantă în tirul dela o distanță foarte

mică, se notează și în tragerea dela o depărtare mare.

e) *Amprenta gurii țevii pe piele* e o dovadă că descărcarea s'a făcut cu

arma lipită de zona lezată. Amprenta aceasta e mai ștearsă atunci când tegumentul e acoperit de păr sau de îmbrăcăminte.

f) Canalul răni. — 1. In descărcarea armei din imediata apropiere, canalul e negrit pe toată întinderea lui, până la orificiul de ieșire; bine înțeles că intensitatea negrii scade cu adâncimea canalului.

2. Dacă arma e descărcată cu gura țevii lipită sau aproape lipită de corp, atunci, prin explozia gazelor din pulbere, canalul se lărgiște și în el se pot găsi fragmente de piele, de țesut muscular, așchii osoase, țesut adipos, substanță cerebrală. Iar când zona interesată e craniul și proiectilul e de calibru mare, în tirul foarte apropiat notăm o adevărată zdrobire osoasă.

3. In descărcarea dela o depărtare relativ mare, diametrul canalului e în funcțiune pedeoparte de calibrul proiectilului, iar pe de alta de elasticitatea țesutului.

B. In tragerea cu alice

Elementele de argumentare le căutăm în studiul orificiului de intrare,



Fig. 92. — Pătrunderea prin ochiu a întregii încărcături de alice a unui pistol.



Fig. 93. — Descărcarea, sub bărbie, a unei puști încărcate cu alice: câteva alice au răzbătut prin frunte (sinucidere).

al încărcăturii, al răspândirii alicelor, al acțiunii pe țesuturi a produselor de combustie a pulberii: studiem deasemenia calibrul, lungimea și particularitățile țevii.

In genere e demonstrat că, la întrebuițarea unei puști de sistem vechiu, până la distanța de 55 cm., alicele formează un proiectil unic, deci nu se răspândesc pe corpul atins. Pe măsură ce crește distanța, crește și zona de încrustare a alicelor.

Insă, cu puștile de vânătoare moderne, cu percuțiune centrală și cu pulbere fără fum, viteza inițială a alicelor fiind mai mare, dispersiunea acestora nu începe decât dela distanța de 1 m. — Cu o armă perfecționată sau cu o pușcă militară transformată într-una de vânătoare, se poate uneori nota absența încrustării alicelor dela depărtări considerabile (alicele, formând glonte și fără nici o încrustare în zona lezată, au pătruns în corp, printr'un orificiu cu un diametru de 2 cm., dela o depătare de 120 m. — *Dervieux, 1929*).

C. In tragerea cu bură

În descărcarea armei dela o foarte mică distanță, bura poate fi găsită ori intactă ori ruptă și în parte arsă, la o adâncime mai mare sau mai mică dela orificiul de intrare.

* * *

Ca regulă de expertiză, în ce privește distanța avem de dat următorul sfat:

Atunci când nu se indentifică semnele caracteristice ale tragerii din apropiere și când nici examenul îmbrăcăminții nu dă nicio indicație serioasă, medicul să nu se rostască niciodată, nici chiar cu corectivul aproximației, asupra depurtării dela care arma a putut fi descărcată. Cinstiți e să declare, în concluziile lui, că, dată fiind absența elementelor de demonstrare, e în imposibilitate de a determina distanța.

4. Direcțiunea tragerii

Elementele de orientare sunt: poziția victimei în raport cu mâna cu care trage, axa orificiului de intrare, zona de tatuaj, zona contuzivă, canalul. Sunt însă de o valoare precară, date fiind capriciile atât de frecvent notate în descărcarea armelor. În primul loc avem răniile prin ricoșarea exterioară. În ce privește canalul, e de observat că atunci când proiectilul se lovește de un os, se produce o ricoșare interioară: proiectilul, din cauza rezistenței întâmpinate, se abate dela drumul inițial și sau formează un unghiu, sau alunecă dealungul osului și, continuându-și calea, se fixează într'o derivațiune a canalului inițial. — Cât despre zona contuzivă e de reținut că, atunci când ea e excentrică, incompletă sau chiar cu totul absentă, e o dovadă că proiectilul a lovit oblic.

a) *In tragerea cu gura țevii lipită de corp, din cauza marei sfâșieri a țesuturilor, nu se poate determina direcția tirului.*

b) *In descărcarea dela o distanță mică direcția e determinată*



Fig. 94. — Incărcătura de alică a unei puști, intrată sub bărbie și ieșită prin frunte.

cu ajutorul dispoziției tatuajului, al axei orificiului de intrare și al direcției canalului.

c) *In tragerea dela o depărtare mare*, axa orificiului de intrare și direcția canalului ne ajută la determinarea direcției tirului.

5. „Individualizarea” armei

Adică expertul mai are și misiunea de a demonstra cu care anume armă a fost produsă leziunea: dacă arma găsită e aceea cu care s'a tras sau ne aflăm în fața unei mistificări; dacă arma bănuțită e sau nu aceea care a fost utilizată.

Identificarea armei e esențial bazată pe examenul proiectilului. După cum acesta e sau nu regăsit în corpul victimei sau în preajma acesteia, două eventualități se prezintă pentru expertiză:

A. **Proiectilul există.** — Atunci când, prin explorare nu dăm de el, recurgem la ajutorul radiografiei, pentrucă s'au văzut cazuri de proiectile mici, fără canale vizibile, cari s'au înfipt în coloana vertebrală.

În prealabil e de observat că proiectilul, dacă nu are un manșon rezistent, nu-și păstrează întotdeauna forma primitivă: dând peste un țesut tare, mai ales unul osos, se deformează ori se spintecă; gloanțele de plumb se pot deforma chiar numai la atingerea cu pielea. Deformarea poate fi totală sau parțială, iar spintecarea se face pe una sau mai multe linii, ceea ce are de urmare că proiectilul se desface în două sau mai multe bucăți cari, fiecare în parte, își pot săpa câte un canal în interiorul corpului. — Deformarea se poate produce și înainte de pătrunderea proiectilului în corp, atunci când proiectilul lovește prin ricoșare. — *Matmejeff* (1929) a studiat îndeosebi deformațiunea caracteristică a proiectilului descărcat cu arma a cărei țevă a fost scurtată: întotdeauna glonte se deformează lateral, atunci când retezarea țevii s'a făcut mai mult sau mai puțin oblic.

La proiectilul cu manșon, acesta din urmă poate rămâne fixat la un nivel al canalului, iar glonte propriu-zis să meargă mai departe. — În sfârșit, în urma uneia și aceleiaș descărcări, se poate găsi în corpul victimei și glonte și bură: această curiozitate se notează în întrebuințarea armelor sistem vechiu cu două țevi, diferit încărcate.

Examenul proiectilului are de obiect:

a) Calibrul și greutatea.
b) Identificarea urmelor helicoidale lăsate pe proiectil, în trecerea acestuia prin țeva ghintuită. Numărul acestor amprente corespunde numărului de ghinturi.

c) Particularitățile glontelui după fabricațiune și arma la care se adap-

tează. Așa, *Balthazard* a avut să se rostească într'un caz puțin comun: s'a tras asupra unui individ în chiar momentul în care se sinucidea tot cu o armă de foc: dintre cele două proiectile găsite în cadavru, acela care cauzase moartea a fost cel pătruns în inimă. Trebuia demonstrat, dacă acest din urmă proiectil fusese ori nu descărcat din revolverul sinucigașului, pentru că revolverul agresorului era de acelaș sistem și de acelaș calibru. Detaliul acesta capital a putut fi stabilit grație particularității dispoziției diferite a canelurilor de pe cele două gloanțe: romboidale pe proiectilele rămase în magazia armei sinucigașului, canelurile acestea erau dreptunghiulare pe gloantele descărcat de agresor.

d) Identificarea zgârieturilor dungate făcute pe proiectil de defectele ghinturilor din țeava armei. — Se descarcă un gloanțe din arma incriminată, iar fotografia mărită a ambelor proiectile permite examenul comparativ. (*Balthazard*: „Identification de projectiles d'armes à feu” 1912 și 1922).

e) Examenul comparativ al compoziției murdăriei, ce se formează în interiorul țevii după descărcarea armei și al compoziției murdăriei din gulerășul orificiului de intrare. Identitatea lor identifică și arma (*Piedelière-Simonin*, 1929).

f) Metoda metalografică pentru identificarea gloanțelor de plumb: examenul microscopic al structurii plumbului, cu ajutorul aparatului Le Chatelier, pe secțiunea în prealabil netezită și atacată cu acidul clorhidric diluat. Metodă care nu dă greș decât numai atunci când e vorba de identificat două fragmente de plumb ale aceluiaș gloanțe. Din contră, interpretarea poate deveni imposibilă, atunci când fragmentele sunt dela proiectile diferite pentru că nu toate gloanțele din acelaș pachet au aceeaș structură (*Simonin*, 1929).

g) Ampretele lăsate, pe gloanțele de plumb neimbrăcate, de urzeala stofei prin care trec. — Urmele acestea se compară cu cele de pe gloanțe de plumb de acelaș calibru, descărcat din arma incriminată în țesutul gaurit de proiectilul care a lovit victima. Aceste amprente persistă chiar atunci când proiectilul pătrunde mai adânc în corp; ele nu se mai pot identifica, total sau parțial, în cazul când, în penetrațiunea lui, gloantele s'a isbit de un os și s'a turtit sau numai s'a deformat în parte. — Grație acestui semn, *Balthazard*, căruia îi revine paternitatea procedurii, a putut, într'o expertiză, să indice și hainele pe cari le purtase mortul, în momentul când a căzut răpus de gloantele ucigaș.

B. Proiectilul nu se găsește. — Mijloacele de identificare a armei sunt:

a) *Examenul duliei.* — Urmele lăsate pe dulie de percutorul, ejectorul, butoiășul și port-percutorul dau indicațiuni prețioase asupra armei. Prin comparația acestor urme de pe fotografia mărită cu ampretele notate pe dulia unui proiectil descărcat din arma incriminată, putem identifica arma.

b) *Pata de parafină.* — Spre a se evita oxidarea glontelui, fabricantul moaie în parafină capătul cartușului. În momentul descărcării armei, parafina, care s'a topit, se așează pe partea posterioară a proiectilului și-l urmează prin țesuturi (*Balthazard* a găsit o mică pată de parafină lângă un gloanțe care străbătuse toracele și se fixase în mușchii gutierei vertebrale).

c) *Examenul burei* ne-a ajutat, într'un caz recent, să identificăm arma ucigașă:

În Noembrie 1929, în București, pe cheiul Dâmboviței (în dreptul „Salvării”) un vânător, spre a scurta agonia îngrozitoare a unui cal lovit mortal de un vagon de tramvai, descarcă, în capul animalului, o carabină încărcată cu un proiectil de omorât porcii-mistreți. Glonte, cu bura lipită de fundul lui, fășnind prin orificiul de ieșire, a lovit o piatră: prin ricoșare a trecut peste Dâmbovița și, pe cheiul opus, în dreptul prefecturii județului Ilfov, a lovit în cap pe un tânăr muncitor de 25 ani, care se întâmplase să treacă pe acolo în acel moment. Proiectilul, după ce a străbătut creierul victimei, omorând-o pe loc, s'a pierdut.

În capul omului n'am mai găsit decât bura, cu ajutorul căreia am putut determina felul și calibrul armei.

6. Diagnosticul diferențial etiologic

E întemeiat pe deducțiunile trase din: sediul rănilor, numărul acestora, depărtarea și direcțiunea tirului, existența și dispoziția tatuajului, petele și leziunile dela mână, examenul orificiului de intrare și al orificiului de ieșire, examenul hainelor.

Nu ne vom ocupa decât de sinucidere (adevărată sau simulată), pentru că impușcătura accidentală e și ea un delict sau o crimă prin imprudență.

I. Sediul de predilecție al rănilor e capul (*tâmpla* dreaptă sau cea stângă după cum sinucigașul e dreptaciu ori stângaciu: *fruntea*; *gura*), regiunea precordială. Excepțional se pot nota și alte zone: la cap — sub bărbie, ochiu, pe nas, sau chiar la ceafă (*Maschka*) ori occiput (*Hofmann*); în abdomen.

II. Numărul rănilor. — Două răni făcute cu două arme (de același calibru sau calibru diferit) ținute în câte o mână.

Două sau chiar mai multe răni făcute cu aceeași armă, chiar când prima descărcare s'a făcut în cap, sinucigașul putându-și uneori păstra cunoștința într'un interval de o durată variabilă. Avem numeroase observații proprii mai vechi și mai recente. Din literatura streină spicuiem: 3 focuri în cap — *Brouardel*; 5 focuri dintre cari unul în frunte, unul la obrazul drept și 3 în regiunea precordială — *Hofmann*.

III. Prepararea armei. — a) În privința aceasta e edificatoare observația făcută de noi cu mulți ani în urmă. Sinucigașul, spre a fi sigur că nu va da greș, și-a construit un dispozitiv foarte ingenios: o cușcă de lemn pe gura căreia și-a introdus capul, iar în peretele opus al cuștii a fixat arma cu țeava îndreptată în interior; apăsând pe trăgaci, revolverul s'a descărcat. (Piesa e păstrată în Muzeul Institutului Medico-Legal din București).



Fig. 95. — Prepararea armei (vezi explicația dela „Diagnosticul diferențial etiologic” al rănirii cu arma de foc, dela no.III.)

— b) Un alt exemplu tipic — care poate servi și ca pildă de mistificare — e cel relatat de *Gross*

(„Handbuch fuer den Untersuchungsrichter”): sinucigașul a legat pistolul cu o

sfoară, iar de celalt capăt al acesteia a prins o piatră grea: a așezat sfoara pe parapetul unui pod; iar după ce a descărcat arma, a lăsat-o din mână, iar greutatea dela cealaltă extremitate a atras-o în apă. — c) Un altul s'a sinucis umplându-și gura cu praf de pușcă și dându-i apoi toc (*Casper-Liman*). — d) Sinucidere cu o bucată de țevă în care au fost introduse proiectilul și pulbera.

IV. Orificiul de intrare și cel de ieșire. — O observație curioasă: orificiul de intrare în față, pe gât, în zona cricoidului, iar orificiul de ieșire în partea dreaptă a gâtului.

V. Direcția: în împușcarea pe gură, glonte de obicei se infixe în coloana cervicală; poate însă pătrunde în creier, atunci când țeava e îndreptată în sus. — În genere, poziția tatuajului și a zonei contuzive permit să se determine direcția tirului.

VI. Petele și leziunile dela mână. — 1. *Petele de negreală* (lăsate de gazele pulberii și de fum) se pot nota — mai frecvent în sinuciderile cu pistolul și cu revolverele de calibru mare — pe mâna care a ținut arma. Ele sunt îndeosebi vizibile pe police, index și medius. Petele acestea se pot vedea și la cealaltă mână, atunci când sinucigașul a ținut cu ea lipită gura țevii de corp. — În tragerea cu un revolver mic perfecționat, de obicei nu se găsesc pete pe mâna care a descărcat, în schimb pe cealaltă: aceasta se explică prin aceea că mâna liberă a ținut apăsată țeava pe regiunea aleasă. — De notat: să nu se confunde petele profesionale cu cele produse de descărcarea unei arme.

2. Odată cu petele se observă uneori și *zdrăneli între police și index*, sau *chiar răni mai grave*. Acestea sunt consecutive fie contuziunii cauzate de reculul armei, fie de o mănuire stângace a acesteia.

VII. Păstrarea armei în mână se explică prin fenomenul spasmului cadaveric. Nu e însă întotdeauna un semn pozitiv, pentru că experiențele au demonstrat că, în caz de crimă, arma mai poate fi pusă în mâna victimei, chiar după instalarea rigidității.

5. Leziunile făcute de explozii

Rănilor, septice și foarte dureroase în marea majoritate a cazurilor, sunt sau banale sau specifice.

I. Banale: *arsuri* (în exploziile de substanțe gazoase, vapori aprinși), *contuziuni*, *smulgeri*, *fracturi*, *mutilări* (cauzate direct de substanța explodată sau de obiectele asvârlite prin deplasarea aerului).

II. Specifice. — a) *Rănilor multiple* cauzate de fragmentele învelișului ghiulelei ori al bombei sau de conținutul metalic al acestora (cuie, etc.).

b) *Rănilor cauzate de fragmentele fracturii osoase* (un cartuș de dinamită explodează în mână: fragmente metacarpiene și falangiene pătrund în piept, iar într-o vertebră dorsală s'a găsit o unghie dela un deget al mâinii mutilate — *Bordet*).



Fig. 96. — Armă de foc improvizată dintr-o bucată de țevă: una din extremități lipită de corp, iar pe orificiul celeilalte au fost introduse proiectilul și pulbera.

c) *Desfacerea mușchilor în foi în sens vertical și în sens transversal* (Brouardel).

III. Particularități. — a) *Desbrăcarea victimei*: gazele degajate de explozie și pătrunse sub îmbrăcăminte o dilată pe aceasta, o sfâșie și ea cade depe corp care rămâne mai mult sau mai puțin gol (numeroase observațiuni ale lui Brouardel).



Fig. 97. — Rănile multiple cauzate de explozia unei granate (catastrofa dela Pulberăria Ducești, în 1916).

b) *Culoarea cadaavrului*: în exploziile cu bombele de dinamită, victima e presărată cu o *pulbere fină, albă* (siliciu); în exploziile cu bază de melinită, victima e pudrată în *galben*; în explozia prafului de pușcă — colorațiunea pudrajului victimei e aceea a *funinginei*.

6. Plaga atonă

E un produs al turburărilor trofice sau de nutriție: răni ale membrilor inferioare însoțite de turburări vasculo-nervoase; ulcerazioni consecutive deschiderii flegmonilor, sfacelului degerăturii; ulcerele varicoase; escarele sacrate. Uneori plaga atonă are o origine mecanică: o plagă superficială care, după perioada de cicatrizare, tinde să se mărească prin rețracțiunea centrifugală a tegumentelor; ulcerațiile ciuntirilor consecutive mutilării sau amputării chirurgicale.

Complicațiunile plăgii atone: în unele cazuri eczematizarea se reduce la o simplă desquamare; în altele se observă o dermită acută, cu roșeață mare, vesiculară, scurgere abundentă și prurit irezistibil, cu infecțiune și degenerarea în piodermită. Turburările neuritice: întreaga gamă dela înțepenirea la ankiroză.

7. Arsurile

Rănilile sunt datorite căldurii externe: *flacăre, corp solid încins; corp gras topit* (unt, untură, seu, etc.); *opărire* (apă, cafea, ceaiu, lapte, etc.); *substanțe caustice; electricitatea industrială* și

cosmică; corpi radioactivi; căldura radiantă, inclusiv cea solară; gazele și vaporii combustibili; vaporii de apă la o temperatură foarte ridicată.

a) În ce privește temperatura la care s'a produs arsurile, e uneori greu să se precizeze numai după examenul leziunilor. Despre apă se știe că, sub 100° , nu produce decât eritem sau cel mult beșicarea; numai la o temperatură superioară la 100° produce escare.

Dar arsuri, de gravitate variabilă, se notează și la acțiunea unei temperaturi relativ mică (uneori chiar numai 60°) în anumite stări patologice ale individului, ca, de exemplu, în cazurile de pierdere a cunoștinței, de collaps (*Haberda* a notat arsuri agonice în cari moartea s'a produs în „patul de apă”). Arsurile datorite temperaturilor mici (sticle umplute cu apă



Fig. 98. — Cicatricele vicioase ale unor arsuri.

caldă, termofor cu apă sau electric) sunt frecvente în cazurile de anestezie parțială a pielii (în *siringomieli*, *tabes*, în timpul narcozei și în perioada următoare acesteia).

b) Examenul îmbrăcăminte și al încălțămintei, după materia din care sunt confecționate, permite să se indice cu aproximație temperatura. Așa, *Brouardel*, examinând victimele găsite în bufetul Operei Comice din Paris, când cu incendiul dela acest teatru, a putut demonstra, grație plesniturilor dela mănuși și integrității pielii dela încălțămintă,



Fig. 99. — Cicatricele vicioase ale unor arsuri (victima din clișeu no. 98, văzută din profil).

că temperatura atinsese 120° , dar nu trecuse de 140° .

În genere, pe omul viu, arsurile se caracterizează prin: 1) anestezia completă a zonei lezate; 2) roșeața acesteia; 3) prezența unor flictene; 4) umiditatea țesutului celular; 5) prezența escarei care, muindu-se după o săptămână, e balotantă, iar după altă săptămână se desprinde, lăsând sub ea o suprafață granulată și purulentă care, pela sfârșitul săptămânii a treia, se curăță.

Pe cadavru: 1) eritemul unei arsuri ușoare nu se mai găsește de obicei; 2) nu se regăsește întotdeauna nici flictenele cari adesea plesnesc înainte de instalarea morții; 3) escarele sunt albicioase bătând în cenușiu, sau cenușiu bătând în negru; 4) carbonizarea parțială sau totală.



Fig. 100. — Atitudinea cadavrului unui copil cu arsuri generalizate.

I. Gradele de arsură

După gravitate a lor se deosebesc 4 tipuri de arsură, cari depind de gradul temperaturii și de durata acțiunii lezante. Iar după întinderea și sediul lor, avem: arsuri mai mult sau mai puțin întinse, unice sau multiple; arsuri cu sediul special (fața, gâtul, brațele, mâinile, abdomenul, coapsele, șezutul, spattele, orificiile naturale).

a) **Arsurile de gradul I**, cauzate de o temperatură de maximum 55—50°, sunt caracterizate printr'un simplu eritem, interesând numai epiderma; o roșeață difuză a pielii, cu o ușoară tumefiere; durerea dispare odată cu eritemul.

b) **Arsurile de gradul II**. — Caracteristica lor diagnostică sunt flictenele, consecutive acțiunii unei temperaturi mai mari de 50°. Beșicile apar instantaneu sau puțin după arsură. Dacă flictenele se usucă ori plesnesc, epiderma se poate desprinde, iar derma se usucă.

Arsura se vindecă fără cicatrice, numai dacă nu există un proces de supurație.

Prin desgolirea extremităților nervilor, durerea e mai mare și mai persistentă.

Diagnosticul diferențial. — Să nu se confunde cu o arsură de gradul II (cu flictenele persistente sau plesnite): beșicarea în pemfigusul nouilor-născuți și în pemfigusul sifilitic; intertrigo; erisipelul bulos; gangrena cutanată de origine nervoasă; pierderile de substanță epitelială după pojar; punctele eczematoase cauzate de compresele cu petrol; beșicile seroase consecutive uneori unei contuziuni; flictenele putrefacției.

c) *Arsurile de gradul III:* escare interesând derma și țesutul subcutanat subjacent; necroza consecutivă coagulării albuminei; desfigurarea locului prin pigmentare și cicatrizare keloidă.

Durerile sunt foarte mari și persistente.

d) *Arsurile de gradul IV:* calcinarea. carbonizarea.

O particularitate de relevat e atitudinea specifică a cadavru-lui incomplet carbonizat: poziția de apărare sau de atac în duel. pentru întâia oară indicată de *Devergie* și despre care *Brouardel* spune că ea nu e datorită numai acțiunii flăcărilor ei și efortului de autosalvare.



Fig. 101. — Atitudinea unui corp carbonizat.

Durata acțiunii căldurii pentru provocarea carbonizării

Durata aceasta e în funcțiune de întinderea suprafeței lezate, de natura țesuturilor din zona respectivă, precum și de gradul de intensitate a căldurii. Pe cale experimentală s'a demonstrat:

1. *Carbonizarea parțială.* — La o temperatură de 500°: a) calcinarea femurului, de adult, pe o întindere de 10 cm., în 3 minute, iar pentru ca osul să devină friabil a fost nevoie de mai mult de 20 minute; b) dinții se calcinează în 3—5 minute; c) calcinarea părților moi ale feței până la desfigurare, în 10 minute, d) pericraniul e mai rezistent ca oasele și, pentru complectă lui carbonizare, a fost nevoie de aproape o oră; e) carbonizarea complectă a capului sau a unuia din membrele unui adult necesită 2—3 ore (*Westenhoffer*).

2. Carbonizarea totală.

— Procesul ei e următorul: întâiu se calcinează pielea și straturile superioare ale părților moi; organele se prăjesc centripetal închirându-se treptat. După ce a ars pielea, grăsimea, devenită liberă, alimentează combustiuinea. Atunci când cadavrul e așezat pe spate, se vede cum cotul, articulațiile mâinii și ale coapselor, genunchiul, se destind, îndoiindu-se în afară, astfel că flacăările se înalță dedesubtul membrelor.

În carbonizarea incompletă, părțile osoase arse ale unei zone se desprind, dând impresia unui depesaj prealabil. Organele interne pot tâșni din cavitățile ai căror pereți au plesnit. Creerul, dacă nu e distrus, poate să-și păstreze urmele circumvoluțiunii or. (O observație a lui Gundersburg).

a) (Cadavrul unui nou-născut la termen, pus într'un focar de 500° și cu tragere bună, e carbonizat în 2—3 ore, după mărirea copilului.

b) Carbonizarea unui adolescent



Fig. 102. — Atitudinea „de luptă” a unui corp carbonizat.



Fig. 103. — Atitudinea cadavrului carbonizat al unui copil

sau adult. — Timpul necesar depinde de talia și corpulența cadavrului, de mărirea și tragerea focului, precum și de temperatura acestuia. Dacă focarul e relativ mic, carbonizarea durează mai mult: cadavrul întâiu se usucă și numai după aceea se aprinde.

1. Un cadavru pus într'un cuptor mare e complet distrus în 6 ore — Ogier. — 2. În câteva ore a fost complet nimic cadavrul unei femei, pus într'un cuptor cu o temperatură treptat urcată până la 1.250°C. — Tage-Jensen, 1924. — 3. Bucățile unui cadavru ciopârțit, în greutate totală de 60 kgr., puse pe rând în focarul unei mașini de gătit, pot fi complet distruse până în 40 ore și fără ca adesea să degajeze pe coș un miros izbitor — Brouardel — L'Hôte.

II. Efectele arsurilor

a) Prognosticul depinde atât de gradul arsurii cât și de întinderea ei. — Îndeosebi se pune preț pe extensiune, pentru că eritemul gradului I (când interesează 2/5 din suprafața corpului) și beșicarea gradului II (atunci când interesează cel puțin 1/2 din aceeași suprafață) sunt mortale; pe când carbonizarea locală mică e uneori compatibilă cu viața. Arsurile de gradul III sunt

întotdeauna mortale, când interesează cel puțin 1,3 din suprafața corpului.

b) Prognosticul e în funcțiune și de vârsta și de starea generală a individului. — Așa: 1) moartea în ziua a 3-a la un copil de 2 ani cu o arsură de gradul II numai pe dosul unui picior — *Haberda*; 2) moartea după 34 ore la un copil de 15 luni cu arsuri de gradul I interesând numai 1/5 din suprafața corpului — *Weiden-*



Fig. 104. — Carbonizare: trunchiul cu cap și cu resturi ale membrilor.

Fig. 105. — Carbonizare: trunchiul cu cap, dar fără membre.

feld-Zumbusch; 3) o fată de 19 ani, viguroasă, cu arsuri de gradul II, interesând întreg pieptul și brațul stâng, moare în a treia zi; 4) o femeie, cu arsuri numai pe obrazul stâng, pe partea stângă a gâtului și pe brațul stâng, moare după câteva zile — *Haberda*.

Indeosebi, în ce privește copiii, e de relevat că, la copilul până la 4 ani, urmările arsurilor sunt de 3 ori atât de grave ca aceleași arsuri la un adult, iar la copilul de 4—12 ani de 2 ori atât de grave ca la adult.

1. *Arsurile pot fi însoțite de o repercusiune defavorabilă asupra nutriției zonei lezate, în timpul creșterii copilului sau al adolescenței.*

2. *Copiii opăriți sunt predispuși la scarlatină.*

3. *Pe cicatricele ce rămân se pot constitui, chiar după trecere de ani, carcinomi cutanași.*

c) Indeosebi în ce privește arsurile de gradul III, de re-

regulă durată medie a supraviețuirii e de: 7 ore în arsura interesând întreaga suprafață a corpului; 15 ore când interesează mai mult de 1/2 din această suprafață; 24 ore în arsura de peste 1/5 din suprafața corpului; 45 ore în arsura de peste 1/4; 64 ore în arsura de peste 1/6; 90 ore în arsura de peste 1/7 din suprafața corpului.

d) Dar se notează și vindecări excepționale: unul cu arsuri pe întreaga suprafață a corpului (un lucrător căzut într'o căldare de ulei fierbinte de 60° — *Bogdanik*); unul cu arsuri pe întreaga suprafața anterioară *Küttner*; unul, cu arsuri interesând mai mult de jumătatea suprafeței, vindecat după



Fig. 106. — Carbonizare: trunchiul cu urme ale capului și ale membrilor inferioare.



Fig. 107. — Carbonizare: Trunchiul fără cap și numai cu urme ale membrilor (incendiul dela moara Ciurel-București, 1907)

9 luni dar cu cicatrice abdominale cari îi impuneau o modificare în atitudinea anterioară accidentului — *Maschka*.

e) Moartea poate fi quasi-fulgerătoare, lentă și tardivă. E mult mai lentă în arsurile de gradul II decât în cele de gradul III. E cauzată de: durere, iritarea intensivă a nervilor pielei, șoc, suprimarea transpirației cutanate; afluxul serozității; fagocitoza, oligocitemia acută; alterarea hematiilor; degenerarea celulelor parenchimului hepatic și renal; scăderea conținutului de apă din corp; prezența în sânge și în organe a peptoxinei lui *Brieger*, produsul unei auto-intoxicări prin moartea unei mari cantități de albumină (demonstrația lui *Pfeiffer*); infarcții hemoragice ai capsulelor suprarenale; trombozele și embolia (trei cazuri notate de noi).

Simptomele premonitorii ale morții sunt: agitație, delir, somnolență, vărsături, febră, accelerarea pulsului, anurie (nu întotdeauna). — În arsurile care interesează căile respiratorii și tubul digestiv, se notează fenomene de septicemie de formă difterică.



Fig. 108. — Arsură cauzată de flăcără (un copil de țigăn a cărui îmbrăcăminte s'a aprins dela focul incins pentru prepararea unei mămălii).

1. *Moartea quasi-fulgerătoare* e întotdeauna efectul unui șoc (fie datorit supra - încălzirii sângelui, fie datorit astixiei consecutive intoxicației cu CO prin aspirarea gazelor din fum) și se produce în un interval de câteva minute până la câteva ore.

2. *Moartea lentă* se produce în intervalul de

24 ore până la câteva zile și e precedată de dureri atroce, agitație, delir, convulsii, scăderea temperaturii, sete mare, limba uscată, anurie sau hematurie, diaree.

3. *Moartea tardivă* (în interval de 2 — 3 săptămâni) e cauzată de *complicațiile arsurilor*: piemie, septicemie, edem al glotei, pneumonie, embolie pulmonară, stricturi cicatricale, eclampsie, tetanos, anurie, ulcerul duodenal perforant, pentru întâia oară semnalat de *Curling*, a cărui origine pot fi echimozele formate pe mucoasa duodenală (ca și pe alte mucoase și seroase). — *Simptomele* sunt: durere faringiană, limba uscată, greață, vărsături, constipație ori diaree, slăbirea pulsului, convulsii, lipotimie.



Fig. 109. — Arsură cauzată de flăcără.

III. Diagnosticul diferențial în ce privește natura arsurii pe omul viu și pe cadavru

A. Flacăra: pielea înegrită de fum și funingine; uneori cu carbonizarea epidermei; pârlierea părului, înegrirea și arsurile la unghii.



Fig. 110. — Opărit în baie (după ce în prealabil și-a tăiat vinele).

Arsurile cauzate de flacăra gazelor și a vaporilor combustibili: leziunile sunt mai superficiale (epiderma e numai linsă de flăcări) sau mai profunde, după durata acțiunii; când acțiunea e prelungită, flăcările pot pătrunde în căile aeriene și uneori se poate înregistra: o carbonizare caracterizată, parțială, sau totală; pârlierea părului și a perilor.

In general, oricare ar fi natura flăcării, acțiunea acesteia e mai pronunțată pe părțile desgolite decât pe cele acoperite (îmbrăcăminte, corset, cordon, încălțăminte, jaretiere, etc.).



Fig. 111. — Arsură cauzată de benzină (accident).

B. Corpul solid încins: arsuri locale limitate, unice sau multiple, dar în genere mai profunde decât arsurile până la gradul III; uneori se poate nota și pârlierea părului sau a perilor, când corpul

încins e aplicat pe pielea capului ori într-o regiune piloasă.

C. **Metale topite:** leziuni de o întindere variabilă, având deobicei forma arsurilor de gradul III și IV.

D. **Lichidele (opărire):** leziuni locale, mai mult sau mai puțin întinse, generalizate, cari n'au caracterele esențiale ale leziunilor cauzate de flacăra, mai sus enunțate. Escara e moale și cenușie; părul și unghiile se pot uneori ușor desprinde; pe piele se mai văd resturi ale substanței de opărire.

E. **Vaporii de apă la o temperatură excesivă:** arsuri mai pronunțate (flictene, căderea epidermei) pe părțile acoperite decât pe cele desgolite. Explicația: îmbrăcămintea are proprietatea de a conserva vreme îndelungată căldura.

F. **Substanțele caustice:** gradul arsurii variază după natura soluției și după gradul ei de concentrare. În genere, arsurile cauzate de acizi sunt mai grave decât cele pricinuite de alcaline.

1. *Soluțiile foarte diluate:* numai eritem.

2. *Soluțiile concentrate:* escare, a căror nuanță indică și specia lichidului:

a. Escara uscată și *neagră* — acidul sulfuric. Atunci când e ingerat, prin prelingere, lasă pe buze, pe bărbie, în faringe și în esofag, escare negricioase. Turnat pe față, causticul acesta cauzează cicatrice deformante, pierderea ochilor; uneori supurații lungi cu infecție mortală.

b. Escara uscată și *galbenă* — acidul nitric.

c. Escara *moale, umedă, cu suprafața sâpunoasă* — o soluție alcalină.

IV. Leziunile anatomice notate pe cadavru

A. Examenul extern

Se notează leziunile mai sus expuse, cu următoarele particularități:

a. În arsurile mortale de gradul I. — În moartea rapidă eritemul cutanat nu se

mai vede, din cauza hipostazei sanguine care începe în scurta agonie și se accentuează după moarte. — În moartea mai lentă, urma eritemului se mai poate identifica, în deosebi în zona marginală a pielii lezate: o tumefacție și o roșeață ușoară, o sbârcire, o exfoliere gălbue a epidermei.



Fig. 112. — Arsuri generalizate: s'a stropit cu petrol și apoi și-a dat foc.

b. In arsurile de gr. II. — 1. *Beșici* cu aspectul flictenelor de pe omul viu dar cu conținutul turburat; beșici turtite; beșici plesnite. — *Diferențierea*: beșicile putrefacției se întind pe toată suprafața corpului; beșicile erisipelului bulos, cu conținutul clar, purulent sau sanguinolent, provoacă o exfoliere locală sau un edem; beșicile de pemligus își au sediul pe palmă, talpă.¹



Fig. 113. — Arsuri cauzate de smoală topită (accident: a căzut în cazan).

2. *Desquamarea zdrențuită a epidermei* care se desprinde de pe mâini și degete, cu unghii cu tot, ca o mânășă. Derma, dacă e cruțată e umedă, palidă și, uneori, numai marginile mai sunt rozate; dacă însă a venit în contact prelungit cu aerul, derma se pergamentează și și modifică sensibil culoarea (brun. roșu închis cu puncte hemoragice).

3. *Hiperemia pielei* care, sub influența unei neînsemnate acțiuni mecanice, se poate beșica.

c. In arsurile de gr. III.— Escarele, albicioase bătând în cenușiu, apar când ca fierte când ca prăjite.

d. In arsurile de gr. IV (carbonizarea). — In general țesuturile sunt condensate, cu volumul mult micșorat (capul și inima de adult sunt reduse la acele ale unui copil de 7—12 ani; creierul e ca acela al unui nou-născut). Gura e deschisă. Craniul, pieptul, abdomenul se pot găsi plesnite.

Indeosebi în ce privește *capul* avem de observat, că uneori se pot nota hemoragii abundente în cavitatea craniană, ceea ce simulează efectul unui traumatism vital, mai ales atunci când, sub acțiunea căldurii, au plesnit oasele craniului. Sângele, de culoare

cărămizie sau cafenie, e uneori amestecat cu grăsimea oaselor. Creierul apare ori ca pârlit ori ca fript.

1. *Pielea* e cruțată acolo unde au mai rămas resturi de îmbrăcăminte ori încălțăminte. Eventualele lacune nu trebuiesc confundate cu tăituri: elementul de diferențiere ni-l oferă integritatea vaselor subiacente.

2. *Mușchii* apar ca fierți sau prăjiți. Firește, acolo unde e cruțată pielea, sunt și ei intacti.

3. *Oasele*. — a. *Plesniri*: plesniri longitudinale la oasele membrului; fisuri circulare la capetele articulațiilor; plesnirea craniului cu creierul herniat.

b. *Fracturile*. — Devenite foarte friabile, oasele se frâng și provoacă amputări spontane. Brouardel observă că, pe femur, sediul acestor fracturi se notează la linia de sus a treimii inferioare.

c. *Dinții* se ramolesc, crapă și se calcinează.

B. Examenul intern

Notațiunile diferă după intervalul în care s'a produs moartea.

1. *In moartea quasi-fulgerătoare* nu se găsește de regulă nici o leziune internă. Numai rareori se pot nota echimoze sub-pleurale sau subperitoneale și, excepțional, pe mucoase. Uneori (în arsurile cauzate de flacăre) se poate da peste depozite de funingine pe mucoasele nasului, faringelui, laringelui, tracheei și bronhiilor. Sângele, oxicarbonat, e fluid, de consistența fițeiului.

2. *In moartea lentă* (după câteva ore până la câteva zile). — Se notează:

a. *Coagularea* (mai rară sau mai deasă) a sângelui.

b. *Prezența de mici extravazate sanguine* sub membranele seroase și pe mucoase, în mușchii izolați, pe suprafața posterioară a inimii, pe mesenterul intestinal.

c. *Hiperemia* (pete palide) se notează la meningele creierului și ale măduvei, precum și la organele interne. Edem cerebral.

d. *Degenerarea grăsoasă* a tunicilor vaselor, a mușchilor și a organelor parenchimatose.

e. *Necroze mici* pe ficat, ca în eclampsia gravidică, se găsesc mai des la copii.

f. *In carbonizare*: 1. *inima* scorțoasă, adesea herniată și plină de sânge coagulat; 2. *plămânii* complect uscați, ca splenizați; 3. *ochii*, dacă n'au plesnit, au corneea opalescentă; cristalinelul, ca fiert, are aparența unei cicatrice.

3. *In moartea tardivă* putem face următoarele notațiuni:

a. *Degenerarea grăsoasă a organelor*.

b. *Procese bronșitice și pneumonice* cari au ca origine hipostaza, aspirația de fum, uneori embolia.

c. *Inflamație cruposă*, prin aspirație de fum, mai ales la copii.

d. *Miocardită*, îndeosebi la copii.

e. *Infiltrație purulentă difuză, uneori și necroză* pe traiectul tubului digestiv. Semnul acesta e caracteristic leziunilor directe ale aparatului digestiv și ale începutului căilor respiratorii (în opărire prin ingerare). Dar acest semn se poate nota și *atunci când aerul încins e aspirat în timpul vieții* (1. După ce flăcările au lins fața, brațele, pieptul, abdomenul și picioarele, aerul încins aspirat a cauzat leziuni până și în ramificațiile bronhiilor — *Rayski*. — 2. În urma aspirării de aer încins, s'a notat pe mucoasa gurii, a faringelui și a esofagului mari flocoane, glămătuci de epiteliu necrotic originar dela baza limbii, dela epiglotă, dela mucoasa faringelui și a laringelui — *Harbitz*).

f. *Hemoragii în mucoasa stomacului*.

g. *Mici tumori stomacale. Perforarea stomacală* (pentru întâia oară observată de *Darchis*).

h. *Infarctarea hemoragică, totală sau parțială a capsulelor suprarenale* (pentru întâia oară relevată de *Kolisko*), care e singurul semn concludent pentru moartea primară consecutivă arsurilor. În infarctarea totală, capsulele sunt foarte umflate, rigide, colorate în roșu bătând în negru, iar vasele sunt pline cu sânge lichid.

i. *Septicemia* consecutivă infecțiunii rănilor.

j. *Embolia grăsoasă a plămânilor*.

4. *Ulcerațiuni ale tractusului intestinal și perforațiuni duodenale*. — Acestea se pot uneori nota, în urma unor arsuri întinse ale tegumentelor, indiferent de gradul arsurii, însă numai în moartea lentă sau tardivă, fără ca prezența lor să fie trădată, în viață, prin vreun simptom caracteristic.

În ultimii zece ani s'a autopsiat, la Institutul Medico-legal din București, 152 cadavre cu leziuni datorite arsurilor. Numai la 55 (20%) am găsit modificări ale tractusului gastro-intestinal: în 25 cazuri, *leziuni evidente ale stomacului* (hiperemie, echimoze, puncte hemoragice, arborizațiuni vasculare); în restul de 8 cazuri, *modificări ale peretelui intestinal* (hiperemie, mici ulcerațiuni) și în două din aceste 8 cazuri, *ulcerațiuni mai mari, iar într'unul singur, perforațiuni duodenale*.

a. *Ulcerațiunile mai mari ale intestinului* (în cele două observații ale noastre): 1. Bărbat de 51 ani, mort în a 10-a zi: ulcerațiunile de forma unor gămălii de ac. — 2. Bărbat de 27 ani, mort în a 6-a zi: ulcerațiile, în număr de două, aveau diametrul de 6 și 9 mm.

b. *Perforațiunile duodenale*. — Long, Curling, Erichsen, Ziemke au semnalat cei dintâi (cazuri cu moartea după 3—4 zile) ulcerațiunea duodenală, unică sau multiplă, cu sediul în prima por-

țiune a duodenului, la o mică depărtare de pilor. Ulcerațiunea e rotundă sau ovalară, de mărime variabilă (până la aceea a unei piese de 50 bani sau chiar de un leu). E escavată la mijloc, cu marginile tăiate „à l'emporte pièce“.

Observația dela Institutul Medico-Legal (*Minocici-Vasilii*, 1929) cu două perforațiuni duodenale. — 1. Prima, mai mare (diametrii 11 și 5 mm.) e situată pe fața posterioară a primei porțiuni a duodenului, interesând și artera gastro-epiploică dreaptă; în partea anterioară perforarea e învecinată cu o zonă de necroză, aproape de aceeaș mărime ca însăș perforarea și care ajunge până la pancreas. — 2. A doua perforare, ceva mai mică (diametrii 10 și 5 mm.) își are sediul pe fața anterioară și dreaptă a aceleiași porțiuni și are aspectul precedentei. — 3. Mucoasa duodenului e injectată, bursuflată.

V. Diferențierea unei arsuri post-mortale de una vitală

Diagnostic necesar din două considerațiuni: 1. spre a se stabili dacă moartea e datorită arsurii și nu unei alte leziuni contemporane cu acțiunea căldurii; 2. spre a se demonstra că arsura e posterioară unei alte leziuni care a provocat moartea (sinucidere, accident, crimă).

a. În adevăr, căderea unei grinzi, a unei cărămizi, a unei porțiuni de zid, etc., în cursul unui incendiu, cauzează răni mortale și, din pricina lor, muribundul, paralizat în mișcările lui, capătă și arsuri capabile de a cauza ele singure moartea. Diagnosticul e ușor, atunci când arsurile nu au caracterul celor mortale.

b. Urma strangulării sau a spânzurării, precum și urmele frânghiilor pe corpul legat subsistă chiar în carbonizare (incomplete), atunci când legăturile n'au fost scoase înainte de expunerea corpului la acțiunea căldurii. Deasemenea subsistă tăiturile adânci pe părțile moi și pe oase.

c. La leziunile anterioare acțiunii căldurii se observă tendința spre rotunjire a unghiurilor și creștăturilor răni (experiența demonstrativă a lui *Westenhoeffer*).

d. Unele otrăvuri, cum e arsenicul, se pot identifica în conținutul gastro-intestinal al cadavrului.

. * .

Caracteristicile leziunilor post-mortale, în diversele grade de arsuri:

1. *Eritemul cutanat* (în arsurile de gradul I), care e un proces inflamatoriu, deci produsul unei reacțiuni hiperemice, nu pot avea decât o origine vitală. Eritemul, care de regulă pălește ori dispare

cu totul pe cadavru, poate totuș persista în cazurile de moarte lentă și tardivă.

Eritemul va fi o dovadă de arsură vitală și atunci când el se poate nota în zona unor arsuri de un grad mai mare.

Se poate, însă, întâmpla să se noteze și o *formă de eritem post-mortal*: în cazul acesta el nu se produce în zona supusă căldurii, ci la o depărtare variabilă.

2. *Beșicile* (în arsurile de gradul II). - - E adevărat că flictenele se pot produce și după

moarte, dar la o temperatură mai mare ca pentru cele vitale — în orice caz peste 100 grade — dar nu mai au caracteristicile bășicilor vitale:

a. Bășica e umplută cu aer sau chiar cu puțin ser, dar conținutul nu e total seros. Serul din beșica post-mortală nu se acumulează imediat, ci în interval de câteva ore (uneori chiar cel puțin 24 ore).

b. Absența sau prezența în cantitate infimă a albuminei și a leucocitelor, în conținutul flictenului post-mortal. Dimpotrivă, caracteristica beșicii vitale e abundența leucocitelor în conținutul ei.

c. Absența areolei roșiatice, separată de escara centrală printr'un lizereu alb.

5. *Escara* (arsura de gradul III) *post-mortală* e caracterizată prin: absența areolei roșiatice periferice; absența punctelor hemoragice pe fondul pergamentat al leziunii; absența injectării rețelei vasculare cutanate (alără numai dacă leziunea post-mortală își are sediul în zona hipostasică .



Fig. 114. — Arsuri post-mortale (cadavru a luat foc dela o lumânare) simulând tăituri pe corp și membre.

4. *Leziunile carbonizării* nu pot fi diferențiate. Totuș se poate uneori identifica natura diferită a rănilor făcute în timpul vieții, deci înainte de expunerea corpului la acțiunea căldurii (*Descoust, Robert-Ogier* au putut determina răni vitale ale capului, făcute cu un corp contondent; aceeași identificare am făcut-o noi pentru răni vitale făcute cu instrumente tăioase și înțepătoare).

5. *Hipostaza specifică acțiunii căldurii.* Se produce o modificare a repartiției sanguine inițiale depe cadavru: zonele expuse căldurii devin palide și apoi se usucă, iar zonele cu sânge acumulat devin hiperemice, umede și edemațioase.

6. *Prezența de sânge coagulat aspirat* (în leziunea interesând gâtul) e o dovadă de arsură vitală.

7. *Depozitele mai mari sau mai mici de negru de fum* pe mucoasa căilor aeriene și pe mucoasa începutului tubului digestiv sunt o dovadă de aspirație vitală.

8. *Prezența de CO* în sângele inimii sau al vaselor nelezate e iarăși o dovadă de arsură vitală (cu flacăra). Oxidul de carbon poate, însă, lipsi în moartea quasi-fulgerătoare. Prezența lui CO în vasele deschise s'ar putea nota și în sângele cadaveric, prin mecanismul infiltrării.

VI. Formele căldurii vulnerante

Caracteristica mai mult sau mai puțin pronunțată a leziunii ne ajută la determinarea naturii agentului vulnerant.

1. *Flacăra* cauzează cele patru grade de leziuni descrise la *arsuri*.

Arsura se produce de regulă de jos în sus, cruțând mai mult sau mai puțin zonele deosebit apărate (prin corset, burtieră, brâu, jaretiere, bretele, etc.).

2. *Opărire* cu apă, cafea, ceai, lapte, uleiuri. Uneori se găsesc pe arsuri urmele lichidului vulnerant.

Atunci când victima e numai stropită, părțile acoperite de îmbrăcăminte și încălțăminte sunt mai întotdeauna cu totul sau numai întrucâtva cruțate.

Dacă însă victima a căzut sau a fost aruncată într'un recipient cu lichid fierbinte, arsura interesează tot corpul, dacă acesta e complet scufundat.

3. *Vapori fierbinți* sau gazele încinse (explozii) produc arsurile caracteristice descrise.

4. *Corpurile solide incandescente* sau destul de încălzite spre a putea cauza o arsură (metal. tăciune aprins).

5. *Metalele topite*, sulf, rășina, ceara roșie; etc.

6. *Căldura radiantă*: cea industrială (marile focare de căldură) și cea cosmică (insolația).

Insolația nu se produce numai la aer liber ci și în spații confinate (corturi). Nu e întotdeauna nevoie de o temperatură excesivă: s'au notat cazuri cu o căldură solară de 25° la umbră cauzând accidente, fie grație colaborării unor anumite condițiuni atmosferice (umezeală, furtună), fie datorită unor condițiuni individuale (haine prea călduroase, oboseală, debilitate, stare de beție).



Fig. 115. — Arsuri făcute cu vitriol la față, piept și brațe. Îndeosebi pe piept se văd dărele lăsate de lichidul caustic prelinos.

ză pierderea ochiului. — Retractivitatea cicatricelor are de efect o desfigurare caracteristică; uneori se poate nota și o strâmtare a gurii, a deschizăturii palpebrale și obturarea nărilor. — Pe îmbrăcăminte, acidul sulfuric face pete roșii.

b) *Acidul azotic* cauzează arsuri caracteristice (vezi mai departe: substanțele toxice). Escara e galbenă. Petele de pe haine sunt și ele galbene.

c) *Acidul clorhidric*: escarele sunt gălbui.

d) *Acidul fenic* (soluția de peste 50 la 1.000) cauzează o arsură cu escara mai întâiu roșie, apoi neagră.

B. Soluțiile alcaline (soda caustică, potasa caustică, amoniacul) cauzează escare moi, umede, cu suprafața săpunoasă și colorate în roșu mai mult sau mai puțin închis.

După căderea ei, escara lasă o ulceratiune de o adâncime variabilă.

Cazurile de insolație pot fi individuale sau colective (marșuri militare, paradă, adunări sub cerul liber, etc.).

7. Varul în timpul stingerii cauzează arsuri pe cari se găesc urmele substanței vulnerante.

8. Lichidele caustice cauzează distrugerea și necrozarea țesuturilor atinse. Se diferențiază arsurile pricinuite de acizi, de soluții alcaline și de săruri caustice.

A. Acizii caustici sunt coagulanți și identificarea lor se face sau prin analiza chimică a unei porțiuni din escară sau prin examenul petelor de pe haine. — Dintre acizii caustici dau mai des loc la expertiză:

a) *Acidul sulfuric (vitriol)*. — Pe piele produce escare negre, uscate. Escarele de pe cornee, prin complicațiunile infecțioase, cauza-



Fig. 116. — Arsuri făcute cu vitriol (Victima e frate cu fata din chișeul No. 115; amândoi au fost vitriolați de o soră a lor).

C. **Sărurile caustice:** *nitratul acid de mercur, clorura de zinc* lasă leziunile caracteristice descrise la studiul substanțelor toxice.

VII. Diagnosticul diferențial etiologic

1. **Crima** se demonstrează prin împrejurările de fapt. Ea se notează în toate formele arsurilor: *flacărea, lichidele caustice* (vitriolarea: o femeie toarnă acid sulfuric în gura întredeschisă a soțului adormit; soțul toarnă acid azotic în urechea femeii adormite); *opărirea*; cu *tăciunii aprinși* sau cu *corpuri solide încinse* (cazuri frecvente în maltratarea copiilor); *insolația* (victima e imobilizată și expusă la soare); *căldura radiantă* (*Speck* relatează următorul caz: un șarlatan, oferindu-se să tămăduiască de reumatism o fată de 14 ani, a înfășurat-o într'o piele de oaie proaspătă, iar în jurul acesteia a așezat pite fierbinți, tocmai scoase din cuptor, iar peste întreg dispozitivul a pus o plapumă: după 5 ore fata a murit).

2. **Sinuciderea** e destul de frecventă. — a. Iși dă foc hainelor stropite ori nu în prealabil cu o substanță inflamabilă. — b. Se aruncă într'un recipient mare plin cu un lichid fierbinte sau cu o substanță topită. — c. Un alienat și-a pus capul pe tăciuni aprinși și a murit după 12 ore de chinuri groaznice (*Hofmann*).

3. **Accidentul:** îi iau foc hainele; cade peste un foc aprins, peste tăciuni, un corp solid încins; incendii, explozii; stropirea accidentală cu un lichid fierbinte ori caustic sau căderea într'un recipient cu asemenea lichid; efectele căldurii radiante, insolația, accidentele tratamentului cu corpuri radioactivi.

8. Leziunile cauzate de descărcările electrice

Deosebim: leziunile curentului electric și leziunile electricității atmosferice (trăsnetul).

A. Electricitatea tehnică

În afară de simptomele pe cari le vom enumăra mai departe, efectele trecerii unui curent electric prin corpul omenesc pot fi: *arsuri grave; carbonizare locală; tetanos; atrofia nervului optic, cecitate mono sau bi-oculară; leziuni otice* (caz de simptome labirintice tardive, la 11 zile după accidentul cu un curent de 110 volți — *Puszet*, 1929). Însfârșit *moartea*, care însă nu e totdeauna în funcțiune nici de puterea curentului, nici de gravitatea leziunii. (1. Un tânăr e fulgerat de un curent de 22.000 volți și 50 perioade; are brațul stâng și piciorul drept complet carbonizate; nu numai că supraviețuește, dar încă, după 11 săptămâni de internare, poate părăsi spitalul, cu starea generală bună — *Mc. Craken*, 1929. —

2. Un electrician e curentat de o energie de 50.000 volți și scapă cu viața, nenotându-se la el decât o trecătoare dilatație cardiacă și aortică — *Lasius, 1929*).

În primul loc, dacă lipsesc elemente de informațiune anamnezică, expertul se servește de simptomatologie (la *omul viu*), de natura leziunilor anatomice (la examinarea *cadavrelor*) precum și de diferențierea unei arsuri electrice de o arsură propriu-zisă.

În caz de moarte, se examinează cadavrul îmbrăcat pentru eventuala găsimă a punctelor de intrare și de ieșire a curentului. Se cercetează și locul accidentului, căutându-se siguranțe arse.

În accidentul mortal victima sau pierde imediat cunoștința sau se prăbușește fără a putea scoate un sunet, sau, însfârșit, în contracțiunea tetanică a mușchilor, rămâne cu mâna prinsă de firul conductor. Se mai poate vedea, excepțional, și următoarea formă a morții prin electricitate: curentatul, după o scurtă pierdere a cunoștinței, se întreamează întrucâtva, iese din zona circuitului, face chiar câțiva pași, strigă după ajutor, pentru ca din nou să se prăbușească și să expire (observația lui *Edenhofer, 1929*).

1. Simptomele:

a. **Absența durerii:** s'au văzut persoane electrocutate dirijând ele însele, cu cel mai mare calm, operațiunile de salvarea lor dela moarte.

b. **Prezența eritemului** ca în arsurile din gradul I.

c. **Urma firului atins**, care se prezintă, în deosebi pe părțile mai îngroșate ale pielii, ca o pată albă sau gălbue, sidefoasă, de formă și mărime variabilă, mai des rotunjită, puțin în relief, adâncită la mijloc unde frecvent se notează o lacună negricioasă. — Uneori urma aceasta e atât de neînsemnată, că pe pielea murdară și nici chiar pe cea spălată nu se poate distinge decât cu ajutorul lupei.

d. **Arsura** — care poate fi de orice grad, după intensitatea și durata contactului, și se vede atât la punctul de intrare cât și la cel de ieșire a curentului — *foarte adesea nu interesează deloc îmbrăcămintea*. Numai când conțin părți metalice, hainele și încălțăminte sunt sfâșiate de curent.

1. **Adâncimea** arsurii electrice e variabilă, dar oasele nu constituie un obstacol: curentul poate avea ca efect amputarea unui segment sau chiar a unui membru întreg. (*Gerlach* a văzut un caz cu carbonizarea și găurirea oaselor craniului). — Buzele răni sunt secționare net, iar fundul e neregulat, negricios. La arsurile superficiale apar flictene periferice după 4—5 zile; iar pielea din vecinătatea leziunii are un aspect pergamentat.

2. **Absența reacțiunii inflamatorii și supurative**, arsura electrică fiind aseptică în tot cursul evoluției sale.

3. *Arsura superficială, care nu interesează decât pielea, se repară repede pe cale de înmugurire și de cicatrizare (proces care se desfășoară după căderea escarei).*

4. *Arsura profundă, care interesează mușchii, tendoanele și oasele, nu se repară dela sine. De multe ori țesutul se necrozează și e nevoie de o intervenție chirurgicală. Numai excepțional se notează complicațiuni infecțioase.*

d. *Părul și perii pot fi ori nu părliți.*

e. *Rupturi cutanate, par'că ar fi cauzate de un instrument tăios, se notează uneori.*



Fig. 117. — Arsură cauzată de electricitatea industrială (accident).

f. *Deasemeni se observă excepțional o ciuruire a pielei (asemănătoare cu efectul unor alice).*

g. *Desquamarea epidermei, care uneori se lipește de rufele de corp, se poate deasemenea înregistra.*

h. *Edemul, emfizemul local subcutanat, necrozele locale, de mărime și adâncime variabilă, sunt iarăș notațiuni puțin frecvente. Necroza poate apare tardiv (după câteva zile ori săptămâni).*

i. *În volatilizarea unor părți metalice, pielea se poate impregna cu oxizii metalici corespunzători.*

j. *Turburările oculare: injectarea conjunctivei, hemoragia subconjunctivală, keratita, cataracta, amaurosa,*

iritis, leziunile retiniene, cecitatea mono sau bi-oculară.

k. *Turburările neurotice: atrofia musculară și chiar impotența mâinii ori a piciorului; manifestări paralitice.*

l. *Boli nervoase: apariția sau agravarea epilepsiei, tabes, paralizia progresivă, șocul psihic.*

m. *Convulsii tonice sau clonice, mai mult sau mai puțin generalizate.*

n. *Amnezia retrogradă: readus la cunoștință, curentatul nu-și aduce aminte de nimic și se arată surprins de prezența arsurilor depe el, cari nu i-au produs nici o durere.*

- o.* Accelerarea bătăilor cardiace: contractarea inimii.
- p.* Pulsul frecvent sau încetinit.
- q.* Respirația dispneică.
- r.* Cianoza, roșeață sau paloare, edem, răcirea parțială a trupului.
- s.* Senzație de opresiune, de sufocare.
- t.* Văjăituri în ureche. — Exoftalmie.
- u.* Exaltarea reflexelor tendinoase.

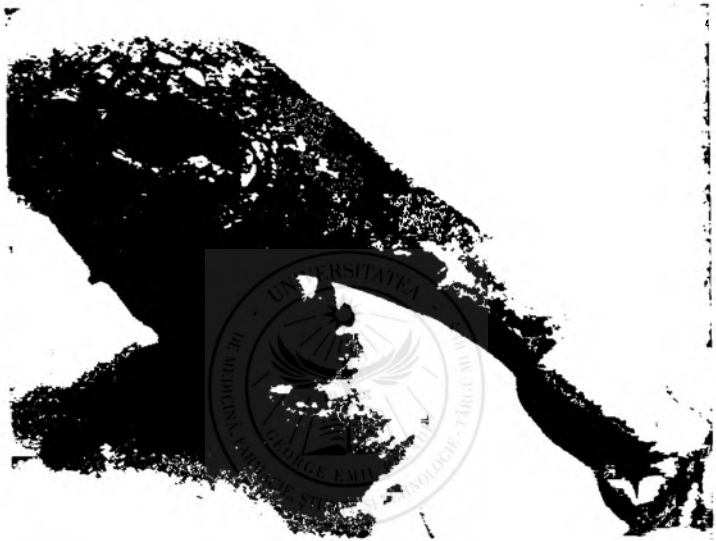


Fig. 118. — Arsură făcută de electricitatea industrială (accident).

2. Mecanismul morții

În electrocuție, moartea nu e rezultanta unor leziuni anatomiche specifice, ci a inhibiției: paralizia sistemului nervos și oprirea respirației (*D'Arsonval*), paralizia cardiacă primară (*Kratter*, *Rodemoald*, *Tatum*, *Oliver-Bolan*), șocul și leziunea celulelor centrilor nervoși (*Jellinek*); tremulațiuni fibrilare ale inimii (*Prepost-Batelli*), cari însă sunt excepționale și atunci nu se găsește pe cadavru nici o urmă (*Schot*, 1929). În curenții de înaltă tensiune, între 1200 și 5000 volți, moartea e cauzată de suprimarea respirației. În timp ce inima mai continuă să bată. În curenții de 120—1200 volți, moartea e consecutivă suprimării simultane a funcțiunilor inimii și centrilor nervoși.

Moartea e de regulă fulgerătoare (maximum în 10 minute), dar uneori poate întârzia câteva ore și în cazul acesta mecanismul

ei constă în asfizia prin tetanizarea mușchilor respiratori și atunci e precedată de convulsii și compresiune cerebrală. — Moartea poate fi datorită și hemoragiei intermeningee și hemoragiei intraventriculare a creierului (*Vallmer*, 1929).

Exceptional, moartea e tardivă (după câteva ore): Un electrician, de 26 ani, e străfulgerat de un curent trifazic de 12.000 volți; se prăbușește în nesimțire, dar curând recapătă cunoștința și se plânge de insensibilitate la brațul stâng și de dureri abdominale; are mâna și antebrațul arse, în parte carbonizate; în regiunea hipogastrică dreaptă, unde sunt arse și hainele, are o gaură mare, cu marginile carbonizate și în comunicație cu cavitatea abdominală. Moartea în 15 ore. La *autopsie*: perforarea multiplă a intestinului—*Simonin*, 1927.

Dar moartea poate fi numai aparentă și fenomenul să nu dureze decât atâta timp cât ține și contactul. De exemplu, atunci când inima nu se găsește pe parcursul curentului — a cărui acțiune se produce direct asupra centrilor nevoși, în timp ce inima continuă să bată, — respirația, temporar oprită, se restabilește de îndată ce contactul e suprimat sau curentul se întrerupe.

Deasemenea, în curenții de o putere excesivă, arsurile, cari se produc în punctele de contact ale electrozilor, provoacă formarea imediată de escare cari opun o mare rezistență străbaterii mai departe a curentului. Sunt observațiuni edificatoare: 1. un inginer, electrocutat de un curent de 10.000 volți, deși a avut ambele picioare carbonizate, a supraviețuit; 2. în Statele-Ūnite s'au înregistrat numeroase cazuri de supraviețuire la condamnării la moarte electrocuțați cu curenți de foarte mare voltaj.

3. Leziunile anatomice.

Numai în electrocuțiunile cu curent de mare voltaj, corpul e tetanizat, iar la nivelul electrozilor tegumentele sunt arse și degajează un miros de carne friptă.

a) În *moartea fulgerătoare*, rezultatul examenului necropsic e negativ.

b) În *moartea rapidă* (5—10 minute), la deschiderea cadavrului se notează, nu însă întotdeauna: semnele asfixiei, hemoragii meningee, pleurale, pericardice, peritoneale, întinse hemoragii cerebrale și medulare, edem cerebral, rupturi în fibrele miocardului, în parenchimul ficatului și în alveolele pulmonare, distrugerea celulelor ganglionare.

c) *Putrefacția nu modifică leziunile exterioare făcute de curentul electric*; putrefacția nu cauzează modificări susceptibile de a fi confundate cu urmele electricității pe piele.

4. Diferențierea unei arsuri electrice de o arsură propriu-zisă

Arsura electrică nu are, ca arsura propriu-zisă, o areolă hiperemică; în schimb, are, pornind dela marginile net secționate, o zonă pergamentată (flictenulară în arsura superficială); e complet anestezică, nu supurează; în arsura electrică profundă (esutul marginilor se necrozează, părul și perii pot rămâne intacti, fără nici o urmă de pârlire.

5. Puterea energiei vulnerante

Curentarea se produce sau prin *contactul direct* — atingerea cu mâna, fața, umărul, cotul, spatele, șezutul, etc. a firului de transmisiune — sau prin *contactul indirect*: un obiect metalic intermediar între corpul omenesc și fir.

Traumatismul electric nu se notează numai în atingerea bipolară, ci și în cea unipolară; în acest din urmă caz firul e în contact cu pământul.

Electrocuțunea se mai poate produce prin *scurtul-circuit* provocat de interpunerea unei simple insecte între fire (scurt-circuit consecutiv prezenței aripioarelor unei muște între fire—*Jellinek*).

Turburări nervoase cauzate de *întrebuințarea telefonului*, atunci când firul telefonic e în contact cu un fir de curent de mare tensiune ori când trăsnetul atinge firul telefonic.

Efectele nocive fără contact direct sau indirect: un om privește timp de 8 minute dela o depărtare de 1.5 m. la o bucată de metal încinsă cu ajutorul unui curent electric; la ambii ochii capătă o violentă inflamație internă și curând pierde complet vederea la ochiul drept (*Roy, 1929*).

Electrocuțunea e în funcțiune de următoarele elemente:

A. *Natura curentului*. — Deși *Jellinek* o contestă, observațiunile concură în a confirma că un curent continuu e de patru ori mai puțin periculos decât unul alternativ; s'au notat cazuri mortale cu curenți *alternativi* de numai 40 volți. Și curentul *alternativ terapeutic* poate fi fatal, prin provocarea șocului ori paralizia inimii.

B. *Frecvența* contează pentru curentul alternativ ca element nociv numai până la o limită determinată, dincolo de care primejdia scade. Așa, un curent de 20—70 perioade pe secundă e mai periculos decât unul de 2000 perioade.

C. *Tensiunea curentului*. — Firește că pe măsură ce sporește tensiunea crește și primejdia. În genere pericolul începe dela 200 volți în sus: la 500 volți moartea e fatală. Dar s'au notat numeroase accidente letale nu numai cu 110 sau 250 volți — voltajul obicinuit al instalațiilor de lumină electrică — ci și cu 65—100 volți.

D. *Intensitatea curentului care străbate corpul omenesc* e elementul esențial în provocarea efectelor electrocuțunii. Or, cum această intensitate e în funcțiune de starea de receptivitate a corpului urmează că numai anumite condițiuni inlesnesc ori stingheresc pătrunderea energiei electrice în trup. Așa:

1. Proprietatea de rezistență a *pielei umede* e mai mică decât aceea a *pielei uscate*; o mână de cauciu (care e rău conducător de electricitate) mărește și ea rezistența pielei dela mână. — Dar nu orice regiune a pielei opune acelaș grad de rezistență: pielea îngroșată, bătătorită a palmei și a tălpii piciorului opune o rezistență mai mare decât pielea mai subțire depe dosul mâinii, pielea feței, a abdomenului, pielea fină a copilului sau aceea a femeii.

2. *Hainele ude, încălțămîntea ținută favorizează pătrunderea curentului cu intensitatea sporită.*

3. *Starea generală a individului.* — Debilitatea și anemia constituțională, cardiopatiile, afecțiunile pulmonare și cele renale sunt un teren prielnic intensificării curentului de pătrundere. O observație: Un băiat de 16 ani umblând în pivniță cu o lampă electrică, la care s'a constatat în urmă un defect de izolare, moare electrocutat. La *autopsie*: status thymico-lymphaticus — un thymus de 51 gr. (*Th. Vasiliu*, Institutul Medico-Legal București, 1929).

4. *Contactul prin surprindere* adică nebăgarea de seamă e deasemenea o cauză de mărire a primejdiei. (Un copil de 4 ani atinge din nebăgare de



Fig. 119. — Electrocuție-sinucidere: s'a înfășurat cu sârma pusă în contact cu un dinamo.

seamă un fir și e electrocutat — *Bogdan*, 1922). Dimpotrivă *somnul natural și narcoza* constituie întrucâtva o stare de apărare.

5. *Natura suprafeței pe care stă sau a mediului în care se află individul.* — Dușumeaua de lemn uscat sau de beton uscat, tălpile uscate și neținute ale încălțămîntei constituie un bun strat izolator față de curentul electric. Dimpotrivă, pardoseala sau terenul umed, încălțămîntea cu talpă sau călcâiul prevăzute cu părți metalice, mediul umed sunt un pericol constant. — *Observațiuni:* a) O fată cade trăsniță în momentul când cu mâna atinge piciorul unei lămpi de masă, defectuoasă, iar cu cotul se reazimă de un zid de beton armat (*Jellinek*, 1923). — b) Un tânăr atinge o sârmă ruptă prin care trecea un curent de 110 volți și scoate un țipet: un altul îi sare în ajutor, îi smulge din mână capătul firului și cu acesta în mână cade într'o băltoacă și moare, pe când cel dintâu s'a ales numai cu spaima. De unde se vede că trebuie să procedăm cu foarte mare precauțiune, atunci când e vorba să sărăm în ajutorul unei persoane curentate. — c) Accident mortal întâmplat într'o cameră obscură, din cauză că atât mâna fotografului cât și parchetul erau ude. — d) Stând pe un teren umed, individul a fost electrocutat la stingerea unei lămpi de 150 volți (*Kernbach*, 1928). — e) O femeie, care se afla în cadă, e electrocutată numai în urma tragerii cordului unei sonerii electrice în comunicație cu o distribuție de lumină prost

izolată (*Fleury*). — *f*) Un individ. cu mâinile și picioarele ude, e electrocutat numai prin atingerea capătului liber al unui fir electric rupt (*Balthazard*). — *g*) O femeie cade trăsniță în momentul în care cu o mână deplasa o lampă electrică (izolare proastă a firului de distribuție) iar cu cealaltă închidea un robinet de apă.

E. Durata mai mare a contactului sporește primejdia. Tetanizarea mâinii, frecvent observată la prima atingere cu conductorul electric, mărește durata contactului. (*Beöthy* — 1929 citează un caz de moarte consecutivă aplicațiunii unui bec defectuos utilizat în loc de termofor).

F. Direcțiunea curentului în interiorul corpului. — Eventualitatea cea mai periculoasă e atingerea inimii, ceea ce se întâmplă atunci când curentul trece dela o mână la alta, dela un picior la o mână sau la cap.

Diagnosticul diferențial etiologic. — a) *Crima* e una din cele mai rare excepțiuni și e posibilă numai prin surpriză, prin frângerea rezistenței victimei ori când aceasta e incapabilă de a opune rezistență.

b) *Accidentul* e singura formă frecventă.

c) *Sinuciderea*, unică sau multiplă, e foarte rară.

d) *Pedeapsa cu moarte*: sancțiune legală în Statele-Unite ale Americii.

B. Electricitatea cosmică (trăsnetul)

Ea lasă ori nu urme, ceea ce uneori face expertiza anevoioasă, mai ales atunci când lipsesc informațiile anamnezice (dacă, pe locul unde a fost găsit cadavrul, s'a deslănțuit ori nu o furtună cu descărcări electrice). Și atunci suntem în îndoială, dacă avem aface cu o moarte naturală sau cu una violentă, de natură inhibitorie. Cu atât mai mult că, întocmai ca în unele accidente mortale datorite electricității industriale, îmbrăcămintea și încălțăminte pot rămânea absolut intacte.

La determinarea morții prin trăsnet ne ajută și ancheta locală: urmele caracteristice lăsate de descărcarea electrică pe sol, pe obiectele din preajma locului accidentului, pe plantele și pe animalele ce întâmplător se găseau acolo.

Semnul de certitudine, în absența oricărei urme, ni-l oferă eventuala topire, parțială ori totală, și magnetizarea obiectelor metalice găsite pe cadavru (ceasul de buzunar, briceagul, cheile, tocul și creionul metalic, etc.).

De oarece nu întotdeauna trăsnierea e mortală, ci se notează nu numai supraviețuire, dar chiar o vindecare rapidă, vom examina pedeparte simptomele accidentului pe omul viu, iar pe de alta eventualele leziuni anatomice pe cadavru.

1. Simptomele

a) *Arsuri cutanate*, îndeobște de gr. I și II, numai excepțional de gr. III și IV: uneori se notează și edeme circumscrise. Arsurile

se prezintă ca niște curioase desene rozate sau negricioase, lățite sau dungate, în spirală, ramificate ca o cracă de plantă, pe o zonă mai mare sau mai mică, excepțional pe întreaga suprafață a tegumentelor, însoțite uneori de mici extravazate sanguine. Sub presiunea degetului, desenele acestea — *figurile trăsnetului* — pălesc și dispar după 2—5 zile, nelăsând decât rareori ca vestigiu o pigmentare sau o vindecare prin beșicare.

b) *Escoriații, perforarea pielii și răni mai mari cu buzele zdrențuite.*

c) *Pierderea cunoștinței urmată de amnezie.*

d) *Convulsii, fenomene histerice, paralizii.*

e) *Afecțiuni oculare:* nistagmus, atrofia nervului optic, neurită cu iridoplegie, iridociclită, turburări corneene, cataractă, ruptura coroidii, hemoragii retiniene; uneori cecitate.

f) *Turburări auditive, ruptura timpanului.*

2. Leziunile anatomice notate pe cadavru

a) Cu toate că există leziuni pe corp, îmbrăcămintea, precum am spus, poate fi cruțată; frecvent, însă, se notează *arsuri sau rupturi de obicei rotunde ale stofei, spintecări ale încălțămintei* (când conține părți metalice). Cu ocazia examinării cadavrului unui trăsnit n'am notat nicio leziune organică: în schimb am găsit plesnită încălțămintea cu tălpile bătute cu ținte cu floare.

b) *Figurile trăsnetului*, cari pălesc numaidecât și dispar repede: de aceea de multe ori ele nu se mai pot nota la autopsia tardivă.

c) În observațiile recente s'a notat uneori *leziuni locale* ca: 1) sufuziuni sanguine pe fața anterioară a gâtului (ca în strangulare sau sufocare); 2) o gaură unică deasupra urechei stângi, cu părțirea părului, aducând cu orificiul de intrare al răni prin armă cu foc (*Fredet*); o smulgere circulară a anusului (*Stieda*); ruptura vaginului (*Strassmann*); moartea fătului în uter (*Ahlfeld*).

3. Diagnosticul trăsnirii

(Vezi și foaia de examen, vol. I, pag. 681). Diagnosticul acesta e întemeiat pe:

a) *Anamneza* adică reconstituirea împrejurărilor în cari s'a produs accidentul: anotimpul, cer înourat, ploaie, vijelie.

b) *Inspecția locului:* natura solului, căutarea urmelor eventual lăsate de trăsnit (găuri, șanțuri, fulgurite, vitrificări, imaginile caracteristice, mirosul); examinarea obiectelor din preajma punctului de trăsnire (*Jellinek*—1919 a văzut, în tavanul unei biserici trăsnite, o gaură ascănătoare ceia făcută de un obuz).

c) *Atitudinea corpului:* moartea fiind consecutivă inhibițiunii centrilor nervoși, tetanizarea se poate produce fără nici o tran-

șiite și atunci, ca în spasmul cadaveric, corpul e găsit în atitudinea pe care o avea în momentul trăsnirii. Dar acest fenomen nu e constant.

d) **Examenul hainelor și al încălțămintei:**

1. Dacă mai sunt ude sau au urme de ploaie.
2. Dacă prezintă arsuri, rupturi, găuri — se pot nota rupturi, fără arsuri, smulgerea hainelor și a încălțămintei (*Stieda* descrie un caz de trăsnire în care zdrențele îmbrăcămintei au fost găsite risipite pe o rază de 50 pași).

e) **Examenul obiectelor metalice aflate asupra persoanei trăsnite:** topirea totală sau parțială, magnetizarea acestor obiecte.

f) **Examenul extern al corpului.** — 1. Numai excepțional se poate nota rapiditatea caracteristică a instalării procesului de putrefacție.—2. Părlirea părului și a perilor—5. Figurile cutanate (nu însă constante) și arsurile superficiale sau mai adânci (putând interesa și mușchii, oasele și viscerele) de mărime și de colorațiune variabilă (albăstrui, negricioase, violacee, uneori cu un cerc negru împrejur), cu marginile cenușii bătând în alb. Arsurile pot avea și forma unei găuriri a corpului, întocmai ca urma lăsată de pătrunderea unui proiectil. — 4. Prezența unor echimoze, dar inconstant.

g) **Examenul intern.** — În afară de semnele banale ale asfexiei, uneori cu puncte hemoragice epicardice și subendocardice, nu se găsește nici o leziune caracteristică. Numai excepțional se pot nota leziuni anatomice mai însemnate: revărsări sanguine, fracturi osoase, rupturi ale plămânului, ficatului, creierului — mai mult consecutive izbirii corpului în cădere.

h) **În caz de supraviețuire,** în afară de leziunile cutanate, se pot nota, pe lângă *amnezie* (care e aproape de regulă), *turburări nervoase*. (Un bărbat de 25 ani. După trăsnire a rămas fără cunoștință timp de 5 ore. La trezire: paraplegie. Consecințe durabile: clonus patelar și achilean; anemia spastică a ambelor picioare — *Preissner*, 1928).

9. Leziunile cauzate de corpii radioactivi

Corpii radioactivi, razele X cauzează dermitele și celelalte leziuni caracteristice. În tratamentul cu razele X există pericol de pătrunderea curentului în corp, atunci când tuburile roentgeniene și corpul stau paralel. — În caz de accident se recomandă respirația artificială prelungită până la trei ore.

Recent, leziunile au fost amplu studiate de *De Laet* (1928) ale cărui concluziuni sunt: 1. razele X și radiumul, independent de leziunile externe, determină alterațiuni ale sângelui, turburări de nutriție, sterilitate; 2. aceste alterațiuni, precoce și debutând dela

primele contacte cu radiațiunile, sunt tenace; 3) desordinile sunt cu atât mai ușoare cu cât mijloacele de protecțiune (ecranele, intermitența radiațiunii, aerisirea localului, etc.) sunt mai eficace; cert însă e că, oricare ar fi precauțiunile luate, nici un manipulator de corpi radioactivi nu e cu desăvârșire cruțat de turburările hematopoetice.

a. Sediul leziunilor.—Regiunile cele mai expuse, atât la

persoanele tratate cât și la radiologii, sunt:

ochii, mâinile, glandele genitale, glandele hematopoietice.

b. Semnele ce se pot nota și cari, ca intensitate variază dela individ la individ, sunt:

1. *Manifestațiunile hematologice* (cele mai precoce): a) leucopenia, eritropenia, malformațiuni globulare, mai rar leucemia. E de observat însă că leucopenia se înregistrează și la lucrătorii cari manipulează săruri de uranium, în industria materiilor colorante.

2. *Scăderea tensiunii arteriale.*

3. *Sterilizarea glandelor genitale:* a) tes-

ticulele considerabil atrofiat la radiologii Tiraboschi și Nordenhoff,



Fig. 120. — Radiodermita feței (obrazul drept)



Fig. 121. — Radiodermita feței (obrazul stâng al persoanei din clișeu no. 120).

morți de anemie acută; b) azoospermie la un chimist care, timp de 5 ani, a manipulat cantități însemnate de radium. — La femei se observă în unele cazuri turburări ale regularității funcțiunii cata-meniale.

4. *Atrofia foliculilor splinei și a ganglionilor limfatici.*

5. *Turburările de nutriție:* scăderea greutateii corpului la persoanele un timp îndelungat expuse radiațiilor și cari prezintă alterațiuni sanguine.

6. *Simptome subiective:* oboseală persistentă, iritabilitate, re-
flectibilitate exagerată, cefalalgie, vertij, anorexie, dispepsie ato-
nică și constipație, palpitații.

c. În ce privește *leziunile externe*, ele se manifestă prin der-
matoze: eritem. flictene, escare, pigmentațiune, epilare. După tre-
cerea de 24—48 ore dela acțiunea razelor X sau a corpului radio-
activ, apare eritemul, uniform sau constituit din pete răzlețe cari
lățindu-se, se apropie ulterior între ele. După 8—10 zile, pielea,
acum violacee, e presărată cu bule voluminoase sau flictene. Con-
ținutul acestora se goleşte, epiderma cade și în loc rămâne o ul-
cerație cu cicatrizarea anevoioasă. Uneori leziunile se adâncesc for-
mând o escară negricioasă, uscată, retractilă, iar cicatrizarea poate
dura luni și chiar ani de zile.

După căderea escarei, cicatrizarea se face dela periferie spre
centru. Ajunge însă o iritațiune cât de mică, pentruca noui es-
care, mai profunde decât cele inițiale, să se producă la nivelul mu-
gurilor cărnoși depe fundul ulcerăției.

Aspectul cicatricei: la nivelul acesteia pielea e mai întâiu
albă, îngroșată dar suplă: cu timpul țesutul conjunctiv neo-
format se retractează, dând naștere la deformațiuni pronunțate cari
stingheresc sau paralizează cu totul jocul articulațiilor vecine.

Eritemul poate, excepțional, să se manifeste tardiv (*Fournier*
semnalează apariția unei radio-dermite la 10 luni dela încetarea
tratamentului).

10. Leziunile căldurii radiante și ale insolației propriu-zise

Efectele se manifestă de regulă, atunci când temperatura externă pro-
voacă o urcare de cel puțin 4—5 grade a temperaturii interne și când tem-
peratura cutanată depășește 52°. Excepțiuni de imunitate se notează la indivizii
treptat deprinși cu căldurile mari: lucrătorii din turnătorii și din industriile me-
talurgice, fochiștii depe locomotive, fochiștii vapoarelor cari stau la o căl-
dură de 50—60 grade, locuitorii din țările călduroase, fără a mai vorbi de
cele tropicale. *Haberda* a demonstrat experimental, că omul poate să se de-
prindă să stea în încăperi supraîncălzite până la o temperatură de 55—80° C.

Frecvent mortale, prin provocarea paraliziei mușchilor res-

piratori și cardiaci, efectele căldurii radiante cruță nu mai puțin des viața individului expus la o temperatură excesivă.

1. Simptomele la omul viu

a) **Subiective:** toropeală, cefalalgie, sete, o violentă și dure-roasă constricțiune epigastrică.

b) **Obiective:** incontinență urinară, temperatura urcată a pielii, lipotimie, sincopă, asfixie trecătoare, psychoze (delirul piritic, obsesiunea sinuciderii); fenomene nervoase (paraplegie, ataxie acută).

2. Leziunile anatomice notate pe cadavru

A. **Examenul extern:** a) precocitatea rigidității cadaverice (după o oră membrele nu mai pot fi îndoite); b) prezența inconstantă de pete livide neregulate, îndeosebi pe brațe, piept și spate; c) răcirea lentă a corpului, mai ales în cavități (la două ore după moarte, *Wood* a notat 42°,2 în cavitatea toracică și 45°,6 în cea abdominală); d) scurgerea abundentă a unei spume sanguinolente pe gură și pe nas.

B. **Notațiunile interne:** a) hiperemia, congestia și chiar hemoragia *meningee*; revărsarea sanguină *epidurală*; puncte hemoragice pe suprafața externă a *creierului*, dealungul vaselor din șanțurile circumvoluțiilor;

b) hemoragie în *regiunea cervicală* a marelui simpatic;

c) edem cu spumă *tracheo-bronchică*, echimoze *subpleurale*; uneori congestia *plămânilor* e atât de generalizată și de violentă că *Hestreg* a putut să-i compare cu două pungi de sânge, cu două chiaguri imense: exudație seroasă sau sanguinolentă în *cavitatea pleurală*;

d) rigiditatea *inimii*; *ventriculul drept* plin cu sânge lichid și negru, *ventriculul stâng* gol, contractat și de o duritate lemnoasă; echimoze sub-pericardice și sub-endocardice;

e) întreg *sistemul venos* plin cu sânge;

f) *ficatul* îngroșat, hiperemiat;

g) *splina* umflată, cu degenerarea granuloasă;

h) *rinichii* hiperemiați și degenerați.

11. Efectele frigului

În prealabil trebuie să observăm că există o asemănare isbitoare între leziunile cauzate de frig și cele datorite căldurii. Ca și în acțiunea căldurii, înregistrăm: eritem, flictene, escare (cari, prin bureleul edematos, violaceu depe conturul lor, se deosebesc de escarele arsurii), sfacelul (în gangrena simplă și în cea umedă,

inclusiv gangrena pulmonară, care, în degerare, e excepțională), meningita, tetanosul.

Părțile cele mai expuse degerării sunt nasul, urechile, degetele dela mâni și dela picioare, ca unele ce sunt mai prost irigate.

Prima preocupare a expertului trebuie să fie: examenul îmbrăcăminteii, dacă e uscată sau umedă; determinarea vârstei, a stării generale.

1. Un adult bine îmbrăcat poate suporta un frig de 40—50° C. Copilul dimpotrivă e mult mai sensibil la frig și răcește mai lesne la față și gât; noul-născut poate sucomba și la o temperatură scăzută superioară aceleia la care îngheață apa.

2. Bătrânii anemici și neurastenici cad ușor pradă efectelor frigului.

3. Somnul favorizează degerarea; dar somnul de care e cuprins individul înainte de a degera nu e normal, ci provocat de oboseală ori de inaniție.

4. Boala, mizeria fiziologică, psychozele măresc sensibilitatea la frig.

5. Alcoolul e cel mai periculos agent al degerării, prin acțiunea lui de dilatare a vaselor. Din totalul degerațiilor, alcoolicii dau procentul înspăimântător de peste 70%.

* * *

Frecvent mortală, degerarea e însă compatibilă nu numai cu supraviețuirea, dar chiar cu aproape desăvârșita întremare. În supraviețuirea la o acțiune intensă a frigului se observă în primul moment lividitatea pielii, explicată prin replețiunea vaselor periferice și anemiarea organelor interne.

A. Omul viu

Efectele frigului excesiv se manifestă prin: 1) paloarea feței; 2) acumularea sângelui la creier, inimă și plămâni; 3) înțepături, furnicăături; 4) edeme locale datorite paraliziei vaselor pielii; 5) slăbirea bătăilor inimii, scăderea tensiunii arteriale, anxietate precordială; 6) respirație slabă cu sporirea acidului carbonic eliminat; 7) eritemul combinat cu beșici pline cu lichid sanguinolent; 8) gangrena umedă care poate da naștere la infecțiuni secundare (flegmonoase); gangrena uscată care provoacă necroze locale; gangrena tardivă; 9) turburări nervoase (cefalalgie, agitație, anxietate, hebetudine); 10) congelările regionale (nasul, urechile, extremitățile) de trei grade: eritem, flictene, scarificare.

B. Mecanismul morții

Moartea se instalează prin letargie, consecutivă unei replețiuni sanguine a organelor interne și îndeosebi a creierului, inimii

și plămânilor. Individul are fiori reci în tot corpul, amețeală, se prăbușește ca o masă inertă și adoarme; în timpul agoniei temperatura centrală poate să scadă până la 26°. Moare în câteva ore, cu spumă la gură (hipesecrețiunea mucoasei bronhice).

Dacă, în interval, degeratul e încălzit repede, moartea se produce de regulă prin ruptura vaselor sanguine și embolia gazoasă.

După cum degerarea interesează numai o parte a corpului sau întreg organismul, diferă și mecanismul morții:

1. **În degerarea parțială** (fața, nasul, urechile, mâna, piciorul) moartea se produce prin embolia consecutivă cheagurilor formate de frig în părțile degerate.

2. **În degerarea totală**, moartea e rezultanta îngrămădirii acidului carbonic în sânge.

Moartea în degerarea totală se produce sub două forme, după cum e și alura procesului de congelare:

a) *În răcirea rapidă și progresivă a organismului*, moartea — care e datorită anemiei centrilor nervoși (consecutivă slăbirii progresive a funcțiunii cardiace) și se produce fie fulgerător, fie într'un interval de câteva minute ori câteva ore — e precedată de următoarele semne: mers șovăitor, contracțiuni, convulsii, pareze, delir, halucinații, amnezie, turburări ale sensibilității cutanee și ale organelor simțurilor (îndeosebi turburări vizuale).

b) *În răcirea lentă și continuă*, moartea, caracterizată mai ales printr'o violentă congestie cerebrală, e precedată de semnele acesteia: încetinirea mișcărilor respiratorii, pulsul mic și încet (îndeosebi la alcoolici).

C. Leziunile anatomice

De observat că orice cadavru congelat n'are miros cadaveric, nu are abdomenul timpanizat și e la adăpostul putrefacției, atâta vreme cât ține și acțiunea intensă a frigului; de îndată ce e pus într'un mediu mai cald, corpul începe să se descompună. Putrefacția e atunci accelerată, favorizată fiind de iuțea procesului de imbițiune și de transsudare.

a) **Examenul extern:** 1. *Nu toate organele au acelaș grad de congelare*, ceace se explică prin starea locală a vaso-motorilor.

2. *Rigiditatea* păstrează cadavrului atitudinea în care individul a fost surprins de moarte (sentinelă înghețată în postul ce i-a fost încredințat); dar această atitudine dispare de îndată ce se produce desghețul. Mai e de observat că numai rigiditatea aceasta nu e o dovadă a degerării, *pentru că ea s'a putut produce în moartea datorită altei cauze, deși cadavrul a fost găsit expus la frig.*

3. *Pielea tare, fragilă; consistența rigidă, analoagă aceleia a seului, a țesutului adipos subcutanat.*

4. *Petele* eritematoase, de un roșu închis, roșiaticice sau al-băstrui, circumscrise la față, brațe și coapse.

5. *Faciesul* caracteristic: paloarea mare; expresia de groază nespusă, ochii mari deschiși și cataractați, obrații intrați, fălcile strânse, nasul subțiat.

6. *Abdomenul*: petele verzui ale putrefacției nu apar, după desgheț, nici în descompunerea înaintată; petele abdominale își păstrează culoarea cărămizie, mai închisă însă decât în vremea cât a ținut congelarea.

7. *Scrotumul și penisul* sunt contractate.

8. *Mușchii* se lasă sfâșiați; *oasele* se frâng ușor.

b) *Examenul intern.* — 1. *Cavitatea craniană*: anemie cerebrală.

2. *Gâtul și cavitatea toracică*: spumă sanguinolentă în trachee și bronhii, echimoze pe mușchii gâtului și pe pleură, nuclee aprotectice pe plămâni. Sângele din plămâni e de un roșu deschis.

3. *Inima* e plină cu un sânge gros, de un roșu închis și deschizându-se puțin în contact cu aerul; în moartea rapidă e fluid, în cea lentă are cheaguri negricioase. — *Reuter* (1922) contestă valoarea diagnostică a diferenței de 1—2 grade între temperatura sângelui din cele două ventricule. — *Endocardul* e foarte net vascularizat.

4. *Sângele din vasele mari* e de un roșu închis cași acela al inimii.

5. *Tubul digestiv*: inflamație gastro-intestinală și, uneori, ulcerării în colon și la extremitatea inferioară a ileonului; vacuitatea stomacului nu e o observație constantă; puncte hemoragice pe mucoasa gastrică; vasele stomacului dilatate și pline cu sânge. Numai o singură dată ne-a fost dat să facem aceste notațiuni.

6. *Ficatul*: absența inconstantă a glicogenului.

D. Etiologia degerării

Accidentele sunt în funcțiune nu numai de temperatură, ci și de felul îmbrăcăminte (groasă sau subțire, uscată sau umedă), de vârsta victimei (pruncul și bătrânul sunt mai susceptibili), de starea generală (boala, subalimentarea, mizeria fiziologică), de surmenaj, deprimare sufletească, de somnolență, de ravagiile alcoolului.

În teză generală, degerarea se produce de îndată ce individul a pierdut cel puțin 4 grade din temperatura anală normală a corpului, iar viața e serios periclitată. Moartea e certă când temperatura corpului a scăzut sub 22°.

Diagnosticul diferențial etiologic. — După ce stabilește dacă e vorba de moartea reală prin frig sau numai de un cadavru în-

ghețat (moartea consecutivă altei cauze, internă sau externă, având ori nu la origine un traumatism, o otrăvire), expertul, servindu-se de elementele anamnezei și de rezultatul autopsiei, se pronunță și asupra probabilității din punctul de vedere etiologic.

1. Crima e frecventă cu copiii, *indeosebi nouii-născuți, ca victime* (vezi „Pruncuciderea”, vol. II). Cu *adolescentul sau adultul* e posibilă numai când acesta se află deacum în stare de inferioritate ori e pus în imposibilitate de a rezista.

2. Sinuciderea e o *excepțiune*; ea nu se notează decât la alienați.

3. Accidentul unic sau colectiv e foarte frecvent: excursioniști rătăciți în munți, turiști victime ale unei avalanșe, degerare în căruță, trăsură, automobil, tren atunci când călătorii sunt surprinși de un viscol: drumeți leșinați sau cu puterile istovite și incapabili de a înainta până la un adăpost: un bețiv căzut în drum, pe câmp, etc

12. Marile catastrofe

(Arsuri, contuziuni, strivire, mutilare, amputare, decapitare).

1. Incendiile. Năruirea unui zid, a unei schele. Surparea unui mal. Accidentul de vehicul (trăsură, automobil, tramvaiu). Accidentul de cale ferată. Naufragiul. Accidentul aerian. Inghesuiala.

2. Exploziile. — Leziunile pot fi cauzate de: a) *Explozia unei bombe, a unei granate* (praful de pușcă, dinamita, picratul de potasiu, fulminatul de mercur).

b) *Explozia gazelor*: gazul aerian; acetilenul (care, în combinație cu aerul, se inflamează și are o putere explozivă mai mare decât aceea a gazului aerian); gazul grisou; gazele comprimate din recipientele mașinilor cu aburi.

c) *Vaporii hidrocarburilor lichide*: petrolul, benzina, eterul, alcoolul.

d) *Gazele mefitice* cari, în contact cu aerul, se pot inflama, explodând cu putere, în prezența unui chibrit sau a unei țigări aprinse. Accidentele se înregistrează la curățirea haznalelor neventilate ale latrinelor, la curățirea puțurilor un timp condamnate.

e) *Explozia substanțelor pulberulente*: praful de cărbune (în mine), praful de făină (în mori și în marile depozite). O observație privitoare la o catastrofă într-o fabrică de amidon: o scântee dela motorul electric a provocat inflamarea pulberii, urmată de o explozie; 7 morți (doi lucrători complect carbonizați în 8 minute) și 40 răniți dintre cari unii foarte grav — *Leclercq-Vallée-Muller*, 1928,

13. Leziunile consecutive efortului fizic

Ele se manifestă prin:

1. **Tracțiuni sau compresiuni** interesând o parte a sistemului loco-motor, organele splanchnice (ruptura ficatului prin contracțiunea forțată a musculaturii abdominale).

2. **Turburarea regimului circulator normal.**

3. **Compresiuni, tracțiuni și chiar rupturi ale trunchiurilor vaselor mari și ale inimii** (ruptura spontană auriculară a inimii la câteva ore după un mare efort fizic: la autopsie s'a notat un hemopericard, scleroza coronară și miomalacia — *Marshall*, 1929).

4. **Plesniri, fracturi scheletice** (un caz de ruptură a celei de a 6-a vertebre cervicale, prin contracțiunea forțată a musculaturii cefei).

5. **Ectazii venoase.**

6. **Provocarea herniilor.**

7. **Rupturi intestinale** (1. Un bărbat, de 59 ani, se împiedecă de o sârmă și, spre a evita să cadă pe față, face o mișcare bruscă: pe loc simte o violentă durere abdominală; se practică laparotomia și se constată o ruptură oblică de 5 cm. în partea inferioară a jejunumului, datorită contracțiunii violente a musculaturii abdomenului — *Lunkenheim*, 1929. — 2. Un servitor, lăsând jos o ladă grea, simte o durere violentă în partea dreaptă hipogastrică. Laparotomia: o perforare mortală a intestinului — *Breuning*, 1929).

8. **Deformațiuni ale coloanei vertebrale; spondilita artritică, artroza spondilică ankilozantă** (în efortul repetat).

9. **Gangrena pulmonară.** (O observație a lui *Dervieux* și *Suen*, 1929: trombo-flebită a venei humerale stângi cu un chiag, lung de 15 cm., organizat, aderent de pereții vasului, obstruând complet lumenul; gangrenă cu forma embolică a ambilor plămâni; moarte consecutivă gangrenei).

* * *

Forma efortului fizic: ridicarea unei greutatei mari, împingerea unui vehicul, spargerea unei uși, urcarea în goană a unei pante, etc., etc., trâmbițașii, suflătorii din fabricile de sticlă (prin sporirea transitorie a presiunii arteriale se produce anevrismul aortei, atunci când individul suferă de aortită cronică).

14. Fenomene fiziologice și morbide fără origine traumatică propriu-zisă

I. Simptomele compresiunii și decompresiunii atmosferice

E vorba de simptomele ce le prezintă persoanele cari lucrează în aerul comprimat: clopote de scufundat, chesoane, tuburi

utilizate pentru executarea lucrărilor de fundațiune ale picioarelor de pod, pentru săparea unui puț, a unei galerii în terenurile infiltrate de apă; scafandri, pescuitorii de perle, de mărgean și de bureți; echipagiile submarinelor. Efectele se notează în momentul reapariției la suprafață, adică al decompresiunii.

Limita compresiunii fără urmări serioase e considerată a fi aceea de 2—3 atmosfere (10—20 metri adâncime sub apă), știindu-se că pentru primii 10 metri de adâncime presiunea e de 2 atmosfere, iar pentru fiecare alți 10 metri presiunea sporește cu câte o atmosferă.

E adevărat că, deprins, omul poate suporta o compresiune mare, chiar până peste 6 atmosfere (observațiile lui *Leroy de Méricourt*: absența accidentelor în compresiuni de 4,4 atm., 5,8 atm., 6,4 atm.). Dar în genere, îndeosebi în ce privește chesoanele, la o presiune de peste 3 atmosfere, procentul accidentelor e destul de mare (la construirea podului peste Mississippi, la Saint-Louis, la o adâncime de 33 m. 78 corespunzând unei compresiuni de 4,4 atmosfere, din 352 lucrători, 50 au prezentat accidente grave, iar 12 au murit).

1. **Efectele compresiunii:** paloarea pielii și a mușchilor; dureri în urechi, voce nazală, imposibilitatea de a fluera (dela 3 atmosfere în sus), micșorarea numărului mișcărilor respiratorii cu mărirea amplitudinii lor, încetinirea pulsului, mărirea tensiunii arteriale, poliurie.

Uneori se pot nota și grave leziuni somatice, după cum se poate vedea din următoarea observație:

Un subofițer, însărcinat cu revizuirea unui submarin, deschide din greșeală ventilul unui rezervoriu cu aer comprimat: un curent de aer, cu o presiune de vreo 30 kgr. țâșnește și, atingând mâna subofițerului, provoacă o plesnire a tegumentului cu leziuni osoase și o fractură deschisă a antebrățului — *Coureaud*. 1929.

2. **Efectele decompresiunii** sunt în funcțiune pe deoparte de repeziunea acesteia, iar pe de alta de adâncimea dela care revine accidentatul și de durata șederii lui în aerul comprimat.

a) *Decompresiunea, după o ședere în aer comprimat de 2—5 atmosfere*, se notează, timp de maximum 10—12 zile: înțepături tegumentare, tumefacții dureroase interesând mușchii, artralгии.

b) *In decompresiunea, după o ședere în aer comprimat de peste 5 atmosfere*, în afară de fenomenele de mai sus, se notează și paraplegie cu turburări sfincteriene.

II. Efectele surmenajului

1. Surmenajul fizic

Acesta nu trebuie confundat cu o oboseală trecătoare, care rămâne compatibilă cu oarecare activitate și, după o scurtă odihnă,

dispare fără a lăsa urme apreciabile. Surmenajul caracterizat, dimpotrivă, suprimă puțința oricărei activități și poate cauza leziuni serioase.

După vârstă, surmenajul fizic se exteriorizează prin următoarele semne:

A. La un copil de 6—15 ani. — a) *Simptomele surmenajului acut*: 1) apariția febrei, cu somnul agitat de coșmaruri; 2) insomnia; 3) anorexia cu scârba de mâncare; 4) diareea; 5) bronșita și frisoanele.

b) *Simptomele surmenajului cronic*: 1) stingherirea creșterii; 2) anemia pronunțată; 3) tristețea și nervozitatea; 4) scăderea poftelor de mâncare și slăbirea treptată.

B. Adolescentul de 15—19 ani. — Se notează: 1. în primul loc, simptomele surmenajului acut sau cronic al copilului de 6—15 ani; 2. turburări cardiace; 3. turburări articulare; 4. trezirea și deslănțuirea unei tuberculoze latente.

C. Adultul: 1. turburări cardiace și circulatorii; 2. turburări pulmonare. (Un tânăr de 22 ani ridică o greutate de 50 kgr. Pe dată simte un junghiu la umărul drept și în partea dreaptă a pieptului — și cade grămadă. După 6 zile e întremat și iese din casă; după alte 7 zile se produce subit un colaps și moare. La *autopsie*: ruptura subclaviei și o hemoragie în cavitatea pleurală — Koch Walter, 1928).

2. Surmenajul intelectual

A. La un copil: 1. sensibilitate excesivă, incapabilă de a suporta decepțiile; 2) nevrosism bolnăvicios care poate duce la catastrofe.

B. La adolescent și la adult. — Deosebim:

a) *Simptomele surmenajului acut*. — 1. În *moartea rapidă*: istovit, surmenatul se prăbușește, cu fața palidă, sudori reci, respirație slabă și din ce în ce mai anevoioasă, pulsul filiform; membrele înțepenite; moartea e sau nu precedată de convulsii. — 2. În *moartea lentă* sau în *supraviețuire*, la simptomele arătate, se pot adăuga: confuzie mentală, amnezie, delir, halucinații, inima forțată, procesul ateromatos al arterelor.

b) *Simptomele surmenajului cronic*: 1) toropeală cu dureri musculare și amorțirea membrelor; 2) anorexia mai mult sau mai puțin pronunțată; 3) răsuflarea caldă și fetidă; 4) cefalee; 5) lene intelectuală; 6) insomnie cu agitație nocturnă; 7) puls rapid, mic și neregulat; 8) o ușoară urcare a temperaturii; 9) manifestațiuni reumatismale la membre; 10) miosita, uneori supurativă; 11) tifosul uremic al lui Peter; 12) dilatarea inimii; 13) hemoragie (în caz de ruptură a aortei); 14) anemie cerebrală; 15) neurastenii, nebulie; 16) lăncezirea tuturor funcțiilor; 17) moartea).

3. Notațiunile pe cadavru:

1. Rigiditate și putrefacție rapide, cu miros acru; 2) congestiuni locale cu sufuziuni sanguine ale mucoaselor și echimoze în diverse regiuni; 3) sânge negru; 4) ficat ramolit; 5) mușchi palizi și friabili.

III. Efectele inaniției

Mortale sau nu, efectele inaniției (consecutive suprimării totale a hranei, subalimentării — ambele forme prelungite) sunt în funcție de vârsta, temperamentul individului, de alimentarea anterioară a acestuia, precum și de starea lui mintală. În caz de îngropare de viu (năruirea unei case, a unei galerii într'o mină, surparea unui mal, etc.) durata vieții e în raport cu permeabilitatea mediului: supraviețuirea e mai lungă în cenușe, sub zăpadă decât în nisip și mai ales în pământ.

A. Copilul

Rezistă mai puțin decât adultul; el moare de îndată ce a pierdut 2 zecimi din greutatea corpului. Unele observațiuni controlate arată că un nou-născut, fie că i se suprimă laptele, fie că are un viciu de conformațiune congenital al tubului digestiv, suportă foamea timp de 3—5 zile, uneori până la 7—12 zile. (1. Moartea după 7 zile într'un caz de obstrucție congenitală a esofagului — *R. Mayer*; 2. moartea după 2½, 3½ și 12 zile, în ocluziunea congenitală a duodenului — *Hofmann, Hemped, Thermanin*).

B. Adultul

Moartea se produce de îndată ce a pierdut 0,4 din greutatea inițială în suprimarea totală a hranei și 0,5 din aceeaș greutate în subalimentarea progresivă. (Experiențele demonstrative făcute de *Aschoff*: 20% din pierderea totală revine mușchilor; grăsimea pierde până la 90% din cantitatea ei inițială). Glandele sexuale pierd întâiu elementele generatoare, iar în total 50% din greutatea lor (*Stefko, 1925*).

Dacă se suprimă numai alimentele solide, conservându-se însă cele lichide, individul poate rezista mai mult. Așa, *Tanner, Succi, Merlati* și alții au putut suporta foamea timp de aproape 50 zile, cu menținerea alimentației lichide (apa). Dar trebuie să se aibă în vedere și condițiunile igienice în cari s'au aflat precum și moralul lor (experiențe sau exhibiții conștiente, voluntare).

Bătrânii suportă mai ușor foamea, pentrucă la ei procesul nutrițiunii se face mai lent (observația pentru întâia oară făcută de *Hippocrat*). Alienații rezistă și mai mult: în medie 40 de zile; *Guillaume Grave* a murit după 65 zile de post voluntar (*Falret*).

Aschoff fixează media de rezistență a adultului, fără vătămarea gravă a sănătății, la 7—14 zile (o fată găsită în viață după 11 zile dela scoaterea ei de sub dărămăturile unei case; iar un copil de 4 luni, care se afla în brațele fetei, a murit în ziua a 4-a dela salvare — *Cause*). — Sunt și excepții de rezistență de peste 14 zile: în catastrofa din 1892 dela mina din Bilin (*Bohemia*), mai mulți lucrători au rezistat foamei până în ziua a 17-a, când au fost salvați.

C. Simptomele în timpul vieții:

1. *Sensația de foame*, care treptat se atenuază ca, în a 9-a zi, să dispară cu totul. — 2. *Uscăciunea în gât*. — 3. *Mai întâiu îngroșarea apoi subțierea salivei*. — 4. *Răcirea extremităților*. — 5. *Tumefierea gingiilor*. — 6. *Acoperirea limbii cu un strat gros și albicios*. — 7. *Pielea uscată, gălbue*. — 8. *Răsuflarea caldă și fetidă*. — 9. *Respirația, din ce în ce mai slabă, devine sacadată în preajma morții*. — 10. *Slăbirea treptată a pulsului, până la 38 pulsații (când se produce moartea)*. — 11. *Scăderea treptată a greutății, care se accentuează în ultimele două zile ale vieții, când mușchii sunt ca topiți, articulațiile par mai voluminoase, fața palidă, lividă, ochii înfundați în orbite, nasul lungit și subțiat, buzele palide și subțiate, bărbia ascuțită, urechile albe și ca trase înapoi*. — 12. *Dureri epigastrice, însoțite ori nu de vărsături*. — 13. *Extravazate sanguine în conjunctivă și în piele; hemoragii intestinale*. — 14. *Defecația, copioasă în prima zi, pe măsura dispariției stratului de grăsime devine tot mai neînsemnată; consistente și verzui până în penultima zi a vieții, feccele, în cele din urmă, se lichefiază*. — 15. *Mai întâiu oligurie (cu urina modificată din cauza auto-intoxicației) și apoi anurie (dacă e suprimată și alimentarea lichidă)*. — 16. *Moralul scăzut din primele zile; somnolență și delir în ultimele zile*.

D. Notațiunile la autopsie

În prealabil trebuie să observăm că, în absența elementelor anamnezice, e de multe ori anevoios de a se demonstra felul inaniției: acută sau progresivă; îndeosebi, în ce privește copiii, nu e lesne de stabilit dacă semnele inaniției sunt consecutive suprimării totale ori parțiale a hranei sau numai atrepsiei, adică hranei improprii. Totuși, un examen atent îngăduie în oarecare măsură diferențierea: subalimentare și alimentare proastă; post complet.

I. ÎN SUB-ALIMENTARE ȘI ÎN ATREPSIE semnele esențiale sunt: 1) bolile consecutive; 2) erupțiunile cutanate; 3) tumorile; 4) absența glicogenului din ficat; 5) predominarea fosfaților în urină (dacă se mai poate colecta); 6) abundența acetonului și a acizilor acetici.

II. ÎN SUPRIMAREA TOTALĂ A HRANEI, avem de făcut următoarele notațiuni:

a) Examenul extern: 1. *Mirosul fetid.* — 2) *Putrefacția rapidă.* — 3) *Pielea veștedă, uscată, sbârcită.* — 4. *Ochii roșii, alterațiuni ale corneei.* — 5) *Anemie.* — 6) *Absența grăsimii în țesutul celular subcutanat.* — 7) *Atrofia musculară.* — 8) *Umoarea vâscoasă care se scurge din urechi.* — 9) *Uscăciunea limbii și a gâteliului.* — 10) *Rarefierea țesutului gingiilor cu sufuziuni sanguine.* — 11. *Eдем al picioarelor.*

b) Examenul intern: 1. *Dispariția grăsimii* depe organe, care nu se mai găsește decât în canalul medular al oaselor, — 2. *Anemia pronunțată a creierului* (la copii, în afară de steatosă interstițială, se notează și congestiunea meningeă și cerebrală.) — 3. *Plămânii* n'au de regulă nici o leziune, uneori, însă se notează gangrena. — 4. *Dispariția thymusului* la copiii mai mici de un an. — 5. *Inima*, redusă, la adult, până la volumul aceleia a unui copil; umiditatea epicardului, atrofia brună a miocardului. — 6. *Ficatul și splina*, micșorați la jumătate din volum și hiperemiați; *vesicula biliară* plină cu bilă neagră. — 7. *Rinichii* hiperemiați; substanța corticală degenerată. — 8. *Stomacul* e mult contractat, fără ulceratie sau semne de ramolire; absența sucului gastric; prezența de urme de mucus colorat bilios; uneori (în vreme de foamete) se găsește coajă de copaci, frunze, rădăcini, țărână, etc.; pe mucoasa stomacului se notează echimoze mici cât linte, dedesubtul cărora mucoasa e consumată, — semn care, după *Kratter*, e caracteristic morții prin inaniție. — 9. *Intestinele*: pereții subțiați, transparenți; în intestinul gros se mai pot găsi aderențe de fecale îngroșate și quasi-uscate. — 10. *Sângele*: cantitatea e redusă la 3—4 zecimi din cea normală: impuținarea exagerată a hematiilor,



Fig. 122. — Cadavruul unui copil mort de inaniție.

E. Diagnosticul etiologic

Inaniția are ca origine: foamea, mizeria, greva foamei; subalimentarea voită sau totala suprimare a hranei; individul e surprins într'un accident: surparea unui mal, năruirea unui zid, catastrofa într'o mină, etc.; naufragiu, accident de cale ferată la o mare depărtare de orice centru de reprovizionare; excursioniști rătăciți; îngroparea de viu, etc.

În caz de îngropare de viu, durata vieții e în raport cu permeabilitatea mediului: supraviețuirea mai lungă în cenușe, sub zăpadă; mai scurtă în nisip, pământ.

IV. Efectele șocului emotiv

E vorba de sdruncinări ale echilibrului nervos, de turburările psihice, de modificările vaso-motrice, de desordinile funcționale, de fenomenele ca icterul, hemoptizia, apoplexia, avortul, de însăș moartea cari se instalează în urma unui *traumatism psihic* (emoție puternică: spaimă, neliniște mare subit provocată, efectul unei amenințări, bucurie sau supărare mare pe neașteptate pricinuită; durere subită extremă, excitarea, iritarea). Fenomenele notate pot fi efectul unui *traumatism psihic* pur, sau al unui *atare traumatism precedat sau asociat cu unul fizic*, fie de o violență mai mare (atentatul la pudoare, de exemplu), fie de natură anodină, de o violență minimă, aproape inexistentă (stropirea neașteptată cu apă rece, cu un lichid caustic, căderea pe neașteptate dar fără primejdie dela o înălțime relativ mică, simpla alunecare în casă, în stradă, pe scări).

În genere, psicho-nevrozele sunt pasagere și vindecabile; excepțional, însă, ele pot avea un sfârșit letal (un delir acut letal consecutiv spaimii — *Bissvanger*). Cât despre șocul inhibitoriu el e de regulă ucigător.

După natura lor, manifestațiunile mai mult sau mai puțin frecvent notate sunt:

1. Hemoragia cerebrală. — *Spaimă*: turburări psihogene pasagere, urmate de hemoragie cerebrală, cu accesele jacksoniene (*Oesterlen*, 1928).

2. Afazia temporară (*Stropirea cu apă rece*: afazie persistentă timp de câteva zile — *Hofmann*; *cădere subită în apă*: afazie de 8 zile — *Maschka*).

3. Astma acută sau cronică (*Emoție puternică*: criză de astmă care devine cronică și ține de 18 ani — *René Bernard-Joltran*, 1926).

4. Histeria al cărei tablou apare după un oarecare interval. (*Supărare mare, iritare*: stupoare, obnubilare, delir cu violente simptome de histerie — *Krafft-Ebing*).

5. Agitația, insomnia (*Spaima cauzată de o agresiune simulată*: tremur, sincopă, agitație timp de 3 ore; insomnie și tremur, cari mai persistă câteva zile — *Maschka*).

6. Nevroza cardiacă, de regulă trecătoare și numai excepțional de o durată mai mare, cauzată de *spaimă, iritare, excitare*.

7. Disfagia nervoasă consecutivă *spaimei*.

8. Urticaria (caz de urticaria gigantică, apărută în urma unei emoții puternice — René Bernard-Joltran, 1926).

9. Sindromul lui Parkinson (Bărbat de 71 ani. Emoție pricinuită de un accident de tren: depresiune, greutate în umblet, tremur parkinsonian al brațului drept — Descloux, 1926).

10. Paralizia cu moartea într'un atac apoplectic (Bărbat de 44 ani. Iritare, supărare mare: imediat se pronunță semnele paraliziei cari se accentuează progresiv, iar după 2 luni și jumătate, moartea apoplectică — C. I. Urechia și S. Mihăescu, 1929).

11. Manifestările epileptoide (mai multe observații ale lui Leidesdorf, în cari rolul agentului provocător l-a jucat *spaima*).

12. Paralizia agitantă, paraplegia, consecutive *spaimei* pricinuite de marile catastrofe de detunături puternice.

13. Hemoptizia consecutivă *spaimei* (Kohts, Haberda).

14. Icterul deasemenea observat în cazuri de *spaimă* (Kohts).

15. Anestezia, inclusiv aceea pasageră a retinei, datorită *spaimei*.

16. Starea hipnotică având ca origine *spaima*.

17. Avortul consecutiv *spaimei* (Kohts).

18. Oprirea contracțiunilor uterine în timpul facerii, efect al unei mari *spaimi* (copilul a rămas cu capul în vulvă timp de 24 ore — Kohts).

19. Oprirea sau precipitarea hemoragiei menstruale în cazuri de *spaimă* sau de emoție puternică.

20. Moartea subită dese ori pricinuită de o emoție puternică, de iritare împinsă la paroxism, de neliniște având ca origine surpriza (1. *Spaima* pricinuită de o glumă cu apariția subită a unei stafii — Taylor. — 2. Mort instantaneu în momentul când e surprins de un gardist că defeca în stradă — Hofmann. — 3. Moartea subită a unei femei la apropierea amenințătoare a unui bețiv).

V. Comunicarea bolilor contagioase

Sau e vorba de un medic, dentist, moașă, agent sanitar, sau speța se prezintă sub forma unei transmisiuni pe cale de coabitare. În acest din urmă caz, se pune întrebarea: cum se va face dovada că persoana urmărită știe că e atinsă de o afecțiune transmisibilă? Prin mărturia medicului curant? Dar la aceasta se opune respectul pentru secretul profesional.

VI. Avortul provocat. (Vezi capitolul „Avortul” vol. II).

ASFIXIILE MECANICE

A. Definiția

Asfixia — incompletă ori completă — e consecința nemijlocită a stingheririi ori a suprimării totale, lentă ori rapidă, a funcțiunii respiratorii, a cărei menire esențială e ca, pe calea hematosei, să reînnoiască în sânge principiul vital indispensabil care e oxigenul și să înlesnească eliminarea acidului carbonic. Cu alte cuvinte, asfixia e un fenomen morbid ori mortal datorit insuficienței sau suprimării totale a hematosei.

Turburarea sau paralizia mișcărilor respiratorii e, după împrejurare, consecutivă acțiunii unei energii exogene sau unei stări patologice a organismului.

După împrejurare, asfixia poate avea drept cauză generatoare:

1. **Insuficiența sau absența ventilației pulmonare consecutivă unuia diu următoarele fapte:**

a) *ocluziunea orificiilor căilor respiratorii* (gura, nările); b) *obstruarea lumenului căilor respiratorii prin introducerea sau prezența de corpi streini* (corpi exogeni; corpi endogeni: ascarizi, materii alimentare, pătrunderea unui lichid: crupul, tumoarea laringiană, edemul laringelui, spasm al glotei); c) *compresiunea căilor respiratorii* (tumoare, abces al mediastinului; anevrismul aortei, stenose cicatriciale, abcesele retro și latero-faringiene, spasmul mușchilor respiratori în convulsiunile tonice; constricțiunea exterioră a gâtului); d) *comprimarea toracelui*.

2. **Atmosfera viciată prin sărăcia în oxigen a aerului respirat, consecutivă:** a) *saturării atmosferei cu gaz inert* (azot, hidrogen, carbure de hidrogen, acid carbonic, gaze mefitice); b) *micșorării presiunii atmosferice*.

3. **Staza pulmonară a cărei origine poate fi edemul acut al plămânului, atelectazia pulmonară, pleurezia, pneumotoraxul, asistolia; suprimarea respirației în urma șocului nervos sau a traumatismului inhibitoriu; turburarea inervării, consecutivă unei otrăviri care cauzează fie paralizia ori tetanizarea mușchilor respirației, fie paralizia centrului respirator.**

4. **Alterarea compoziției sângelui, fie depe urma micșorării hemoglobinei** (anemia pronunțată, abundența hemoragiilor, intoxicarea cu substanțe hemolizante), *fie consecutivă modificării hemoglobinei* (acțiunea oxidului de carbon, acțiunea toxicelor methemoglobinisante). — Această alterare poate avea ca punct de plecare: căldura și frigul exterior, o stare patologică instalată în urma unei schimbări mai mult sau mai puțin brusce a temperaturii și în urma presiunii barometrice.

Procesul împiedicării oxigenului de a se fixa pe hemoglobină la nivelul plămânilor (înegrirea sângelui) putând avea ca punct de plecare o acțiune internă sau una externă, urmează că *asfixia*

mecanică e aceea în care anoxhemia și retențiunea acidului carbonic, relative sau absolute, sunt provocate în chip brutal, prin acțiunea unei energii exogene.

Definiția aceasta indică expertului că, atunci când nu există semne revelatoare, înainte de a-și formula concluziile e necesar să se asigure dacă asfixia, deși după aparențe de natură mecanică, nu e în realitate una spontan consecutivă unei stări patologice acute ori cronice.

B. Mecanismul asfixiei

Cauza de căpitenie fiind anoxhemia și acumularea acidului carbonic în sânge, cari se produc și se dezvoltă simultan și paralel, urmează că mecanismul asfixiei trebuie căutat exclusiv în stingherirea sau paralizia hematosei.

Acidul carbonic disproporționat reținut — pentru că în doza slabă prezența lui e necesară excitațiunii bulbare care regulează funcțiunile vitale — prin toxicitatea lui mărește gradul de excitație bulbară, dând naștere la convulsii clonice sau la accese de opisthotonus (în faza culminantă a asfixiei). În unele cazuri, convulsivitatea poate lipsi.

Anoxhemia turbură funcțiunea centrilor nervoși și îndeosebi sistemul de inervare a inimii: diminuarea presiunii arteriale, accelerarea bătăilor inimii, sporirea pulsului, dispariția funcțiunilor motrice și a sensibilității. Paralizia pneumogastricului are de urmare leziunile congestive ale plămânului, rupturile vasculare subpleurale și sub-pericardice (formarea petelor lui Tardieu) pneumonia (foarte frecventă). Activitatea inimii nu se stinge odată cu respirația, ci subsistă un timp relativ lung (vezi și „Viața fără respirație“ la noul-născut).

I. Perioadele

În procesul asfixiei se deosebesc două perioade distincte: aceea de excitație și aceea de depresiune.

1. Perioada de excitație e caracterizată prin aceea că sângele negru începe să impregneze diversele organe, îndeosebi centrul nervos. — Distingem două faze:

a) *Accelerarea bătăilor inimii și încetinirea mișcărilor respiratorii, cu pierderea cunoștinței.* Durata acestei faze e de o minută.

b) *O și mai pronunțată accelerare a bătăilor inimii (uneori însoțită de convulsii) cu abolirea reflexelor.* Durata fazei a doua e și ea de o minută.

2. Perioada de depresiune: sângele negru, impropriu nutrițiunii țesuturilor, anihilcăză toate funcțiunile și suprimă acțiunea centrilor nervoși și în această perioadă deosebim două faze.

a) *Superficialitatea mișcărilor respiratorii.*

b) *O nouă accelerare a bătăilor inimii: moartea.*

În ce privește turburările funcționale, ele interesează, în ordinea cronologică: inteligența, instințul, acțiunile reflexe, mișcările respiratorii, mișcările cardiace.

E de observat că modul de asfixie modifică mersul procesului. În perturbarea bruscă a hematosei (strangulare), fenomenele excitațiunii nervoase sunt intense. Dimpotrivă, în asfixia lentă (respirația în aer confinat) fenomenele reacționale de origine centrală sunt mai puțin pronunțate: în asfixia foarte lentă se notează, în nutrițiunea organismului, turburările cari au ca origine depresiunile organice: răcirea, suprimarea glicogenului din ficat, etc.

Însfârșit, vom mai nota că, în strangulare și spânzurare, moartea nu se produce întotdeauna exclusiv prin ocluzia, comprimarea căilor respiratorii; comprimarea vaselor gâtului și excitația traumatică a ramificațiilor periferice ale pneumogastricului și îndeosebi a nervului laringian superior joacă un rol însemnat în oprirea subită a respirației.

II. Momentul și durata asfixiei

Experiențele lui *Brouardel* și *Descout*: asfixia propriu-zisă se produce în clipa imediat premergătoare morții. După *Hofmann*, în faza convulsivă; după *Corin*, în momentul în care creșterea presiunii în interiorul arterei pulmonare coincide cu oprirea respirației și imobilizarea toracelui.

De o *durată* precisă pentru asfixia mecanică nu poate fi vorba, pentru că instalarea morții (de regulă o minută după încetarea bătăilor inimii) diferă pedeparte după modul de asfixie, iar pe de alta după alura acesteia (rapidă sau lentă). Durata oscilează între 5 și 8 minute, iar inima continuă să bată încă 8—9 minute. Experimental e stabilit că, în inecare, strangulare și spânzurare, durata procesului asfixic nu trece de 2—3 minute; firește, sunt și excepții (1. Un spânzurat care, la 10 minute dela constatarea morții — în realitate era numai o moarte aparentă — s'a trezit la prima înfigere a bisturiului autopsierului — *Clarke*. — 2. Un inecat a fost readus la viață, după ce a stat sub apă mai mult decât timpul suficient pentru producerea asfixiei — *Pope*).

Explicația pentru cazurile de spânzurare: o tumoare ganglionară, consistența anormală a laringelui stingheresc presiunea jувățului asupra vaselor gâtului.

Explicația pentru cazurile de inec: în timpul submersiunii victima a mai reapărut la suprafață și astfel a mai putut face câteva inspirațiuni.

C. Simptomele asfixiei mecanice

Se notează:

1. O **turburare a encefalului**, analoagă aceleia în amețeala cauzată de beție: vertij, vâjâit în urechi, vărsături (inconstant).

2. **Modificarea ritmului respirator**: a) *dispneea inspiratorie* (inspirații rapide și profunde); b) *dispneea expiratorie* (eforturi expiratorii cari curând degenerază în convulsii expiratorii însoțite de convulsii generalizate: dejecțiuni involuntare, dilatarea pupilară, exoftalmie, dispariția reflexului corneean, uneori spasmul cefei, contractarea uterină cu avortul în caz de sarcină).

3. **Oprirea respirației timp de câteva clipe**: reinstalarea respirației cu mișcările terminale.

4. **Accelerarea apoi încetinirea și în cele din urmă încetarea**

bătăilor inimii, dar după ce respirația e deacum suprimată. Ventriculele se opresc în diastolă înaintea auriculelor.

* * *

Fenomenele acestea prezintă modificări de intensitate după individ, după forma și rapiditatea asfixiei.

Așa, în *obstrucțiunea subită a căilor aeriene*, individul e mai întâiu calm vreme ca de o minută, apoi respirația se oprește și inima își încetinează bătaile; urmează o perioadă de excitație intensă, cu violenta contractare a mușchilor respiratori. — În *asfixia consecutivă șederii în aerul confinat*, mișcările respiratorii continuă a fi regulate, spre a se paraliza treptat. Pe când în *strangulare*, de exemplu, semnele de zbugium sunt mai pronunțate, mai tumultuoase; în *asfixia consecutivă aerului confinat*, dimpotrivă, convulsivunile sunt slabe sau lipsesc chiar cu totul.

D. Readucerea la viață

Succesul depinde de eficacitatea sforțărilor de eliminare a excesului de acid carbonic și de reoxigenare a sângelui. Și aceasta se poate obține pe calea respirațiunii artificiale, fie că avem aface cu o asfixie simplă sau cu una complicată cu o sincopă.

În acțiunea respirației artificiale se deosebesc două forme distincte: *insuflarea aerului și dilatarea toracelui pentru aspirarea aerului exterior*.

I. *Insuflarea*. — 1. *Directă, dela gură la gură*. Procedeu nu prea operant: a) buzele medicului nu se adaptă decât incomplet de buzele victimei; b) aerul insuflat nu e curat, deoarece, venind din plămânul medicului, e și el saturat cu acid carbonic; c) aerul insuflat, intrând prin faringe, pătrunde mult mai lesne în esofag și stomac decât în căile aeriene.

2. *Insuflarea laringee* prin cateterismul orificiului laringian

3. *Insuflarea tracheală* e tot insuflarea laringee, dar precedată de *tracheotomia*. Procedeu periculos și la care nu trebuie să se recurgă decât cu foarte mare precauțiune și cu introducerea cât mai repede cu putință a canulei tracheale. Insuflarea, care se face cu gura sau cu foale, trebuie să alterneze cu presiuni pe baza pieptului.

Insuflarea trebuie continuată fără întrerupere până la apariția nouilor mișcări respiratorii spontane și regulate; suspendarea timpurie poate avea ca urmare o recidivă a efectelor asfixiei.

II. *Aspirarea*. Procedeu bazat pe expulzarea unei cantități de aer din pieptul victimei și introducerea unei cantități corespunzătoare de aer respirabil.

1. *Prin manopere externe: cu ajutorul mâinilor se exercită o presiune asupra bazei pieptului și pe abdomen; prin ridicarea și lăsarea ritmică a brațelor victimei*.

2. *Adaptarea unei pompe aspirante la o sondă sau canulă, introdusă fie în gură, fie în una din nări, cealaltă fiind menținută închisă*.

III. *Tracțiunea ritmică a limbii*. Victima e așezată în poziția semi-verticală; limba e apucată între police și index și, la intervale scurte și regulate, se exercită asupra ei tracțiuni din ce în ce mai puternice.

IV. Intrebuiințarea electricității: excitarea diafragmei (un pol la rect și celalt pe epigastru).

V. Stimulentele și fricțiunile. — Injecțiunile subcutanate de eter; baloanele de oxigen.

E. Leziunile anatomice

Din capul locului ținem să arătăm că leziunile anatomice, mai mult sau mai puțin caracteristice asfixiei mecanice în general, au o valoare diagnosticală, de mai mare sau mai mică greutate, numai în cazul când expertul are puțința să facă examenul imediat după instalarea morții.

1. Alterarea sângelui

È singurul semn capital, comun tuturor asfixiilor mecanice. Și acest semn nu e concludent, decât dacă între moarte și analiză n'a trecut un interval prea lung. Se examinează sângele ventricular și aortic, sângele din artera pulmonară, din venele cave, din venele mai mari ale gâtului și membrilor, din sinusul durei-mater.

a) Prin desoxigenare și supra-saturare cu acid carbonic *culoarea sângelui se închide până la nuanța negricioasă*. În examenele tardive, însă, colorațiunea aceasta se poate nota în orice moarte (deoarece asfixia e caracteristică oricărei fel de moarte) afară de aceea consecutivă intoxicației cu oxidul de carbon, cu acidul cianhidric, cu cloratul de potasiu. — Un element de verificare: dublarea numărului de leucocite azurofile (experiențele cu animale ale lui *Nicoletti*, 1927).

b) În ce privește *fluiditatea lichidului sanguin din interiorul organelor*, ea are valoare numai când analiza se face imediat după moarte; dar și atunci poate fi îndoiială, deoarece sânge fluid se întâlnește în mai toate felurile de morți subite, în cari fluiditatea se menține timp de $\frac{1}{2}$ -1 oră (*Aschoff*). Odată trecut acest interval, în unele cazuri de asfixie se găsesc chiaguri, chiar fibrinoase, în inimă și în vasele mari, chiaguri a căror constituire e datorită leucocitozei aglutinante. Or, leucocitoza e constantă în: menstruație, sarcină, abcese parametrice, purulență, pneumonie, sarcom.

2. Examenul extern

Prezența unor anumite semne e însăș pecetea felului asfixiei mecanice.

a) *Răcirea înceată a corpului, așa zisul facies specific, prezența balelor la gură, vârful limbii prins între maxilare, dilatarea pupilelor, exoftalmia, apariția prematură a lividităților, precocitatea și rapiditatea procesului de putrefacțiune*, nu au o valoare diagnosticală deosebită, pentru că nu întotdeauna expertul are puțința de a verifica toate aceste simptome

b) *Lividitățile cadaverice asfixice*, violacee, acoperă întreaga piele depe spate, depe fața posterioară a membrilor. — Atari lividități se mai văd însă nu numai în moartea subită dar și în moartea violentă neasfixică fără hemoragie sau cu o hemoragie neînsemnată, ori când individul a fost anemiatic în viață.

c) *Cianoza albastruie a feței, a marginii libere a buzelor și injectarea conjunctivelor* nu sunt constante după moarte, decât numai în strangulare și în compresiunea toracelui; în celelalte morți prin asfixia mecanică au dispărut deacum după trecerea perioadei dispneice. — Mai e de observat: pe deoparte cianosa poate fi de formațiune hipostasică la cadavrele cu poziție abdominală totală sau chiar numai laterală; pe de alta, cianosa se vede în toate stările cari dau loc la o stasă sanguină: efort violent (de exemplu, o facere laborioasă), un spasm expirator (bolile convulsive). — Măscă echimotică a asfixiei în moartea subită în somn cu capul atârând afară din pat (*Loffler, 1925*).

d) *Echimozele*, asemănătoare picheteului scarlatin, sunt mici, rotunde (ca pișcăturile de purice) sau mai mari și neregulate. Intotdeauna se notează în mase mai mult sau mai puțin compacte. Sediul lor de predilecție: fruntea, fața, pleoapele, partea superioară a gâtului și a toracelui. — *Echimozele lipsesc* la cadavrele celor înecați în lichidele cu densitate mică.

Nu trebuiesc luate drept echimose asfixice sufuziunile sanguine datorite hipostazei; precum nu trebuiesc luate drept formațiuni hipostasice echimosele considerabil mărite după moarte, la spânzurați.

Echimoze asemănătoare celor de natură asfixică se notează în epilepsie, tusea convulsivă, etc.

Sufuziunile sanguine, liniare sau dungate, notate la cadavrele celor morți cu ocazia unei năruiri sau a unei surpări, nu sunt de natură asfixică: ele se datoresc fie contuziunilor, fie strivirii unor cute ale pielii.

Echimozele cutanate se observă rar într'o asfixie combinată (spânzurare și înecare).

e) *Echimozele mucoaselor*: pe conjunctiva palpebrală și oculară, pe mucoasa nazală, mai rar pe mucoasa bucală.

f) *Erecțiunea și ejacularea spermei* se notează numai la spânzurați, dar inconstant.

3. Examenul intern.

Mai mult sau mai puțin caracteristice morții prin asfixia mecanică sunt:

I. *Aspectul organelor*. — a) *Creierul și meningele*: hiperemie inconstantă. La noii-născuți morți prin sufocare, petele lui Tar-dieu pe pericranium.

b) *Căile respiratorii*: numai excepțional se notează congestia mucoasei tracheale și a bronhiilor. În asfixia lentă: spumă abundentă în tranchee și în bronhii (uneori și în gură și în faringe).



Fig. 123. Secțiunile necropsice necesare explorării gâtului în cazurile de sufocați, strangulați și spânzurați.

c) *Luima*: replețiunea sanguină a ventriculului drept și quasivacuitatea celui stâng. Dar nu e un semn caracteristic, pentru că se poate observa și în moartea neasflicică.

d) *Venele mari* (jugularele și venele cave): replețiunea lor nu e un semn constant.

e) *Plămâni*. — 1. Edemul, notat în asfixia lentă, lipsește în cea rapidă. — 2. Emfizemul acut alveolar sau interstițial, de intensitate inegală și de colorație neuniformă, e un semn inconstant. Poate da loc și la o eroare de interpretare, deoarece el se notează atât în unele otrăviri cât și în moartea consecutivă unei leziuni cerebrale. — 3. **Hiperemia**, constantă în asfixia fără emfizem e inconstantă la plămânul emfizematos. Rozat îndată după moarte, plămânul hiperemiat, după trecerea unui interval mai lung, prin imbibarea adâncă a parenchimului, se colorează în violaceu sau în roșu închis.

f) *Stomacul* e congestionat.

g) *Intestinul* e și el congestionat, nu însă întotdeauna.

h) *Rinichii* sunt congestionați.

i) *Splina* e excepțional congestionată: de regulă e anemică, cenușie.

II. **Petele lui Tardieu**. — Sunt echimozele interne specifice asfixiei și cari se prezintă sub două forme: 1) mici, rotunde sau ovalare (de un diametru variind dela acela al gămăliei unui ac la acela al unui mic bob de linte), de un roșu foarte închis; 2) echimozele ceva mai mari ca bobul de linte, de formă neregulată (liniare, arcuite sau stelate).

Foarte frecvente la copii (70—75% din cazurile de moarte prin asfixie) și îndeosebi la născutul-mort (aproape 100%), echimozele viscerale se notează inconstant la adulți și bătrâni (15—25%).

Din punctul de vedere al localizării, deosebim:

A. **Echimozele superficiale**. — a) *Pe suprafața plămânului, a inimii, a thymusului*; nu întotdeauna pe meningele cerebrale, pe ficat, splină, intestin, vesică.

b) *Petele sub-pleurale*, cari persistă câtă vreme țesutul nu e

distrus de putrefacție (*Tardieu* le-a putut identifica la un făt care stătuse 10 luni într'o latrină). Ele își au sediul de predilecție la rădăcina, baza și marginea inferioară a plămânului. Variabile ca număr, punctele acestea hemoragice, atunci când sunt mai abundente, se găsesc sau răslețite dând astfel plămânului aspectul granitului, sau grupate în mase compacte (plămânul apare marmorat).

c) *Echimozele sub-pericardice* sunt o notațiune mai puțin constantă ca punctele hemoragice subpleurale.

d) *Echimozele mucoaselor*. — Se notează: pe mucoasa nazală, epiglotică și laringo-tracheală; pe mucoasa urechei medii (timpan și pielea tubului auditiv extern); pe mucoasa stomacului. — Plesnind, aceste echimoze pot da naștere la mici hemoragii locale.

B. *Echimozele țesutului celular profund*. — a) *Echimozele pericraniene* presărate pe bolta craniană, în țesutul celular periorbital.

b) *Echimozele peri-aortice și echimozele mediastinului*.

Diagnosticul diferențial

Spre a se evita erori de interpretare, trebuie să se știe:

1. În asfixia lentă, echimozele pot lipsi pe organele toracice.

2. Putrefacția ori distruge echimozele existente, ori crează echimoze post-mortale.

3. În moartea neasfixică dar precedată de convulsii repetate (gliom al creierului, hemoragia meningee sau cerebrală, fractura craniană) se notează echimoze tipice ale strangulării.

4. Echimozele pleurale și echimozele mucoaselor se observă în:

a) *Traumatismele craniane* (comoția cerebrală, fractura craniană).

b) *Intoxicațiile*: oxidul de carbon, mercurul, fosforul, arsenicul (nu întotdeauna), plumbul, cianura de potasiu, strichnina, acidul oxalic, opiumul, digitalina, aconitina, alcoolismul acut, intoxicația alimentară; auto-intoxicația gravidică și auto-intoxicația intestinală.

c) *Bolile hemoragice*: hemofilia, leucemia acută, purpura, scorbutul.

d) *Infecțiunile generate*: scarlatina, difteria, febra tifoidă, variola, holera.

e) *Afecțiunile sistemului nervos*: epilepsia, tetanosul, eclampsia, leziunile encefalice în focar (hemoragii, ramolismenți), meningita tuberculoasă, meningita cerebro-spinală epidemică.

f) *Afecțiunile căilor respiratorii*: pneumonia, bronco-pneumonia, apoplexia pulmonară, embolia pulmonară, emfizemul pulmonar cronic, crupul, tusea măgărească.

g) *Afecțiunile și leziunile aparatului circulator*: cardiopatiile congenitale sau dobândite cari cauzează moartea subită; ruptura traumatică a inimii, a aortei.

h) *Infламаția splinei*.

i) *Moartea consecutivă arsurilor rapid mortale, căldurii radiante, degerării, electricității, efectelor aerului comprimat*.

j) *Să nu se confunde cu echimoze viscerale de origine asfixică sufuziunile artificial produse în cursul autopsiei* (ruperea aderențelor pleurale, desprinderea pielei capului, extragerea pachetului pectoro-cervical). Aceste echimoze nu rezistă spălării.

k) *Diagnosticul diferențial între o echimoză traumatică și una asfixică*:

echimozele de origine traumatică își au sediul mărginit la regiunea viscerală interesată și nu au forma caracteristică a petelor lui Tardieu.

1) *Singura confuzie posibilă e aceea cu echimozele spontane.*

Vom încheia cu observația, că nu numai practica necropsică dar și experiențele făcute cu animale fac *dobada lipsei de temeiu a tezei lui Tardieu, după care sufocarea are un tip particular de echimoze viscerale*, deoarece exact aceleași pete hemoragice se găsesc în toate felurile de asfixii mecanice.

F. Clasificarea

După felul în care intervine energia exogenă sau cauza externă de turburare a hematosei, asfixia mecanică se prezintă sub următoarele forme: 1) asfixia consecutivă acțiunii exercitate la orificiile căilor respiratorii (gura, nările); 2) asfixia consecutivă obstacolului ce-l constituie pentru respirație prezența, în căile aeriene, a unui corp străin, exogen sau endogen, indiferent de consistența lui; 3) asfixia consecutivă strâmtării lumenului căilor respiratorii, fie printr'o neformațiune pe chiar trajectul lor intern, fie prin presiunea exercitată de o neformațiune pe pereții exteriori ai căilor respiratorii; 4) asfixia consecutivă paralizării parțiale ori totale a funcționării mușchilor respiratori, prin comprimarea toracelui, cu sau fără pătrunderea unor substanțe pulverulente pe orificiile și în căile respiratorii; 5) asfixia consecutivă respirării forțate a unui aer confinat, deci devenit irespirabil din cauza vicierei lui; 6) asfixia consecutivă constricțiunii exercitate dela exterior asupra pereților căilor aeriene; 7) asfixia consecutivă învaziunii din afară a unui lichid în aparatul respirator.

Primele cinci forme ne dau ceea ce numim *sufocarea*; forma a 6-a e aceea a *strangulării* și a *spânzurării*; forma a 7-a e asfixia datorită *submersiunii*.

După cum e consecutivă numai unei cauze determinate sau unei asociațiuni de cauze, deosebim: asfixia *mecanică tipică* și asfixia *mecanică atipică* (strangularea cu spânzurarea; una din aceste forme asociate cu submersiunea; sufocarea asociată cu strangularea ori cu submersiunea).

1. SUFOCAREA

Incompleteă, e compatibilă cu supraviețuirea și cu salvarea pasageră sau definitivă a victimei, după gravitatea efectelor începutului de asfixie. — *Completeă*, sufocarea are ca urmare moartea, rapidă sau mai mult ori mai puțin lentă. — Expertul poate deci avea de examinat: o simplă tentativă sau un început de sufocare; o sufocare desăvârșită.

A. Simptomele în caz de supraviețuire

a) *Aspectul feței, gâtului și al părții superioare a pieptului:*

prezența ori nu de leziuni superficiale ori mai adânci, interesând tegumentele, sistemul cartilaginos și osos; nuanța violacee, mai mult sau mai puțin închisă, a pielii în aceste regiuni (cianosa cervico-facială cu puncte echimotice, când simetric presărate, când aglomerate ca un nisip fin).

b) *Mici hemoragii pe nas, gură, ureche* (consecutive plesnirii echimoselor constituite pe mucoasa nazală, faringiană, laringiană și pe timpan).

c) *Modificările oculare*: tumefacția hemoragică a pleoapelor, injectarea conjunctivelor, hemoragii retiniene, exoftalmia, amaurosa trecătoare sau cecitatea completă.

d) *Turburările funcționale*: pierderea cunoștinței, convulsii, paralizie stare confuzională, accese de excitație maniacă.

e) *Echimozele conjunctivale* nu dispar înainte de 30–40 zile.

B. Leziunile anatomice pe cadavru

Asfixia, în sufocare, are drept cauză esențială insuficiența sau abolirea ventilației pulmonare.

Leziunile diferă după natura sulocării. Așa, în obturarea căilor aeriene, sub acțiunea mișcărilor respiratorii cari mai persistă un timp variabil, cavitatea toracică se dilată la maximum iar plămânul, în tendința de a umplea vidul pleural, se rupe în mai multe locuri, dând astfel naștere emfizemului despre care am vorbit la semnele asfixiei în general. În comprimarea toracelui, din contră, mișcările respiratorii fiind din capul locului stânjenite sau chiar suprimate, emfizemul va lipsi sau în orice caz va fi abea perceptibil.

1. Leziunile anatomice comune din formele sufocării sunt:

a) *Exudația sanguină pe suprafața emisferelor cerebrale.*

b) *Sufuziunile sanguine pe mucoasa bucală, nazală, laringeană, tracheală și în cavitatea orbitară.*

c) *O violentă congestie întinsă a plămânilor, nuclee apoplectice, emfizem și echimoze sub-pleurale.*

d) *Echimozele sub-pericardice* (inconstant).



Fig. 124. — Asfixia într'o masă de orz: trachea plină cu orz.

2. Leziunile particulare diverselor forme ale sufocării.

Vrem să vorbim de:

a) *Leziunile traumatice* consecutive fie violenței umane fie corpurilor inerte contondente.

b) *Prezența corpurilor străini la orificiile și în căile aparatului respirator.* — 1. Solid, corpul



Fig. 125. — Asfixia într-o masă de făină: tracheea și ramificațiile bronchice pline cu făină (accidentul unui lucrător căzut din pod în depozitul de făină vărsată al unei mori).

obturator, după volumul lui, se găsește sau la începutul căilor respiratorii sau mai în adâncime (până în primele bronhii). Atunci când corpul strein solid, fixat la începutul căilor respiratorii, e de consistență mai slabă, fragmente din el se pot deprinde spre a cădea în trachee sau în bronhiile mari, — 2. Substanțele pulverulente pot pătrunde până la o mare adâncime în aparatul respirator. — 3. Materiile vâscoase, substanțele alimentare păstoase mestecate numai sau pe jumătate digerate pot astupa, formând dop, laringele, tracheea, bronhiile mari. — 4. Sângele, puroiul, pot pătrunde până la cele mai fine ramificațiuni bronchice și

chiar în alveolele pulmonare, dând plămânului un aspect pătat caracteristic,

c) *Prezența neoformațiunilor* cari au putut fi cauza strâmtării căilor respiratorii.

* * *

Asfixia prin sufocare se poate produce în următoarele moduri:

I. Ocluziunea orificiilor căilor respiratorii

1. Cu mâna

a) *Cu o singură mână:* două degete vârâte în nări și palma aplicată strâns pe gură. — b) *Cu ambele mâini:* o mână strânge nările, iar cealaltă e lipită pe gură. — Mod de sufocare frecvent în pruncucidere și în libericid; cu un adult crima nu e cu puțință, decât dacă victima e în imposibilitate de a se apăra sau se găsește

într'una din stările cari îi răpesc puterea de a rezista ori conștiința primejdiei.

2. Lipirea unei foi impermeabile pe gură și astuparea nărilor

3. Aplicarea unei cârpe ude, a unei măști de smoală pe față.

4. Astuparea gurii cu un căluș, cu o legătură.

5. Apăsarea feței pe o pernă, saltea, canapea.

6. Infășurarea capului cu o acoperitură, cearșaf, haină, etc.; tragerea unui sac peste cap.

7. Apăsarea feței peste o masă lichidă, semi-lichidă, pulverulentă (*făină, nisip, pulbere de orice natură*); peste o masă de corpuri solide mărunte (grâu, orz, ovăz, rapiță, etc.).

8. Apăsarea feței cu brațul, cu genunchiul sau lipirea feței de trupul autorului voluntar sau involuntar al sufocării (frecvent în moartea sugacilor și a copiilor mici cari dorm împreună cu mama, doica sau guvernanta).

(În cazurile 7 și 8, sufocarea prin ocluzia orificiilor căilor aeriene e combinată cu comprimarea toracică și abdominală).



Fig. 126. — Asfixia într'o masă de făină: vederea esofagului și a tracheei pline cu făină.

* * *

A. Urmele revelatoare ale sufocării prin ocluziunea orificiilor căilor respiratorii:

a) Urmele unghiilor și ale degetelor.

b) Sufuziunile buzelor; turtirea sau stridirea nasului.

c) Impresiunile lăsate de corpurile de cari a fost apăsată fața.

d) Eventualele leziuni ale vălului palatului pot indica natura călușului introdus pe gură și dela care se mai pot găsi resturi.

e) *Resturi din substanțele pulberulente cari au pătruns în gură și în nări.*

B. Diagnosticul diferențial etiologic

Acesta e bazat pe anamneză, pe poziția corpului, pe examenul corpului sufocant și pe urmele notate pe haine și pe corp — Poate fi *crimă, sinucidere, accident*. (Exemplu de sinucidere: unul ș-a astupat gura și nările cu hârtie lipită cu cleiu cismăresc — *Haberda*. — Exemplu de crimă executată în același mod — *Taylor*).

II. Obturarea căilor respiratorii

Nu e neapărată nevoie de obturarea completă: ajunge ca lumenul să fie redus la mai puțin de jumătatea diametrului lui normal pentruca asfixia lentă să omoare.

Sufocarea prin obturarea căilor respiratorii e consecutivă introducerii unui corp strein exogen, prezenței unui corp strein endogen.

1. Corpii streini exogeni

(Crimă, sinucidere, accident)

a) Un corp solid înghițit ori împins pe gât

1. **La copii:** tetina biberonului, o bilă, o monedă, un fruct mai mare sau un fragment de fruct, un sâmbure de fruct; degetul mâinii criminale: un tampon de vată, hârtie, pânză, postav, etc.; miez de pâine: un dop de plută.

2. **La adulți:** monedă, dantura falsă, o țigară de foi, un tampon împins pe gât, o bucată de lemn, o bucată de metal, cocloașe de tutun mestecat; o foaie de metal laminat, pusă la gură și atrasă spre epiglotă, printr'o aspirație puternică (sinuciderea, pe vremuri, a mandarinilor chinezi căzuți în disgrație: luau o foaie de aur laminat și, apăsând-o în fața gurii, o aspirau cu putere, iar foaia se strângea în jurul epiglotei). *Thoinot* raportează cazul unei femei care în glumă și-a pus în gură un prezervativ umflat: prin aspirație acesta s'a fixat dinapoia glotei, cauzând moartea

b) Bolul alimentar

Sufocarea, în atare formă, se notează la orice vârstă, mai frecvent la alienat, la adultul în stare de beție, la persoanele cari mănâncă repede, pe nemestecate sau la cari se produce subit o paralizie bulbară. Moartea poate fi fulgerătoare, fără notarea tuturor fazelor asfixiei.

Bolul alimentar se fixează la intrarea faringelui, împingând în jos sau înălțând epiglota. După caz, ori obturează orificiul superior al laringelui, ori își face drum în jos până la sau dincolo

de orificiul inferior al acestuia, apăsând pe trachee; ori înfârșit, bolul e călare pe laringe și esofag, obturându-le simultan pe amândouă.

Dintre numeroasele observații făcute la Institutul Medico-Legal din București (în al cărui muzeu sunt păstrate piesele anatomice) vom cita următoarele:

1. O femeie de 60 ani înecată cu o



Fig. 127. — Sufocare cu o legătură și strangulare cu mâna.



Fig. 128. — Sufocare cu o legătură și strangulare cu mâna: victima din clișeu no. 127 văzută în profil, spre a se putea observa poziția legăturii.

bucată de carne, care astupa complet intrarea laringelui.

2. Un individ de 50 ani, în stare de beție: o bucată de sgârciu i se oprește în laringe.

3. Un altul, de 45 ani, deasemenea beat: o bucată de rasol i se oprește în fundul gâtului.

Moartea prin bolul alimentar poate uneori da loc la erori de interpretare, atunci când medicul, însărcinat cu expertiza, neglijează să examineze și căile aeriene. În două contra-expertize am avut prilejul să constatăm o atare gravă omisiune: deschizând laringele am dat, în ambele cazuri, peste câte un bol alimentar și astfel am putut demonstra cauza morții pentru care primii experți pusese ră crima ca diagnostic etiologic.

c) Aspirarea masei pulverulente

Prin deglutiția vitală, masa, care provoacă ocluzia orificiilor căilor respiratorii (gura și nările), pătrunde în intestin și apoi e aspirată în căile aeriene.

B. Corpzii streini endogeni

1. Aspirarea materiilor alimentare regurgitate

Faptul medical al sufocării pe această cale se poate înregistra la orice vârstă; la adulți, îndeosebi în stare de beție, de leșin, în somn, în caz de turburare a mișcării reflexe dela intrarea laringelui, sau atunci când, venindu-ți să verși, astupi gura cu mâna.

Aspirația vitală se face printr'o inspirație violentă a materiilor regurgitate.

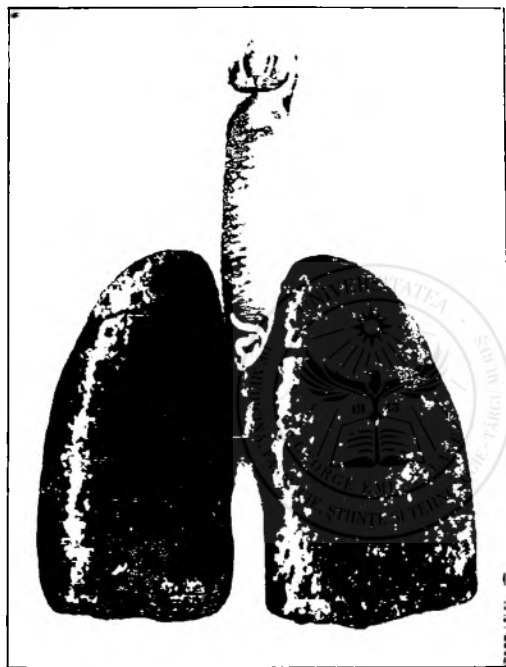


Fig. 129. — Asfixia cauzată de prezența unui ascarid în trahee.

Dintre observațiile de atare moarte prin sufocare, făcute la Institutul Medico-Legal din București, relevăm două, cari privesc pe doi lachei ai Palatului Regal din București.

Ambii lachei se găseau de serviciu în anticamera sălii de audiențe. Venindu-le să verse, și-au dus mâna la gură și au făcut eforturi să se stăpânească: conținutul stomacal regurgitat, neputând răzbi prin gură, a pătruns în căile aeriene.

2. Erorile de interpretare

La autopsie se dă, în căile aeriene, peste o parte din conținutul stomacal — și cu toate acestea prezența materiilor alimentare nu e o dovadă

peremptorie a morții prin sufocare. Pentrucă, fie chimul, fie substanțele incomplet digerate se pot deplasa până în căile aeriene și prin alte procese decât acele ale aspirației vitale sulocante:

I. Aspirația agonică, faza terminală a bolii de care de fapt moare individul: muribundul regurgitează, iar abolirea reflexului faringian înlesnește pătrunderea conținutului stomacal în căile aeriene.

Dovada morții prin asfixie consecutivă aspirației pur vitale o constituie flatuozitatea plămânilor. În aspirația agonică, conținutul stomacal acid poate da naștere la focare de ramolire a țesutului pulmonar care capătă o consistență de iască.

II. Pătrunderea post-mortală a conținutului stomacal în căile aeriene se poate produce înainte sau după instalarea putrefacției.

a) Cauzele favorizante înainte de putrefacție: 1. *Respirația artificială* practică asupra corpului considerat numai în stare de moarte aparentă (chiul poate fi împins nu numai în căile aeriene dar și în plămân). — 2. *O presiune bruscă exercitată pe epigastrul cadavrului* (prin deplasarea sau răsturnarea lui brutală) face ca substanța lichidă sau semi-lichidă din stomac să se nălze spre a pătrunde în căile aeriene.

b) După instalarea putrefacției: gazele dezvoltate în cavitatea abdominală, comprimând stomacul, împing conținutul acestuia spre faringe de unde se revarsă în căile respiratorii.

III. Revărsarea în căile aeriene a unei materii patologice (puroiu) sau a sângelui: a) *deschiderea neașteptată a unui abces sau a unei omice în trachee ori în bronhii*; b) *pătrunderea sângelui provenit dela ruperea unui aneurism din dezinătărea căilor respiratorii*.

Un atare accident poate avea ca obârșie fie un mare efort fizic, fie o cauza anodină cum ar fi un acces de râs, fie un traumatism psihic (spaimă).

IV. Prezența ascariților lumbricoizi (Vezi cazurile citate la moartea subită ori pseudo-subită).

C. Comprimarea interioară a pereților căilor aeriene

1. Hipertrofia corpului tiroid. — Am notat sufocări numai cu o neînsemnată creștere de volum a acestei glande.

2. Prin strâmtarea congenitală sau dobândită a esofagului la un anumit nivel, substanțele alimentare înghițite și aflate deasupra punctului de strâmtare destind esofagul și astfel acesta apasă asupra tracheei al cărei lumen, la rândul lui, se strâmtează sau chiar se închide.

3. Presiunea exercitată de un thymus de mărime excesivă.

4. Ulcerațiunile sifilitice și tuberculoase ale mucoasei laringee (prin edemul consecutiv al glotei).

5. Polipii ventriculului laringeu.

III. Comprimarea toracelui

Turburarea sau suprimarea hematosei are drept cauză esențială împiedicarea mișcărilor respiratorii. În asfizia incompletă, individul supraviețuiește.

Mecanismul asfioxiei: fie prin staza pasivă, fie prin efort respirator.

În *staza pasivă*: din cauza refluxului sângelui venos în întreg sistemul venei — cave superioare, staza se localizează îndeosebi în regiunea cervico-facială.

În *efortul respirator* prin mișcările conștiente sau instinctive făcute de individ spre a se degaja de presiunea a cărei victimă este. tensiunea toracică are de efect îngrămădirea de sânge în sistemul venei-cave superioare. îndeosebi în jugulare.

De unde congestiunea și cianozarea feței (albastru închis bătând uneori în negru).

Pentruca moartea să se producă e nevoie (experiențele lui *Tamassias*)

ca greutatea comprimată să întrecă neapărat cu cel puțin jumătate din greutatea corpului victimei. De regulă lentă (o jumătate de oră până la câteva ore), moartea nu e fulgerătoare decât atunci când intervine și șocul psihic inhibitoriu (spaima).

1. **Simptomele în caz de supraviețuire:** a) picheteu hemoragic interesând fruntea, fața, gâtul, umerii, brațele, pieptul; b) sufuziuni sanguine în conjunctive, de unde turburări vizuale; c) eventual, leziuni contuzive pe suprafața parțială ori totală a corpului, fracturi osoase.

2. **Leziunile anatomice găsite pe cadavru.** — În afară de semnele exterioare găsite și pe omul viu, la autopsie se notează: a) hemoragii în mușchi; b) picheteu hemoragic în țesutul pericranian; c) sufuziuni sanguine pe mucoasa faringelui; d) emfizem și congestie pulmonară cu nucleee apoplectice; e) spumă bronhică rozată; f) echimoze pleurale; g) replețiunea inimii și a vaselor; h) rupturi ale plămânului cu pneumo-hemotorax; i) rupturi ale ficatului, ale splinei.

3. **Etiologia.** — Asfixia consecutivă comprimării toracelui, având întotdeauna ca origine o presiune exercitată de afară, poate avea ca etiologie crima și accidentul.

I. Un act criminal

a) Victima e răsturnată și toracele (uneori și abdomenul) îi e apăsător cu genunchiul, cu mâinile, coatele ori chiar cu întreaga greutate a corpului agresorului.

b) Victima e împinsă spre un obstacol dur și apăsător cu corpul agresorului.

c) Se aruncă sau se răstoarnă peste victimă o greutate mare.

(*Maschka* citează un caz cu adevărat bestial: o copilă de 14 ani e atacată de două haimanale; în timp ce unul din derbedei îi comprimă pieptul, celalt o viola).

d) Uneori comprimarea toracelui poate fi însoțită de ocluzia orificiilor căilor respiratorii ori de strangulare.

2. Accidentul

a) *In înghesuială*, având ori nu ca origine o panică. (În 1896, în Rusia, cu ocazia serbărilor încoronării țarului Nicolae II, 3.000 persoane au murit sufocate în îmbulzeala ce s'a produs. — Numeroase cazuri de sufocare cu prilejul panicelor produse în incendiile de cinematograf, teatru, etc.)

b) *Accident de cale ferată*: persoanele prinse sub sfărâăturile vagoanelor.

c) *Căderea unei greutăți peste corpul victimei*.

d) *Călcarea victimei de un vehicul greu* (car, trăsură, automobil, tramvai).

e) *Prinderea victimei între două tamponae*.

f) *Copilul înăbușit sub greutatea corpului mamei, în somn*.

IV. Îngroparea de viu

(*Crimă, accident, excepțional sinucidere*)

Sufocare în care asfixia e consecutivă comprimării toracice sau a corpului întreg, asociată cu ocluzia orificiilor respiratorii sau și cu obturarea căilor aeriene.

Mediile în cari se produce acest gen de sufocare pot fi: pământul, băligarul, gunoiul, cenușa, rumegătura de lemn, zăpada, nisipul, materiile pulverulente (făina, târâțele, praful de cărbuni, etc.), mase de corpuri solide mici (grâu, orz, ovăz, rapiță, meiu, porumb, prundiș, etc.); în năruirea zidurilor, a galeriilor de mine; în surparea unui mal, etc.

1. **Mecanismul asfixiei:** a) *stingerirea sau suprimarea mișcărilor respiratorii*; b) *pătrunderea în căile respiratorii a corpurilor străine din mediul de îngropare* (numeroase observații făcute la Institutul Medico-Legal din București).

2. **Supraviețuirea** e foarte frecventă atunci când mediul de îngropare e rar și poros, permițând astfel pătrunderea aerului exterior. În genere, rezistența e mai mare la noul-născut decât la adult (Vezi și „Pruncuciderea“). Se cunosc cazuri în cari îngropații de vii, într'un mediu care înlesnea întrucâtva funcțiunea respiratorie redusă, au putut fi readuși la viață după 2 și chiar 3 zile.

3. **Diagnosticul diferențial.** — Spre a dejuca manoperele de mistificare (persoana desgroată a fost mai întâiu victima unui alt gen de atentat și numai, pentru mascarea primei crime, a fost îngroată, spre a se crea aparențele unei morți prin acest fel de sufocare), expertul își va întemeia concluziile pe diagnosticul diferențial:

a) În primul loc constată *leziunile vitale* externe și interne proprii presiunii exercitate de masa comprimantă; fața tumefiată și cianozată cu un picheteu hemoragic care se poate întinde la gât, umeri, brațe și piept.

b) La deschiderea cadavrului: *echimoze* pe pericranium, pleură, plămân; *emfizem pulmonar*; *spumă sanguinolentă în căile respiratorii*; *fluiditatea sângelui*; eventuale *pleasniri ale organelor interne*.

c) *Semnul esențial: aspirarea vitală a corpurilor străine din mediul de îngropare*, în cursul mișcărilor respiratorii cari preced asfixiei și în cursul deglutiției. Substanțele pulverulente sau corpii solizi mici pătrund, *vital*, nu numai în căile aeriene propriu-zise și în unele din ramificațiile bronhice, dar și în tubul digestiv (esofag, stomac și începutul intestinului subțire).

E adevărat că există și o *aspirație post-mortală*, dar atunci ea se mărginește la căile aeriene; în nici un caz corpii străini nu pot fi găsiți în tubul digestiv, pentru că prezența lor aci nu s'ar putea explica decât prin actul deglutiției vitale.

V. Aerul confinat

(*Crimă, accident, excepțional sinucidere*)

Gen de sufocare notat în cazurile în cari individul, forțat, voluntar sau accidental, e menținut într'un spațiu ermetic închis: încăpere, pivniță, pod, dulap, cufăr, ladă, sicriu, într'un loc astupat în urma unei năruiri sau a unei surpări.

Procesul asfioxie e favorizat nu atât prin saturarea aerului cu acidul carbonic, cât prin desoxigenarea lui, iar complectă dispariție a oxigenului cauzează moartea.

În al doilea loc, intervine saturarea aerului confinat cu vaporii de apă, ceea ce are de urmare încetinirea sau chiar suprimarea evaporării cutanate și a transpirației pulmonare.

Însfârșit, asfioxia e desăvârșită de principiile miasmatică de origine diversă.

1. **In caz de supraviețuire** se notează următoarele simptome: *a)* inspirații accelerate; *b)* durere de cap; *c)* amețeală; *d)* greață; *e)* oboseală; anxietate; *f)* respirația încetinită dar mai adâncă; *g)* treptată abolire a inteligenței, a sensibilității și a mișcării; *h)* paloarea feței; *i)* răcirea progresivă a corpului.

2. **Notațiunile necropsice:** *a)* paloarea pielii; *b)* plămânii congestionați (de un roșu vișiniu) cu nuclee apoplectice superficiale sau profunde; *c)* petele lui Tardieu abundente; *d)* emfizemul pulmonar abea perceptibil sau cu totul absent; *e)* în inimă sânge fluid dar cu numeroase cheaguri.

2. STRANGULAREA

Împreună cu spânzurarea, strangularea face parte din grupul de asfioxie mecanică prin constricțiunea exterioară a gâtului.

Se prezintă sub două forme: strangularea cu mâna și strangularea printr'o legătură. În această a doua formă ea aduce cu spânzurarea, de care se deosebește numai prin aceea că, pe când în strangulare constricțiunea gâtului se face prin acțiunea unei energii active (streină sau proprie), în spânzurare aceeași constricție e efectul tracțiunii exercitate de însăși greutatea individului asfioxiat. Numai într'o speță strangularea îmbracă întrucâtva forma spânzurării: atunci când legătura e aplicată dela orecare distanță și victima, prin chiar sforțările ce face de a se degaja, exercită cu propriu corp tracțiunea caracteristică spânzurării.

Sunt cazuri în cari strangularea îmbracă ambele ei forme: victima e succesiv strânsă de gât și cu mâna și cu o legătură.

La studiul fiecăreia din cele două forme ale strangulării vom arăta cari sunt elementele diagnostice specifice. Notațiunea co-

mună. în afară de semnele exterioare și leziunile anatomice ale asfixiei în general, sunt sufuziunile sanguine dela gât.

În genere, moartea prin strangulare e precedată de un scurt interval agonic de câteva minute (până la 10 și chiar 20 minute). Dar moartea poate fi și quasi-fulgerătoare, atunci când ea e datorită șocului inhibitoriu, consecutiv traumatismului exercitat asupra laringelul (vezi: „Moartea subită“, vol. II).

I. Strangularea cu mâna (sugrumarea)

E strangularea prin strângerea gâtului cu mâna, de regulă în partea anterioară, uneori și laterală.

În forma ei pură, strangularea cu mâna nu e posibilă decât când victima e un copil sau un adult incapabil de a opune vreo rezistență: o boală paralizantă a forțelor, accesul de epilepsie, leșin, somn; în prealabil amețit cu un stupefiant sau cu o băutură alcoolică. Foarte frecvente sunt cazurile în cari strangularea cu mâna e precedată de lovituri prin surprindere (de preferință la cap) și e însoțită de manopere de sufocare și de acte sadice (violarea femeii, atentatul pederastic la bărbat).



Fig. 130. — Urmele strangulării cu mâna (crimă).

A. Mecanismul morții. — Moartea în acest fel de asfixie mecanică e consecutivă pe deoparte efectelor constricțiunii cervicale, pe de alta traumatismului inhibitor interesând nervii laringieni.

Prin constricțiune se produce: a) comprimarea vaselor gâtului; b) obliterarea glotei prin încălecare a coardelor vocale; c) împingerea în sus și înapoi a bazei limbii, care se aplică pe peretele posterior al faringelui, provocând astfel, prin comprimare, ocluziunea faringelui.

Prin șocul inhibitoriu laringean se produce pierderea cunoștinței.

B. Durata acțiunii. — Afară numai dacă, precum am arătat, moartea nu e subită prin presiunea traumatică exercitată asupra laringelui, durata acțiunii de sugrumare e întotdeauna de câteva minute. Pentru că nu ajunge o singură constricțiune: degetele agresorului, la un moment dat, se înțepesc și atunci, pentru desăvârșirea asfixiei, e nevoie ca mâna să se deplaseze, pentru o nouă comprimare.

1. În caz de supraviețuire (în strangularea incompletă, întreruptă) în afară de eventualele urme de violență pe restul corpului, notăm la victimă:

a) *Urmele de violență pe gât*: amprente unghiilor, zdreliri, echimozele consecutive presiunii exercitate de degete. Urmele unghiilor pot lipsi, atunci când sugrumarea nu se face direct pe piele, ci peste cămașe sau când criminalul are unghiile tăiate scurt (un caz observat de noi și asupra căruia am atras atenția judecătorului de instrucție; autorul crimei fiind prins, deducția făcută din examinarea urmelor strangulării a fost confirmată).

b) *Tumefierea și cianoza feței; tumefierea gâtului; pichetev hemoragic la față și gât.*

c) *Chemosis conjunctival.*

d) *Convulsiuni, somn, pierderea cunoștinței.*

e) *Confuzie mintală, amnezie, accese maniace.*

f) *Turburări ale vocii și ale deglutiției.*

g) *Edemul glotei, formarea de abcese cervicale cari, ulterior, pot fi cauza secundară a morții.*



Fig. 131. — Urmele strangulării și sufocării cu mâna.

2. *Notațiunile necropsice.* — În afară de semnele de violență depe restul corpului, de stigmatelă dela gât, față și conjunctive deacum semnalate la persoana vie, la *examenul exterior* al cadavrului se mai înregistrează:

a) *Ampretele arcadelor dentare pe limbă, numai excepțional aceasta iese pe gură.*

b) *O spumă bronhică sanguinolentă și aerată la gură și nări.*

La deschiderea cadavrului se notează:

a) *Revărsările sanguine, de mărime variabilă, în țesutul celular superficial și*

profund (până'n țesutul prevertebral), în mușchi, în corpul tiroid, în glandele salivare și la amigdale.

b) *Echimoze pe mucoasele căilor aeriene, pe epiglotă, în interiorul laringelui, pe sub coardele vocale.*

c) *Fracturile laringelui, rare la indivizii tineri, sunt foarte frecvente la bătrâni: procesul de osificare face cartilajul mai friabil.*

d) *Fractura coarnelor osului hioid; fracturile thyroidului și ale cricoidului.*

e) *Leziuni tracheale (numai excepțional).*

f) *Deasemenea excepționale sunt leziunile carotidelor.*

Restul notațiunilor interne sunt acele ale oricărei asfixii.

Uneori se pot observa și fracturi de coaste, alte fracturi osoase,

rupturi ale organelor interne — atunci când sugrumarea e combinată cu compresiunea toracică sau cu alte traumatisme.

* * *

Parțial sau chiar în totalitatea lor semnele externe ale sugrumării pot lipsi în moartea imediat consecutivă șocului inhibitoriu laringian.

În atare caz pot lipsi: tumefierea și cianosa feței, revărsările sanguine din tesuturile cervicale.

3. Mistificarea. — Nu odată se întâmplă ca, pentru mascarea strangulării cu mâna, cadavrul să fie ulterior spânzurat ori strangulat cu o legătură sau să i se cauzeze leziuni a căror natură postmortală expertul are puțința s'o demonstreze.

4. Identificarea autorului sugrumării. — Cerându-i-se ca, în măsura posibilului, să identifice sau cel puțin să dea indicațiuni asupra persoanei ucigașului, expertul utilizează elementele trase din semnele exterioare notate atât pe cadavru cât și pe autorul prezumat al crimei.

a) Atâta vreme cât n'a pierdut cunoștința, victima nu numai rezistă dar se și apără cu mâinile, cu dinții, cu coatele, cu picioarele. — 1. *Sub unghiile mortului se pot găsi peri de pe fața asasinului.* — 2. *În mâna mortului se poate găsi o șuviță de păr, un nasture, o bucată ruptă din îmbrăcămintea agresorului.* — 3. *Pe mâna, brațul ori fața ucigașului se identifică urmele zgârierii și ale mușcăturii victimei.* — 4. *Pe îmbrăcăminte sau pe trupul agresorului se identifică urmele particulare lăsate de încălțăminte victimei, în apărarea acesteia cu piciorul.*



Fig. 133. — Urmele strangulării cu mâna.



Fig. 132. — Urmele strangulării cu mâna.

b) Pe gâtul victimei se pot găsi urme indicând îndeletnicirea ucigașului:

var (vărar, zidar); *făină* (lucrător brutar, lucrător morar, vânzător la un depozit de făină); *vopsea* (zugrav, vânzător la o prăvălie de vopsele); *praf de cărbune* (cărbunar); *funingine* (coșar); etc., etc.

c) *Particularități ale amprentelor unguale și digitale*: 1) absența unghiei dela unul sau două degete, atunci când se poate deosebi sistemul de amprente lăsat de o singură apăsare a mâinii; 2) absența urmelor lăstate de unul sau două degete, atunci când acestea lipsesc la mâna ucigașului.

5. *Simularea*. — Expertul nu trebuie să uite că i se pot prezenta și cazuri de simulare la indivizi cari au interesul de a se prezenta ca fiind victima unei tentative de sugrumare. Va identifica urmele unghiilor și ale degetelor dela însăși mâna pretinsei victime sau a eventualului complice la această mistificare.

II. Strangularea cu o legătură

Legătura poate fi de natură foarte variată: frânghie, curea, brâu, bretele, cravată, fular, prosop ori cearșaf răsucit, batistă, liță, sârmă, cerc de fier, etc.

A. Mecanismul morții:

a) *Comprimarea vaselor gâtului, îndeosebi a jugularelor* cari devin aproape impermeabile, constituindu-se astfel staza venoasă.

b) *Comprimarea laringelui și a tracheei*.

c) *Comprimarea și iritarea terminațiilor laringee ale pneumogastricului*.

B. Semnele strangulării complete

a) Șanțul

E semnul neîndoios, elementul esențial al diagnosticului.

1. Pe când urmele strangulării cu mâna se observă de regulă pe fața anterioară și pe părțile laterale ale gâtului, șanțul în strangularea cu o legătură interesează întreg conturul gâtului. Uneori dintr'o altă cauză (de exemplu interpunerea parțială a gulerului cămășii, a hainei, a unui fular) șanțul poate prezenta soluțiuni de continuitate mai mult sau mai puțin pronunțate.

2. Șanțul reproduce urmele particularităților legăturii (noduri, lacune superficiale) și ale obiectelor ce se interpun între legătură și gât.

3. Adâncimea șanțului nu e nici ea uniformă, ci depinde de regiunea pe care constricția s'a exercitat cu mai multă violență, prin urmare de poziția pe care a avut-o agresorul față de victimă: atentatul săvârșit pe la spate, din față ori lateral.

4. Șanțul poate fi unic, dublu sau multiplu, după numărul circularelor făcute cu legătura. Deși prezența mai multor șanțuri e susceptibilă de o interpretare în favoarea sinuciderii, sunt însă observații controlate de crime cu șanț multiplu.

5. Direcția tipică e cea orizontală; dar poate fi și ascendentă sau descendentă, după cum tracțiunea de capetele legăturii ori de extremitatea liberă a juvântului se face în sus ori în jos.

6. Aspectul. De regulă șanțul, care e moale, palid, nu prezintă nici o modificare de consistență a țesutului. Excepțional (cu legătura mai mult sau mai puțin rigidă și aspră) se notează excoriații și o pergamentare a pielii. Absența obicinuită a zdrehirii și a pergamentării se explică prin laxitatea legăturii, — laxitate care intervine după dispariția, în momentul morții, a congestiunii și a edemului gâtului.

Marginile șanțului sunt vinete.

Echimoze nu se notează pe lundul șanțului decât în locurile unde legătura a exercitat o mai mare compresiune.

7. Putrefacția alterează caracterele vitale ale șanțului: dacă legătura n'a fost scoasă, țesuturile se umflă atât pe fundul șanțului cât și pe marginile acestuia, cu tendința de a acoperi legătura.



Fig. 134. — Strangulare cu o legătură — nodul în față (asasinat).



Fig. 135. — Strangulare cu o legătură (victima din clișeu No. 134 văzută din profil).

epiderma și, după moarte, rămâne o urmă circulară, pergamentată; șan-

Diferențierea între șanțul adevărat al strangulării și șanțul putrefactiv, natural și artificial.

1. Șanțul putrefactiv : la un înecat cu o legătură oarecare de gât (cravată, fular), țesuturile cervicale, umflate de putrefacție, se înalță și astfel legătura se adâncește, iar amprenta ei, superficială la început, ia înfățișarea unui șanț.

2. Șanțul patologic: o iritație a pielii, intertrigo al gâtului la copii, desgolește

țul superficial notat uneori în moartea prin apoplexie (la cei cu gâtul scurt).



Fig. 136. — Șanțurile naturale la gâtul copiilor mici, datorite grăsimii și cari, greșit, pot fi interpretate ca urme ale strangulării.

3. Șanțul natural: la cadavrul noilor-născuți cu gâtul scurt și încărcat cu grăsime, ca și la cadavrele adulților obezi. Acest șanț e numai efemer, deoarece, format prin flexiunea capului pe gât, dispăre de îndată ce capul e îndreptat. Moale, anemic, palid sau vânat (în putrefacție), șanțul natural nu prezintă nici o modificare a țesutului cervical.

4. Șanțul artificial: urma lăsată de guler, cravată, fular, colier, panglică și cari au rămas strânse pe gâtul persoanei în momentul morții. Dar atari urme se pot nota și la persoana vie, în caz de acces epileptic în cursul căruia gâtul se umflă. Tot șanț artificial e acela, unic sau multiplu, lăsat de circularele cordului ombilical la noul-născut (Vezi: „Pruncuciderea”).

b) Celelalte stigmatе externe

1. Cianosa feței cu sau fără puncte echimotice; cianosa buzelor și a urechilor.

2. Chemosis al conjunctivelor: *echimose numeroase pe pleoape și conjunctive.*

3. Limba e strânsă între dinți cu amprentele arcadelor dentare; numai în putrefacție atârnă afară din gură.

4. O spumă albicioasă sau sanguinolentă curge pe gură și nări; uneori, în loc de spumă, sânge lichid.

5. Gâtul umflat până la limita legăturii ori a șanțului, dacă legătura a fost deacum scoasă.

6. Seurgerea sanguină din tubul auditiv extern, unilaterală sau bilaterală (semn inconstant).



Fig. 137. — Strangularea cu o legătură (nod lateral). ieșirea limbii pe gură.

sau bilaterală (semn inconstant).

c) Leziunile profunde și interne

1. *Hemoragii în țesutul celular și muscular al gâtului*, deasupra șanțului în vecinătatea acestuia sau la oarecare depărtare de șanț. — În vecinătatea acestuia hemoragiile își au sediul în mușchii lungi ai gâtului, sub teaca corpului tiroid, sub perichondrul cartilajelor laringelui. — La o depărtare mai mare de șanț, hemoragiile (consecutive stazei) se localizează la unghiurile maxilarului inferior, pe planșeul bucal, la amigdale, în mușchii temporali și, excepțional, în țesutul celular retro-tracheal.



Fig. 138. — Strangularea cu mâna și cu o legătură: urmele strangulării cu mâna.

2. *Ruptura tunicilor carotidelor* e excepțională.

3. *Congestiunea pericraniului, a meningelor și a substanței cerebrale.*

4. *Congestiunea cu formațiunea de mici echimose pe mucoasa căilor respiratorii și pe mucoasa faringelui și a esofagului.*

5. *Leziuni ale tiroidului, hioidului și cricoidului.*

6. *Leziuni ale scheletului, laringelui, frecvente la adulții în vârstă, sunt excepționale la tineri.*

7. *Prezența frecventă a unei spume fine, rozate în laringe, trachee și în bronhii.*

8. *Plămânii: congestie; inconstant mici echimose sub-pleurale.*

9. *Pentru leziunile notate la noul născut, vezi „Pruncuciderea“.*



Fig. 139. — Victima din clișeu no. 138 strangulată ulterior cu o legătură (văzută din față).

C. Semnele strangulării incomplete

În caz de supraviețuire se notează la persoana victimă a unei tentative (crimă) sau început de strangulare (sinucidere, accident):

a) **Amprenta legăturii** — mai mult sau mai puțin pronunțată (imperceptibilă atunci când legătura a fost moale) — apare ca o excoriație circulară. Dacă e sângerândă, se usucă; uscată dela început, persistă timp de 1—2 săptămâni sub forma unei dungi de tumefacție. În unele cazuri se pot nota ulterior sufuziuni pe fundul ampretei.

b) *Congestia și cianoza feței și a gâtului cu picheteu hemoragic interesând fața, gâtul și partea superioară a pieptului.*

c) *Chemosis și injectarea conjunctivelor.*

d) *Edemul glotei și abcesul retro-faringian, foarte periculoase, sunt notațiuni excepționale.*

e) *Timp de câteva săptămâni: dureri cervicale; jena deglutiției și a respirației; răgușirea până la afonie (o femeie a rămas complet mută timp de 4 zile — Pellier). — Uneori pierderea odoratului.*

f) *Parotida sfaceloasă care ulterior poate deveni mortală.*

g) *În caz de ruptură a tunicii interne a carotidelor, pot surveni tromboze și embolii.*

Fig. 140. — Vederea nodului făcut pe ceafă la victima strangulării cu o legătură, posterioară strangulării cu mâna (vezi clișeele No. 138 și 139).

h) *Turburări auditive consecutive hemoragiei în spațiul perilimfatic.*

i) *Pneumonia lobară care apare după câteva ore.*

j) *Pierderea cunoștinței care, după împrejurare, durează câteva minute, câteva ore, câteva zile (un caz de moarte tardivă după 50 zile de stare comatoasă—Hofmann). De regulă, moartea aceasta tardivă e cuzată de un edem cerebral.*

k) *Convulsiuni tonice sau clonice, trismus cu mușcarea limbii.*

l) *Confuzia mintală, amnezia, agitația.*

m) *Incontinența fecală și urinară.*

D. Etiologia

a) **Crima.** — Îndeosebi frecventă în *pruncucidere*. — *Adultul:* numai în caz de surpriză sau într'o stare care-l pune în imposibili-

tatea de a se apăra și rezista; strangularea e însoțită de alte violențe, uneori și de sufocare.

b) **Sinuciderea.** — Ori cât ar părea de curioasă, sinuciderea prin strangulare e ilustrată cu numeroase observații (îndeosebi în închisori și în azilurile de alienați).

Legătura întrebuintată e din cele mai variate (o femeie s'a servit de propriile ei cozi — *Edel*). — Sinucigașul exercită tracțiunea sau direct cu mâna asupra capătului liber al lațului; sau își prinde capătul liber de unul din picioare; sau trece prin cele două capete ale legăturii o bucată de lemn, o vergea de fier, o lingură, o furculiță, o cheie, etc., și răsuțește până se strânge lațul. Uneori sinucigașul cu o mână își astupă gura și nările, iar cu cealaltă strânge legătura. Un caz de auto-strangulare precedată de o tăietură adâncă în partea anterioară a gâtului (*Schoenfeld*). O femeie, deși îi lipseau 4 degete la mâna dreaptă, a fost totuși în stare să se strânguleze, servindu-se de această mână (*Tardieu*).

Pentru auto-strangulare nu e numai decât nevoie de tracțiunea manuală sau pedală, ajunge ca pentru obținerea constricției gâtului sinucigașul să recurgă la orice mijloc de comprimare:

1. O fată de 25 ani. Și-a făcut trei circulare cu o frânghie, prinzând unul din capete de un butuc, iar celalt, mai lung, în jurul corpului unei oi care păștea — *Arambasin* — 2. Un alienat și-a vârât capul prin ochiul unei gratii și a apăsât gâtul de marginea de jos — *Herschmann*, 1914. — 3. Un deținut a ridicat patul, a vârât capul sub el și apoi i-a dat drumul astfel ca marginea să cadă pe gât — *Zaengerke*, 1925.



Fig. 141. — Strangulare (sinucidere) cu o legătură (cu nod dublu).

c) **Diagnosticul diferențial între crimă și sinucidere.** —

1. **Absența neelucidată a legăturii în momentul descoperirii cadavrului** e un indiciu serios de crimă.

2. **Prezența unor urme de violențe**, identificate ca având ca autor o mână streină (în deosebi în atentatele la pudoare) e o dovadă de crimă.

3. **Natura legăturii.** Atunci când se poate identifica persoana streină, căreia legătura a aparținut cu puțin înainte de strangulare, e un indiciu de crimă.

4. **Forma specială a nodului, în caz de strangulare cu laț, trădează pe autor.**

5. **Găsirea în preajma cadavrului, pe cadavru, în mâinile sau între dinții mortului a unor elemente revelatoare de prezența unei alte persoane.**

d) **Misticarea.** — Uneori strangularea cu legătura e simulată fie asupra cadavrului unei persoane omorite pe altă cale, fie de însăși pretinsa victimă găsită în viață.

1. O persoană sucombă unei fracturi craniene, consecutivă unei violente lovituri aplicate pe cap. Asasinul, spre a simula auto-strangularea, pune lațul făcut cu o frânghie în jurul gâtului victimei, iar capătul liber îl leagă de coapsă — *Tardieu*.

2. Un individ după ce și leagă singur picioarele și mâinile, își face cu o altă sfoară nu mai puțin de 10 circulare, dar fără înodarea capetelor libere — *Devergie*.



Fig. 142. — Strangulare (crimă) cu o legătură combinată cu sufocarea cu mâna.

e) **Accidental.** —

Tipice sunt observațiile lui *Taylor, Gordon Smith, Casper, Maschka Hofmann*.

1. Un copil, jucându-se, își petrece pe după gât lațul făcut cu o curea, iar de capătul liber prinde o greutate mai mare: aceasta din urmă, alunecând, cauzează strangularea.

2. O fată duce în spinare un coș plin cu pește, prins în jurul gâtului cu ajutorul unei curele. Fata, spre a se odihni, se așează pe marginea unei împrejurimi de zid; coșul alunecă pe spate și prin strângerea curelei provoacă strangularea.

3. O alienată, culcată în cămașa de forță, prinsă cu chingi de pat, se zbate să se dea jos și prin această sfortare, se strangulează.

4. Un copil de 13 luni. Prin mișcările făcute în somn panglica dela gulerul cămășii se strânge și copilul moare strangulat.

5. Un epileptic. În cursul accesului, gâtul se umflă și e comprimat de gulerul scrobrit.

6. Un copil de 7 luni cade din pătuț și nimereste cu gâtul între două stîngii ale unui scaun din imediata apropiere.

f) **Pedeapsa legală.** — Pedepsa cu moartea prin strangulare mai e azi în vigoare în Spania: instrumentul de supliciu e un

cerc de fier pus în jurul gâtului condamnatului — cerc care e strâns de călău cu ajutorul unui șurub.

E. Diferențierea strangulării de spânzurare

Diagnosticul acesta, în cazurile la început obscure, are o importanță capitală: asasinul, spre a induce în eroare, după ce și-a strangulat victima, o spânzură, spre a simula sinuciderea.

Elementele de diferențiere mai mult sau mai puțin concludente, după caz, sunt:

5. Șanțul dela gât

1. Direcția. — De regulă, orizontal în strangulare, șanțul, în spânzurare, e oblic ascendent, *niciodată descendent*. Element nu întotdeauna concludent: a) în strangula-

rea cu tragerea lațului în sus, șanțul poate fi oblic ascendent, după cum poate fi oblic descendent prin tracțiunea în jos; b) un șanț orizontal se poate nota, după cum vom vedea, în spânzurarea numită incompletă.



Fig. 144. — Șanțul strangulării cu o legătură și leziunile faciale ale sufocării cu mâna (crimă).

2. Două șanțuri, explicate prin dispoziția legăturii: capetele, mai întâiu încrucișate



Fig. 143. — Urmele strangulării cu legătura și ale sufocării cu mâna, pe gâtul și fața victimei din clișeu No. 142.

2. Numărul amprentelor nu e concludent pentru teza strangulării, decât numai atunci când ele au o direcție mai mult sau mai puțin unică. Pentrucă s'au notat — excepțional e adevărat — cazuri de sinucidere prin spânzurare cu șanț dublu și chiar triplu:

1. Spânzurarea cu un șanț orizontal și unul oblic ascendent — *Orfila, Exquirol*. —

pe gât în formă de X, au fost aduse la spate până la punctul de suspendare — *Strasmann*. — 3. Sinuciderea prin spânzurare a unei femei: 2 șanțuri orizontale și unul ascendent dinapoi înainte — *Erhardt*.

5. Nivelul la care se găsește șanțul. — De regulă, în strangulare, șanțul se formează pe laringe; în spânzurare, deasupra acestuia.

4. Soluția de continuitate. — Numai excepțional întrerupt în strangulare, șanțul spânzurării prezintă de obicei o mare soluție de continuitate.

5. Adâncimea. — Foarte pronunțată în șanțul spânzurării, cu maximul ei în partea opusă nodului, adâncimea șanțului strangulării e mai mult sau mai puțin uniformă.

6. Pergamentarea, excepțională în strangulare, e frecventă în spânzurare.

b) Cianoza feței, echimozele pleoapelor și ale conjunctivelor

Aproape caracteristice strangulării, semnele acestea sunt inconstante în spânzurare; numai în 20% în spânzurarea cu nodul la ceafă și numai în 30% din cazurile de spânzurare cu nodul anterior sau lateral.

c) Congestiunea pericraniului, a meningelor și a creierului, foarte pronunțată în strangulare, e excepțională și de o intensitate variabilă în spânzurare.

d) Hemoragia în părțile moi ale gâtului, de regulă în strangulare, e excepțională în spânzurare (2% în spânzurarea cu nodul la spate și 12% în cea cu nodul anterior sau lateral).

e) Fracturile laringelui și ale osului hioid, rare în strangulare, sunt foarte frecvente în spânzurare (60% cu nodul la spate, 30% cu nodul anterior ori lateral).

f) Ruptura tunicii interne a carotidelor, aproape cu totul absentă în strangulare, se notează destul de frecvent în spânzurare (20—25%).

g) Însfârșit elementele anamnezice și examenul exterior al cadavrului, al hainelor acestuia precum și inspecția locului concură la desăvârșirea demonstrației.

F. Sufocarea—strangularea

Nu odată se întâmplă ca asfixia să fie consecutivă unei acțiuni combinate: sufocarea asociată cu strangularea. — Următoarele două eventualități se pot concepe:

a) *Sufocarea e simultană cu strangularea*: 1) cu o mână (sau cu o legătură) îl strânge de gât, iar cu cealaltă mână apasă

pe gură și nări; 2) cu legătura cu care strangulează victima îi astupă și orificiile aeriene (gura și nările); 3) cu corpi streini îi astupă gura și nările, iar cu mâna ori cu o legătură îl strangulează.

b) *Sufocarea e premergătoare sau posterioară strangulării.*

5. SPÂNZURAREA

Asfixie mecanică din aceeaș grupă cu strangularea, spânzurarea are drept caracteristică esențială numai modalitatea în care se exercită tracțiunea al cărei efect e constricțiunea cervicală: pe când, după cum am spus-o (definiția strangulării), în strangulare tracțiunea e produsul unei energii active (streine sau proprii), în spânzurare, tracțiunea legăturii — care e prinsă de un punct fix — e produsul unei energii pasive, care e însăș greutatea corpului celui asfixiat.



Fig. 145. — Șanțul strangulării cu o legătură și leziunile făcute pe față în sufocarea cu mâna (crimă).

A. Elementele diagnosticului sumar

I. Punctul de fixare a legăturii

După cum se va vedea, nu e neapărată nevoie ca legătura să fie prinsă de un punct de suspensiune, pentrucă există o formă a spânzurării — după poziția ce o ia corpul — în care asfixia e realizată și fără ca tracțiunea să fie exercitată prin corpul atârnat. Căci ceea ce importă pentru caracterizarea spânzurării e ca numai și numai greutatea corpului propriu să aibă rolul precumpănitor în strângerea juvătului în jurul gâtului.

Vom deosebi dar:

a) Punctul de suspensiune care poate fi: un cârlig prins în tavan, un cârlig bătut în zid, în gard; un cârlig, un piron bătut într'un stâlp; o grindă, o cracă de copac, treapta unei scări, fereastra, ușa, burlanul bine înțepenit al unei sobe; un băț, un lemn, un drug de fier, o țevă pusă deacurmezișul canaturilor deschise ale ușii; o frânghie groasă prinsă de câte un cârlig bătut în două ziduri opuse: bara fixă (de gimnastică), etc. etc.



Fig. 146. — Spânzurare-sinucidere completă: în prealabil sinucigașul și-a legat singur mâinile la spate.



Fig. 147. — Spânzurare dublă (două surori).

b) Orice alt punct de fixare: capătul liber al legăturii e prins de bara dela capătul unui pat de fier, de piciorul patului, de piciorul unui dulap, al unei sobe grele de fier; de piciorul unei mese sau al unui scaun înțepenit; de un cârlig bătut într'un perete, într'un gard la o mică depărtare de sol; capătul liber prins de clanța ușii, de mânerul unei lăzi de bani; capătul liber



Fig. 148. — Spânzurare incompletă: în pat, cu fata în jos și sprijinită în mâni și în genunchi.

de un cârlig bătut într'un perete, într'un gard la o mică depărtare de sol; capătul liber prins de clanța ușii, de mânerul unei lăzi de bani; capătul liber

înfășurat și înodat în jurul unei sobe fixe, al unei lăzi de bani, al unui dulap greu, de trunchiul unui copac, etc.

II. Poziția corpului în executarea spânzurării

Tocmai pentru că, în ce privește punctul de fixare a



Fig. 149. — Spânzurare dublă (bărbat și femeie) cu două lațuri prinse de același cuiu.

capătului liber al legăturii, spânzurarea se poate realiza în două feluri, urmează că și corpul va avea două poziții caracteristice: una *verticală* și alta *orizontală* sau *oblică* (în această din urmă poziție, atunci când, picioarele rămânând pe sol sau pardoseală, capătul liber al legăturii, prins de un punct lateral, nu e



Fig. 150. — Spânzurare completă: sinucigașul și-a adus dinadins picioarele la spate spre a fi mai sigur că nu va da greș; genunchii nu atingeau pardoseala, iar vârful picioarelor atingeau marginea patului.



Fig. 151. — Spânzurare incompletă: în pat (în această poziție) cu spatele rezemat de pernă și de perete.



Fig. 152. — Spânzurare quadruplă (crimă): 4 copii spânzurați de propriul lor părinte.



Fig. 155. — Spânzurare completă: lângă sinucigaș — un bărbat care și-a pus o cămașă de femeie — se vede scaunul pe care se urcase.



Fig. 154. — Spânzurare incompletă: un ucenic de cismar spânzurat cu o curea prinsă de o masă grea care se găsea în curtea atelierului.



Fig. 155. — Spânzurare incompletă: în această poziție, pe dușumea, a fost găsit cadavrul sinucigașei care fixase legătura de un cui bătut în zid.

destul de lung spre a permite capului să ajungă la nivelul pardoselii sau al solului).

Exemple de ciudătenii de spânzurare: 1) o femeie, culcată, cu capul aplecat peste marginea patului, și l'a pus într'un laț prins de un scaun și apoi, smucindu-se, a provocat strângerea lațului (*Maschka*); 2) o femeie, întinsă pe pardoseală, și-a trecut capul printr'un laț prins de marginea patului și apoi s'a smucit

(Roth); 3) un bărbat se urcă pe un scaunel, își leagă picioarele cu capătul unei frânghii, iar cealaltă extremitate a acesteia, prevăzută cu un laț, o trece deasupra unei grinzi; își trece capul prin laț, răstoarnă scaunelul și rămâne spânzurat; o

poziție botezată „în glondolă“ (Pontoni); 4) unul și-a prins lațul de o barieră a liniei ferate și a așteptat ridicarea barierei, spre a rămâne astfel spânzurat.

A. În poziția verticală, deosebim două specii de spânzurare: a) *completeă*, atunci când picioarele nu ating solul; b) *incompleteă*, atunci, când cu picioarele ori cu o parte oarecare a corpului spânzuratul atinge solul.

Că varietăți de spânzurare incompleteă cităm, după observațiile făcute: 1) cu vârful picioarelor atingând solul; 2) cu picioarele desfăcute și sprijinite de pământ; 3) cu un picior pe un scaun și cu celălalt înălțat puțin deasupra



Fig. 156. — Spânzurare incompleteă: sinucigașa și-a vârât ambele mâini între laț și gât.

pardoselei; 4) cu picioarele muiate în poziție de semi-îngenunchiare; 5) îngenunchiat; 6) aproape pe vine; 7) cu genunchii de parchet, cu picioarele întinse și cu mâinile la spate; 8) cu șezutul pe sol; 9) îngenunchiat și cu mâinile sprijinite de sol.

B. În poziția orizontală sau oblică se pot nota următoarele varietăți: 1) culcat în pat, culcat pe jos; 2) culcat pe scări în pantă (capătul liber al legăturii fiind prins de un cârlig bătut pe una din trepte sau de o bară a balustradei).

C. Spânzurarea multiplă cu aceeaș legătură. — 1. Deși

rare, totuși s'au notat cazuri de *spânzurare dublă* cu aceeaș legătură, prevăzută cu unul sau două lațuri (două persoane urcate pe



Fig. 157. — Spânzurare incompleteă de un piron bătut în zid, cu legătura formând două circulare în jurul gâtului, cu mina stângă pe speteaza scaunului și cu genunchiul stâng pe fundul scaunului.



Fig. 158. — Spânzurare incompleteă într'o magazie.

câte un scaun deoparte și pe alta a ușii deschise peste care au



Fig. 159. — Spânzurare incompletă: de un copac.

aruncat frânghia prevăzută cu două lațuri, pe cari și le-au așezat pe



Fig. 160. — Spânzurare incompletă: sinucigașul, spre a prinde frânghia de craca unui copac și a-și pune gâtul în laț, s'a urcat pe un butoiu: îndoind genunchii, a realizat spânzurarea.



Fig. 161. — Spânzurare incompletă, în poziția de decubitus lateral: sinucigașul se spânzurase de pragul de sus al unui șopron (legătura confecționată dintr'o frânghie lungită cu o cârpă răsucită).

tura mai e prinsă de punctul de fixare.

gât; o spânzurare dublă cu același laț, cu capătul liber prins de craca unui copac).

2. Excepțional se înregistrează cazuri de spânzurare triplă, quadruplă (cu două lațuri).

III. Poziția corpului după instalarea morții

În oricare din cele două forme ale spânzurării, notăm:

a) Dacă lațul mai e în jurul gâtului și dacă legă-



Fig. 162. — Spânzurare incompletă de balamaua ușii: un croitor, după ce și-a legat picioarele, și-a vârat capul în laș, apoi și-a trecut mâna la spate într-o legătură cu dublu laș; în urmă s'a smucit provocând spânzurarea.



Fig. 164. — Spânzurare incompletă (lațul făcut dintr-un șervet, trece numai sub bărbie).

pară picioarele de sol; a) dacă legătura se putea întinde, astfel ca după instalarea

morții, picioarele, la început deasupra solului, să fi avut posibilitatea de a-l atinge pe acesta; e) poziția brațelor cari de obicei sunt lipite de corp, cu mâinile crispate și cu unghiile înfipte în epiderma palmei; f) ușoara flexiune a mem-

brurilor inferioare, cărora hipostaza sanguină le dă o colorație violacee.

2. În spânzurarea incompletă se notează toate particularitățile locului de spânzurare.

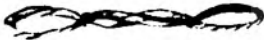


Fig. 163. — Cârpa răsucită și cusută cu care sinucișagul (croitorul din clișeu No. 162) și-a legat în prealabil mâinile la spate, trecându-le prin cele două lațuri.

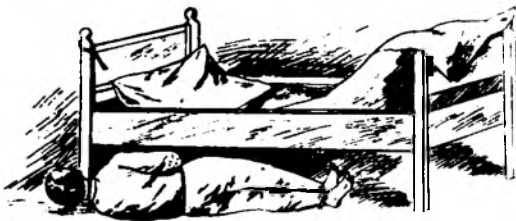


Fig. 165. — Spânzurare incompletă: Sinucișagul — care și legase singur picioarele — a fost găsit întins jos pe dușumea, dealungul patului.

IV. Legătura

Examenul legăturii are o deosebită importanță, atunci când ea nu se mai găsește pe individul spânzurat; grație acestui examen

expertul are puțința, prin comparația cu urma lăsată pe gât, să verifice dacă în adevăr se găsește în prezența legăturii care a servit la spânzurare. Uneori, fie dintr'un interes inavuabil, fie în scop de mistificare, legăturii adevărate se substituie una ocazională sau una *ad hoc* confecționată. — Legătura poate să și dispară cu totul și atunci, după urmele lăsate de ea pe gâtul spânzuratului poate fi identificată cu o mai mare sau mică probabilitate.



Fig. 166. — Spânzurare completă: legătura — confecționată dintr'o bucată din fusta cu care sinucigașul era îmbrăcată — trece numai sub bărbie. (Limba ieșită din gură.)

1. Natura legăturii e din cele mai variate: frânghie, sfoară,



Fig. 167. — Spânzurare incompletă, cu mâna stângă vârtită între laț și gât.



Fig. 168. — Spânzurare incompletă: cu un picior întins pe pat și cu celălalt atârnat afară din pat.



Fig. 169. — Spânzurare incompletă: legătura, prinsă de trunchiul copacului cu scoarța udată de ploaie, a alunecat în momentul spânzurării și sinucigașul a luat poziția indicată pe clișeu.

sârmă, curea, brâu, bete, șiret de transparent, șiret obicinuit, fitil

de lampă, șiret gros impletit, prosop, o fâșie răsucită dintr'un cearșaf, cravată, chingă, etc.

De obicei *simplă*, legătura poate fi și *combinată*: frânghie unită cu un șiret de corset; sfoară groasă combinată cu bete, cu o basma, cu un tulpă. etc.

2. **Lațul**, cu nod culant sau nod fix, e în marea majoritate



Fig. 170. — Spânzurare incompletă (intr'un cavou, in cimitirul Belu din București).



Fig. 171. — Spânzurare incompletă: cu frânghia prinsă de marginea ușii deschise și cu genunchiul drept pe un scaun.

a cazurilor format dintr'o singură circulară; numai excepțional se văd circulare multiple.

3. Nodul, de regulă în partea posterioară a gâtului, se poate găsi, excepțional, și în partea dinainte

sau pe una din părțile laterale. — În spânzurarea ca pedeapsă capitală, nodul e fixat sau în față, sub bărbie, sau în spate, pe ceafă.

După regiunea în care se află fixat nodul, deosebim: *spânzurarea tipică* (nodul la ceafă); *spânzurarea atipică* (nodul în față sau lateral).

Se notează *forma nodului*, pentrucă, existând așa zise noduri

profesionale, această particularitate poate servi ca element de identificare a mortului sau a eventualului criminal.



Fig. 173. — Spânzurare incompletă: de uluce și cu picioarele atingând pământul.



Fig. 174. — Spânzurare incompletă: capătul frânghiei fixat prea jos într'un cuiu bătut în zid; corpul răzimat de zid.

șului se explică fie prin compresiunea inegală, dintr'o împrejurare

Nu odată am izbutit ca, grație acestui element, să servim justiția și familia mortului necunoscut, a cărui identitate s'a putut astfel stabili.

4. Circulara. unică sau multiplă, poate fi prinsă direct de punctul de fixare, iar sinucigașul își trece capul prin ea și se spânzură.

5. Asfizia se produce și atunci când lațul nu se fixează perfect în jurul gâtului, ci oblic, peste față.

V. Semnele proprii spânzurării

1. Șașul

E stigmatul caracteristic. (Pentru diferențierea șașului adevărat de șașul patologic, artificial, natural și putrefactiv, precum și pentru diferențierea șașului spânzurării de acela al strangulării cu o legătură, vezi: „Strangularea“).

a) Absența totală sau parțială. — Șașul poate lipsi total: atunci când spânzurarea a fost de prea scurtă durată; când lațul e moale sau între laț și gât s'a interpus un corp moale (gulerul moale dela cămașe, o batistă, un fular, barba). În acest din urmă caz, nu se observă decât o amprentă palidă care dispare curând după moarte. — Lipsa parțială a șașului se explică fie prin



Fig. 172. — Spânzurare incompletă: apra a fixa frânghia de cârligul din tavan al lămpii, sinucigașul s'a urcat pe un coș pus pe un scaun; în momentul când a făcut mișcarea de a-și da drumul, moartea a surprins-o și a rămas în poziția ce se vede.

ori alta, fie prin confecționarea lațului din bucăți de consistență diferită (moale și aspră).

b) **Persistența șanțului în carbonizare.** — Dacă a existat, șanțul persistă și în carbonizarea cadavrului, atunci când lațul a rămas și el pe gât.

c) **Persistența șanțului în putrefacție,** chiar în cea avansată, dar atunci conturul lui se șterge, uneori până la dispariția completă. (Urmele



Fig. 175. — Spânzurare incompletă: sinucigașul găsit cu mâna dreaptă pe trunchiul copacului.



Fig. 176. — Spânzurare completă transformată în incompletă: din cauza flexibilității crăcii, care a cedat greutateii corpului, acesta din urmă a luat poziția în genunchi.

șanțului s'au mai putut nota într'o desgropare practică la 2 luni dela spânzurare). Șederea prelungită a cadavrului în apă șterge șanțul.



Fig. 177. — Legătura: un prosop răsucit.

d) **Numărul șanțurilor.** — De regulă unic, șanțul poate fi excepțional și multiplu, după numărul circularilor. Intervalul dintre șanțuri prezintă o creastă. Dacă circularile se suprapun sau sunt strâns alăturate una de alta, se poate nota numai un singur șanț

lat. — Dimpotrivă, o singură circulară poate lăsa o amprentă dublă, atunci când, în cursul spânzurării, lațul se deplasează.



Fig. 178. Legătura: o curea.

e) Situația. — Șantul, din cauza deplasării lațului în timpul tensiunii lui, se notează de regulă deasupra laringelui, la marginea inferioară a corpului tiroid. Numai excepțional pe însuș laringele, îndeosebi când există la gât tumori, limfomi.

f) Direcțiunea.

— Indiferent de locul unde se află nodul,

în spânzurarea completă șantul e totdeauna oblic ascendent; în spânzurarea incompletă, numai excepțional poate fi întrucâtva orizontal. — Iarăș excepțional, în șantul dublu, se poate înregistra o amprentă normală, oblică, și una mai mult sau mai puțin orizontală.

g) Lățimea e în funcțiune de însuș diametrul sau lățimea lațului și de consistența acestuia (un laț făcut dintr'o curea moale sau o bucată de postav ori pânză, în timpul tracțiunii, se strânge și astfel lățimea șantului e mai mică decât cea inițială a juvățului.

h) Adâncimea e în funcțiune de gradul de

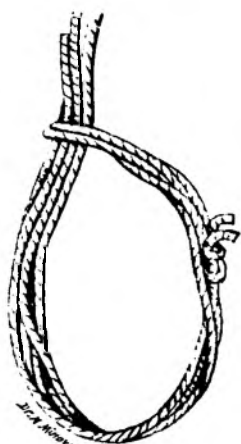


Fig. 179. Legătura: o sfoară pusă în patru.



Fig. 180. Legătura: un șervet mare.

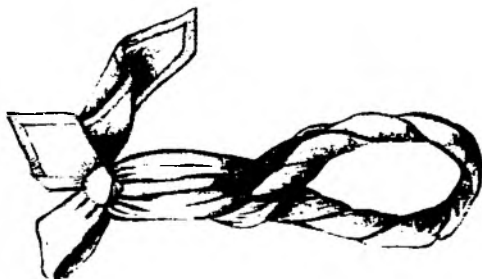


Fig. 181. Legătura: o basma răsucită.

strâmtare a lațului, de greutatea corpului și de durata spânzurării.

Adâncimea, precum am arătat, e inegală. — Excepțional adâncimea poate fi excesivă, șanțul pătrunzând profund în musculatura gâtului (laț de sfoară. sârmă).

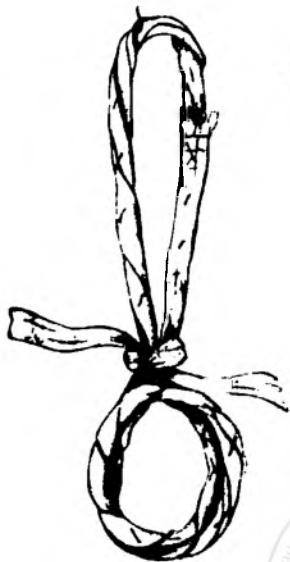


Fig. 182.—Legătura confecționată din căptușală de dril și constituită din două părți: cea de jos, înfășurată de două ori în jurul gâtului, forma lațul propriu-zis, cea de deasupra, înodată la ceafa, a servit la prinderea întregii legături de punctul de suspenziune (balamașa ușii).

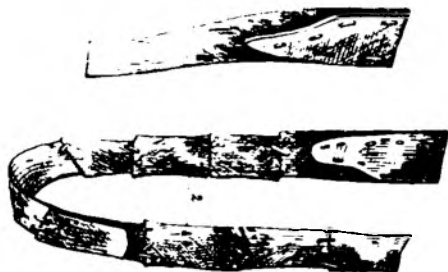


Fig. 184.— Identificarea legăturii care a servit la spânzurare se face prin examinarea adâncimii și lărgimii șanțului. Această identificare e uneori necesară pentru înlăturarea încercării de mistificare, atunci când toată legătura sau numai parte din ea a dispărut. Mobilul unei atari tentative de substituire poate fi și superstiția ca în cazul cu fragmentele de legătură aci reproduse. Insași comisarul care venise să facă ancheta preliminară, după ce a desprins cadavrul, a desfăcut legătura, o curea, și cu propria lui mână a tăiat-o bucăți împărțind fragmentele între spectatori: oamenii din popor cred în puterea magică binefăcătoare a unei bucăți din juvățul spânzuratului.

Ne mai găsim legătura, Institutul Medico-Legal din București a sesizat parchetul. Strâns cu ușa, comisarul a înaintat a doua zi fragmentul de sus, pe care-l oprise pentru dânsul. La o nouă intervenție, ofițerul de poliție judiciară a luat o altă curea, a fragmentat-o și apoi a cusut între ele bucățile, prezentându-le astfel ca o reconstituirea adevăratei curele. Înșelăciunea n'a prins, pentrucă lățimea pretinsei legături nu se potrivea cu lărgimea șanțului depe gâtul cadavrului.

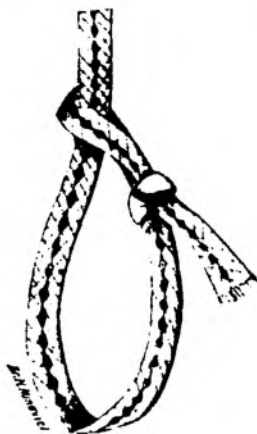


Fig. 183.— Legătura: un fitil pe lampă.

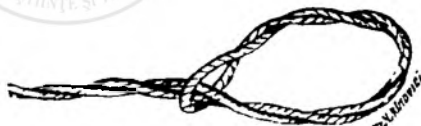


Fig. 185.— Legătura: o sfoară pusă în două.



Fig. 186.— Legătura: o frânghie groasă.

i) Consistența și aspectul.— Moale, șanțul e palid și vânăt; aspru și pergamentat, șanțul e colorat în diverse nuanțe de cafeniu. Pergamentarea, care se face în 15—60 minute,

nu e generală, atunci când lațul fiind confecționat din bucăți aspre și moi, acestea din urmă nu lasă decât o amprentă palidă. Pergamentarea se poate obține și prin spânzurarea unui cadavru.

Rupturile parțiale ale pielii, ce se notează uneori, se explică prin preexistența unei afecțiuni cutanate. — Numai rareori se observă echimoze. În schimb se văd amprentele lăsate de particularitățile lațului: răsucirea acestuia, nodurile eventuale, cusăturile.

Buzele șanțului, îndeosebi cea superioară, au câte o îngustă zonă vânătă.

În caz de șanț dublu, creasta congestionată e sediul unor puncte hemoragice și al unor vezicule umplute cu ser sanguinolent. Infil-



Fig. 187. — Legătura: o curea.



Fig. 188. — Legătura: o frânghie grosă.

trațiunea sanguină a crestei e un semn vital al spânzurării, cu condițiunea însă ca ea să nu cadă în zona hipostasică.

2. Leziunile profunde ale gâtului

a) *Rupturile cu sufuziuni sanguine vitale* interesând mușchii, carotidele.

b) *Fracturile, deasemenea cu sufuziuni sanguine vitale*, interesând laringele, vertebrele cervicale.

E. însă, de observat: a) atât rupturile cât și fracturile pot lipsi; b) rupturile și fracturile există, dar lipsesc sufuziunile sanguine, din cauza opririi circulației în carotide.

3. *Echimozele retro-faringiene sau prevertebrale de origine vitală.* Semn inconstant.

4. Erecțiunea și ejacularea

Chestiunea rămâne controversată (vezi și *vol. I, pag. 591*). Dacă nu punem la îndoială temeinicia observațiilor lui Guyon,



Fig. 190. — Pozițiile lațului și ale nodului în spânzurare: *în stânga*: nodul în față; *în mijloc*: nodul lateral; *în dreapta*: nodul pe ceafa.

Pellier, Bastini, Puppe, Götz, Ziemke (acesta din urmă afirmă chiar că, în pata de spermă, a putut identifica spermatozoizi), stăruim în părerea noastră, că erecțiunea și ejacularea nu sunt un semn specific asfixiei prin spânzurare și că notațiunile acestea sunt fortuite. Invocăm și experiențele concludente ale lui *Orfila*: spânzurând, la 3-4 ore după moarte, cadavre de oameni cari nu sucombaseră asfixiei prin spânzurare, a înregistrat atât o congestiune puternică a organelor genitale cât și coborîrea spermatoizilor în uretră.



Fig. 191. — Poziția anterioară a lațului: cu nodul sub bărbie, în spânzurarea completă.

Trebuie dar să conchidem cu *Tardieu* că în definitiv, *atunci când ne aflăm în prezența unui șanț unic, nu există*

nici un semn caracteristic hotărîtor pentru diferențierea unei spânzurări vitale de una post-mortală.

VI. Semnele accesorii

1. Semnele de violență notate pe haine nu sunt întotdeauna concludente, pentrucă se poate întâmpla ca individul, în urma unui acces de furie, să-și sfășie hainele de pe el și apoi să se spânzure.



Fig. 192. — Șanțul oblic (în spânzurarea-sinucidere), văzut din față.

b) La un sinucigaș s'au notat, pe gât, trei amprente rotunde, unite printr'o dungă îngustă: păreau a fi urmele unei strangulări anterioare, dar s'au identificat a fi amprentele a trei nasturi dela gulerul cămășii (Hofmann).

c) Pe gâtul unui sinucigaș s'au notat amprente de degete: s'a demonstrat că, după ce și-a pus lațul, a interpus anbele mâni (Nicolae Minovici).

Leziunile, deși vitale, nu au decât o origine accidentală: prin ruperea legăturii, spânzuratul (în poziție verticală) cade pe sol și se produc grave plăgi, fracturi și rupturi interne de natură contuzivă.

Cât despre leziunile post-mortale, ele pot fi cauzate prin desprinderea stângace a spânzuratului.

Intr'un caz, sub craca unui copac, s'a găsit capul desprins de

2. În ce privește leziunile corporale, nu e suficient să se facă dovada naturii lor vitale, pentrucă și sinucigașul poate să-și cauzeze atari leziuni, fie înainte de spânzurare, fie în mișcările convulsive din cursul asfîxiei și când se lovește de obiectele din preajma lui (leziuni agonice).

a) O alienată își dă mai întâi o lovitură de cuțit în șoldul drept apoi își retează treimea anterioară a limbii, își bagă în gât o bucată de lemn înfășurată în feșă și legată cu ață, și numai după aceea se spânzură,



Fig. 193. — Șanțul oblic (în spânzurarea-sinucidere), văzut lateral.

trunchiu: s'a demonstrat că nu era vorba de decapitare vitală sau post-mortală, ci de un efect al putrefacției înaintate (*Schauenstein*).

Picioarele și mâinile legate iarăși nu sunt o dovadă de spânzurare post-mortală: atari observații de spânzurări vitale au fost făcute de *Nicolae Minovici*.



Fig. 194. — Prototipul șanțului în spânzurarea cu nodul pe ceafă: șanțul e întrerupt la spate.



Fig. 195. — Vederea șanțului dublu pe ceafă.

Bernt. O observație a lui *Taylor*: unul și-a legat picioarele cu o batistă și a prins de ele bucăți grele de fier.

B. Mecanismul morții

Factorii cari, în spânzurare, concură la completa abolire a funcțiunilor vitale, fie chiar numai la turburarea lor trecătoare (în caz de supraviețuire) sunt: *comprimarea căilor respiratorii, obliterarea până la impermeabilitate a oaselor cervicale, fenomenul inhibitoriu* (acțiunea asupra sistemului nervos). Numai excepțional și într'o anumită formă a spânzurării, se pot nota și leziuni ale măduvii și coloanei vertebrale.

Esențiale sunt cele trei elemente arătate. Rămâne să determinăm rolul fiecăreia din ele, spre a putea conchide care anume e precumpănitoare în deslănțuirea turburărilor și provocarea morții.

Pentru școala veche, al cărei ultim exponent autorizat a fost *Tourdes*, factorul hotăritor era turburarea sau suprimarea hematosei, prin stingherirea sau întreruperea completă a respirației. Experiențele ulterioare, cu animalele, cu cadavrele proaspete și cu persoane vii, au dovedit lipsa de temei a acestei preferințe. Îndeosebi, în România, demonstrațiile de auto-spânzurare făcute de Profesorul *Nicolae Minovici* — ale cărui concluzii au fost unanim adoptate

și în streinătate — au confirmat încheierile la cari au ajuns Hofmann și Brouardel, că deoarece *primul fenomen observat e acela al pierderii cunoștinței*, consecutivă anemiei cerebrale, e de netăgăduit că și faptul decisiv nu poate fi decât acela al întreruperii circulației, prin comprimarea vaselor cervicale. Numai ulterior se instalează dispneea și convulsiunile asfixice. Dovada o fac și propriile noastre observațiuni: peste 30% din cadavrele examinate de noi, chiar pe locul sinuciderii, au fost găsite în forma de spânzurare incompletă: nu numai că atingeau solul cu o parte a corpului, dar unele, la cari sfoara se ruptese, zăceau întinse pe jos. Or, e demonstrat de Brouardel, că pentru obliterarea carotidelor ajunge o presiune exterioară de 5 kgr., pe când pentru obstruarea tracheei e nevoie de una de cel puțin 15 kgr. Mai sunt apoi experiențe cu animalele tracheotomizate deci cu puțința de a respira prin canula introdusă, cari totuși au sucombat spânzurării.

I. Obliterarea vaselor cervicale

Urmează dar că, întru explicarea mecanismului morții, în primul loc e necesar să examinăm acțiunea asupra sistemului circulator.



Fig. 196. — Spânzurarea incompletă: auto-experiența Profesorului Dr. Nicolae Minovici.

În prealabil trebuie să facem o distincție: anemia cerebrală fiind consecința imediată a întreruperii circulației arteriale, e evident că numai impermeabilitatea carotidelor și, în oarecare măsură, și aceea a arterelor vertebrale sunt cauza pierderii cunoștinței. Cât despre venele jugulare, comprimarea lor nu se traduce decât prin cianoza feței în spânzurarea atipică.

Observațiunile și experiențele au dovedit că, în obliterarea incompletă (cu nodul așezat lateral), inima continuând să bată, circulația se poate face prin

carotida și jugulara corespunzătoare nodului, ceea ce explică absența sincopii și instalarea cianozei feței. Detaliul acesta are o mare valoare medico-legală: examinând pe un spânzurat cu nodul lateral și constatând absența cianozei, e un indiciu serios că se poate să nu fie sinucidere.

Experiențele gradate ale profesorului Nicolae Minovici cu propria sa persoană. — 1. *Presiunea cu indexurile dela ambele mâini pe trunchiurile vasculare ale gâtului, la nivelul dintre osul hioid și laringe* (în pat, cu capul pe pernă și cu fața în sus):

a) După trecerea de 5—5 secunde a simțit că un vâl, din ce în ce mai gros, i se lasă peste ochi — simptom premergător pierderii cunoștinței. — b) Întrerupând presiunea, circulația s'a restabilit, iar simultan a avut senzația unei fierbințeli la lață și a unor furnicături comparabile cu trecerea unui curent electric, prin tot corpul, dela occiput la degetele picioarelor.

Reînoid experiența cu alte persoane, cari de bună voie s'au pretat, acestea i-au confirmat senzația încercată de el. A notat la aceste persoane: congestionarea feței (roșie-vânăță), hiperemia conjunctivelor.

2. *Simularca unei spânzurări incomplete.* — Introducând gâtul în lațul unei frânghii (cu diametrul de 4 mm.) și asigurând o presiune uniformă pe gât, a prins capătul liber de un dinamometru, prins la rândul său de un aparat de tracțiune de care era înodată de o altă frânghie. Culcându-se jos, rezezat în cotul stâng, a tras cu dreapta de capătul liber al acestei a doua frânghii. În momentul când și umerii nu mai atingeau pământul,

dinamometrul indica 25—30 kgr. (greutatea corpului experimentatorului fiind de 69 kgr.). Experiența a trebuit să fie întreruptă după 5—6 secunde, deoarece se anunța pierderea cunoștinței. Notațiunile: cianozarea feței, întunecarea vederii, vâjait în urechi.



Fig. 197. — Spânzurarea completă: auto-experiența Profesorului Dr. Nicolae Minovici.

Repetând experiența în poziția tipică și atipică a nodului, a constatat că atunci când nodul se găsea pe ceafă, comprimarea vaselor și a căilor respiratorii se făcea mai repede ca în poziția laterală a nodului, când experiența a putut fi suportată timp de 8—9 secunde.

3. *Simularea unei spânzurări complete.* — Și-a introdus gâtul într'un laț lat de 4 cm., confecționat dintr'o cârpă răsucită: și-a așezat lațul astfel ca în față să fie în dreptul osului hioid, iar în spate, după urechi, în dreptul apofiselor mastoide.

Experiența a făcut-o tot cu dispozitivul întrebuințat în spânzurarea incompletă, iar tracțiunea era exercitată de o mână streină.

a) Mai întâiu s'a exercitat cu simulări repetate de o durată de 4—5 secunde, în cursul cărora corpul a fost înălțat dela pământ cu 1—2 metri dela talpa piciorului. — *Notațiunile:* constricție dureroasă la nivelul hioidului și al faringelui; după scoaterea lațului, dureri de deglutiție.

Dinamometrul îndica 70 kgr. (greutatea corpului plus aceea a îmbrăcăminte).

b) Experiența concludentă a fost aceea făcută a doua zi, cu o suspenziune de 26 secunde. *Notațiunile:* din primul moment al spânzurării până la coborîre, o durere atroce în dreptul osului hioid: violenta contractare a pleoapelor, oprirea respirației; pierderea auzului dela a 5—6-a secundă: groasnice văjăituri în urechi. La coborîre: lăcrămare, deglutiție dureroasă, indeosebi în dreptul coarnelor mari ale hioidului; durerile au persistat timp de 10—12 zile; mucoasa faringelui, hiperemiată; avea senzația unei badijonări cu cocaină și o sete care a ținut două zile. — Impresiunea lăsată de laț: o dungă închisă, presărată cu numeroase echimoze mici confluențe mai ales în dreptul hioidului și al apofiselor mastoide; echimozele, apărute în interval de 5—10 minute, au persistat 8-11 zile.

c) A încercat și o spânzurare completă cu un nod culant, dar a trebuit se intrerupă experiența după 3-4 secunde, pentrucă, înainte chiar ca picioarele să fi părăsit solul, constricția dureroasă era deacum insuportabilă. Echimozele dela gât au apărut mai repede ca în experiența precedentă. Fractura hioidului și a laringelui părea inevitabilă, dacă simularea mai dura. A rămas și așa cu o durere în deglutiție (la nivelul coarnelor mari ale hioidului și la acela al corpului tiroid) care a durat aproape o lună.

In definitio, în prima perioadă a mecanismului morții, adică din momentul în care corpul începe să exercite tracțiunea întregii sale greutate, se notează: senzație de căldură la cap, văjăituri și șuer în urechi, senzații luminoase (oziune de scânteie, fulgere, etc.), îngreuierea picioarelor, pierderea cunoștinței.

II. Comprimarea căilor aeriene

Având locul al doilea în spânzurarea incompletă, comprimarea căilor aeriene stă pe picior de egalitate cu obturarea vaselor cervicale în spânzurarea completă. Ba, în poziția tipică a nodului (pe ceafă) intreruperea respirației joacă rolul de căpitenie.

Asfixia mecanică, după cum au demonstrat-o experiențele, e provocată nu atât prin comprimarea direcți a laringelui, cât prin lipirca bazei limbii de peretele posterior al faringelui; laringele e împins în sus și înapoi spre coloana cervicală.

În perioada asfixică, se notează: convulsii faciale (fața se schimonosește, ochii se convulsează) și convulsii ale membrilor (mâinile și picioarele bat aerul și lovesc obiectele din preajma lor); slăbirea sfincterelor (scurgerea urinei și a materiilor fecale): epistaxis, spumă edemațioasă la gură și nas.

III. Comprimarea și excitarea sistemului nervos

Acțiunea aceasta nu joacă un rol de seamă în provocarea morții decât numai atunci când șocul traumatic cauzat de presiunea jувățului are de efect fenomenul inhibitoriu.

După *Hering* (1925) și *Ortner* (1926) nu e vorba de o excitație directă a fibrelor pneumogastricului, ci de un efect reflexiv pornind dela peretele sinusului carotidian și continuându-se pe nervii acestui sinus.



Fig. 198. — Urmele unei spânzurări incomplete (sinucidere) și neisbutită (prin tăierea la timp a legăturii); partea dreaptă a gâtului.



Fig. 199. — Urmele unei spânzurări incomplete, pe partea stângă a gâtului (vezi clișeul No. 198).

Inhibiția se mai produce prin comprimarea porțiunii superioare a măduvii cervicale.

IV. Leziunile măduvii și ale coloanei vertebrale

De regulă se pot nota numai în spânzurarea completă și când corpul cade brusc.

Fapt neîndoios e că leziunile acestea se pot produce, atunci când coloana vertebrală suferă o subită zguduitură violentă.

V. Timpul necesar morții

E foarte variabil, pentru că instalarea morții, după cum cel dintâiu a precizat-o *Antoine Petit*, e în funcțiune de: dispoziția lațului pe gât, poziția nodului, vârsta, temperamentul, constituția și greutatea individului, gradul de rezistență a tunicilor vaselor, starea de replețiune vasculară, spânzurarea completă sau incompletă.

În genere se admite un interval de 5-10 minute dia momentul strângerii lațului. Moartea poate fi fulgerătoare, atunci când e datorită șocului inhibitoriu.

Observațiunile excepționale de o durată mai lungă nu lipsesc:

a) O femeie executată în Anglia și care a fost readusă la viață după 50 minute.

b) Un adult executat care a fost reinsuflejit după 24 ore (*Bruhier*).

c) Un executat e ridicat spre a i se face autopsia, după ce a stat spânzurat timp de 15 minute. Scos din furgon și pus pe masa de autopsie, spânzuratul dă semne de viață. A murit abea după 22 ore de o congestie pulmonară (*Sikor*).

d) Un spânzurat readus la viață după 29 minute de suspensiune (*Glozel*).

C. Examenul omului viu

Supraviețuirea — fie datorită întreruperii din timp a spânzurării, fie consecutivă manoperelor de readucere la viață — variază ca durată. Unii mor fără a-și recăpăta cunoștința; alții o recapătă pentru câteva clipe, pentru a cădea din nou în coma premergătoare morții definitive; o categorie, însăfârșit, e temporar sau definitiv salvată, dar cu diverse turburări.

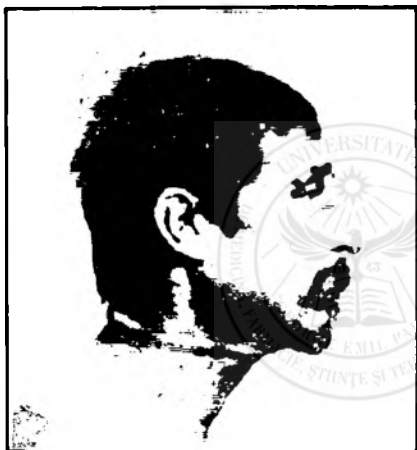


Fig. 200. — Șanțul unei spânzurări complete neisbutite (Desenat de Prof. Dr. N. Minovici).

Readucerea la viață.

— Se recurge la: fricțiuni uscate, inhalații de amoniac, inhalații de oxigeni, aplicarea de lipitori sau de ventuze scarificare la apofizele mastoide, comprese reci pe cap, muștar la picioare, respirația artificială, inclusiv tracțiunea ritmică a limbii. În cazuri desperate se recurge și la traheotomie.

La un supraviețuitor se notează, total sau parțial, următoarele semne:

1. Șanțul care e inconstant (după cum a fost și durata spânzurării), se prezintă ca o dâră roșiatică, tumefiată, excoriată. Urma poate persista timp de 15 zile și chiar mai mult.

3. *Roseața feței.*

4. *Senzațiile descrise la experiențele făcute de Nicolae Minovici.*

5. *Pierderea cunoștinței de o durată variabilă.*

6. *Starea de somn, uneori prelungită.*

7. *Convulsiunile tonice și clonice; paralizile.*

8. *Amnezia, de multe ori durabilă: simplă, anterogradă și retrogradă.*

9. *Confuzia mintală, depresiunea, agitația mecanică.*
10. *Afonia și disfagia.*
11. *Congestia pulmonară, pneumonia, bronco-pneumonia, gangrena pulmonară; dispnee, hemoptizie, tuse.*
12. *Afecțiuni laringee.*

D. Notațiunile pe cadavru

1. Examenul extern

1. *Poziția capului:* inclinațiune în partea opusă aceleia în care se află nodul.

2. *Fața.* — Colorația e, de regulă, aceea a paloarei cadaverice, uneori se notează cianoza. Deosebim dar: spânzurații „albi” (în marea majoritate a cazurilor) și spânzurații „albaștri” (în proporție de maximum 10—20 %). Un spânzurat „alb” poate deveni „albastru”, dacă examenul se face după ce cadavrul a intrat în putrefacție. — În unele cazuri se notează și echimoze faciale (pe frunte).

Expresia feței e aceea a hebetudinei.

2. *Ochii.* — Numai rareori exorbitați. Adesea echimoze pe pleoape și pe conjunctive. — Uneori se notează „faciesul simpatic”, adică ptosis al unuia din ochi și celalt ochiu deschis, cu inegalitate pupilară.

3. *Gura.* — Buzele sunt de regulă palide, uneori cu echimoze. Spumă pulmonară, umedă sau uscată.

4. *Limba.* — Pozițiune variată: proiectată afară din gură (cazuri foarte rare), strânsă între dinți (ceva mai frecvent), ascunsă dinapoia arcadelor dentare (în majoritatea cazurilor).

5. *Nasul:* excepțional hemoragie consecutivă plesnirii unor vase sub-epidermice.

6. *Urechile:* cianoza, indiferent de colorația feței; excepțional se notează otoragia consecutivă rupturii timpanului sau exudării sângelui sub epiderma timpanică, fără plesnirea membranei.



Fig. 201. — „Faciesul simpatic” al spânzuratului (astfel denumit de Etienne Martin, prin asemănarea cu faciesul bolnavilor, la cari Jaboulay practicase secționarea simpaticului). Faciesul acesta e caracterizat pe deoparte prin aceea că unul din ochi rămâne întredeschis, iar celalt închis, iar pe de altă parte prin inegalitatea pupilară — fenomen vital — (midriasis la ochiul deschis și miosis la cel închis. Faptul se explică prin presiunea mai mare exercitată de laț într-o parte a gâtului, de unde comprimarea simpaticului respectiv. Dacă presiunea ar fi egală de ambele părți, am avea miosis al ambilor ochi.

7. *Gâtul*: șanțul; echimoze (excepțional). — La cadavrul rămas spânzurat vreme mai îndelungată, imediat deasupra marginii superioare a șanțului, o dungă cutanată vânătă.



Fig. 202. — Spânzurare: ieșirea limbii pe gură.

8. *Umerii și pieptul*: excepțional se notează echimoze punctate.

9. *Ridigitatea* mai tardivă și mai durabilă.

10. *Lividitățile*. — La cadavrul rămas spânzurat, petele cadaverice se desinează dela cingătoare în jos, cu maximum de intensitate la picioare; la membrele inferioare se observă uneori și echimoze agonice. La membrele superioare, hipostaza se formează la antebraț și e în deosebi pronunțată la mână și degete.

De oarece hipostaza suspendării se formează în 30—60 minute dela moarte, pe cadavrul desprins îndată după moarte și așezat în decubitus dorsal, dispoziția lividităților e cea normală.

Pe cadavrul desprins după trecere de mai multe ore dela moarte și așezat în decubitus dorsal, notăm hipostaza mixtă: cea proprie suspensiunii și cea firească.

11. *Congestionarea penisului și prezența spermei în uretră* (vezi: Diagnosticul sumar).

12. *Putrefacția*: la cadavrul rămas atârnat, putrefacția, uscată în jumătatea superioară a corpului, e umedă în cea inferioară.

II. Durata spânzurării

Elementele diagnostice pentru determinarea timpului de când stă cadavrul suspendat sunt: 1) elementele diagnosticului comun al epocii morții; 2) gradul de cianozare a feței; 3) gradul de exorbitare a ochilor și de injectare a acestora; 4) gradul de adâncire și de pergamentare a șanțului, gradul de învinețire a marginii superioare a acestuia; 5) gradul de intensitate a hipostazei membrelor inferioare.

III. Examenul intern

1 *Capul*: congestia cerebrală e frecventă; hemoragia cerebrală e din contră o foarte rară excepție. — Eventualele leziuni

cerebrale preexistente (pachimeningita, aderența piei-mater de scoarța creierului, etc.) pot constitui un element de apreciere asupra stării psihice și a echilibrului cerebral al spânzuratului, spre a se explica sinuciderea.

Cu prilejul examinării unui spânzurat, am găsit, sub pericraniu, mai multe echimoze dintre cari unele de mărimea unei piese de 2 lei. După aparență, puteau fi luate drept produse ale unui traumatism al capului; dar am demonstrat că în realitate erau sufuziuni de natură asfictică și astfel am exclus ipoteza unei agresiuni premergătoare spânzurării (*Minovici*).

2. Gâtul. — a) *Șanțul*. Dedesubtul acestuia, țesutul celulo-adipos sub-cutanat se comprimă, formând o dungă subțire, cu atât mai lucitoare cu cât lațul a fost mai aspru, iar spânzurarea mai îndelungată: *linia argintie*. Excepțional se notează, sub șanț, și sufuziuni sanguine.

b) *Mușchii*. Rupturile sunt rare și se notează la capul anterior al sterno-cleido-mastoidianului, la sterno-hioidianul și la thyro-hioidianul. Uneori se înregistrează și sufuziuni sanguine în teaca musculară. Cu cheaguri, aceste sufuziuni sunt un semn vital al spânzurării.

c) *Hemoragia retro-faringeană* (inconstantă).

d) *Laringele*. — Fractura laringelui se întâlnește numai excepțional. Infiltrația sanguină la nivelul fracturii e un semn al spânzurării vitale

e) *Fracturile coarnelor mari ale osului hioid* (semn inconstant).

f) *Fracturile cricoidului* sunt excepționale.

g) *Corpul tiroid*: fractură excepțională.

h) *Vasele cervicale*. — Carotidele: ruperea tunicii interne, mai rar a tunicii medii. Ruptura, de o formă inelară, e strâmtă. Echimoze pe tunica externă, pe cea medie și pe teaca perivasculară. — Numai excepțional se notează leziuni ale venelor jugulare.

1. *Leziunile coloanei cervicale*. — a) Uneori luxația consecutivă rupturii ligamentului fie între 1-a și a 2-a vertebră, fie între a 4-a și a 5-a vertebră. — b) Fracturile vertebrale excepționale, în deosebi la a 5-a vertebră. — c) Leziunile pot fi adesea însoțite de sufuziuni sanguine.

3. *Aparatul respirator*. — a) *Congestiunea frecventă a mucoasei laringelui și a bronhiilor*. — b) *Mucus sanguinolent aerat în bronhii și trachee*. — c) *Uneori prezența chimului în căile respiratorii*: fenomen de aspirație care poate fi de natură vitală ori postmortală. — d) *Plămânii*, de regulă congestionati (la nivelul lobilor inferiori) pot fi și anemiatți. Emfizem subpleural. Uneori picheteu hemoragic subpleural.

4. *Inima*: vacuitatea ventriculului stâng.

5. Sângerile: negru și fluid; numai excepțional se observă cheaguri.

6. Tubul digestiv. — În spânzurarea îndelungată și atunci când nu e identificată ca un produs hipostasic, se observă uneori hiperemia mucoasei gastrice cu mici echimoze; aceeași notațiune se poate face și la mucoasa intestinului subțire, îndeosebi la duoden și jejun.

E. Diagnosticul etiologic

Odată stabilit că ne aflăm în prezența unei spânzurări vitale, ni se mai cere să punem și diagnosticul ei etiologic: sinucidere, crimă, accident, urmare a unei experimentări, simulare.

1. Sinuciderea

E certă, atunci când examenul hainelor și al cadavrului, coroborat cu inspecția locului și cu datele anamnezei, exclude orice interpretare în sensul crimei. În caz de îndoială, sinuciderea se demonstrează pe calea de eliminare a celorlalte forme etiologice.

1. Cauza. — Sinuciderea e întotdeauna consecutivă unui acces de desperare, unei nevroze ereditare sau dobândite, unei stări de inconștiență (beție, alienație mintală). Contagiunea psihică joacă și ea un rol, atunci când disechilibrul cerebral constituie un teren prielnic.

O statistică a observațiunilor făcute la Institutul Medico-Legal din București ne arată drept cauză a sinuciderii: alcoolismul, alienația mintală, mizeria, bolile cronice, certurile în familie, dragoste contrariată, pierderea, unui proces, o datorie bănească, lipsa de ocupație, pierderea unei ființe dragi.

2. Sexul: în medie, 70% bărbați și 30% femei.

3. Vârsta. — Maximul de frecvență între 40 și 50 ani.

Statistica Institutului Medico-Legal din București ne dă următorul procent: 10—20 ani 10%; 20—30 ani 17%; 30—40 ani 11%; 40—50 ani 24%; 50—60 ani 17%; 60—70 ani 14%; 70—80 ani 6%; 80—90 ani 1%.

4. Starea civilă: 60% celibatari; 30% căsătoriți; 10% văduvi.

5. Locul sinuciderii: în casă 28%; în magazie 10%; în podul casei 8%; în privată 7%; în pivniță 5%; în grajd 5%; în curte, grădină 11%; în bucătărie 5%; în birou, prăvălie, atelier 4%; în pădure 10%; în închisoare 2%; într'un coteț de porci 1%; într'un coșar 1%; sub un pod de pe Dâmbovița 1%; în tramvaiu 1%; pe un maidan 1%.

În sinuciderea prin spânzurare se pot nota și alte leziuni consecutive unor anterioare tentative neisbutite (o lovitură de cuțit, un foc de revolver, o contuziune gravă, o încercare de otrăvire, etc.).

Primarul unei comune din Ardeal, venit în concediu în București într'un acces de subită alienație mintală, după ce și-a dat câteva lovituri de cuțit în cap, și-a scos cureaua și cu ajutorul ei s'a spânzurat (în forma incompletă).

II. Crima

Spânzurarea criminală nu se poate concepe decât atunci când victima e sau un copil sau un adult în imposibilitate fizică sau morală — firească sau pus într'o atare imposibilitate — de a rezista (o boală istovitoare, paralizia, starea narcotică, leșin prelungit, cu forțele epuizate în urma unei prealabile răniri grave, sau atunci când victima are de luptat cu mai mulți agresori).

În ce privește *copiii*, se notează: cazul de crimă quintuplă relatat de *Hofmann* (un croitor din Viena a spânzurat pe cei 5 copii ai săi: unul de 8 luni, iar ceilalți patru de 2, 6, 8 și 9 ani); cazul de crimă quaduplă petrecut anii trecuți în Polonia; un alt caz cu un servitor care a spânzurat două fetițe (una de 6 și cealaltă de 13 ani); o fetiță de 11 ani, mai întâiu victima unei siluirii și apoi spânzurată.

Exemple de *adulți* victime ale spânzurării: *Gouffé (Lacassagne)*: o alienată (*Krafft-Ebing*); un bărbat în prealabil amețit cu o puternică lovitură aplicată la cap (*Passauer*); o femeie mai întâiu incomplet strangulată de propriul ei bărbat și apoi spânzurată cu aceeași frânghie (*Barri*).

Crima e certă atunci când, faptul fiind descoperit imediat după spânzurare, cu cadavrul suspendat la o înălțime relativ mare, nu se găsește la locul spânzurării, în preajma cadavrului, nici un obiect pe care individul ar fi putut să se urce spre a-și vârâ capul în laț și a prinde legătura de punctul de fixare. Dacă însă legătura a fost prinsă în prealabil, un om capabil de a face o săritură în sus a putut mai întâiu să așeze scaunul la locul de unde-l luase și, prinzându-se cu mâna de legătură, să-și petreacă lațul după gât.

III. Accidentul

E o formă etiologică excepțională a spânzurării și demonstrarea se poate face numai: prin examenul cadavrului rămas încă spânzurat; prin forma șanțului; prin leziunile particulare de pe tegumentele gâtului; prin inspecția locului. În absența acestor elemente trebuie să ne mulțumim cu anamneza.

1. *Acrobații* în producțiunile lor aeriene.
2. *În cursul exercițiilor de gimnastică*: un elev, făcându-și cu o frânghie, ce atârna de portic, câteva circulare în jurul gâtului, a rămas spânzurat.
3. *Cu fularul dela gât prins de craca unui pom* pe care se urcase să culeagă fructe, copilul a rămas spânzurat (*Héger-Gilbert*).
4. *În timpul jocului un copil își introduce capul într'un laț prins de un cuiu*.
5. *Urcat pe scară spre a prinde un obiect în lațul unei frânghii*: fără să bage de seamă capul i se introduce în laț; scara, alunecând, se răstoarnă, iar omul rămâne spânzurat (*Maschka*).
6. *Alunecă de pe scară, iar fularul dela gât îi e prins într'un cârlig* (*Zuelch*).

IV. *Experiențe de auto-spânzurare cum au fost acele făcute de Bacon, Fleischmann, Hammond, membrii faimosului „Club al*

Spânzuraților“ din Londra, profesioniștii exhibițiunilor de auto-spânzurare (Hornshaw, Scott), iar la noi, profesorul Nicolae Minovici.

V. Spânzurarea ca pedeapsă capitală

VI. Mistificarea

E vorba de incercarea făcută de asasin de a induce în eroare justiția, prin spânzurarea ulterioară a victimei ucise în alt mod (cu un instrument sau obiect contondent, tăios, înțepător, armă de foc, arsură, electricitate, frig, sechestrare, inaniție, otravă).

Demonstrația mistificării se face prin:

1. *Inspectia locului*: dacă a fost cu putință ca individul să se fi spânzurat.

2. *Căutarea urmelor de prezența unei alte persoane.*

3. *Căutarea eventualelor pete revelatoare.*

4. *Examenul minuțios al hainelor și al cadavrului*, intru căutarea *semnelor de luptă.*

5. *Stabilirea stării în care se afla spânzuratul înainte de moarte* (boală epuizantă, infirmități corporale congenitale ori dobândite de natură a-i împiedica mișcărilor, beție, stare narcotică, stare de hipnoză).

6. *Notarea leziunilor vitale de pe cadavru, altele decât cele mai mult sau mai puțin specifice spânzurării.*

7. *Examinarea asasinului prezumat.*

8. In sfârșit prin diferențierea spânzurării vitale de cea post-mortală, care se face prin examenul șanțului. Deși forma și adâncimea acestuia e aceeași în spânzurarea vitală și în cea post-mortală, e însă de observat că la șanțul unui *cadavru* spânzurat nu se observă reacțiunea vitală (sufuziunea sanguină a țesutului). — Iar când notăm două sau mai multe șanțuri, atunci semnul diagnostical concludent e *absența sufuziunilor din creasta cutanată dintre șanțuri.*

Exemple de demonstrare a mistificării. — 1. Victima e mai întâiu injunghiată și apoi spânzurată (*Minovici*, 1925).

2. In somn bărbatul e strangulat de soția pe care o amenințase că o lasă. Cu ajutorul unui frate al ei, ucigașa spânzură cadavru (*Minovici*, 1926).

3. O femeie e găsită spânzurată în camera zăvorâtă pe dinăuntru. La examenul cadavrului se notează: plăgi contuze multiple la cap, mâni, torace, picioare: pete de sânge pe trup și pe dușumea. Ucigașul după ce-și omorise victima și o spânzurase, a fugit pe fereastră, pe care a închis-o pe dinafară, printr'un geam spart (*Minovici*, 1929).

4. In cursul unui conflict între doi asociați, unul e lovit de celalt cu un ciocan in regiunea temporală stângă. Agresorul spânzură apoi cadavru (*Minovici*, 1925).

5. Un caz de moarte prin sufocare, mascată prin spânzurarea cadavrului: Unul, venind pe neașteptate, surprinde la concubina lui -- care nu păcătuia printr'o fidelitate escesivă -- pe un „client“ de ocazie, care se'n-

tâmplă să fie și beat. Furios, amantul „en titre”, după ce-l snopește în bătea, îi mai dă un brânciu: intrusul, amețit de băutura și de corecțiunea primită, cade cu fața pe o perină depe pat și rămâne nemișcat: moare sufocat. — În acest timp concubinul își ia la răfuială pe amanta necredincioasă. — Trec câteva minute și amândoi, băgând de seamă că al treilea nu mai dă nici un semn de viață, îl întorc și constată că a murit. Scot cadavrul în grădină și-l spânzură de craca unui copac (în forma spânzurării incomplete). Examenul necropsic a făcut dovada spânzurării post-mortale: șanțul nu avea caracterele vitale: în schimb, s'au notat semnele vitale ale sufocării. — Pe baza concluziunilor raportului de expertiză, parchetul, strângând cu ușă pe cei doi concubini, a putut să le smulgă mărturisirea crimei (*Minovicij*).

6. Un spânzurat, cu lațul de gât, dar cu frânghia tăiată dela punctul de fixare, e găsit așezat pe vine. *Urmele de frecare notate pe coapse și abdomen* arată că victima a fost târîtă până la locul spânzurării. La gât se găsesc *semnele unei strangulări cu mâna*. Ucigașa: propria soție a victimei (*Weimann*, 1929).

7. Un cadavru e găsit cu lațul de gât, dar cu întreaga frânghie pe jos. Dovada că lațul a fost pus pe gâtul mortului, iar capătul liber al legăturii a fost în urmă trecut peste o grindă și s'a tras de el, e că atât frânghia cât și grinda arătau urmele de eroziune (*Goddefroy*, 1923).

8. Într'un bordel se găsește un spânzurat recent spălat, cu cămașă curată pe el. La examenul corpului se notează o rană mortală făcută cu un cuțit (*Casper*).

9. O femeie anunță postul de jandarmi că soțul ei, într'un acces de disperare (pricinuită de hotărîrea nevestei de a divorța), s'a spânzurat. Expertiza demonstrează că nenorocitul a fost omorît de însăși soția lui, care în urmă a înscenat simulacrul de sinucidere. Concluziunile sunt întemeiate pe următoarele elemente:

a) Depărtarea prea mare (pentru talia individului) între extremitățile picioarelor spânzuratului și sol: absența, în apropierea locului spânzurării, a oricărui obiect pe care s'ar fi putut urca pretinsul sinucigaș: i-ar fi trebuit un obiect de o înălțime de cel puțin 85 cm.

b) În tinda casei s'a găsit un coș mare impletit dela care lipsea una din chingi — exact aceea din care a fost făcut lațul.

c) Tot în tindă s'au găsit pete de sânge uman.

d) Pete de sânge și rupturi pe hainele mortului — dovadă de luptă și de rănire: sângele s'a scurs dela o rană dela cap.

e) Stigmatetele strangulării cu mâna.

f) Zgârieturi recente pe gâtul pieptul și mâinile femeii — urmele luptei (*Lares*, 1929).

Expertul trebuie să fie foarte prudent, pentru că numeroase sunt observațiile în cari individul, grav rănit (de altul, accidental sau în urma unei prime încercări de sinucidere), se spânzură apoi:

I. *Urmele unei tentative anterioare de a se sinucide.*

a) O femeie își implântă de două ori cuțitul în piept și apoi se spânzură (*Casper*).

b) Unul se impușcă întâiu și pentru că rana nu e mortală și nu mai are gloanțe, se spânzură. — Un altul își descarcă întâiu un glonte în piept (*Ottolenghi*).

c) Își face întâiu o tăietură la gât și apoi se spânzură (*Taylor*). — Tăietură la gât, abdomen și mână, în urmă spânzurarea (*Hofmann*).

d) Unul își dă în prealabil o lovitură de satâr în cap (*Haumeder*).

II. Urmele unei răniri accidentale:

a) Se lovește la cap într-o cădere dela înălțime, se pronunță grave turburări psihice; după câteva zile se spânzură.

b) Un bețiv cade în stradă și se rănește. După două zile, tot în stare de beție, se spânzură.

III. Urmele unei loviri cu mână streină:

De necaz că a fost bătut cu o trăgătoare, nenorocitul se duce acasă și se spânzură.

F. Strângulara—spânzurarea

E o formă a asfixiei mecanice care, prin execuția ei, nu poate fi interpretată nici ca o strangulare pură nici ca o spânzurare pură.

Formele caracteristice ar fi:

1. Individul e prins cu un *lasso* aruncat în jurul gâtului: victima se smucește, încearcă să-și scoată juvăful, iar agresorul trage de capătul liber. Moartea e consecutivă unei duble acțiuni: aceea a smucirii victimei și aceea a tracțiunii ucigașului.

2. Agresorul surprinde persoana pe la spate; îi prinde gâtul într'un fular, o chingă, o frânghie, o curea, etc. legătură ale cărei capete le ține în ambele mâni; în aceeaș clipă încarcă victima în spinare. Moartea e datorită pedeparte tracțiunii exercitate de greutatea corpului nenorocitului, pe de alta acțiunii asasinului, care trage de ambele capete ale lațului.

3. Câteva exemple ilustrează o altă varietate a formei de strangulare-spânzurare:

a) Un băiat se cațără pe ușa deschisă și, cu gâtul pe marginea superioară, se apleacă de cealaltă parte: un altul, în glumă împinge de ușă spre a o închide: băiatul moare pedeparte sub comprimarea gâtului între marginea ușii și pragul de sus, iar pe de alta sub tracțiunea exercitată de greutatea propriului corp

b) Un alt exemplu: un copil își vără cu greu capul în ochiul unei gratii dela fereastră și rămâne suspendat: în sforțările ce face spre a-și libera capul, își comprimă gâtul de drugii gratiei și totodată corpul îl trage în jos.

c) Un al treilea exemplu: unul fură un porc, pe care-l bagă într'un sac, iar sfoara cu care a legat gura acestuia și-o petrece după gât. Voind să sară gardul curții, sacul cu porcul rămâne de cealaltă parte: individul e găsit mort, pe deoparte din cauza strangulării prin greutatea sacului, de cealaltă din cauza tracțiunii proprii greutatei.

d) Un al patrulea exemplu: Un ucenic de zugrav trage, cu chinga petrecută după gât, o mică platformă pe două roți încărcată cu scări: la urcarea unei pante, platforma o ia înapoi la vale. Băiatul se opintește spre a reține vehiculul: moare sub dubla tracțiune: cea retrogradă a platformei și cea anterogradă a propriului lui corp.

4. INNECUL

a) Definiția. — Submersiunea, care de fapt e și ea o sufocare, crează o stare morbidă sau cauzează moartea, în urma obtu-

rării căilor acriene printr'o substanță lichidă ori semi-lichidă, care de afară pătrunde prin orificiile respiratorii.

Deoarece, în marea majoritate a cazurilor, procesul asfixic e pecetea indelebilă a turburărilor sau a desnodământului catastrofal, urmează că stingherirea sau suprimarea funcțiunii vitale a respirației, ca în orice asfixie mecanică, e realizată de îndată ce obstacolul lichid ori semilichid împiedică pătrunderea aerului la gura exterioară a căilor respiratorii, indiferent de cantitatea obstruantă a materiei. Adică, starea morbidă sau moartea se pot nota și la o adâncime infimă a mediului de submersiune, cu condiția ca, prin poziția corpului, lichidul sau semi-lichidul să ajungă la nivelul orificiilor respiratorii, zădărniciind astfel hematosa. Aceasta ne explică de ce înregistrăm morți prin submersiune într'o simplă băltoacă, atunci când victima cade sau e menținută cu fața în ea.

b) **Mediul de submersiune.** — Am spus că, spre a avea o asfixie mecanică prin înecare, trebuie ca agentul generator să fie o masă lichidă ori semi-lichidă.

Natura acestei mase poate fi aceea a oricărei substanțe lichide sau semilichide, firească ori pe cale de dizolvare sau de topire: apă, vin, băutură alcoolică, unt-de-lemn, păcură, petrol, benzină, etc.: orice soluțiune de substanță solidă ori semi-solidă: lăturile; noroiul diluat, mălul apelor, conținutul lichid sau semi-lichid al latrinelor, lochiile facerii, masa formată de propriile vărsături ale individului.

I. Mecanismul morții

În înecare, de regulă, am spus-o, moartea e consecutivă unui pur proces asfixic. În unele cazuri, însă, mecanismul ei e acela al unei sincope fulgerătoare. Vom deosebi dar două varietăți: acțiunea asfixică și cea inhibitoare.

A. Forma asfixică

E stabilit că, la începutul imersiunii, victima, printr'un act conștient ori reflex, își întrerupe respirația, spre a împiedica astfel pătrunderea în căile aeriene a mediului asfixiant. Dacă această primă tentativă de rezistență e ineficace, turburarea hematosei se accentuează, funcțiunea cerebrală sau simpla acțiune reflexă sunt progresiv stingherite până la complectă abolire, respirația se restabilește și astfel se produce aspirațiunea vitală a lichidului sau a semi-lichidului. În 3—4 minute se declară moartea aparentă, după care, la un interval variabil, dar niciodată mai mic de 20 minute, se instalează moartea reală.

Dar și în forma asfixică, intervalul necesar provocării morții aparente nu e de o lungime egală. Condițiuni particulare — cum ar

fi paralizarea mișcărilor mâinilor, a picioarelor, a corpului întreg (crampe musculare, picioarele prinse în măt, în ierburile de pe fundul și dela marginea apei, etc.: o greutate prinsă de picioarele ori de trupul victimei, o apăsare în jos a corpului, în inecul criminal, etc.) fac ca starea comatoasă să se desăvârșească rapid. Pe când, atunci când mai posedă, chiar redusă, libertatea mișcărilor, inecatul se sbate, din când în când mai apare la suprafață, făcând eforturi de evacuare a lichidului pe gură.

Fazele asfixiei. — Tipul morții prin submersiune nefiind acela al asfixiei lente ci rapide (5—4 minute), distingem trei perioade:

a) *Faza reținerii respirației*, care excepțional — întocmai ca în notațiunile făcute în cursul experiențelor cu animale — făcute pe vremuri de Bouardel și Paul Lloye și la cari am asistat — poate fi precedată de o inspirație prin surpriză. În faza aceasta, inecatul, păstrându-și conștiința și facultatea mișcărilor reflexe, își ține răsufllarea, face eforturi desperate să se mențină, ori să reapară la suprafață. Dacă inspirația de surpriză se produce, individul, prin tuse, expulzează materia înghițită. (Această perioadă, a cărei durată medie e de o minută, corespunde primelor două faze experimentale notate în comunicarea lui *Brouardel* și *Lloye*).

b) *Faza înfrângerii rezistenței sau aceea a dispneei involuntare.* — Istovit și ne mai putându-și reține răsufllarea, inecatul face repetate inspirații cu corolarul inevitabil al aspirației din mediul de submersiune. Inspirațiile, profunde și scurte la început sunt urmate de scurte expirațiuni convulsive. Procesul acesta se traduce la suprafață, prin apariția unei spume aerate (albicioasă). Toată perioada durează în medie 60—90 secunde.

c) *Faza terminală a asfixiei:* pierderea cunoștinței; apneea; dispariția sensibilității; destinderea musculară și sfincteriană; dilatarea pupilelor; inspirațiunile terminale, în cursul cărora se face maximum de aspirație de lichid în aparatul respirator; instalarea morții aparente.

Înima continuă să bată 15—25 minute.

Durata perioadei (care, la om, corespunde ultimelor două faze experimentale ale lui *Brouardel* și *Lloye*) oscilează între 60 și 90 secunde.

În rezumat moartea, în forma asfixiei e consecutivă suprimării hematosei și acțiunii exercitate de apă asupra sângelui și țesuturilor la nivelul plămânilor, cu sau fără intervenția sincopei.

B. Forma sincopală

În această variantă a morții prin înec, toate fazele notate în tipul asfixic sunt suprimate. Moartea — aparentă sau reală — se produce fulgerător și consecutivă unui efect de inhibiție: spaima ori excitarea nervoasă din mucoasa laringee prin acțiunea bruscă a lichidului sau semi-lichidului aspirat în prima inspirație, aceea a surprizei.

C. Durata fenomenelor mortale

Aceasta e în funcțiune de vârsta, starea generală, de morbidi-tăți locale, de constituția individuală, de durata eforturilor făcute de inecat spre a reveni la suprafață, de starea de replețiune a sto-

macului, de starea de inconștiență naturală ori artificială (beția, narcoza, etc.), de obicinuița individului de a se menține sub apă. În această din urmă categorie intră pescuitorii de bureți, de mărgan și de perle; plongeuri exhibiționiști. Rezistența lor la asfixie se explică prin *aerofagie*: în momentul de a se cufunda, înmagazinează întâiu în gură o mare cantitate de aer respirabil pe care, prin închiderea ermetică a gurii și printr'o mișcare de deglutiție, care forțează intrarea cardiei, îl aduc în stomac; pe măsura nevoilor respirației, aerofagul readuce aerul din stomac în gură de unde pătrunde în căile respiratorii, iar în acelaș timp elimină pe nas aerul devenit irespirabil.

Durata medie a tuturor fenomenelor morții aparente e, am spus-o, de 3—4 minute.

* * *

Readucerea la viață. — Inima, precum am arătat, continuând să bată 15—25 minute, urmează că moartea reală, afară de cazurile de înec-inhibiție, nu se instalează decât după alte 20—40 minute cece ar da o medie de 30 minute. În imensa majoritate a observațiilor, media aceasta e cu mult inferioară: 22—25 minute (Vezi și: Vol. I, pag. 454).

Urmează că, dacă înecatul e pescuit fără întârziere, există perspectiva unei readuceri la viață. Trebuie, însă, să observăm că, din cauza pătrunderii apei în bronhii, plămânii se găsesc într'o stare de pronunțată inferioritate pentru restabilirea hematozei. Cele mai multe șanse le au înecații formei sincopale, la cari leziunile pulmonare sunt neînsemnate față de ravagiile făcute de materia de imersiune în forma asfixică.

Sforțările de readucere la viață nu sunt întotdeauna încununuate de un succes durabil. Unii, — deși circulația și respirația au fost restabilite, — mor deabinelea după câteva ore, prezentând simptomele unui edem pulmonar acut.

La cei salvați, se notează de regulă stări morbide de o durată variabilă:

1. *Pneumonia de deglutiție*, consecutivă invaziei în plămâni a germenilor suspendați în mediul de submersiune (germeni proprii acestui mediu, ori bacilii prezenți în gură și nas și cărați de lichid).

2. *Anuria; hemoglobinuria.*

3. *Turburări psicho-nervoase.* — Amnezia retrogradă, stare confuzională, delir, convulsii, etc.

* * *

Procedeele de reducere la viață: *respirația artificială, lăsarea de sânge, iar, după trecerea perioadei acute, puncte de foc dealungul coloanei vertebrale și tratamentul cu ergotina și iodura.*

II. Diagnosticul înecării

(Pentru diagnosticul înecării nouilor-născuți vezi: „Pruncuciderea“, vol. II).

Diagnosticul submersiunii e bazat pe următoarele elemente de informațiune și de edificare:

1. *Inspeția ocului:* a. *adâncimea mediului de submersiune;*

b) *natura lui*; c) *poziția corpului*; d) dacă moartea s'a produs într'o apă curgătoare ori stătătoare la o adâncime superioară taliei individului, sau dacă moartea s'a produs pe uscat (într'un recipient, într'o hazna de latrină, într'o băltoacă, etc.).

2. Anamneza privitoare la: *starea generală* premergătoare înecării, *starea particulară* somatică și psihică, *starea excepțională* de somn, narcoză, hipnoză, somnambulism, alienație mintală.

3. Semnele externe

Vom remarca în prealabil că, la examenul unui cadavru care a stat în apă vreme prea îndelungată, prin accentuarea macerației, a hipostazei și a putrefacției — favorizată de contactul cu atmosfera din chiar momentul reapariției corpului la suprafață sau acela al pescuirii lui — semnele caracteristice ale morții prin înec se șterg în parte sau pot chiar dispăre.

De aceea, în interesul expertizei și atunci când, ținând seama de timpul scurs dela înec, nu mai e posibilă nici o îndoială în ce privește realitatea morții, recomandăm ca, în nici un caz cadavrul să nu fie depus pe marginea apei ori să fie ridicat de acolo: dacă plutește, cadavrul să fie lăsat în mediul de submersiune și numai prins, spre a nu fi cărat mai departe de curent; dacă a fost pescuit, să fie pus la loc în mediul de submersiune, luându-se aceeași precauțiune, spre a se evita de a fi luat de curent. Numai în chipul acesta mai sunt șanse ca, zădărniciindu-se grăbirea putrefacției, expertul să poată identifica semnele specifice ale morții prin submersiune și, eventual, să noteze leziuni cu caracter vital ori post-mortal.

A. **Temperatura corpului.** — Cadavrul înecatului scos din apă imediat după moarte e mai rece decât dacă acelaș cadavru și în acelaș interval ar fi stat pe uscat.

B. **Fața.** — Colorațiunea ei variază după tipul morții: cianozată în moartea asfixică, fața e dimpotrivă palidă, numai cu puține plăci vinete, în submersiunea-inhibiție. Vom deosebi dar, după caracterizarea lui *Pajot*: înecați „albi” și înecați „albaștri”. — Să mai observăm că paloarea feței se poate frecvent nota în submersiunile în lichid de mică densitate.

C. **Fruntea:** uneori urme de eroziuni.

D. **Ochii:** Echimozele conjunctivale, frecvente în submersiunea în lichidele turburi (haznaua latrinei, apele măloase, lături, lochii, etc.), sunt dimpotrivă o excepție în lichidele limpezi. Uneori se pot înregistra echimoze și pe pleoape; deasemenea se poate nota, în rare cazuri, o spuzeală flictenulară a corneei. Ochii, cu globul exorbitat, sunt deschiși, cu pupilele dilatate.

E. **Gura.** — Buzele vinete, depărtate, cu limba ieșind printre

ele. O spumă foarte fin aerată, albicioasă (în submersiunea în apa limpede), rozată de diverse nuanțe (în submersiunea în celelalte medii). În timpul deplasării cadavrului spuma aceasta se poate șterge.

F. Nasul: aceeaș spumă la nări; uneori urme de eroziuni.

G. Urechile de un vânăt închis bătând în albastru.

II. Pielea în general. — a) *Pielea anserină*, la înecatul fără întârziere mare scos din apă, e localizată mai ales la umeri, brațe și fața externă a coapselor. Particularitatea aceasta poate persista un interval de câteva ore până la câteva zile.

b) *Retracțiunea pielei penisului, a scrotomului și a mamelelor.*

c) *Macerarea* pornește dela regiunile mai îngroșate ale epidermei: pulpa degetelor, palma, dosul mâinii; degetele, talpa și dosul piciorului; bătăturile profesionale. În șederea prelungită a corpului în apă, procesul de macerare progresează: se desprind fășii epidermice; pielea dela mâni se desface ca degetele unei mânuși, iar pielea de pe talpă cade ca o talpă artificială. Epiderma macerată e albă și încrețită.

Cu timpul se desprind și părul și perii: părul capului cade mai întâiu depe partea boltită a craniului.

Deasemenca cad sau se desprind lesne unghiile. Sub acestea se pot găsi urme de nisip, măl, alge.

Pielea mai fină a copiilor mici și a femeilor cu trupul bine îngrijit se macerează în interval mai lung.

De notat: primele semne de macerație se pot observa la cadavrele înfășate cu un cearșaf sau altă învelitoare udă, ori pe partea în decubitus a cadavrului ținut pe un teren umed.

d) *Lividitățile cadaverice* — cari nu trebuiesc confundate cu petele lăsate de îmbrăcăminte colorată — au deobicei o nuanță rozată la cadavrele înecate în apă rece.

e) *Putrefacția*. — În timpul cât cadavrul rămâne sub apă, procesul putrefactiv se produce încet, cu atât mai lent cu cât mai răcoros e și anotimpul.

Putrefacția — care e mai accelerată în apa stătătoare decât în cea curgătoare — pornește dela față și partea superioară a pieptului, de unde se întinde la umeri, brațe, abdomen și membrele inferioare.

De îndată însă, ce cadavrul revine la suprafață sau e scos din apă, procesul se accelerează în măsura în care e avansată și macerarea și ajută și temperatura mai ridicată a atmosferei. Vara cadavrul se umflă, are fața desfigurată, iar petele caracteristice putrefacției sunt mai mari la față, gât, partea superioară a pieptului și la genitalele externe. — Pe cadavrul rămas vreme îndelungată sub apă se pot nota, după durata acestei șederi în mediul de submer-

siune. patru fraze ale procesului protrefactiv: 1) apariția petelor verzui; 2) putrefacția gazoasă; 3) ramolirea țesuturilor; 4) saponificarea, care începe în a 4-a lună de menținere sub apă. În această ultimă fază se încrustează pe suprafața corpului și corpii streini din mediul de submersiune.

După o ședere de doi ani în apă, părțile moi ale cadavrului sunt complet distruse.

f) *Leziunile de eroziune*. — Cele dela degete sunt consecutive fie sforțărilor făcute de înecat spre a se salva, fie convulsiunilor agonice.

La cadavrele din apele curgătoare mai repezi, unde sunt mănate de curentul apei în poziția de decubitus abdominal, se notează zdreliri la cap, genunchi, mâni și dosul degetelor dela picioare.

4. Semnele interne

Notațiunile specifice morții prin submersiune — consecutive dublei acțiuni a inspirațiunii și a resorbțiunii lichidului sau semi-lichidului — se pot face numai în tipul asfioxie, nu și în cel sincopal în care reacțiunea vitală e fulgerător suprimată. De unde urmează, că trebuie examinate: repartiția masei lichide ori semi-lichide (cu corpii streini suspendați în ea) în interiorul corpului; leziunile anatomice pricinuite de această penetrațiune.

1. Repartiția lichidului ori a semi-lichidului

E stabilit că aproape jumătate din masa de pătrundere se oprește în plămâni; restul se repartizează în celelalte părți; imbibă mai puțin țesutul muscular al scheletului decât miocardul: diluează mai puțin sângele arterial de cât cel venos.

A. *Plămânul*. — Lichidul e aspirat de sistemul limfatic și, în cursul procesului de filtrare care se produce, corpii streini suspendați se fixează în parenchimul pulmonar, iar lichidul epurat, la care se adaugă mucus și bule de aer, se transformă într'o spumă fină, îngrămadită în plămâni, bronhii (până în cele mai mici ramificațiuni), trachee, laringe și faringe, debordând pe gură și nas. De cantitate variabilă (după durata agoniei) și cu tendința de a dispărea după moarte, spuma din căile aeriene e divers colorată: albicioasă, gălbue, rozată, roșiatică, sanguinolentă (mai ales la copii).

De reținut: cu ocazia manoperelor de readucere la viață, atunci când moartea reală e deacum instalată, lichidul, ce se găsea în cavitatea bucală și în părțile superioare ale căilor aeriene, poate fi atras în plămân până'n alveole.

B. *Stomacul*. — Prezența în stomac a substanței de submersiune (cu corpii streini suspendați în ea) se explică prin mișcările de deglutiție din cursul procesului asfioxie. Cantitatea oscilează în-

tre o jumătate de litru și 1—2 litri. În putrefacție, pe cale de imbi-
biție, lichidul, parțial sau chiar total, dispăre din cavitatea gastrică.

C. Intestinul. — Lichidul se poate uneori găsi în duoden,
în jejunum și excepțional până în ileon.

D. Urechea mijlocie (cavitatea timpanică) poate și ea să
conțină uneori o parte din masa de submersiune.

II. Repartiția corpurilor streini suspendați în masa de sub-
mersiune.

Corpii streini — cari pătrund și în *vagin* — se repartizează
uniform în *plămân*, afară de zonele de atelectazie. Repartiția e res-
pectată și de însăș putrefacția.

Corpii streini se regăsesc în toate regiunile unde a pătruns și
lichidul (*stomac, intestinul subțire, urechia mijlocie*).

Ei se notează deasemenea în *sistemul limfatic* și în *vasele san-
guine*, în cari au pătruns pe cale de filtrare.

III. Leziunile anatomice

A. Creerul: replețiune sanguină.

B. Edemul glotei.

C. Mușchii gâtului și ai pieptului: echimoze de mărime va-
riabilă, îndeosebi în sterno-cleido-mastoidian, în scalen, în marele și
micul pectoral. Echimoze de valoare diagnostică relativă, pentru că
ele pot avea ca origine manoperele de respirație artificială, după
scoaterea corpului din lichidul de submersiune.

D. Căile aeriene. — 1. *Echimozele asfixice* se notează pe mu-
coasa căilor aeriene superioare, însă numai când masa de submer-
siune e de o mare densitate; când densitatea masei e mică, notațiunea
e excepțională. — 2) uneori se notează un *edem apos* la intrarea la-
ringelui; nu e însă semn specific înecării.

E. Plămânii. — 1. *Petele lui Tardieu* sau lipsesc cu totul sau
sunt puțin numeroase și slabe. În schimb, se pot nota excepțional
echimoze de dimensiuni mai mari, de un roșu spălăcit și localizate
îndeosebi în interstițiile dintre loburi.

2. Un alt semn e *volumul mărit* al plămânilor, pe suprafața
căroră se observă impresiunile coastelor. Dar dilatațiunea aceasta
poate lipsi atunci când, în viață, ambii plămâni au fost sudați de
pereții toracici și de diafragmă. În sudările unilaterale, numai plă-
mânul neaderent se umflă; în sudările locale, numai în aceste zone
plămânul rămâne nedilatat. Aderențele slabe nu constituie un obsta-
col la dilatarea pulmonară.

3. Semnul pulmonar capital e *emfizemul* apos astfel botezat
de *Brouardel* și care se caracterizează prin starea emfizematoasă
a unei părți a parenchimului și imbibarea cu apă a restului acestuia
(îndeosebi lobii superiori și zonele din vecinătatea hilului). La pi-

păit plămâinii — a căror greutate ajunge până la 900 gr. și chiar mai mult, iar excepțional până la 1.600 gr. — dau senzația unui burete imbibat cu apă. — În emfizemul apos, din plămânilor secționat țâșnește o spumă analoagă cu cea notată în căile aeriene.

4. *De notat:* a) în cazurile de readucere la viață de scurtă durată, în urma respirației artificial restabilită, se poate întâmpla ca apa din căile aeriene și din plămâni să fie resorbită și astfel să dispară edemul apos și să se reducă volumul plămânilor.

b) Semnele pulmonare lipsesc de regulă în cazurile de preexistență a unui emfizem pulmonar, a unei tuberculoze pulmonare, a unui plămân indurat sau a unei leziuni traumatice directe.

F. *Inima:* replețiunea și dilatarea ventriculului drept cu sânge fluid, excepțional mai îngroșat și cu cheaguri rare. După o ședere în apă de 1—2 luni, în timpul verii, nu se mai găsește sânge în inimă și în vasele mari.

G. *Sângele,* de culoare vișinie, e diluat și caracterizarea lui ca sânge de înecat se face prin: crioscopie, determinarea gradului de hemolisă, conductibilitatea electrică și identificarea urmelor de corpi străini suspendați în mediul de submersiune (vezi: *Vol. I, pag. 454—459*).

H. *Ficatul.* — Etienne Martin a atras atenția asupra modificărilor suferite de ficat: greutate mărită, culoarea drojdiei de vin; la incizie se scurge în abundență un sânge negru.

I. *Splina:* anemie frecventă, cu capsula palidă, încrețită pe ambele fețe.

5. Diagnosticul diferențial etiologic

Adică: moartea e ea datorită înecării, ori ne aflăm în prezența unui cadavru căzut, aruncat în masa de submersiune, ori a unui cadavru de persoană subit moartă în această masă?

În prealabil vom expune pe scurt etiologia morții prin submersiune:

I. Sinuciderea e o foarte frecventă varietate etiologică a înecului. Unică, multiplă (dublă, triplă, colectivă) se întâlnește la toate vârstele și la ambele sexe.

În sinuciderea solitară, femeia dă un contingent mai mare, aproape dublat, decât acela al bărbatului. În forma multiplă se disting două categorii: sinuciderea familială (mizeria, disperarea): sinuciderea în grup a unor persoane fără legături de sânge, ca manifestare a unei aberațiuni mintale colective.

Frecvența, fie în formă unică fie în cea multiplă, mare în anotimpul călduros, e mică în cel răcoros și aproape nulă în lunile de iarnă. Maximul ni-l oferă vara. Atunci însă când e vorba de sinuciderea într'un loc închis (basinul unei băi publice, cada unei băi particulare, etc.), ea se poate înregistra în orice anotimp.

Să notăm că se prezintă și cazuri de sinucidere *simultană*.

II. *Accidentul,* formă foarte frecventă a înecului, se notează la orice

vârstă, indiferent de sex, și la orice epocă a anului. Inecul accidental poate fi unic ori multiplu.

Diagnosticul cauzei e întemeiat pe argumente trase din anamneză și din examenul cadavrului. Pe baza observațiilor făcute să exemplificăm posibilitatea accidentului:

1. *Alunecarea pe fundul apei*: persoana își pierde echilibrul, chiar într'un loc unde adâncimea e destul de mică

2. *Vimerirea într'o deprestune a fundului apei.*

3. *Se aruncă în apă dela o înălțime relațio mare și*, fie în izbirea bruscă a corpului de suprafața apei, fie în izbirea de fundul acesteia ori de un obiect dur plutitor (lemn, barcă, etc.) sau imobilizat (piatră, etc.). *se rănește și astfel e lipsit de puterea necesară spre a se apăra contra inecului.*

4. *Căderea în masa de submersiune* (lichidă ori semi-lichidă), *indiferent de adâncimea ei*: a) sub povara unei greutatei încărcată în spinare cade cu fața în jos într'o băltoacă adâncă de numai 15 cm., și se înecă (*Küntz*); b) cade dela o înălțime de 11 m. cu fața în jos într'o băltoacă înghețată de numai 10 cm., adâncime: pojghița subțire de ghiață se sparge și fața rămâne prinsă în gaura formată — iar victima accidentului moare înecat (*Tourdes*).

5. *Răsturnarea unei bărci; naufragiul unei corăbii, al unui vapor.*

6. *Accidentul profesional*: pescătorii de bureți, de mărgean, de perle; plongeorii exhibiționiști; pescarii obicinuiți: înotătorii de profesie; concursurile de innot, etc.

7. *Un început de asfixie de altă origine*: curățitorii de latrine, curățitorii de canale subterane, sufocați de gazele mefitice cad și se înecă în masa de sub picioarele lor.

8. *Starea de inconștiență*: în somn, narcoză, hipnoză, beție, cade și se înecă (Un bețiv cade cu fața într'o băltoacă formată prin topirea zăpezii — *Taylor*. — Un bețiv cade cu fața în băltoaca formată de propriile lui vărsături).

9. *O stare patologică preexistentă sau subit deslănțuită*: acces epileptic, paralizia inimii, apoplexie, comoție cerebrală consecutivă căderii (a. În cursul unui acces epileptic o spălătoreasă cade cu capul în albie. — *Liman*. — b. Se înecă din cauza timpanului perforat — *Schlitter*, 1927).

III. *Crima*. — Abstracție făcând de pruncucidere, atunci când victima e un adult, crima e cel mai rar tip etiologic al morții prin inec. E nevoie ca adolescentul sau adultul nă fie surprins sau să se găsească într'o vădită stare de inferioritate naturală sau patologică față de agresor sau agresori. — stare preexistentă sau creată prin violente premergătoare înecării criminale.

IV. *Pedeapsa cu moartea* o pomenim numai ca o remunișcență din istoria unor țări, fie ca sancțiune codificată (paricidul, femeea adulterină), fie ca represiiune cu ocazia marilor convulsțiuni politice și sociale (sinistrelle isprăvi ale convenționalului Carrier: faimoasele „noyades“ cu miile ordonate de el la Nantes au desonorat Revoluția franceză).

Să trecem acum la diagnosticul de diferențiere a cadavrului unui înecat de cadavrul unei persoane care a murit de altă cauză.

A. Semnele exterioare

I. *Nu se notează nimic suspect*. — Moartea poate fi *subită* înainte de înec: sincopa; inhibiția (contactul brusc cu apa rece; șocul produs prin izbirea abdomenului de suprafața apei, în aruncarea în aceasta dela oarecare înălțime); *hemoragia cerebrală*; *paralizia cardiacă* (urmare a presiunii exercitate asupra inimii de sto-

macul plin); *asfixia prin aspirarea sub apă a propriilor vărsături; cardiopatia preexistentă; întreruperea respirației prin presiunea exercitată de stomacul plin asupra diafragmei.*

II. Se notează particularități suspecte, în ce privește reducerea sau chiar suprimarea libertății de mișcare a persoanei scoase din masa de submersiune (imobilizarea membrelor, greutatea legate de corp), sau prezența unor corpi streini în orificiile căilor respiratorii. — Nu e dovadă peremptorie de intervenția unei mâni streine. Observații controlate stabilesc contrariul:

a) Un bătrân, desperat de căpătarea unui șantru, își prinde de fiecare mână câte un fier de călcat; b) un alt sinucigaș își leagă picioarele; c) un altul își leagă un bolovan de gât; d) un sinucigaș își leagă capul cu un sac; e) un altul își umple buzunarele cu greutatea mari; f) o femec își astupă nările cu câte un dop, iar pe gură își bagă un tampon; g) unul, după ce și-a legat picioarele și de ele o greutate mare, și-a legat singur și mâinile și apoi s'a aruncat în apă.

III. Se notează semne de violență. — În primul loc trebuie făcută diferențierea vitală și post-mortală a leziunii, fără să mai vorbim de rănille vitale cari s'au putut produce fie în inecul-sinucidere fie în înecul-accident, sau de acele cari au putut deacum exista înainte de contactul corpului cu masa de submersiune.

a) În sinucidere sau accident se pot observa leziuni vitale din cele mai grave: fracturi craniene, luxația umărului, fractura brațelor ori a picioarelor, grave contuziuni sau chiar tăituri și înțepături.

b) În sinucidere se pot nota semnele unei tentative de auto-strangulare, de auto-spânzurare, de rănire cu orice fel de instrument, inclusiv arma de foc. — Observații: 1. O fată de 20 ani. Întâiu se strangulează cu o legătură și apoi se întinde cu fața în jos, în cada băii (*Hofmann*). — 2. Unul își dă în piept o lovitură de cuțit mortală și apoi se aruncă în apă. — 3. Un sinucigaș după ce și strânge gâtul cu o frânghie, își descarcă un foc de revolver în regiunea precordială și apoi cade în apa pe marginea căreia se afla. — 4. Unul se spânzură de felinarul depe marginea apei; legătura se rupe și spânzuratul cade în apă (*Haberda*). 5. Un individ se spânzură de craca unui copac depe marginea apei; sfoara se rupe și cadavrul cade în apă (*Minovici*, 1921).

c) Leziunile dela mâni am văzut, pot fi consecutive convulsieiunilor asfixice.

IV. Leziunile post-mortale. — Moartea e datorită exclusiv submersiunii, dar leziunile constatate sunt de origine post-mortală. De exemplu:

a) *Urmele de strangulare*. — Acestea nu trebuiesc întotdeauna interpretate ca pecete a crimei: șanțul dela gât poate fi un efect al putrefacției care, prin umflarea corpului, provoacă presiunea gulerului, a cravatei, a fularului, care astfel lasă o amprentă suspectă; amprente degetelor pot fi acele ale unui tovarăș de nenorocire care, în lupta de a se salva, se prinde de gâtul celuilalt.

b) *Rănille consecutive frecării corpului de fundul sau de marginea apei, de obiectele întâlnite în cale.*

c) *Rănile*, uneori de o gravitate mare. *făcute de lopețile bărcilor, de drage, de helicele vapoarelor* (când se notează desfigurări, striviri, spintecări abdominale, amputări, decapitări).

d) *Rănile făcute de pești, diversele specii de raci, paserile care se cufundă în apă, mamiferele ce trăesc și sub apă (șoarecii, lutrul).*

e) *Leziunile făcute de instrumentele întrebuințate pentru scoaterea cadavrului (cange, etc.).*

f) *Macerarea și putrefacția* provoacă desprinderea unor părți ale corpului și cari sunt luate de curentul apei.

V. Caracterele macroscopice pentru diferențierea rănii vitale de cea post-mortală la un cadavru de înecat, notate pe cale de experiență. n'au nici o valoare diagnosticală, pentru că particularitățile sunt în funcțiune de temperatura apei la diversele ei adâcimi, de temperatura atmosferică și de mersul putrefacției.

Sub beneficiu de inventar relevăm rezultatul experiențelor făcute de Mark (1928):

Sângele dintr'o rană făcută cu mai puțin de 24 ore înainte de înecare, dispare în apă. Dacă rana are o vechime de 3 zile, urmele reacțiunii vitale persistă.

VI. Poziția corpului nu e nici ea concludentă pentru teza crimei. Dovadă următoarele observații: 1) o femeie sparge ghița unei mlaștini și-și bagă capul în apă (*Smith*). — 2. O femeie ingenunchiază și-și bagă capul într'o găleată plină cu apă (*Taylor*). — 3. Un ofițer în retragere, de 70 ani, cu picioarele legate cu o cravată, se întinde cu fața în jos într'un șanț plin cu apă de o adâncime de 60 cm.

B. Semnele interne

Cele specifice, descrise la autopsia înecatului, precum am arătat, nu se găsesc în moartea prin înecul-inhibiție. Deasemeni nu le vom putea nota în moartea subită intervenită înainte de înec, nici în cadavrul unui individ în prealabil otrăvit sau mort în urma unui șoc inhibitoriu și ulterior aruncat în apă.

Diagnosticul diferențial privește dar exclusiv moartea prin înec consecutivă asfixiei. Semnele sunt acele ale aspirației vitale a lichidului sau semi-lichidului de submersiune.

I. Spuma din tractul aerian (laringe, trachee și bronchii) nu are o valoare diagnosticală absolută, pentru că:

1. Ea se poate nota și la cadavrele persoanelor cari au murit altfel decât înecate. Așa: *în strangulare, spânzurare; în edemul pulmonar acut la cardiaci și la nefritici; în congestiunile pulmonare ale agoniei prelungite; în turbare.*

2. *Spuma de formațiune post-mortală*, consecutivă pătrunderii după moarte a apei în căile aeriene. Apa aceasta, amestecată

cu aerul, — care deasemenea a pătruns în cursul manipulărilor cadavrului pentru scoaterea lui — dă naștere la o spumă bronhică.

Numai examenul atent al spumei ne poate edifica asupra adevăratei sale origini. *Nici spuma din morțile indicate la punctul 1, nici aceea de formațiune post-mortală nu e fină, deasă, aderentă de mucoase și abundentă ca spuma din asfixia prin înec.*

5. *Se poate întâmpla ca spuma să nu se mai găsească, deși e neîndoios că moartea a fost consecutivă înnecului prin asfixie. Absența aceasta e un efect al putrefacției: împinsă de gazele constituite în cavitatea abdominală, spuma se retrage progresiv spre orificiile căilor respiratorii, spre a se șterge și de pe buze și dela nări. Persistența spumei e mai mare iarna (8—15 zile) decât vara (5 zile).*

II. **Edemul pulmonar apos**, care e foarte rezistent la putrefacție, atunci când se găsește, e un semn caracteristic al înnecului, deoarece diferențierea lui de edemul pulmonar obicinuit se face și macroscopiceste, dar mai ales la microscop: alveolele sunt dilatate, cu septurile rupte. Dar nu se notează decât în aproape 50% din cazuri.

III. **Prezența corpurilor streini în aparatul respirator** are o valoare diagnostică covârșitoare, atunci când acești corpi se identifică dincolo de al doilea rând de ramificații bronchice (experiența lui *Bougier*). Nici la cadavrele proaspete nici la cele deacum intrate în putrefacție de persoane neînecate în viață, corpii streini suspendați în masa de submersiune nu se pot găsi în cele mai fine ramificațiuni bronchice, în alveolele pulmonare. — Aceeaș observație pentru urmele de materii alimentare cari, sub acțiunea gazelor putrefacției, au ajuns în căile aeriene: conținutul stomacal, prin presiunea exercitată asupra peretilor organului, se înalță pe esofag până la faringe, de unde se revarsă în laringe și trachee. Un fenomen analog se poate nota la răsturnarea sau numai inclinarea cadavrului cu capul în jos.

IV. **Prezența lichidului ori a semi-lichidului în urechea mijlocie** are o valoare diagnostică redusă, deoarece particularitatea poate fi și de origine post-mortală.

V. **Prezența lichidului ori a semi-lichidului în tubul digestiv** (stomacul și intestinul subțire) e un efect al deglutiției vitale. În nici un caz cantitatea pătrunsă *post-mortem* nu poate fi atât de mare ca aceea înghițită în timpul asfixiei. Valoarea semnului e neîndoioasă dacă în conținutul stomacal și în acela al intestinului subțire se identifică și corpii streini suspendați în masa de submersiune.

Firește că prezența lichidului în duoden și cu atât mai mult în jejunum și în ileon e un semn de certitudine absolută al morții prin înecare. *Ziemke*, însă observă că, la cadavrul în putrefacție,

din cauza slăbirii sfincterului piloric, o parte din conținutul stomacal se revarsă în duoden.

VI. Sângele. — Caracteristicile sângelui de înneecat (descrise la examenul necropsic) nu se mențin decât la cadavrul neputrefiat. — În caz de putrefacție și când se mai găsește sânge în ventriculul stâng, prezența, în acest sânge, a corpiilor streini suspendați în mediul de submersiune e o dovadă indiscutabilă de moarte prin înneec.

6. Identificarea mediului de submersiune

Se examinează pedecoparte sângele inimii stângi, pe de alta părți din massa de penetrațiune în aparatul respirator, în cavitatea timpanică și în tubul digestiv.

I. Sângele. — În el se pot identifica nu numai lichidele de natură specială (alcoolul), dar și corpii streini solizi sau fragmente de ale acestora, de un volum cel mult egal cu acela al unei globule roșii, pentru că numai astfel pot, în timpul agoniei, să străbată pereții alveolari spre a trece în torentul sanguin. Îndeosebi în ce privește identificarea planchtonului mineral, ea se face prin centrifugarea sângelui prelevat din ventriculul drept; apoi se examinează la microscopul polarisator. — Există însă o cauză de eroare semnalată de *Strassmann* și *Fraenckel*: particulele de siliciu din planchtonul mineral se găsesc și în acidul clorhidric întrebuițat ca reactiv. — Totuș planchtonul vegetal, chiar dizolvat, se poate uneori identifica prin prezența în sângele inimii a firelor de amidon, cari nu se găsesc niciodată în sângele celor morți dintr'o cauză alta decât înneecul.

II. Aparatul respirator, cavitatea timpanică și tubul digestiv. — Identificarea se face macroscopic, pe secțiune, la microscop și prin reacțiuni chimice.

1. Sunt lichide (alcoolul, păcura, petrolul, benzina, diversele uleiuri și grăsimi alimentare, etc.) cari se identifică și macroscopic prin colorațiunea și mirosul lor. Se completează prin examenul densității specifice și prin acela al proprietăților chimice. — E de observat că nu orice lichid aspirat își păstrează, în alveolele pulmonare, particularitățile inițiale: epurat întâiu prin procesul de resorbțiune, se amestecă apoi cu secrețiunea exudativă a parenchimului pulmonar.

2. Corpii streini suspendați în mediul de submersiune. — Identificarea acestora în organism, chiar în cel putrefiat, e hotăritoare, pentru că, pe cale de comparație, se identifică însuș mediul. În adevăr, nu aceiași corpi streini se găsesc suspendați în toate apele, precum corpii streini din conținutul haznalei unei latrine, din lături, din apa canalelor de scurgere, din vărsături nu se găsesc în apă, păcură, petrol, benzină, etc. — De exemplu, în lichidul pătruns în

căile aeriene, s'a găsit un fragment de carne, de pâine, provenind din conținutul stomacal, pe cale de aspirație a vărsăturilor.

În ce privește *planchtonul apei*, el diferă după cum aceasta din urmă e dulce sau sărată, curgătoare sau stătătoare. Deosebim:

a) *Planchton mineral*: fire de nisip, măcinătură de prundiș, elementele fine ale mălului, particule de sare, etc.

b) *Planchton vegetal*: fragmente mici de plante (alge, diatomee), fragmente de frunze; bacterii.

c) *Planchton animal*: animalcule microscopice; fragmente din corpurile animalelor vertebrate (particule osoase, peri, părți din pene); fragmente din corpurile insectelor (antene, aripioare, mandibule).

7. Cât timp a stat cadavrul în apă

Diagnosticul diferă după cum cadavrul a fost scos înainte sau după revenirea lui la suprafață, după intervalul scurs între extragere și examen și după anotimp.

I. Cadavrul scos depe fundul apei. — Aspectul tegumentar diferă după cum examenul e făcut în chiar momentul extragerii sau după scurgerea unui timp variabil.

1. *Examinat pe loc*. — Cele dintâiu indicațiuni întrucâtva precise au fost formulate de *Devergie* cari și ele variază după anotimp: 5—8 ore de ședere a cadavrului în apă *vara* au de urmare modificări tegumentare asemănătoare cu cele notate după o ședere de 3—5 zile *iarna*; la 24 ore *vara* corespund 4—8 zile *iarna*; la 48 ore *vara*, 8—12 zile *iarna*; la 4—10 zile *vara*, 15—20 zile *iarna*.

După 5—8 ore, epiderma începe să se albească la mâni; *după 24 ore* e albă deabinelea. După 48 ore, epiderma e albită și la picioare.

La 5—4 zile: sbârcirea epidermei dela palma mâinii și talpa piciorului.

La 8—9 zile: albirea dosului mâinii; fața de o paloare diferită de aceea a restului pielei.

La 10 zile: epiderma dela mâni se desface ca o mânășă, dar unghiile se mai țin.

La 15 zile: fața buhăită, pe alocuri roșie; mijlocul pieptului colorat în vișiniu.

La 30 zile: fața de un roșu foarte închis, pleoapele și buzele verzi; o placă de un roșu foarte închis, cu o zonă periferică verzue, pe partea de sus a pieptului.

La 2 luni: fața pământie, tumefiată, părul gata să cadă; unghiile persistă.

La 2 luni și jumătate: unghiile dela mâni cad deacum, cele dela picioare se mențin încă. Saponificarea parțială a obrajilor, a hărbiiei a mamelelor și a părții anterioare a coapselor.

La 5 luni și jumătate: distrugerea parțială a pielei capului, pleoapelor și nasului; saponificarea părții superioare a gâtului și a subsuorilor; ungiile căzute și la degetele picioarelor.

La 4 luni și jumătate: saponificarea aproape totală a grăsimii feței, gâtului, subsuorilor și părții anterioare a coapselor, începutul de saponificare a părții anterioare a creerului; desprinderea și distrugerea celei mai mari părți a

pielei capului; calota craniacă, desgolită, începe să fie friabilă; începutul în-
crustării calcare pe coapse.

2. *Cadavrul examinat după trecere de un timp dela scoaterea lui din apă*: câteva ore de ședere în contact cu aerul ajung, vara, pentru complectă desfigurare a cadavrului prin accelerarea procesului putrefactiv.

11. *Cadavrul a reapărut la suprafață*. — Intervalul de revenire la suprafață depinde de mersul putrefacției în apă, — mers care e în funcțiune de anotimp și de natura apei. În medie, vara, corpul nu revine la suprafață decât după 2—3 zile dela moarte, rar numai după o zi, și mai rar după numai câteva ore. Iarna cadavrul poate rămâne sub apă timp de săptămâni și de luni chiar.

Densitatea apei: în apa de mare sau în lacurile sărate, din cauza densității mai mari a lichidului, cadavrul revine mai curând la suprafață.

Un cadavru revenit la suprafață poate să se scufunde din nou atunci când, sub presiunea gazelor putrefacției interne, plesnește învelișul unei cavități a corpului care se umple cu apă.

Cadavrul examinat după revenirea lui la suprafață prezintă modificările putrefactive datorite contactului cu aerul. Dar aceste modificări (o colorație negricioasă, trecând repede la un verde închis al pielei) se notează numai pe suprafața expusă la aer; părțile cari sunt scăldate de apă își păstrează aspectul corespunzător duratei șederii în lichid.

III. *Durata șederii în apă* se mai determină cu ajutorul formulei de calculat a lui Revenstorff, aplicată la examenul sângelui (*vezi Vol. I, pag. 459*).

8. Ordinea morții în caz de înec multiplu

Chestiunea se pune în materia civilă a regulării drepturilor la succesiune (*art. 477, 646, 659, 670—680 c. c.*).

Expertul, chemat să stabilească ordinea cronologică în care au putut muri persoanele din grupul de înecați și între cari există legături de sânge creând drepturi la succesiune, va ține seama de vârsta, constituția fizică, de starea generală, de eventualele leziuni și afecțiuni preexistente și interesând funcțiunile vitale ale respirației și circulației. Deasemeni se va orienta după felul morții prin înec: tipul asfixic e de o durată mai lungă decât tipul sincopal care e fulgerător.

OTRĂVIRILE

„Otrăvirea este omorul unei persoane prin întrebuințare de substanțe cari pot cauza moarte, mai curând sau mai târziu, ori și în ce mod ar fi fost întrebuințate sau date acele substanțe“ (art. 231 c. p.).

„Oricine va cauza altuia o boală sau o incapacitate de lucru, dând cu voință și cu orice chip substanțe cari, fără a fi de natură a cauza moartea, sunt vătămătoare sănătății, se va pedepsi...” (art. 245 c. p.)

„Oricine, prin lucruri de mâncare, băuturi, doctorii va face, cu știință, pe femeia însărcinată să lepede, ori cu voia ei sau nu, se va pedepsi...” (art. 246 c. p.)

„Vericine va vinde băuturi prefăcute și amestecate cu materii vătămătoare sănătății, se va pedepsi...” (art. 247 c. p.).

Se pedepsește ca o simplă contravenție faptul de „a pune spre vânzare lucruri de mâncare stricate, clocite sau vătămătoare, ori poame crude“ (art. 589, punctul enunțativ No. 11 c. p.).

1. **Definiția.**—Cea penală ne-o dă art. 231 reproducută în capul acestui capitol. Definiția științifică a rămas cea admirabil formulată de Claude Bernard: *„Toute substance introduite dans l'organisme et étrangère à la constitution chimique du sang est un médicament ou un poison“*. Prin însuși faptul că e „streină de constituția chimică a sângelui“ substanța, indiferent de calea de introducere, devine otrăvă, în înțelesul codului penal, de îndată ce prezența ei în organism are de efect turburarea ori suprimarea cu totul a funcțiunilor vitale. De unde urmează că și medicamentul — în compoziția căruia intră o substanță toxică și capabilă ca, în condițiuni date, în loc să vindece sau să amelioreze boala, dimpotrivă o agravează, o complică sau chiar provoacă desnodământul letal. — tot ca otrăvă trebuie privit.

Codul, definind otrăvirea nu numai ca efect al administrării pure, ci „prin orice mod ar fi fost întrebuințate sau date“, „dând cu voință și cu orice chip“ substanțe vătămătoare sănătății, urmează că va exista o responsabilitate a otrăvirii și în intoxicațiile alimentare (în penal) și în intoxicațiile accidentale sau profesionale (în civil).

Legea penală vorbește limitativ de substanțe „întrebuințate“ sau „date“. Și nici nu putea face altfel, pentru că aliminteri ar fi fost să creeze o responsabilitate absolută, cu nesocotirea cazurilor de auto-intoxicație, adică starea morbidă sau moartea pricinuită de

toxinele secretate de bacteriile preexistente, nu cu intențiune criminală introduse în organismul victimei.

În definitiv, misiunea expertului e de a demonstra administrarea, pe orice cale, a unei substanțe, toxică prin ea însăși sau devenită atare fie prin introducerea în compoziția ei a unui element otrăvitor, fie prin *dobândirea ulterioară a proprietății toxice*. Am complectat definiția cu partea subliniată, pentru că sunt substanțe în sine inofensive (cum e *amigdalina*) cari, în contact cu alte substanțe, capătă o mare putere toxică (în emulsiunea de lapte de migdale, în care s'a introdus amigdalina, se formează, între altele, și acidul prusic).

2. Mecanismul otrăvirii

a) **Administrarea.** — Observația din urmă ne arată că intoxicarea depinde, în primul loc, de modul de administrare a substanței toxice sau a celei care în anumite condițiuni capătă acest caracter.

Un rol de căpetenie îl joacă dar modalitatea, formula administrării. Precum sunt formulele periculoase, tot astfel sunt altele neutralizante. Totul depinde de solubilitatea toxicului și de combinațiunile chimice ce se produc la contactul otrăvii cu substanța în care e amestecată. Dizolvată, difuziunea otrăvii se face inexcusable: precipitată, dimpotrivă, și transformată difuziunea e stingherită sau chiar complect anihilată.

b) **Calea de introducere obicinuită a otrăvii e cea bucală și numai rareori cea anală** (clisma, supozitoarele), sau *vaginală* ori *uterină* (spălături, manopere abortive). Otrava mai e introdusă pe cale de: injecții intra-venoase, intra-musculare ori în canalul rachidian; înțeparea cu un corp muiat în otravă, înțepare ori mușcare de animal veninos, înțepare cu un vegetal cu secrețiune toxică; inhalare (otrăvurile gazeoase): aspirare (pulberea de substanțe toxice).

c) **Resorbțiunea și difuziunea.** — Cu cât mai nemijlocit și mai repede va pătrunde otrava în sistemul vehiculator, care e circulația sanguină, cu atât mai rapid și mai intens va fi și efectul. Cele mai nocive sunt deci toxicele introduse pe cale intra-venoasă. Aceeaș doză de otravă e diferit nocivă după cum pătrunde direct în sânge sau mai întâiu pe calea bucală ori anală. Deasemenea e foarte rapid efectul pe calea atacării căilor respiratorii.

Acțiunea asupra organismului mai variază după proprietățile particulare ale toxicului. Unele cum e CO atacă direct globula sanguină; altele rămân izolate în sânge, care le transportă și le distribue în diversele țesuturi.

Starea de replețiune sau de vacuitate a stomacului, în introducerea bucală, joacă un rol în repezițiunea resorbțiunii: mai mare cu stomacul gol și mai redusă cu stomacul plin. Sunt însă și excepții: natura alimentelor ingerate, produsele secretate în cursul digestiunii (cianura de potasiu, dând în stomac peste un mediu acid degajează acidul cianhidric care se resoarbe mai repede); prezența în stomac a unor uleiuri grăbește dizolvarea toxicului (fosforul de exemplu); dimpotrivă aceiași corpi grași întârzie acțiunea unor otrăvuri determinate (strichnina acidul arsenios).

Sunt substanțe toxice, insolubile în stare pură (strichnina) și solubile în formă de compus chimic (strichnina clorhidrică, sulfurică și nitrică).

Acțiunea unora dintre otrăvuri e sporită sau micșorată, după însăși specia florei intestinale.

Sunt toxice (organice) cari, introduse în corp, se disociază — o parte

se disolvă și e resorbită, iar cealaltă parte rămâne intactă și e regăsită, dacă între timp nu s'a volatilizat.

Cât despre plantele otrăvitoare, puterea lor toxică variază după vârstă, starea de frăgezime ori de vestejire, locul de creștere.

d) *Doza*. — Substanța toxică, am spus, ori provoacă numai turburări, ori suprimă complect funcțiunile vitale. Aceasta după importanța cantității administrate: vom avea deci o *doză* nocivă sau *toxică* și una omorătoare sau *doza letală*. Or, știindu-se cu acțiunea otrăvii e proporționată cu greutatea corpului. farmacopeea a fixat pentru fiecare substanța doza minimală toxică infantilă și doza minimală toxică pentru adult, după cum a determinat și doza minimală letală separat pentru copil și separat pentru adult.

Dozarea joacă un rol și în administrarea substanțelor netoxice: o soluție de sare de lucătărie, suprasaturată, se comportă ca o otrăvă (moartea unei femei căreia, după operație, i s'a făcut, sub ambele mamele o atare injecție — *Combs*). Un alt exemplu: apa distilată pură, injectată intravenos în loc de ser fiziologic, a cauzat moartea prin hemolisă (*Babcock*).

e) *Condițiunile individuale*. — Dar aceeaș doză minimală nu e întodeauna toxică, precum aceeaș doză minimală nu e întodeauna letală. Pentrucă efectul depinde, în afară de vârstă, și de anumite condițiuni individuale:

1. *Constituția și starea de alimentare*.

2. *Starea generală*.

3. *Starea locală*: replețiunea sau vacuitatea stomacului, constituția clinică a conținutului stomacal: starea mucoasei gastrice — ulcerul grăbește resorbțiunea, carcinomul și catarul stomacal — din contră, o întârzie; nefritele, stingherind eliminarea, sporesc puterea de difuziune a otrăvii.

4. *Obicinuița*: morfinomanii, cocainomanii, arsenoflagii.

5. *Idiosincrasia; anafilaxia*

6. *Prezența simultană în organism a unor substanțe antagoniste* cari neutralizează sau reduc efectul otrăvii introduse.

f) *Eliminarea*. — Efectele sunt proporționate posibilității de eliminare, rapidității acesteia și cantității eliminate.

Eliminarea se face prin: vărsături, rinichi, plămâni, glandele salivare, glandele intestinale, secrețiunea biliară, secrețiunea lactară, mucoasele, pielea, părul, unghiile. Agentul cel mai eficace sunt rinichii.

Durata eliminării variază după natura otrăvii, doza acesteia, felul de administrare și de intervenția antidotului.

Unele toxice sunt eliminate în *natură* (CO, uitratul de potasiu, alcoolul, eterul, sărurile metalice, uneori și alcaloizii, atunci când doza a fost prea mare); altele se elimină modificate, când prin reacțiuni de oxidație, când prin reducțiune, hidrolisă, combinaire sau desagregare

I. Diagnosticul otrăvirii

În genere, orice îmbolnăvire ori moarte suspectă — subită ori lentă, ajunge să se producă pe neașteptate, cu semne clinice mai mult ori mai puțin ciudate — trezește bănuiala de otrăvire. Iar mișcarea expertului e adesea din cele mai ingrate, pentrucă:

a) *Sunt boli firești, generale sau locale, al căror tablou clinic se confundă cu acela al unei otrăviri*: holera, febra tifoidă, agonia pneumoniei, peritonita perforantă în ulcerul stomacal sau intestinal, catarul gastro-intestinal, ocluziunea intestinală, piemia, septicemia,

leucocemia, auto-intoxicația uremică, auto-intoxicația în eclampsia gravidică, coma diabetică, atrofia acută a ficatului.

b) *Sunt otrăvuri a căror urmă nu se mai regăsește în materiile examinate la omul viu ori mort și nici nu provoacă leziuni caracteristice*, de natură a îndreptăți concluzia hotărît afirmativă a raportului de expertiză. Aceasta din cauză că se distrug prin însăși acțiunea lor (d. e. morfina).

c) *Sunt otrăvuri cari, în cantitate mică, se găsesc în substanțele alimentare*; acestea odată introduse în corp, toxicul se răspândește (urme de arsenic se pot regăsi în ficat, splină, rinichi, corpul tiroid, plămân, sânge, urină, piele, păr, unghii).

d) *Substanțe toxice există normal în organism*: urme de arsenic, cupru, zinc (mai ales la persoanele mai în vârstă).

e) *Toxicul a putut fi introdus în corp pe cale de medicament ori ca antiseptic*.

f) *Otrava din organele examinate* poate să se fi găsit în recipientele de conservare a acestora sau să aibă ca origine o stropire, intenționată sau nu, a mormântului sau a cadavrului cu o soluție toxică.

g) *Otrava poate proveni din cosciug și obiectele din el, din terenul în care se află săpată groapa*.

h) *Ptomainele putrefacției* de o constituție chimică și de o acțiune fiziologică asemănătoare acelor ale alcaloizilor.

Omul artei își întemeiază demonstrația pe următoarele elemente de edificare:

A. Constatările preliminare:

1. *Informațiuni cât mai amănunțite asupra împrejurărilor în cari au apărut simptomele, ce anume simptome, precum și detalii asupra momentului și felului morții.*

2. *Indeletnicirea bolnavului ori a mortului și a celor din jurul lui.*

3. *Examinarea obiectelor suspecte dela domiciliul ori dela locul unde s'a produs bănuita otrăvire, precum și dela domiciliul persoanei ori persoanelor asupra cărora cade bănuiala faptei criminale (vase, farfurii, cești, pahare, sticle, sticulete, prafuri, etc.).*

4. *Examenul dejecțiilor colectate (vărsăturile, urina, materiile fecale).*

5. *Examinarea — la nevoie cu ajutorul unui technician de specialitate — a locului unde s'a produs îmbolnăvirea ori moartea, spre a se vedea dacă nu sunt sau n'au putut fi emanațiuni toxice, astfel ca faptul medical să fie în realitate produsul unei fatalități.*

6. *În caz de desgropare, constatările făcute la cimitir: situația topografică a acestuia; constituția geologică, fizică și chimică a*

solului; prezența sau absența unei ape, a unui canal de scurgere, a unei mine în preajma cimitirului; natura cosciugului (lemn simplu, lemn vopsit, lemn acoperit cu tablă, sicriu interior confecționat numai din metal); obiectele ce se mai găsesc în cosciug (rumegătură de lemn, pernițe, flori); prezența urmelor de desinfectante în sicriu și pe cadavru; îmbrăcămintea, lințoliul.

7. Examenul clinic al persoanei vii.

8. *Autopsia sistematică și completă a cadaavrului*, cu notarea îndeosebi a modificărilor morbide (buzele și cavitatea bucală, inflamațiile și necrozele mucoaselor aparatului respirator și ale tubului digestiv). — *Spectroscopia sângelui*. — *Examenul histologic al porțiunilor din organele prelevate* (creier, plămân, inimă, splină, ficat, beșica fierii, epiploon, stomac, esofag, intestine, rinichi). — *Examenul bacteriologic*. — *Examenul chimic al sângelui*, al vărsăturilor și al conținutului stomacal, al fecalelor, urinei și fierii; al creierului; al plămânilor și inimii; al rinichilor, ficatului și splinei; al părului, unghiilor și oaselor — dar numai al oaselor intacte; al rectului și vaginului; al petelor de pe haine, rufe, așternut, etc. — *Experimentarea pe animale a sucului de extracțiune* (Vezi: „*Foaia de examen*“, vol. I, pag. 654—661).

B. Semnele clinice

Le vom expune la fiecare din otrăvirile mai frecvent întâlnite. Ținem numai să observăm de pe acum că:

1. Precum sunt otrăvuri cu efect fulgerător, imediat consecutiv introducerii lor în organism, tot așa sunt dintre acelea al căror efect întârzie: câteva minute până la câteva ore; uneori și mai îndelungat, în intoxicațiunile lente, cu doze progresive. În caz de supraviețuire, deși otrava a fost complet eliminată, turburări locale sau funcționale pot persista un timp variabil (natura toxicului și condițiunile individuale).

2. În intoxicațiunile acute, de regulă simptomele se accentuează gradat până'n momentul morții; sunt însă și otrăviri ale căror simptome se atenuază la un moment dat, iar după acest interval de pseudo-remisiune, își recapătă violența primitivă sau chiar una și mai pronunțată; sfârșitul letal e ineluctabil: moartea rapidă ori lentă.

În otrăvirile nemortale, tabloul clinic, prin efectul eliminării, se estompează la un moment dat, cu totala dispariție, neîntârziată sau tardivă.

* * *

Antidotul și tratamentul le indicăm mai departe la fiecare otrăvă studiată.

C. Examenul extern al cadavrului

1. *Mirosul* caracteristic înregistrat uneori.
2. *Degajarea unor vapori luminoși* de pe cadavrul ținut în întuneric (fosforescența în intoxicația acută cu fosforul).
3. *Eventualele dermatoze* la locurile de eliminare.
4. *Urmele soluțiilor caustice* la gură, dincolo de comisurile acesteia și pe mucoasa bucală.
5. *Colorația cutanată* mai mult sau mai puțin specifică unei otrăvi determinate sau unui grup toxic (în ce privește nuanța icterică ea poate fi și efectul unei afecțiuni hepatice preexistente sau al unei injecțiuni premortale cu o anumită substanță).
6. *Nuanța deosebită a petelor cadaverice*. Nu e însă un semn de certitudine, pentru că se poate nota și în moartea consecutivă unei boli infecțioase sau putrefacției.

D. Leziunile anatomice

Le vom arăta la ficte otravă mai des întrebuințată. *Grosso-modo* relevăm:

1. *Otrăvurile organice n'au vreme să atace organele*, deoarece moartea rapidă e provocată prin suprimarea neîntârziată a funcțiunii respiratorii. Iar atunci când se notează modificări organice, acestea pot avea ca origine și o auto-intoxicație în bolile infecțioase.

2. *Degenerarea țesuturilor* (granuloasă, grăsoasă) nu e specifică otrăvurilor, ea notându-se și în: piemie, septicemia consecutivă unei răniri; moartea consecutivă arsurilor, unei boli infecțioase acute.

3. *Creerul*. — a. **Un miros particular**. De observat că mirosul de aceton se poate înregistra și în auto-intoxicația diabetică; mirosul de eter ori de camforă dacă ante mortem s'a făcut injecțiuni subcutanate. — b) **Modificările vaselor cerebrale**: conținut anormal de sânge, purpura, degenerarea hialină, îngrămădirea de grăsime în regiunea limfatică.

4. *Modificările eventuale ale căilor de deglutiție*.

5. *Plămânii*: Mirosul izbitor poate fi o urmare a ingerării, inhalării sau injecțiunii subcutanate, terapeutică, în agonie.

6. *Conținutul stomacal*. — a. **Mirosul caracteristic unor anumite otrăvuri**. — *Cauze de eroare*: mirosul alcoolului poate fi consecutiv ingerării unui tonic în timpul agoniei; mirosul substanței toxice poate proveni dela medicamentul ingerat. — b) **Colorația** e sau cea specifică otrăvii sau aceea a materiei colorante cu care toxicul a fost în prealabil nuanțat prin amestec. Prezența sângelui dă conținutului o nuanță roșiatică. — *Trebuie să indicăm și cauzele de eroare*. Culoarea verzue, de exemplu, poate fi datorită legumelor sau prezenței fierii; culoarea roșiatică poate avea ca origine: văr-

săturile incoercibile; descompunerea, sub acțiunea acidă a sucului gastric, a sângelui extravazat din peretele hiperemiat al stomacului; transsudarea sanguină post-mortală a mucoasei gastrice; nuanța roșiatică mai poate fi datorită culorii substanțelor alimentare (morcovi, varză roșie, căpșuni, fragi, etc.). — c) **Corpii streini suspecti** încorporați în conținutul stomacal sau aderenți de mucoasa stomacală.

7. *Pereții stomacului.* — Modificările (procese de iritație, necroza coagulantă) sunt îndeosebi isbitoare în otrăvirile cu soluții caustice. — *Cauzele de eroare:* aceleași notațiuni se pot face în: congestiunea pasivă, procesul cataral, hiperemia digestivă, necroza hemoragică, inflamația difterică și flegmonoasă; deasemenea în imbițiunea și ramolirea cadaverică.

8. *Esosofagul, intestinul:* aceleași observațiuni.

9. *Sângele:* hemoglobinurie ori coagularea în vase.

E. Identificarea otrăvii

1. **Pe cale de analiză chimică.** — Sunt excepționale cazurile în cari medicul legist să poseadă nu numai cunoștințele dar și îndemânarea reclamată întru facerea unei analize chimice. De aci prețul deosebit ce trebuie pus pe o conștiincioasă contribuție din partea chimistului legist: medicului îi incumbă ca, pe baza deducțiilor trase din anamneză (simptomele) și leziunile anatomice (autopsia), să constate sau cel puțin să bănuiască otrăvirea; chimistul are chemarea să confirme faptul și demonstreze natura otrăvii. Sarcină delicată, uneori extrem de anevoioasă, pentru că nu orice chimist e capabil să facă o analiză toxicologică. Toxicologia e partea cea mai grea a chimiei — și o proclamăm ca unul care, timp de 14 ani, am fost și chimist legist: expertizele chimico-legale nu trebuie încredințate decât chimiștilor specializați în materie, cu o bogată experiență în chimia generală și cu cunoștințe temeinice de chimie biologică. De preferat ca chimistul legist să fie și farmacist.

De observat în prealabil că, deși otrăvirea e certă, se poate însă întâmpla ca, datorită eliminării, discocierii și volatilizării, să nu se mai găsească o cât de infimă urmă a substanței toxice. În schimb, otrăvurile minerale rezistă putrefacției, oricât de înaintată ar fi aceasta. O mare putere de rezistență ar avea-o și unii alcaloizi administrați în doză masivă. (Morfina regăsită după 13 luni dela îngroape — *Stas*; după 18 luni — *Autenrieth*. Strichnina regăsită după 11 ani — *Tardieu*. Atropina, după câțiva ani — *Ipsen*). Deasemenea substanțele toxice radioactive a căror prezență se poate identifica pe cadavre de mult descompuse, grație examenului *electroscopic*. (O observațiune făcută în 1927: maximul substanței ra-

dioactive s'a notat în capul femurului, iar minimul în ficat — *George Muller*, 1929).

Identificarea chimică se face prin: 1. *miros* (fosforul, acidul cianhidric, acidul fenic, cloroformul, laudanum, diversele esențe, etc.); 2. *colorațiunea mucoaselor gurii, esofagului și stomacului* (acizii concentrați, acidul nitric, alcalinele, laudanum, etc.); 3. *întrebuințarea hârtiei reactive (turnesol)* pentru determinarea acidității sau alcalinității substanței toxice; 4. *dialisa* (acizii minerali, acidul sulfuric, silitra, soda și potasa caustică, cloratul de potasiu); 5. *proteolisa* (digestia pepsică sau pancreatică); 6. *distilarea* (substanțele volatile organice și anorganice); 7. *diversele metode de izolare a alcaloizilor vegetali* (procedeele Stas—Otto, Dragendorff, etc.); 8) *procedeele de izolare a otrăvurilor metalice* (Ogier—Kohn—Abrest, Fresenius—Babo).

2. **Identificarea botanică** pentru substanțele de origine vegetală introduse per os (ciuperci, condimente, substanțe abortive, etc.), rect (clisme), vagin (substanțe abortive).

3. **Identificarea zoologică** (afrosidiacele, veninurile).

F. Operațiunile preliminare

1 **Constituirea masei de analizat.** — E locul să atragem atenția medicilor însărcinați cu prima autopsie asupra neajunsului pe care-l constituie faptul că uneori trimit la analiză o cantitate extrem de mică din organele de cercetat (chiar numai 50 -60 gr.), pe când o analiză temeinică nu se poate face decât cu o masă de cel puțin 3—4 kgr. Din pricina aceasta, e adesea nevoie să se procedă la desgropure, spre a preleva noi porțiuni din organe; dar nu odată se întâmplă ca din cauza timpului scurs, acestea să fie în stare de putrefacție înaintată ceea ce îngreuiază mult, dacă nu chiar zădărnicește analiza chimică.

Massa de analizat se constituie astfel:

a) Se ia o jumătate din fiecare organ și lichid și se constituie o masă unică, din a cărei greutate totală se prelevă o zecime în vederea cercetărilor complementare.

b) Massa unică (minus zecimea) se împarte pe din două: o jumătate e destinată căutării otrăvurilor volatile și metalice; jumătatea a doua servește la căutarea otrăvurilor vegetale și organice de diverse specii.

c) Porțiunea rezervată (zecimea din masa totală) e și ea divizată în două: o parte servește la căutarea specială a cloroformului și a cianurilor disimulate (sulfo-cianurile), iar cealaltă la o nouă cântare a metalelor (plumbul, zincul, bariul, argintul) ale căror urme au putut dispărea în cursul manipularii celor două jumătăți din masa cea mare.

2. **Se reține o cantitate suficientă de sânge** pentru căutarea oxidului de carbon, a alcoolului și a gazelor din torrentul sanguin (spectroscopia și extracția gazelor).

3 **Urina:** o parte e distilată, iar reziduul e tratat în vederea distrugerii materiei organice (căutarea otrăvurilor volatile și metalice); cealaltă parte e concentrată iar reziduul e tratat cu alcool, în vederea căutării speciale a alcaloizilor

4. Conținutul stomacului, sputa, etc. sunt tratate după indicațiunile particulare pentru fiecare fel de substanță toxică.

5. Zdrobirea organelor. — Odată constituită masa de analizat, se procedează la zdrobirea părților de viscere, în vederea distrugerii organice (cu mașina de tocat carnea).

6. Căutarea otrăvurilor gazoase sau cel puțin lesne volatilabile, — a) Se ia 2 treimi din organe. Din masa obținută prin zdrobire și amestec se rezervă un sfert.

b) Partea cea mai mare (formată din trei sferturi) e acidulată cu acid tartric, pentru ca reacțiunea să fie acidă.

c) Partea mai mică (sfertul) se împarte, la rândul ei, în două: o jumătate e acidulată prin acidul tartric, iar cealaltă e tratată cu leșie de sodă.

7. Distrugerea materiilor organice în vederea căutării toxicelor metalice. — S'a recurs și se recurge încă la diverse procedee.

a) Unele au ca bază *calcinarea*: metoda lui *Verryken*; bomba colorimetrică a lui *Berthelot* adaptată de *Bertrand*.

b) Alteie au ca bază *acțiunea acidului nitric*: procedeul lui *Filhol* și al lui *Gautier* — acțiunea combinată a acidului nitric și a acidului sulfuric; metoda *Flandin-Danger* — utilizarea acizului sulfuric concentrat și a acidului nitric; metoda *Pouchet* — utilizarea unui amestec de acid nitric și de disulfid de potasiu; procedeul lui *Denigès* — acidul nitric și acidul sulfuric adionate cu permaanganat de potasiu; procedeul lui *Meillère* — atacarea cu acidul nitric și adăugarea manganului ca substanță activantă; procedeul lui *Breleau* — acțiunea acidului sulfuric a vaporilor nitroși și a unei substanțe activante (sulfatul de cupru, manganul sau sulfatul de mercur).

Nici una însă din aceste metode nu oferă avantajile procedeului de distrugere prin utilizarea cloratului de potasiu și a acidului clorhidric (spirit de sare), clorul în stare născândă (*Ogier-Kohn-Abrest*). Terciul obținut din zdrobirea viscerelor și din amestecul lor cu apă, e pus într'un balon mare cu o capacitate de 2—3 litri și tratat cu un exces de clorat de potasiu, iar în amestecul obținut se dizolvă o cantitate de gaz clorhidric, strict suficientă spre a da lichidului apos, care scaldă viscerele zdrobite, concentrarea necesară atacului cloratului.

8. Lichidul obținut din distrugerea materiilor organice se precipită prin hidrogenul sulfurat.

9. Izolarea alcaloizilor: după ce viscerele au fost macerate în alcool, se separă acesta din urmă; din lichidul rămas după îndepărtarea alcoolului (mediu alcalin sau mediu acid) se extrag alcaloizii, cu ajutorul diverșilor dizolvanți (eterul, benzolul, cloroformul, etc.). — Metoda cea mai curent întrebuințată e aceea a lui *Stas-Otto*, modificată de *Ogier* și *Kohn-Abrest*.

II. Diagnostic etiologic

Acută sau cronică, otrăvirea poate îmbrăca următoarele caractere:

1. Crima — Administrarea otrăvii se prezintă sub forme variate:

a) În mâncare, băutură.

b) Sechestrarea victimei într'un spațiu confinat cu aerul saturat de vapori otrăvitori.

c) Întrebuințarea anestezicelor (cloroformul). Cazurile cele mai frecvente sunt acele de surpriză, de absența sau de frângerea rezistenței victimei.

d) Leacurile procurate de empirici.

e) *Crima științifică*: experiențe făcute asupra persoanelor vii cu diverse substanțe ori preparate.

2. *Sinuciderea* dă un contingent foarte mare, mai ales printre femei.

3. *Intoxicația alimentară*.

4. *Intoxicația profesională*: persoanele cari manipulează substanțele sau lucrează în laboratoarele și uzinele chimice, în fabricile de culori, fabricile de oglinzi, în mine.

5. *Accidentul*: spargerea unui recipient de substanțe toxice; surprins în timpul somnului de emanațiuni deletere: accident în cursul anesteziei.

6. *Neprevăderea*: întrebuințarea fără prescripție cu dozare medicală, a substanțelor toxice.

7. *Eroarea*: înghițirea din greșală (confuzie) a soluțiunii toxice în locul unei băuturi anodine: înghițirea din inconștiență (copii și chiar adulți) a unei materii toxice: greșala făcută de medic în dozarea prescripțiunii (responsabilitatea farmacistului e acoperită, atunci când pe ordonanță, cu propria lui mână, medicul a scris și subliniat: *sic volo*); eroarea făcută de farmacist de a elibera un medicament, inofensiv într-o anumită boală, pentru un alt bolnav la care există idiosincrasia, anafilixia față de substanța conținută în preparat: eroarea făcută în administrarea unui medicament de medic, moașă, infirmieră (o soluție otrăvitoare în locul uneia nevătămătoare: administrare pe cale bucală, rectală, vaginală).

8. *Obicinuița, patima, viciul*: arsenofagii, opiofagii, morfinomanii, cocainomanii.

III. Diagnosticarea felului de otrăvă

În ce privește substanțele toxice, vezi cele 5 tabele din art. 26 al Regulamentului drogeriilor și vânzării substanțelor medicamentoase, rezumate de noi în vol. I, pag. 155. Debitarea stupefiantelor (opiul și preparatele sale sub orice formă, morfina, codeina, cocaina și derivații ei; hașișul și preparatele sale: etherul, precum și orice alte substanțe naturale sau sintetice cu efecte similare stupefiantelor) e indeosebi regulamentată prin „Legea pentru combaterea abuzului cu stupefiante” dela 12 Aprilie 1928. Consultați ulterior de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, ne-am așternut într'un memoriu modificările de cari e susceptibilă această legiferare. Așa, de exemplu, găsim excesivă restricția de care sunt lovite codeina și sărurile ei. Socotim necesară fixarea unei limite maxime *pro dosi* și *pro die* a cantității din injecțiile subcutanate. Referitor la repetarea ordonanței medicale, propunem să se specifice în regulamentul de aplicare a legii: *pro die*, intervalul minim între repetiri; repetarea să fie incuviințată numai pentru ordonanțele ce prescriu preparațiuni destinate a fi absorbite pe cale stomacală, cu condițiunea însă ca în aceste preparate să nu intre decât maximum 12 ctgr. de extract de opiu sau 3 ctgr. de chlorhidrat de morfină, de dyacetilmorfină sau de cocaină. Mai adăugăm: în ce privește cocaina, în afară de aplicațiunile chirurgicale (tratarea bolilor de ochi, nas și gât), ea poate fi înlocuită prin anestezia locală: pentru tuse să nu se prescrie decât codeina.

Pentru clasificarea substanțelor toxice s'au propus numeroase formule: 1) organice, anorganice, plantele otrăvitoare, veninul animalelor, metabolice și alimentare — *Lewin*; 2) anorganice, organice și gazoase — *Gautier*; 3) iritante și corosive, hipostenisante sau choleriforme, narcotice și tetanice — *Tardieu*; 4) otrăvurile după predilecția de localizare a efectelor: hematice, neurotice,

neuro-musculare, musculare, iritante și corosive—*Rabuteau*. Socotim că, pentru practica medico-legală, cea mai adecuată e următoarea diviziune, pe care am și adoptat-o: gazele toxice; otrăvurile volatile; otrăvurile metalice; acizii, substanțele iritante, corosive și antisepticele de origine minerală; alcaloizii și plantele otrăvitoare; otrăvurile de origine animală; intoxicațiile alimentare; otrăvurile mecanice.

Esențialul, în expertiza medico-legală fiind de a identifica substanța toxică prin tabloul clinic și caracterizarea leziunilor anatomice, dacă există, nu vom intra în detaliul mecanismului acțiunii fiecărei otrăvi în parte, aceasta fiind de resortul unui tratat de toxicologie pură; ajung indicațiunile date asupra mecanismului otrăvirii în general.

A. Gazele

1. Oxidul de carbon

a) **Proprietăți.** — Produs al combustiei și deosebindu-se de acidul carbonic prin aceea că în compoziția lui moleculară cărbunele și oxigenul intră în părți egale, pe când în CO_2 proporția de oxigen e dublă. CO e un gaz incolor. Numai atunci când temperatura dedeasupra focarului de ardere e foarte ridicată, oxidul de carbon, ajungând la acest nivel, se *inflamează și arde cu o flacără albăstrue*. — Inodor în stare pură (vapori de cărbuni aprinși — tocmai deaceia prezența lui, chiar în stare de mare îngrămădire într-o încăpere, nu e simțită), CO își trădează prezența numai în formă de *amestec* (gazul aerian), printr'un miros particular.

Nu e numai irespirabil ca acidul carbonic, dar posedă o proprietate caracteristică: pătrunzând în plămâni pe calea respirației, trece în sânge pe care-l atacă: fixându-se pe hemoglobina, cu care se înfrățește și constituind o combinațiune (*stabilă* — teoria clasică; *instabilă* — carboxihemoglobina, după părerea mai nouă a lui Nicloux), *reduce sau chiar anihilează capacitatea globulelor sanguine de a absorbi oxigenul necesar funcțiunii vitale a respirației*.

În ce privește doza sau mai bine zis proporția în mediul de respirație. CO e de o mare toxicitate: ajunge 1/200.000 pentruca prezența lui în atmosferă să cauzeze ușoare turburări caracteristice. *Grehaut* a stabilit că, inspirat timp de 30 minute, și în proporția de 1 la 1,430, CO paralizază acțiunea unui sfert din globule, iar în proporția de 1 la 800 nimicește capacitatea de absorbțiune oxigenică a jumătății din numărul acestor globule.

Agravarea tabloului clinic până la moarte e în funcțiune, pe deoparte de proporția lui CO în aer, pe de alta de durata respirației atmosferei astfel viciate. Rezultatele experiențelor întreprinse atât asupra animalelor cât și asupra omului diferă, pentrucă trebuie să se țină seamă și de condițiunile individuale: vârsta, sexul (femeile sunt mai susceptibile) și de gradul în care, în timpul acțiunii gazului, atmosfera din spațiul confinat se primenește. Într'o încăpere ermetic închisă cu imposibilitatea absolută pentru aerul curat de a mai pătrunde în ea și după un timp relativ lung, CO omoară în proporții variabile dar relativ destul de mici: 0,5—2%. Dreser și Kobert fixează doza letală la 0,8 gr., ceea ce corespunde la 10% când e vorba de vapori de cărbune, 5% gazul aerian de iluminat și 1 la 100 gazul cu apă.

b) **Mecanismul.** — Ținem să ne oprim asupra lui, numai pentrucă unele

părerii îi mai contestă lui CO calitatea de gaz toxic, atribuindu-i pe aceea de gaz asfixiant. Vom expune mai întâiu această din urmă interpretare, pentru ca apoi să demonstrăm toxicitatea.

Partizanii gazului asfixiant: 1. de îndată ce, prin reintroducerea de aer respirabil sau de oxigen pur în plămâni, CO e înșfăcat depe hemoglobină și evacuat, hematia își recapătă capacitatea de fixare a oxigenului; 2. leziunile renale și cele ale nervilor periferici n'ar fi diferite de cele notate în orice asfixie; 3. simptomele ar fi identice celor din orice asfixie mecanică; 4. moartea n'ar fi în funcțiune de durata acțiunii lui CO ci numai de proporția în care e redusă valoarea normală a oxigenului (1/3).

Dovada toxicității. — 1. Nu toate hematiile își redobândesc proprietatea de a fixa oxigenul, pentrucă la multe din ele capacitatea aceasta a fost definitiv micșorată sau chiar nimicită prin acțiunea gazului.

2. Nu poate fi vorba numai de anhematosă pentrucă, după cum a demonstrat-o experimental *Leblanc*, spre a omori un câine ajunge o proporție de CO de 60 ori mai mică decât aceea a acidului carbonic, adevăratul element hotărâtor în asfixia mecanică, prin aceea că turbură ori suprimă hematoza.

3. Leziunile renale, sub forma necrozei epiteliilor tubilor contorți, și afecțiunile nervoase specifice neobservate în nici o altă formă a asfixiei mecanice (paraplegia, paraliziiile periferice, ramolirea cerebrală, reacțiunile meningece) sunt efectul atacării țesuturilor și a nervilor periferici de către un agent toxic în felul arsenicului, al plumbului ori al alcoolului.

4. Deși smulse din mediul oxicarbonat și transportate într'unul saturat de oxigen și deși respiră timp de ore ori chiar zile, eliminând CO, totuși în tot acest timp animalele de experimentare nu se trezesc din coma și mor.

5. Dacă durata n'ar juca nici un rol, cum s'ar mai nota turburările caracteristice intoxicației cronice cu oxidul de carbon?

6. Dar proprietatea esențială de toxicitate ne-o evidențiază prezența lui CO în plasma sanguină: odată pătruns în organism, se comportă ca orice substanță toxică — trece în sânge care-l difuzează, așa că poate fi regăsit și chiar după un timp relativ lung dela moarte (la o autopsie practică la 3 luni dela îngropare, CO a fost identificat în lichidul cavității toracice, în sucii splinei — *G. Strassmann*).

I. Forma etiologică

Cele de mai multe ori accidentală (acută ori cronică) ori sinucidere și numai excepțional crimă, intoxicația cu CO se prezintă sub următoarele forme:

a) Vaporii de cărbune degajați în proporție mai mare în fazele combustiei incomplete, adică îndată după aprinderea focului și în timpul stingerii acestuia. Emanățiunea vine dela: manganul; soba cu combustione lentă — îndeosebi în încălzirea cu coks și cărbune de păământ; caloriferul cu aer cald — prin crăpăturile cât de fine din țevi și radiatoare; coșul; burlanul; fierul de călcat; cuptoarele de brutării; mașina de gătit; în interiorul tuburilor de diametru mare, în timpul sudării lor; cuptoarele de ars varul; incendiile; aprinderea și explodarea prafului de cărbune; combustionea filmelor (în cursul căreia, în afară de gaze nitroase, se degajează și CO).

Intoxicația, acută sau cronică, se produce:

1. *Direct*, adică în chiar încăperea în care se găsește victima — capabilă ori nu de a reacționa (deschiderea ușii, a ferestrelor) — se află și focarul de difuziune a gazului.

2. *Indirect*, adică CO pătrunde dela distanță: prin coșul comun la mai multe etaje; prin crăpăturile din ziduri ori țevi, din subsolul în care se află instalația de încălzire centrală; de sus, din pod ori depe acoperiș, — fumul încărcat cu CO dintr'un coș pătrunde printr'o spărtură sau pe gura coșului comunicând cu o sobă în care nu se află foc.

b) Gazul de iluminat (hidrogen, protocarbura de hidrogen și 8—9% CO). — Intoxicația se produce pe cale de răspândire ori de invazie în încăpere, ori pe cale de aspirație directă (*sinucidere*: se culcă în dreptul robinetului deschis, ori chiar ia robinetul în gură; *accident profesional*: aspiră spre a amorsa debitul), ori pe cale de transmisiune.

1. *Răspândirea*: becul stins de un curent de aer; becul neaprinș și lăsat deschis, insuficient închis; o crăpătură în țevă.

O atare moarte accidentală am putut-o demonstra prin introducerea unei pisici în aceeași încăpere, pe care apoi am închis-o ermetic; după trecerea timpului minim necesar pentru producerea intoxicației și asfixiei, deschizând camera, am găsit animalul mort.

2. *Invazia de afară*: o crăpătură în țevăria unei camere vecine; un bec deschis într'o cameră vecină; un defect de instalație într'un apartament vecin; scurgere dela instalația subpământeană: gazul străbate pe sub pământ și, atras de temperatura mai ridicată din casă, se înalță și pătrunde în încăperi. În trecerea-i prin pământ, gazul aerian se filtrează, așa că în apartament poate ajunge numai sub forma simplă de CO. (Accidente colective de atare natură sunt citate de *Tourdes* — 5 morți și *Kober* — 6 victime cari au putut fi salvate).

Prezența gazului de iluminat în mare cantitate în încăpere poate fi originea unei explozii, atunci când, nepreveniți, intrăm cu o lumânare ori aprindem un chibrit.

3. *Transmisiunea*. — Femea însărcinată a încercat să se sinucidă, dar a fost salvată, iar după 13 zile a născut. Copilul, în stare de somnolență, era incapabil să sugă; iar după 9 zile a murit de pneumonie. La *autopsie* s'au găsit focare de ramolism cerebral. Moartea lentă a fost datorită intoxicației, pe cale de transmisiune, cu CO; leziunea anatomică notată corobora observațiunea că, timp de două zile dela otrăvirea mamei, mișcările copilului au fost cu totul suprimate și numai după aceea au reapărut mult slăbite (*Mareș*, 1929).

c) Gazele de eșapament (motoarele de benzină)

d) **Narcoza cu etilenul nepurificat** care conține o proporție de CO (3 accidente semnalate de *Schermann-Svindler-Ellroy*, 1926).

e) **Gazul sărac** (gazul cu apă), obținut prin combustia lemnului și a cărbunelui de lemn. În compoziția lui intră 25—27% CO și 4—8% H. E întrebuițat la iluminat și în locul benzinei (în tracțiunea automobilă).

În ce privește împrejurările în cari s'a produs faptul medical, e de multe ori foarte greu pentru expert să diferențieze sinuciderea de accident. Cât despre crimă, aceasta nu e posibilă decât cu un individ cu rezistența inexistentă ori cu rezistența în prealabil frântă.

Sinuciderea și crima îmbracă de regulă forma intoxicației masive. Numai în rare excepțiuni s'au notat tentative *repetate și la intervale mai mult sau mai puțin scurte*, de sinucidere prin CO.

Intoxicația accidentală poate fi acută sau cronică. În forma din urmă se notează nu numai la profesioniști (fociști, lucrători în uzinele de fabricare a gazului de iluminat ori a gazului sărac, brutari, spălătorese, croitori, etc.), ci și în locuințe unde există un defect neobservat sau neînălăturat al sobei, al coșului, al burlanului ori al instalației de gaz.

II. Diagnosticul intoxicației cu CO

E bazat pe inspecțiunea locului, pe anamneză, pe simptome, pe leziunile anatomice și mai ales pe examenul sângelui.

1. **Pentru inspecțiunea locului** medicul poate, la nevoie, să solicite concursul unui tehnician de specialitate. — Această inspecțiune e complectată cu analiza chimică a aerului din încăpere. Grație perfecțiunilor aduse de Ogier, Kohn-Abrest, Florentin și Nicloux, procedeul lui Kostine permite astăzi de a se identifica prezența lui CO în aer, chiar când există în proporția inferioară lui 1 la 100.000. Această identificare se mai poate face în chip empiric, prin observarea efectului produs asupra păsărilor foarte sensibile la acțiunea oxidului de carbon din aer.

2. **Anamneza** are interes pentru determinarea cauzei în caz de sinucidere.

3. **Simptomele.** — Deosebim:

A. *Semnele formei acute sau ale intoxicației masive.* — I. Dacă victima e surprinsă în somn, pierderea cunoștinței e nemijlocit urmată de moarte. În sinuciderile sau accidentele colective se poate totuși nota, că nu toate persoanele au sucombat: aceasta se explică prin puterea de rezistență individuală, condiționată de vârstă, constituție, starea generală, existența sau absența unei leziuni sau afecțiuni locale în legătură cu funcțiunea respiratorie și cu capacitatea de eliminare. Bătrânii și alcoolicii în general sunt mai susceptibili decât copiii (părinții, alcoolizați, morți, cu rigiditate cadaverică, iar sugaciul de lângă ei rămas în viață — *F. Müller*, 1925). Supraviețuirea depinde și de locul pe care l-a ocupat victima în încăperea cu aerul viciat: dacă a dormit sau a izbutit să se tâ-

rască până în apropierea unei uși sau a unei ferestre cu crăpăturile neastupate în prealabil, victima are șanse să supraviețuească. (Observațiuni făcute în cazuri de sinucidere și de accidente colective).

II. În *intoxicația masivă supra-acută cu individul treaz* (de exemplu lucrătorii turnătorilor expuși emanațiilor de CO), victima, după câteva convulsii, cade, ca trăsniță, în coma.

III. În *intoxicația acută progresivă* (sinucidere, accident, excepțional crimă), se disting două perioade (după studiul cel mai recent al lui *Roger și Crémieux* — 1929):

Perioada I: greutate la cap, senzația unui cerc de fier la frunte și tâmpile, turburări vizuale, fulgerături, flăcări înaintea ochilor, agnozie optică însoțită de cecitate verbală, amețeli, vâjâit în urechi, greață (urmată uneori de vărsături), turburări auditive, degenerând uneori în halucinații, luciditatea cruțată, forța motrice (afară de cărcei la pulpe) intactă, sporirea opresiunii și a senzației de oboseală.

Perioada II: paralizia progresivă a mușchilor dela membrele inferioare, imposibilitatea pentru victimă, dacă reușește să se scoale, de a se ține pe picioare; creșterea toropelii; degenerarea somnolenței în totala pierdere a cunoștinței; opresiunea e extremă, iar respirația stertoroasă. Bătăile inimii precipitate. Convulsii. Plăci cianotice apar la extremități — se produce coma care, după 2—3 ore (uneori după 1—8 zile) face loc morții reale.

Aspectul lichidului cefalo-rachidian: a) lichid normal; b) lichid limpede dar cu abundență limfocitoză pură; c) lichid hemoragic.

Readucerea la viață. — Procedeele recomandate sunt: 1) scoaterea repede a victimei din mediul deleter; 2) odată la aer curat, victima să fie menținută în poziția de ședere, iar nu de culcare, spre a se obține astfel o decongestionare a creierului; 3) stropirea cu apă rece; 4) fricționarea energetică a membrelor inferioare; 5) tracțiunea ritmică a limbii; 6) abundență respirație de oxigen sau de un amestec de oxigen și de acid carbonic în proporție de 20 la 1; 7) lăsare de sânge (400—500 gr.), ventuze pe piept și pe spate, la nivelul bazei plămânului; 8) clismă, purgativ; 9) tratamentul cu razele X (care accelerează disocierea oxihemoglobinei); 10) nevralgiile să nu fie tratate cu piramidon, antipirină sau fenacetină, cari sunt toxice ale hematiilor, ci cu supozitorii (10 ctgr. de pulbere de opium); 11) fenomenele paralitice se combat cu electricitatea și masajul; 12) anemia e combătută cu feruginoase, hidroterapie și băi sulfuroase.

În caz când toate celelalte încercări dau greș, se recurge la transfuziunea de sânge.

Intr'un caz de intoxicație combinată — cum ar fi de exemplu gazul aerian și veronalul (observația lui *Guyot*, 1929: o femeie de 44 ani a luat întâiu 2,5 gr. veronal, apoi s'a culcat lângă robinetul deschis al unei sobe de gaz aerian) — *terapia oxigenată* dă rezultate bune. — Pentru intoxicația cu morfină și CO. *Schwarze* (1929) a experimentat cu succes inhalarea unui amestec de

oxigen cu 5% acid carbonic. — tratament care, fără vătămare, poate fi aplicat timp de câteva ore.

B. *In caz de supraviețuire* (care e problematică și chiar exclusă în cazurile de o durată excesivă a stărei comatoase), primejdia nu e definitiv înlăturată, pentrucă victima poate sucomba pneumoniei, hemiplegiei.

Se notează: *turburări psihice, turburări motrice, fenomene cutanate, manifestațiuni pulmonare și hepatice.*

I. *Turburările psihice: incetineala recăpătării cunoștinței; hebetudine cu stare ebriosă; stare confuzională (automatism ambulatoriu); amnezia simplă, retrogradă sau retro-anterogradă (un medic intoxicat care nu și mai amintea numele pacienților, locuința lor, boalele de cari sufereau, numele și dozele medicamentelor ce le prescria obicinuît — Brouardel; deliruri episodice (delir furios), turburări de caracter cu hiperemotivitate; turburări vesanice persistente; psihose grave (la predispuși); apraxie; turburări psihomotrice.*

II. *Paraliziile.* — Se deosebesc:

a) *Turburări parietice cari nu sunt de atribuit intoxicației gazoase:* paraliziile periferice prin comprimarea mecanică a unui nerv. în poziția ocupată de victimă în timpul comei; paraliziile consecutive unei infecțiuni sau intoxicațiuni asociate (polineuritele, apărute la câteva săptămâni dela intoxicație, au ca origine alcoolismul, saturnismul, tuberculoza, sifilisul); excepțional obârșia turburărilor motrice poate fi găsită în pithiatism (sugestia, la histerici).

b) *Turburările parietice exclusiv consecutive impregnației oxicarbonate:* hemiplegia care apare și în perioada comatoasă, iar în 2—6 săptămâni ori regresează ori duce la moarte (excepțional e mai tardivă: o tânără femeie a murit după un an); paralizia unui singur mușchiu (de exemplu deltoidul), paralizia mușchilor faringelui sau ai ochiului (ptosis, exoftalmie, oftalmoplegie totală); sindromul lui Korsakoff; turburările revelatorii de leziuni cerebrale și medulare (afazia, hemiopsia homonimă, monoplegia, paraplegia, scleroza în plăci); paraliziile periferice (când membrul superior, când cel inferior sau amândouă; uneori tus.patru membrele); anestezia, hiperstezia, parastezia, atrofia musculară.

III. *Fenomenele hiperkinetice:* mișcări involuntare, clonice, choreiforme.

IV. *Micile accidente nervoase interesând extensiunea uni — sau bilaterală a degetului gros dela picioare, reflexele de apărare.*

V. *Micile semne sensitive:* 1. După recăpătarea cunoștinței, victima se plânse de dureri la indexul, mediusul și inelarul uneia din mâni, cari, mărite de volum, păreau înțepenite; mai târziu se plânse de dureri în pulpa stângă și la umblet; examinată după 4 luni, mâna era rece, vânătă, cu înțepenirea articulară a degetelor. — 2. Furnicăături senzație de frig în partea dreaptă a corpului, cu mișcările mâinii stingherite.

VI. *Micile semne sensoriale:* anauroza, ambliopia, turburările labirintice, vertijurile persistente.

Uneori se înregistrează un interval liber între readucerea la viață și apariția fenomenelor psico.nervoase, cum o arată următoarea observație de intoxicație cu gaz aerian:

După câteva zile dela recăpătarea cunoștinței, fără nici o urmare perceptibilă, se notează treptat: cefalee, confuzie mentală, retropulsiunea, rigiditatea tuturor mușchilor, absența expresiunilor verbale, polialie, reflex de

sugere la percusiunea maxilarului inferior și la atingerea buzelor. semnul lui Babinsky pozitiv (Zuett, 1927). — Uneori se notează efecte și mai tardive. (După 6 luni dela readucerea la viață: afazie, hemiplegie, convulsii epileptice, ramolirea simetrică a nucleului cristalinului pneumonia, moartea).

VII. Manifestațiunile cutanate. — a) *Edemul* — localizat la un membru ori segment de membru, sau într'o regiune oarecare a trunchiului — e dur, adesea sanguinolent, dureros nu numai la presiune dar și spontan. — b) *Erupțiunile buloase*: pemphigus, herpes. — c) *Gangrena*. — d) *Turburările trofice*: pielea lucioasă, cianoza, alterațiunile unghiilor.

VIII. Afecțiunile pulmonare: pneumonia masivă, abcese pulmonare simple sau pseudo-membranoase.

IX. Ficatul: glicosuria pasageră.

X. Creerul: ramoliri subcorticale, focare de mici hemoragii în scoarța cerebrală, extravazate sanguine în pia-mater și în arachnoideea.

XI. Leziunile spinale: recăpătându-și cunoștința după 48 ore, s'a plâns de o mare presiune în regiunea sacrală (Steiner, 1929).

C. In *intoxicația cronică*: 1) anemia (fața palidă, mucoasele decolorate, sufluri vasculare); 2) icter numai uneori; 3) turburări circulatorii (lipotimii, sincope, epistaxis); 4) turburări digestive (greață, vărsături, hiperchlorhidrie); 5) turburări psihice (toropeală intelectuală, inapținutudine de a lucra, slăbirea progresivă a inteligenței, abulie, insomnie, coșmaruri); 6) turburări nervoase (astenia generală, mai pronunțată la membrele inferioare); 7) turburări sensitive (migrena uneori cu forma oftalmică, dureri reumatoide, nevralgii, furnicăături, senzație de frig la membre, început de angină de piept, anestezia sau hiperestezia în plăci); 8) turburări sensoriale (vâjâit în urechi, slăbirea reacțiunii pupulare); 9) turburări trofice (echimoze, pete purpurice cutanate, erupțiuni buloase, ulcerăriuni uncori); 10) vertij; 11) slăbirea sau chiar dispariția reflexelor; 12) glicosurie, uneori și albuminurie trecătoare.

4. *Autopsia* (vezi: „foaea de examen“, vol. I, pag. 689). —

a) *Examenul extern*: pielea, buzele și unghiile dela mână rozate; uneori edem cutanat, erupții, cianoza, alterațiunile unghiilor, gangrena uncea din extremități; înegrirea foselor nazale se notează numai în inspirația fumului: lividitățile cadaverice sunt rozate sau cărămizii (cu o erupție scarlatinoasă) și ocupă o întindere mai mare ca în alte feluri de morți și nu numai pe fața în decubitus: întârzierea putrefacției.

b) *Examenul intern*: 1) ramoliri cerebrale în moartea tardivă, după readucerea la viață; hemoragii în focar pe meninge și creer, tromboza hialină în vasele cerebrale; 2) eventual (în inspirația fumului) depozite de funingine pe mucoasa căilor respiratorii; 3) echimoze subpleurale și sub-pericardice: arborizații și sufuziuni pe mucoasa stomacului și a duodenului; 4) viscerele sunt rozate; 5) plămânul, pe secțiune, dă o spumă rozată (edemul carminat al lui Lacassagne); 6) hemoragii în focar pe plămân, pe submucoasa

gastrică, pe măduva spinării; 7) tromboze în viscere și în măduvă; 8) leziuni cardiace (exceptional); 9) dilatarea și replețiunea anormală a sistemului vascular; 10) aglomerarea intravasculară de limfociti și de mononucleare; 11) scleroza multiplă acută.

5. **Examenul sângelui** — de preferință al sângelui din inimă — ne dă neîndoios soluția problemei diagnostice. Nu numai prin modificarea aspectului și a consistenței sângelui cadaveric, dar mai ales prin puțința de a izola agentul toxic, deoarece CO se regăsește nu numai în sângele cadavrului proaspăt (indiferent dacă e examinat îndată sau în stare de conservare într'un borcan), dar și în putrefacție (1—5 luni). Numai din sângele celui readus la viață gazul toxic parte se elimină în natură în primele câteva ore, iar parte se transformă în acid carbonic.

a) *Coefficientul de otrăvire oxicarbonată.* — De regulă CO e uniform repartizat în sângele saturat.

Saturația ideală, adică maximul de fixare a gazului toxic după gradul de concentrare hemoglobinică a sângelui, e de 16—17 cc. CO la 100 cc. sânge. În *realitate*, însă, moartea se produce de îndată ce proporția de CO e de 1—12 cc. la 100 cc. sânge.

Raportul între cantitatea real găsită la examen (după eliminare) și cantitatea teoretică (17 cc. CO la 100 cc. sânge) e în medie aproape constant 0,70 — ceea ce *Balthazard* și *Nicloux* numesc coeficientul de otrăvire. — În intoxicația masivă și brutală, coeficientul întrece această medie — e între 0,77 și 0,85 (cercetările ulterioare ale lui *Simonin* — 1929 asupra sângelui în curs de putrefacție).

La determinarea coeficientului individual, trebuie să se țină seama de trei fapte: 1) existența în sângele normal al omului a unei mici cantități de CO—0,2 cc. la 100 cc., ceea ce corespunde unui coeficient toxic de 0,01 (*Desgrez-Nicloux*); 2) gazele de putrefacție măresc coeficientul, deoarece ele trebuiesc în prealabil eliminate din sângele examinat; 3) pătrunderea post-mortală a lui CO, care însă nu e realizabilă decât pentru cadavrele cari au stat vreme mai îndelungată într'un focar de incendiu. Adăugăm că penetrațiunea post-mortală e mai mult superficială: CO nu se găsește în organele profunde (inima, vasele mari, ficatul, splina).

b) *Notările calitative ale sângelui:* hemoglobina 68%, eritrocitele 2.784.000, leucocitele 14.800 (determinare făcută de *Arnek-Albrecht* — 1927 cu ocazia unei intoxicațiuni oxicarbonatate).

c) *Aspectul.* — De regulă fluid (uneori se pot vedea cheaguri, cruorice și chiar fibrinoase în sângele cordului, al aortei și al arterei pulmonare), sângele e de un roșu aprins (dealtfel cași în otrăvirea cu acidul cianhidric); colorațiunea nu e însă constant generalizată la întreaga masă sanguină.

d) *Identificarea și dozarea gazului în sânge* se face prin următoarele procedee:

I. *Examenul spectroscopic* (vezi: vol. I. pag. 561—564) complectat cu *examenul spectrometric*.

II. *Reacțiunea chimică*: amestecat cu substanțe chimice sângele oxicarbonat dă, normal, cheaguri castanii. bătând mai mult sau mai puțin în roșu, după reactivul întrebuițat (leșia de sodă, acidul sulfuros, o soluție de acid sulfuric, sulhidratul de amoniac și acidul acetic, ferocianura de potasiu cu acidul acetic sau taninul: leșia de sodă și o soluție de clorură de calciu; o soluție de tanin diluat). Cu cât reacțiunea e mai veche, cu atât e mai netă.

III. *Dozajul spectrometric și cel chimic* (prin extragerea în vid a celorlalte gaze aflătoare în sânge).

e) *Examenul extravazatelor și al țesuturilor*. — Perzistând mai mult în extravazate decât în sângele din sistemul circulator și mai mult în mușchi decât în sânge, CO va fi căutat și în acestea, dacă starea de putrefacție o va permite.

f) *Diferențierea intoxicației cu vapori de cea cu gazul aerian* e bazată pe constatarea că acesta din urmă conține principii specifice: benzina, naftalina cari se regăsesc în urină; acetilena și metanul în sânge și în plămân; formenul în sânge.

2. Acidul carbonic

Gaz incolor, solubil în apă. CO₂, în proporție excesivă în aer constituie o otravă prin turburarea ori suprimarea totală a hematosei. E de observat însă că acest agent toxic, în proporțiile normale, e necesar respirației, dovadă că diminuarea lui (în ascensiunile în munți, în călătoriile aeriene la o mare înălțime) provoacă turburări. Deasemenea, în cantitate determinată, e întrebuițat la fabricarea apei gazoase. Are și *indicațiuni terapeutice* (combaterea vărsăturilor, anestezia mucoasei gastrice, dușuri locale, clisme, băi carbo-gazoase; inhalatii pentru stimularea centrului respirator în intoxicația cu alcaloizi).

Densitatea acidului carbonic fiind mai mare ca aceea a aerului, urmează că acumularea lui se va produce mai ales în regiunile inferioare ale atmosferei ce se respiră. Într'un spațiu confinat, întreg aerul suprasaturat devine un mediu toxic.

a) *Etiologia*. — Accidentală, sinucidere și excepțional crimă, intoxicația cu acidul carbonic e frecventă: în *puțuri* (unde se infiltrează CO₂ prin degajarea din vegetalele în descompunere); în *fermentația alcoolică* (zăcători, pivniță); în *gropi* (la desgropare) și *cabouri*; în *peștere*; în *apropierea cuptoarelor de ars varul și cărămida*; în *spațiile confinate* (incăperi, ladă, sicriu — în moartea aparentă, etc.), în *săli închise suprapopulate și insuficient ventilate*.

b) *Diagnosticul*. — Moartea producându-se cu simptomele asfixiei, la examenul omului viu ori al cadavrului nu notăm decât semnele acesteia (vezi: *Asfixia mecanică prin aerul viciat al unui spațiu confinat*).

Determinarea cauzei se face numai prin anamneză și inspecția locului cu dozarea gazului toxic din aerul respirat.

3. Hidrogenul sulfurat

Gaz incolor, cu miros de ouă clocite. Introdus în căile respiratorii, are o toxicitate mortală începând cu doza de 0,12 la 100.

a) **Etiologia.** — Accident în marea majoritate a cazurilor, rare ori crimă și numai excepțional sinucidere. Intoxicația se produce în: haznalele privăților (curățitorii), canale, recipientele de îngreșăminte, cavouri, uzinele de gaz, laboratoare.

b) **Diagnosticul.** — Otrăvirea se manifestă prin turburarea sau suprimarea respirației. În intoxicația masivă, dacă victima n'a fost imediat scoasă din mediul asfixiant și nu i s'a făcut inhalatii de oxigen și respirația artificială, atunci moartea, precedată de convulsii, se produce în câteva secunde după pierderea cunoștinței. Dar nici în caz de supraviețuire primejdia nu e înlăturată: moartea tardivă prin edem pulmonar ori prin pneumonie.

I. **Simptomele.** — 1. În intoxicația masivă: dilatarea pupilei, exoftalmie, pierderea sensibilității, încetinirea circulației; respirația, la început foarte activă, descrește uneori până la încetarea completă, spre a spori din nou cu puțin înainte de moarte.

2. În intoxicația lentă (pătrunderea în locuința a gazelor din haznalele privăților, ale canalelor): colici, vărsături, cachexii.

II. **Autopsia:** mirosul de ouă clocite, replețiunea sanguină a organelor, culoarea închisă a mușchilor; culoarea neagră sau de verde murdar a sângelui în cadavrele cu putrefacția începută; nuanța sanguină obicinuită asfixiei la cadavrul proaspăt; edem pulmonar, emfizem marginal, infarcti pulmonari, pete echimotice subpleurale.

III. **Identificarea hidrogenului sulfurat** se face prin examenul spectroscopic, prin extragerea și analiza gazelor găsite în sânge.

4. Clorul

Gaz galben bătând în verde, cu miros sufocant, solubil în apă. Indicațiune antiseptică. Se întrebuințează și în sterilizări pe cale chimică. În interiorul corpului modifică gradul de repartiție a colorizilor în sânge și în celule.

a) **Etiologia.** — Accidente în uzine și laboratoare.

b) **Diagnosticul.** — Fenomenele depind de durata acțiunii gazului asupra pielii și a mucoaselor.

Victima cade ca trăsniță, cu cianoză, sudori reci și dispnee.

Antidotul: cafeaua neagră tare.

I. **Simptomele:** senzație de arsură și înțepătură; pielea se colorează în galben, apoi se strânge și se acoperă cu papule, vesi-

cule și chiar abcese; lăcrimare, anxietate precordială; dispnee intensă și dureroasă, urmată de tuse și de strănut, bronșită și pneumonie; în cazurile mai grave, scuipat cu sânge și leziuni pulmonare caracteristice, apatie. Ca afecțiune secundară se poate uneori nota o angină intercurentă de o durată mai mare, cu albumină și cilindri în urină.

II. *Autopsia*: semne de inflamație violentă pe bronhii și pe plămânii colorați în galben deschis.

III. *Identificarea*: gazul se caută în aer, prin reacțiuni și dozare.

* * *

Efecte la fel cu acele ale clorului se notează la **vaporii nitroși**:

1. Protoxidul de azot. — Accidente frecvente în practica dentară. Se caută în sânge.

2. Bioxidul de azot și peroxidul de azot. — Accidente în uzine și laboratoare.

Bioxidul de azot se identifică în acidul nitric format în plămâni.

Peroxidul de azot are un spectru de absorbțiune caracteristic, constituit din numeroase benzi fine.

5. Diverse gaze toxice

a) **Hidrogenul arseniat**. — Foarte toxic. Mirosul caracteristic al usturoiului. — *Etiologia*: accidentul (aerostierii, persoanele expuse acțiunii gazelor de descărcare din acumulatele care funcționează cu acid sulfuric și zinc impur; persoanele cari tratează unele dintre mineraliurile aurifere); crima e rară. — *Simptomele* — cari sunt aceleași ca ale oricărei otrăviri arsenicale — de obicei tardive (câteva ore), pot apare mult mai timpuriu, în intoxicațiile de inhalare în doză masivă. Moartea se produce în interval de 4—5 zile. — *Identificarea*: dacă nu se găsește în sânge, unde în orice caz trebuie să se afle urme, hidrogenul arseniat se identifică însă neapărat în organe (plămân, ficat, rinichi, etc.).

Crima, am spus-o, e o raritate, din cauza mirosului iute caracteristic; dar acesta poate fi mascat prin adăugare de alte substanțe, după cum o dovedește cazul recent (înregistrat într'un târg din Bucovina) pe care-l relatăm după cele consemnate în dosarul afacerii:

În ziua de 16 Iunie 1930, medicul A. se prezintă la confratele său B. (din aceeaș localitate) și, sub pretextul unei experiențe de spirometrie, i-a dat să facă trei inhalații dintr'o sticlă — despre care afirma că nu conține decât esență de brad și apă — și să exaleze într'o altă sticlă în care nu s'ar fi găsit decât o soluție de fenolftalină. În realitate, prima sticlă ar fi conținut hidrogen arseniat al cărui miros iute a fost în prealabil atenuat prin adăugirea esenței de brad.

Anamneza și rezultatul analizei chimice ar pleda pentru o intoxicație masivă cu hidrogen arseniat:

Focea de observație clinică. — După 5 minute dela inhalare, intoxicatul s'a plâns de amețeli și numaidecât și-a pierdut temporar cunoștința. Apoi s'au notat: contracturi musculare tonice ale membrelor superioare, ale mușchilor cervicali și faciali: o greață intensă, frisoane și dureri violente localizate în regiunea lombară. Frisoanele și durerea n'au cedat decât unei injecții de morfină, administrată după cinci ore dela apariția primelor simptome. — La 6 ore dela debutul intoxicației: urină de un galben accentuat și albumină pozitivă. Dimineața: anurie; tegumentele cianozate, iar sclerotica de un galben bătând în cărămiziu. — Starea generală continuând a fi gravă, intoxicatul e transportat în ziua de 17 la Cluj: tegumentele cianotice palide: urină hemoragică, albuminurie. — În ziua de 18: anurie completă. — În ziua de 19: transfuzie sanguină și injecție cu eufilină. — În ziua de 20: decapsularea rinichiului drept. — În ziua de 21: moartea.

Analiza chimică: circa 0.001 gr. arsenic la 1.000 gr. din greutatea organelor.

b) **Hidrogenul fosforat.** Efectele toxice analoage acelorale ale fosforului. Atacă sângele. Se identifică în atmosfera respirată.

c) **Cianogenul.** Gaz foarte toxic. — *Etiologia:* accidente de laborator. — *Efectele* sunt ca acele ale acidului cianhidric, dar mult mai slabe (abea 25% din puterea toxică a acestuia din urmă). *Identificarea:* se caută în aerul respirat.

6. Gazele iritante, gazele de luptă

Prin iritarea violentă a mucoaselor căilor respiratorii, ele împiedică respirația. Irită și ochii. Chiar dacă victima sucumbă, din cauza infimei cantități absorbite gazul nu lasă în organism urme ușor identificabile chimicește. Cât despre leziunile anatomice ele sunt foarte variate: ulcerări corneană tardivă prin gazul muștarului (*Moore, 1929*), cancerul laringelui (*Hunermann, 1929*), *ftizia* (*Achard, 1927*).

Dintre diversele tipuri, indicăm:

a) **Gazele de strănutat.** — *Efectele:* violente dureri la nivelul sinusurilor, iritarea mucoasei nazale cu secrețiune abundentă, accese prelungite de strănut, vărsături, lăcrimare, fotofobie, conjunctivită. În acțiunea prelungită: stupoare, astenie, poliurie scăderea presiunii arteriale, constricția pieptului.

b) **Gazele lacrimogene:** lăcrimare cu o ușoară iritare a căilor respiratorii superioare. În acțiunea prelungită: conjunctivită, cefalalgie, vertij, astenie slabă.

c) **Gazele vesicante:** fotofobie, lăcrimarea simptomatică a conjunctivitei, ulcere corneene: pielea, mai ales în regiunile umede și obicinuît transpirante, e de un roșu aprins și e acoperită cu beșici și ulcerări; tracheea, cu mucoasa atacată, e congestionată, cu un exudat inflamatoriu fibrinos constituind o membrană groasă bătând în cenușiu; infecțiuni bronchice, peribronchice și alveolare: necrozarea unor părți din parenchimul pulmonar; accelerarea mișcărilor respiratorii, tachicardie ori bradicardie; crize convulsive, accese tetanice; moartea prin broncho-pneumonie după 2—3 zile. — În caz de supraviețuire se notează afecțiuni secundare: furunculoza, turburări laringee și respiratorii, instabilitatea cardiacă, astenia, anemia, amețelă, emfizem cu bronșită și crize astmatice.

7. Gazele mixte

Tip intermediar între gazele toxice și cele iritante. Se caută în viscere, sânge și lichide. Prototipul e oxidelorura de carbon sau fosgenul. Accidente în industrie. Acțiunea se întinde pe o rază mare, atunci când, prin spargerea recipientului, gazul se răspândește ca un nor, dovadă catastrofa de acum câțiva ani dela Hamburg, unde toxicitatea s'a înregistrat până la o depărtare de 10 km., cu 500 bolnavi și 12 morți.

În doză mică și, după 3—4 ore de incubare, provoacă tuse, lăcrimare, dispnee intensă și dureri epigastrice cari pot ține câteva zile. În doză masivă cauzează zgărieturi în gât, vărsături, dispnee: după perioada de incubare, apar primele simptome evidente de edem pulmonar: victima cade ca trăsniță și sucumbă în 4—6 ore sau abea în câteva zile. — La *supraviețuitori*, se observă, la flebotomie, un sânge îngroșat de culoarea șocoladei și care, în contact cu aerul, se coagulează numai decăt; tachicardie. La unul mort după 11 zile, s'a notat, în a 7-a zi, embolie și infarct al inimii. Rezistența cea mai mare e dela 50 ani în sus (statistica lui *Nothwit*, 1928, pentru catastrofa din Hamburg).

La examenul spectrometric al sângelui se notează mari cantități de hematină.

B. Otrăvurile volatile

(*Substanțe toxice izolate prin distilare*)

În genere, otrăvurile volatile cari se răspândesc sub formă de nori vaporosi sunt periculoase și prin inflamabilitatea lor; prin explozii cauzează catastrofe.

1. Alcoolul

Deosebim alcoolul etilic și cel metilic. Facem această diferențiere, pentru că și efectele diferă. Pe când consumația celui dintâiu ca băutură e îngăduită și chiar încurajată până la abuz și autodistrugere, întrebuintarea alcoolului metilic e legal îngăduită numai în anumite scopuri industriale. Din nenorocire lipsa de supraviețuire a înlesnit și înlesnește pătrunderea lui camuflată și în consumațiune, pricinuind fulgerător dezastre ireparabile.

I. Alcoolul etilic

Spiritul de vin rectificat 96%. Lichid incolor, miros specific, pătrunzător și plăcut. Otravă în abuz, e, dimpotrivă în cantități raționale, nu numai un excitant stimulator și un regulator al termogeniei, dar are și *indicațiuni terapeutice* în bolile infecțioase, în pareziile respiratorii și cardiace, precum și în tratarea traumatismelor grave la alcoolici. *Posologia* (alcoolul diluat în băuturi): adultul 30—100 gr.; copilul 5—10 gr. de an. *Doza letală*: 500 gr.

a) Asupra **etiologiei** intoxicației cu alcool — pe care am expus-o la studiul ravagiilor de ordin psicho-nervos făcute de beție — nu vom mai stărui. Sinucidere conștientă sau inconștientă, în

marea majoritate a cazurilor acestora cari „beau în neștire“, otrăvirea aceasta se prezintă excepțional ca *accident* (confuzie în ce privește conținutul unei sticle sau al unui recipient); rar se înregistrează *alcoolizarea criminală* (sugaci, copiii nevârșnici, persoanele lipsite de facultatea de a rezista ori cu rezistența frântă, îndeosebi în siluire și tâlhărie).

b) *Formele.* — 1. *Intoxicația acută.* Efectele variază după cantitatea ingerată și după condițiunile individului. — Cu o doză nu prea exagerată se notează: o perioadă de excitație cu senzații plăcute, sporirea forței musculare, facilitatea de elocuțiune. Durata e de 2—3 ore. Cu o doză exagerată: nesiguranța în mers, o mare locacitate dar cu cuvinte fără șir; vărsături, slăbirea sensibilității generale, turburări vizuale, vâjăituri în urechi. — Cu o doză excesivă: vărsături, sughiț, treptata anihilare a inteligenței, încetinirea circulației, scăderea temperaturii, generalizarea fenomenelor paralitice, dilatarea pupilară, suprimarea vorbirii, trism, convulsiiuni, dispnee, pierderea cunoștinței, cianosă. Dacă individul nu se trezește din această stare comatoasă, care poate dura câteva ore, moare prin oprirea inimii ori prin paralizia centrului respirator. Dacă nu sucombă direct intoxicației alcoolice, e expus să răcească și se produc: paralizia facială, neurita alcoolică și, în 2—5 zile, pneumonia.

Antidotul și tratamentul: acetat de amoniu 10—20 gr., injecții subcutanate cu soluții diluate de amoniac: gheață la cap, mâinile și picioarele în apă caldă: excitante, infuzii concentrate de cafea, sinapisme la încheeturi, lă sare de sânge.

La *autopsie* nu se găsește nimic caracteristic. Se notează: semne de hiperemie a mucoasei gastrice, pete echimotice: hiperemia mai intensă a începutului intestinului subțire; meningele injectate: semne de hiperemie, adesea cu focare hemoragice, la creier și măduvă.

2. *Intoxicația cronică:* vărsături matinale, înroșirea nasului, turburări ale sensibilității, insomnie, amețeli, halucinații, acces de delirium tremens, nebunia caracterizată, convulsiiuni epileptiforme, somnambulism, abulie, amoralitate, obsesiuni-impulsiuni, catar faringean și gastro-intestinal, miocardită, anemie, polineurită cu abolirea reflexului patelar, albuminurie, incontinență urinară, ciroză hepatică, turburări vizuale și auditive, olfactive, mutism, accentuarea treptată a intoleranței pentru alcool, așa că în cele din urmă o cantitate relativ mică ajunge spre a provoca moartea prin paralizie.

Antidotul și tratamentul: strichnină 0,005 de 2 ori pe zi: contra delirului, opiu (0.10—0.20), scopolamină, digitală, paraldehydă (3 gr.). — *Tratament ulterior* tonice, stimulente.

La *autopsie*: miros de alcool în stomac, plămâni, creier; ciroza ficatului, leziuni atheromatoase, degenerescența grăsoasă a diverselor organe, hiperemia mucoasei stomacului și a intestinului.

II. Alcoolul metilic (spirt de lemne)

Alcool obținut prin distilarea uscată a lemnului. Lichid incolor, foarte fluid, volatil, răcoritor și înțepător la gust, cu miros și de alcool etilic și de eter acetic. — În stare pură e mai puțin toxic de cât cel etilic, raportul e de 2 la 5; pe când din contră, alcoolurile propilic, butilic și amilic au o toxicitate mult mai mare ca etilicul (raportul respectiv e de 2;3 și 10 la 1). — După lege n'are decât o întrebuințare strict industrială: pentru denaturarea alcoolului etilic, ca dizolvant pentru uleiuri, culori, substanțe rășinoase, în parfumerie pentru prepararea apelor de păr. Din nenorocire, precum am arătat (vorbind de alcoolul în general) ca unul ce e mai efin, prin fraudă și amestecat cu cel etilic, e introdus și în băuturi, mai ales în cele cu bază de esențe, cauzând accidente extrem de grave, chiar catastrofale în simpla intoxicație acută.

Etiologia e întotdeauna *criminală*, pentrucă se fac vinovați de otrăvire conștientă și acei cari prepară băuturile și acei cari le debitează (ca unii ce se lăcomesc la prețul redus de cumpărare dela fabricant).

a) **Formele.** — Accidentele de resortul medicinei legale sunt aproape exclusiv cele de tipul *intoxicației acute*. Totuși, cazurile de intoxicație cronică, deși de o extremă raritate, se pot prezenta și ele la expertiză, de vreme ce, pe cale experimentală (cu alcoolul metilic sintetic) s'a ajuns la concluzia că, în doza repetată, la intervale mari, de 8 cc. la kilogramul de greutate corporală, substanța poate fi suportată fără provocarea de simptome de otrăvire. (*Neuberg* și *Ottenstein* au identificat prezența urmelor de alcool metilic și în fumul de tutun).

Îndeobște, am spus, medicul e chemat să se rostească în cazurile de intoxicație acută. Dar și aci trebuie să facem o distincție: toxicitatea variază nu numai după condițiunile individuale, dar și după modul de ingerare a băuturii cu conținut de alcool metilic. Doza toxică oscilează între 5 și 8 gr. de kilogramul de greutate. Deși s'au notat cazuri de moarte chiar numai cu atare dozaj, totuș în dozaj mai mare victima a putut fi salvată, rămânând numai oarbă.

b) **Gradul de toxicitate** depinde și de starea de impuritate a substanței, dar mai ales de amestecul ei cu etilicul; în contact cu acesta din urmă, metilicul — a cărui prezență nu mai e trădată nici prin miros nici prin gust — are efecte dezastruoase: pe cale experimentală s'a demonstrat că un amestec din ambele alcooluri, deși în *proporțiuni inofensive* pentru fiecare din ele și în deosebi pentru cel metilic, deslănțue fenomene de o virulență mergând până la provocarea catastrofei. Urmează dar, că elementul pre-

cumpănitor în cauzarea faptului medical e înfrățirea alcoolului metilic cu cel etilic.

Explicația ar putea fi dublă: alcoolul etilic confiscă puterea oxidantă a organismului, stingherind sau zădărnîcînd oxidarea și eliminarea metilicului, mai ales eliminarea aldehidei formice care precede acidului formic degajat de metilic. Gradul de toxicitate va diferi dar după proporția de alcool etilic prezent în băutură.

Dar gradul diferă și în intoxicațiile cu alcoolul metilic numai diluat cu apă, fără intervenția etilicului. În cazul acesta elementul hotărîtor îl constituie condițiunile individuale, după cum dovedesc observațiunile făcute (8 bărbați consumă la o laltă alcool metilic tîiat cu apă, în proporție de 1 la 2. Trei din ei, după ce au băut 1—2 decilitri din amestec, n'au dat semne nici măcar de un început de ebrietate. Al patrulea, care consumase numai 1 decilitru, a dat semne de slăbiciune și a fost apucat de vărsături. Al cincilea, care consumase în trei rînduri cîte 2 decilitri, a manifestat: oboseală, vărsături, dureri de cap, dureri abdominale. Al șaselea, care băuse 4 decilitri: oboseală, cefalalgie, grave turburări vizuale. Al 7-lea și al 8-lea, cari consumaseră respectiv 5 și 4 decilitri, au căzut într'un somn de 24 ore, iar la trezire după ce s'au plîns de dureri abdominale, au murit (*Haemaelaenin-Teroeskei*, 1928).

c) **Simptomele.** — Perioada de excitație, caracteristică intoxicației cu etilicul, lipsește. Se notează: slăbiciunea generală, depresiune psihică, cefalalgie, greață, vărsături, fixitate pupilară, slăbirea progresivă a puterii vizuale pînă la orbinea complectă, dispnee, cianoză, coma. Îndeosebire de intoxicația etilică, în cea metilică nu se înregistrează convulsiiunile premergătoare morții.

Antidotul și tratamentul: injecție subcutanată de 25 cc. de hiperanganat de potasiu 2%; administrarea bucală, în 24 ore, a unui litru dintr'o soluție de 5% natrium citric; 4—6 linguri de calcium chlorat (25 gr. la 150 gr. apă distilată).

d) **Leziunile anatomice:** fața cianozată; petele cadaverice seamănă cu acele ale intoxicației etilice; o mare replețiune cu sânge fluid a organelor (îndeosebi creierul și plămînul); hiperemia cu pete echimotice pe mucoasele căilor aeriene, pe aceea a stomacului și a începutului intestinului subțire; obturarea mucoasă a bronhiilor; hiperemia inflamatorie a mucoasei vesicale; dilatarea, fără extravazate sanguine, a vaselor coroidei; umflarea fibrei nervoase a retinei; revărsarea sanguină în nervul optic al cadavrului recent; proliferarea țesutului conjunctiv la cadavrele în putrefacție; degenerarea grăsoasă a chiasmei optice și a corpului geniculat; modificări degenerative și mici extravazate sanguine în măduva prelungită.

III. Identificarea alcoolului în organism

Aceasta înlesnește expertului nu numai confirmarea intoxicației, dar și gradul ei. — La omul viu numai într'un interval determinat, la cel mort chiar în stare de putrefacție. Alcoolul se regăsește în conținutul stomacal, în cel intestinal, în umori — mai ales în sânge și urină — și în creier, splină, ficat, rinichi, plămâni, inimă și mușchi.

Indeosebi concludentă e identificarea toxicului în sânge, pentru că e stabilit că repartiția impregnării e aproape omogenă, iar indicele cantitativ al acestei impregnări e în raport direct cu greutatea totală a corpului. Cunoscându-se și natura și gradul de tărie a băuturii alcoolice ingerate, se poate deci determina, bine înțeles numai aproximativ, însăși cantitatea acestei băuturi. Aproximația e întotdeauna în minus, pentru că e fapt constant că, ori cât de mare ar fi doza de substanță toxică, în 24 ore înainte de moarte ori e eliminată ori e în întregime distrusă prin combustionea internă. Prin urmare, rezultatul dozajului chimic va fi cu atât mai slab, cu cât au trecut mai multe ore dela ingerarea ultimei cantități de băutură alcoolică. O valoare aproape constantă a proporției de alcool în sânge se poate nota numai pentru băutura ingerată cu 2—3 ore înainte de moarte, interval în care alcoolul din stomac e complet absorbit și uniform difuzat.

Metoda de dozare, de o precizie matematică, e aceea a lui *Nicloux*, cu ingeniozitate utilizată de *Balthazard* și *Marcelle Lambert* și aplicabilă chiar la examinarea unei cât de mici cantități de sânge (10 cc. sau chiar mai puțin).

Bazat pe reacția cu bicromatul de potasiu, în prezența acidului sulfuric, procedeul ar fi susceptibil de o dozare exagerată sau chiar de o interpretare greșită în două împrejurări: 1) coexistența în sânge a cloroformului, eterului, glicerinei și paraldehidei; 2) putrefacția. — În adevăr, anestezicele pomenite sau intoxicația medicamentoasă cu paraldehida dau exact aceeași reacțiune și atunci trebuie în prealabil stabilit, dacă persoana a fost anesteziată sau tratată cu puțin înainte de moarte. Cât despre putrefacție, ea dă naștere la amine și amide oxidabile în prezența reactivului și prezentându-se astfel ca alcoolul absolut. Neajunsul poate fi înlăturat numai în putrefacția incipientă, pe cale de distilări succesive în mediu alcalin și acid. În putrefacția gazoasă, proporția de alcool rămâne mărită

Spre a se determina cantitatea de băutură ingerată, după ce s'a calculat cantitatea de alcool absolut, prin înmulțirea indicelui proporțional (cantitatea de alcool în 1.000 gr., sânge) cu numărul indicând greutatea în kilograme a corpului, produsul se înmulțește din nou cu gradul de tărie al băuturii.

a) **Gradul de intoxicație.** — Ținându-se seamă de condițiile individuale (inclusiv aceea a obicinuinței), cantitatea de alcool astfel determinată permite și aprecierea gradului de intoxicație. La noi, chestiunea a fost cu competență pusă la punct de către *Dr. Teodor Vasiliu*, șef de lucrări, și *Dr. Nicolae Ioanid*, chimist legist. — ambii dela Institutul Medico-Legal „Pro-

fesor Dr. Mina Minovici" din București. („Diagnosticul intoxicației alcoolice acute și aplicarea metodei lui Nicloux în medicina legală“, București 1930).

1. Un indice proporțional mai mic de 0,002 exclude beția adultului; copiii, din contră, au o sensibilitate specială pentru alcool (de 4 ori mai mare decât aceea a adultului).

2. Un indice proporțional de 0,002—0,003 corespunde unei stări anormale, mai ales la cei neînvățați cu alcoolul, deci mai susceptibili la acțiunea lui.

3. Un indice mai mare de 0,005—0,004 răspunde stării de ebrietate (beția ușoară), indiferent de gradul de obicinuință.

4. Un indice mai mare de 0,004 (până la 0,006) corespunde beției caracterizate, cu tabloul complet sau numai în una din principalele ei faze (excitația cu pierderea echilibrului, depreziunea).

5. Un indice de 0,007 provoacă anestezia parțială.

6. Un indice de 0,008—0,009 e acela al anesteziei complete.

7. Coma și moartea nemijlocit consecutivă acțiunii alcoolului (cu excluderea deci a unei afecțiuni secundare) se produc cu un indice de cel puțin 0,009—0,010.

Gradul de intoxicație e în funcțiune de:

I. Starea de concentrare a alcoolului din băutura ingerată:

1. Băuturile cu o concentrațiune mijlocie de 10% (vinurile) respectă regulile stabilite de Nicloux și Balthazard.

2. Ingerarea de băuturi foarte concentrate (40%) ca țuica tare, licherurile, romul, etc., mărește cu 1/6, 1/4, 1/3 proporția de alcool în sânge găsită cu băuturile din categoria precedentă.

3. Cu băuturile slabe, cum ar fi berea (3,5%) indicele alcoolic al sângelui scade.

II. Frecvența ingerărilor:

1. În medicina legală au importanță ingerările frecvente și la intervale inferioare sau egale cu o oră. Totul se petrece cașicum ultima libațiune ar reprezenta totalitatea alcoolului absorbit în cursul orelor precedente, deoarece după o oră dela ultima ingerare, cantitatea de alcool în sânge atinge aproape cifra care s'ar obține după o consumare globală.

2. Ingerările rare mai distanțate au un interes medico-legal mediocru, căci ele duc rar la starea de beție.

3. Când alcoolul se găsește amestecat cu alimente, în special grăsimi, absorbția lui e întârziată: se găsește de cinci ori mai puțin alcool în urină, când el a fost absorbit în timpul unei mese copioase.

4. Alcoolismul cronic nu modifică fenomenele de absorbție sau de eliminare a alcoolului.

III Gradul de toleranță față de alcool:

Starea de ebrietate nu este întotdeauna în raport direct cu importanța libațiunilor: există inegalități de toleranță față de alcool.

1. Susceptibilitatea individuală poate să depindă mai întâiu de natura băuturilor ingerate. Etențele, aldehidele și eterii, cari intră în compoziția spirtoaselor, au, independent de acțiunea alcoolului, efecte nocive și o acțiune toxică asupra sistemului nervos.

2. Susceptibilitatea patologică trebuie admisă în cazul epilepticilor, al degenerațiilor ereditare, al traumatizațiilor craniului, al indivizilor atinși de nevroze. Din contră, acei cari suferă de diabet insipid, dipsomanii, rezistă bine la intoxicațiunea etilică.

3. Abstenenții, femeile și copiii sunt deasemenea foarte sensibili la acțiunea alcoolului.

IV. Felul băuturilor alcoolice:

Pe lângă factorul alcool, mai intervin și alte substanțe, cari au un rol important, mai ales dacă ținem seama de marea toxicitate a esențelor. Dar date precise asupra rolului fiziologic al esențelor aromatice nu s'au putut obține până în prezent.

Procedul D-nei Marcelle Lambert — Balthazard („Recherches du vin dans le contenu gastrique”) permite de a se identifica repede vinul, îndeosebi cel negru (roșu), în conținutul stomacal sau în vărsături. Metoda e bazată pe caracterizarea pedeparte a acidului tartric (comun vinului alb și celui negru), iar pe de alta pe caracterizarea materiei colorante a vinului negru.

Acidul tartric se pune în evidență cu ajutorul reacțiunilor Denigès și Pinerula, iar materia colorantă prin nuanțele succesive ce le ia o picătură din lichidul conținutului stomacal pusă pe hârtie de filtru, sub acțiunea vaporilor de amoniac (verde) și adăugarea acidului chlorhidric sau a celui tartric (roșu aprins).

b) Alte metode de identificare a alcoolului în organism. — Ne mărginim să le indicăm:

I. *Naville* (1928) preconizează și metoda cu interferometrul, ale cărui rezultate nu diferă de acele ale procedeeului *Nicloux*, dar au asupra acestuia avantajul că examenul nu depinde în așa mare măsură de aprecierea colorației.

II. *Palmieri* (1928) utilizează ca element de apreciere viteza sedimentării caolinului în serul sanguin. Procesul de sedimentare e întârziat la persoana alcoolizată: punctul culminant al încetirii se observă în intervalul de 2—6 ore dela ingerarea alcoolului — perioadă care corespunde momentului culminant al impregnării sângelui cu alcool. După acest interval, procesul de sedimentare se accelerează treptat și redevine normal după 24—48 ore dela ingerare. Cu cât e mai mare doza de alcool cu atât mai încetinită e sedimentarea, încetinire care persistă chiar după ce nu se mai poate demonstra, chimicește, prezența alcoolului în sânge.

III. *Micrometoda* lui *Widmark*: determinarea prezenței alcoolului se face în timp mai scurt la cel deprins cu băutura decât la abstinent; în schimb, la cel obicinuit, alcoolul dispare repede din circulația sanguină.

IV. *Căutarea* alcoolului în urină. — Concentrațiunea alcoolică în urină e direct proporțională cu aceeași concentrațiune în sânge, iar raportul dintre aceste două concentrații e constant (*Carter Southgate*, 1926). Un indice inferior lui 0.001 exclude intoxicația.

V. *Sporirea* urobilinei și a bilirubinei în urină e o indicațiune de intoxicațiune alcoolică. Sporul inițial (0.85—0.91 unități față de 0,60—0,80 în stare normală) persistă timp de 4—5 zile, pentru ca apoi să se reducă treptat (*Wallace*, 1927).

VI. *Indicele* alcoolic din lichidul rachidian e egal cu cel din urină.

VII. *Indicele* alcoolic din creier. — Rezultatul examenului a 6000 de creere umane: 1) pentru substanța cerebrală a persoanelor cari, cel puțin 10 zile înainte de moarte, n'au consumat băuturi alcoolice, indicele maxim a fost de 0.000025, iar în creierul celor cari consumaseră alcool, 0,005—0,006;

în toate cazurile în cari indicele a fost inferior lui 0,001 persoanele s'au comportat normal înainte de moarte; la un indice de 0,001—0,0025 corespundea o stare de agresivitate sau de impasibilitate; la un indice mai mare ca 0,0025 s'au notat înainte de moarte toate semnele unei grave intoxicații (*Geller-Tiber, 1927*).

c) **Intoxicația transmisă sugaciului.** — Identificarea alcoolului în cadavrul sugaciului (prin suptul laptelui) permite să se stabilească, în caz de moarte suspectă a acestuia, cu sau fără urme de violențe, dacă mama (doica) era sau nu beată în cele câteva ore cari au precedat decesul copilului. Identificarea acesta are o deosebită valoare diagnostică, pentru că, în momentul când femeea e examinată, alcoolul a avut vreme să dispară din sângele acesteia.

Dervieux-Szumanski-Desoille (1929) își întemeiază acest diagnostic pe următoarele notațiuni făcute într'un caz concret:

1. *Gradul de intoxicație alcoolică a copilului:* analiza ficatului dă 0,65 gr. alcool absolut la kilogramul de greutate corporală; copilul fiind de 5 kgr., absorbisese între 3—4 cc. alcool absolut.

2. *Conținutul de alcool din laptele mamei:* analiza a dat proporția de 1,75 cc. alcool absolut la litrul din laptele extras din stomacul copilului. Procentul acesta e în realitate inferior celui ce s'ar găsi în laptele stors direct din mamela mamei (doicii). Procentul de alcool din laptele colectat din stomacul sugaciului e inferior procentului din sângele mamei (doicii) în momentul suptului.

Metacetaldehida

Tablete albe cari înlocuiesc spiritul ca substanță de ars. Ingerate din eroare, mai ales de copii (cari le confundă cu bucăți de zahăr), tabletele acestea cauzează o intoxicație: somnolența, convulsii, vărsături, cianosa, trism, tetania unilaterală a membrilor inferioare. — *Tratamentul:* spălături stomacale, bromid. — *Duvour (1950)* semnaleză sinuciderea unui adult cu astfel de tablete.

Acroleina

Se înregistrează intoxicații accidentale în industrie, prin inhalarea vaporilor de acroleină. — *Simptomele:* arsuri la ochi, lăcrimare, conjunctivită, tuse, bronșită, turburări gastrice. Moartea e de regulă tardivă: 2—3 săptămâni.

2. Cloroformul

Lichid incolor, insolubil: miros caracteristic. Anestezic general, anti-spasmodic, antiseptic intern, calmant local. *Indicațiunea terapeutică:* eclampsia puerperală, tetanosul, epilepsia, colicile, crampele. — *Posologia:* pentru adult: 0,50—1,50 gr. pe zi; doza maximă 0,50 gr., *pro die* 5 gr.; doza letală 4 gr.; pentru copil: 2 picături de an.

E de observat că doza letală în ingerare variază după condițiunile individuale. — dovadă observația lui *Tardieu:* unul, care ingerase 70 gr., a fost salvat prin pompa stomacală.

În ce privește inhalarea, doza anestezică nu trebuie să treacă de 1 gr. la 2 litri de sânge.

a) ETIOLOGIA. — I. În forma acută (fie prin ingerare, fie prin inhalare), intoxicația cloroformică se prezintă ca:

1. *Crima*: în administrarea prin surpriză.

2. *Sinuciderea*. — *Voită*. Ușoară în ingerare, sinuciderea e anevoioasă în inhalare: e nevoie de un dispozitiv special ca inhalarea să continue și după rapida pierdere a cunoștinței. (a. După ce și-a astupat nările cu dopuri de vată, cu ajutorul unei fâșii de pflastru, prinsă în jurul capului, și-a menținut la gură gâtul unui balon plin cu cloroform — *Schauenstein*. — b. Cu o bucată de tafeta gumată legată la ceafă, peste un burete îmbibat cu cloroform, pus la gură — *Hofmann*. — c. Culcat cu fața în jos, peste o cutiuță plină cu vată îmbibată cu cloroform, așezată în dreptul gurii și al nasului — *Vibert*). — Sinuciderea poate fi și neprevăzută: persoanele cari, în inhalarea vaporilor de cloroform, caută o senzație de amorțire plăcută ori o aliniere a suferințelor.

3. *Accidentul*: ingerarea din eroare din conținutul unei sticle, al unui recipient; inhalarea vaporilor în urma spargerii unui recipient.

4. *Anestezia chirurgicală*. Moartea se produce la începutul, în cursul narcozei și după încetarea acesteia. Aparatele întrebuintate pentru dozarea acțiunii anestezicului nu suprimă nici ele accidentele mortale.

Accidentele anestezice pot avea ca origine:

a) Frecvent o *contra-indicație patologică* rezultând dintr-o stare predispozantă: hipertrofia thymusului (la copii și adolescenți), cardiopatiile (miocardita scleroasă, degenerescența grăsoasă; uneori și leziunile valvulare), alcoolismul, cachexia. Numai într'un singur caz îi este iertat medicului să nu țină seama de contra-indicație: atunci când de intervenția chirurgicală depinde posibila salvare a unei persoane ce și așa pare sortită morții.

b) O stare particulară a momentului, cum ar fi *stomacul plin*: cloroformizarea provoacă vărsături cari, pe cale de aspirație, pot pătrunde în căile aeriene, cauzând asfixia mecanică.

c) O *dozare exagerată* care, la unii indivizi, poate cauza accidentul mortal. — Vom observa însă, că expertul nu poate aprecia, după cantitatea vărsată pe o compresă, însăși cantitatea absorbită de persoana narcotizată; aceasta depinde de dispozitivul întrebuintat. Volumul de aer aspirat fiind în medie de 7 litri pe minut, iar doza fiind calculată la 100 miligrame cloroform la litrul de aer, urmează că anestezia nu se manifestă înainte de 30 minute; după aceasta, anestezia se întreține cu 2—3 picături pe minut.

(Numai în caz de crimă, anestezia se poate obține repede, prin siderea victimei).

d) O acțiune inhibitorie chiar la începutul sau în cursul narcozei. Paralizia cardiacă reflexă e, în atare împrejurare, datorită fie iritațiunii mucoasei foselor nazale și a mucoasei laringelui, ori acțiunii directe a vaporilor de cloroform asupra organului; fie șocului psihic: pusilaminitatea, zguduirea provocată de perspectiva morții posibile.

e) Insfârșit, complicațiunile ce se pot ivi de pe urma administrării contra-indicate sau a stării de impuritate a anesteziului.

Responsabilitatea medicului poate fi angajată, în afară de contra-indicație (stare predispozantă, stare particulară trecătoare), de o dozare exagerată, starea de impuritate a anesteziului, și atunci când practică anestezia fără ca importanța redusă a intervenției s'o fi necesitat.

II. În forma cronică, intoxicația cloroformică se notează în industrie și în laboratoare: șederea zilnică, de 6—8 ore, într'o atmosferă conținând mai mult de 10 miligrame de cloroform la litrul de aer, devine nocivă după numai două săptămâni: deasemenea vătămatoare după câteva luni, într'o atmosferă numai cu 1—2 miligrame la litrul de aer.

b) SIMPTOMELE diferă după felul administrării.

În *ingerare*: arsură în gură, gât, esofag și stomac, violente dureri epigastrice; uneori vărsături; micșorarea pulsului și încetinirea circulației; delir ebrios, pierderea cunoștinței, coma și moartea în interval de una până la câteva ore.

Readusă la cunoștință, victima poate din nou manifesta fenomene depresive și să expire în colaps și convulsii.

Intoxicatul fiind definitiv salvat, se notează destul de frecvent: violente dureri gastrice și intestinale, hematemeza, melena, icter cu umflarea ficatului, albuminurie, bronșită. În atare caz moartea tardivă (câteva zile) survine ca efect al acestor urmări ale narcozei.

În *inhalare* se notează succesiv: excitația, încetinirea circulației, dilatarea pupilară, dispariția sensibilității, fața palidă, mișcările respiratorii și bătăile inimii din ce în ce mai rare, opacitatea corneei, oprirea inimii și în cele din urmă încetarea respirației. Fenomenele acestea caracterizează forma morții sincopale.

În moartea prin asfixie se înregistrează: cianoza feței, vărsături, respirație intermitentă, rigiditate musculară, midriasis, convulsii, oprirea bruscă a respirației.

Antidotul și tratamentul. — În caz de *ingerare*: spălături stomacale cu bicarbonat de sodiu, inhalații de oxigen, nitrat de amid, tratament electric, oleu de migdale dulci, unt-de-lemn, stimulente cafea, ceaiu, mucilaginoase.

În caz de *inhalare*: respirația artificială, tracțiunea ritmică a limbii, inhalajia de nitrat de amidon, oxigen, mucilaginoase, sinapisme, injecții cu strichnină

c) LEZIUNILE ANATOMICE. — În caz de *ingerare*: mirosul stomacului; leziuni ale epiteliului faringelui, laringelui și esofagului; leziuni ale mucoasei stomacului (escare cenușii); mucus coagulat pe mucoasa gastrică și pe cea duodenală; uneori (cu o cantitate excesivă de cloroform) ulcerăriuni ale stomacului și jejunumului; sângele, fluid în moartea năprasnică, e ușor coagulat în agonia prelungită.

În caz de *inhalare*: mirosul caracteristic în diversele organe și în sânge, însă numai la cadavrul proaspăt; hiperemia plămânilor; leziuni asfixice; prezența inconstantă de bule gazoase în sânge.

d) IDENTIFICAREA. — Cercetările lui *Nicloux* și *Fourquier* au stabilit că urmele cloroformului nu se mai pot găsi în organe după trecere de două ore dela moarte; în interval de 30 minute, jumătate din cantitatea inhalată e deacum eliminată prin volatilizare.

Se examinează toate viscerale, dar îndeosebi creierul, ficatul și sângele.

3. Eterul

Eterul etilic, sulfuric. Lichid incolor, solubil (1/15). Excitant, stimulent antispasmodic, hipoanestezic. — *Indicațiunile terapeutice*: sincopa, îndeosebi cea de origine hemoragică, asistolia, uremia, apoplexia, febrele grave, pneumonia, variola. — *Posologia în administrarea bucală*: 5—60 picături la adult, 3 picături de an la copil. *Posologia în injecțiile subcutanate*: 1—2 cc. la adult, 0.1—0.5 cc. la copil (prudență la copil mai mic de 3 ani). *Doza letală*: 30—50 gr., în *ingerare*; 8—50 gr., în *inhalare*. — În *terapeutică* se întrebuințează sub diverse forme: picături în apă, perle de eter, sirop de eter, licoarea lui Hofmann (amestec de alcool și de eter), injecții subcutanate. Ca *anestezic*: inhalajii, pulverizare pentru producerea anesteziei locale.

a) *Etiologia*. — I. În *intoxicația acută*, în ordinea frecvenței: sinucidere, accident (înghițirea din eroare a conținutului unei sticlute), anestezia chirurgicală, crimă.

Îndeosebi în ce privește anestezia generală, observațiunile ce avem de făcut sunt aceleași pe cari le-am formulat la anestezia cloroformică. În plus, responsabilitatea medicului e angajată, dacă o gravă leziune sau chiar moartea pacientului e consecutivă arsurilor cauzate de inflamația eterului la apropierea unei flacări de masa de operație.

b) *Simptomele*. — 1. În *ingerare* efectele seamănă cu acele ale alcoolului, dar se produc mai repede. În *doză mică*: excitație plăcută, senzație de ușurință, hilaritate. — În *doză mare*: învinițirea feței, dilatarea și fixitatea pupilară, dureri epigastrice, vărsături, gastrită, accidente cardiace, accelerarea și în urmă mic-

șorarea pulsului, epistaxis, incontinență urinară, diaree (uneori sanguinolentă), amețeli, prostrație, răcirea membrelor, turburări psicho-nervoase până la alienația mintală caracterizată, convulsii, oprirea respirației, letargie. Moartea asfixică ori sincopală.

2. In *inhalatie*: oboseală, slăbiciune, anorexie. Infecțiunile pulmonare post-operatorii.

3. In *intoxicația cronică* (voită; accident de muncă): cefalee, turburări gastrice, vărsături, timpanism, turburări respiratorii, palpitații cardiace, dureri articulare, halucinații, frică, mania persecuției, tremurături.

Antidotul și tratamentul. — In *intoxicația acută*: amoniac, loțiuni reci, respirația artificială, tracțiunea ritmică a limbii, inhalatii de nitrat de amil. — In *intoxicația cronică*: suprimearea otrăvii.

c) **Leziunile anatomice** nu prezintă nimic caracteristic. afară de mirosul special care însă poate dispărea.

d) **Identificarea.** — Se caută și se extrage prin distilare din sânge, creier, ficat, mușchi.

In grupa eterurilor, cu simptome și cu tratament la fel cu acele ale eterului etilic (sulfuric), relevăm:

I. Eterul acetic (inflamabil): anesteziec, bronhic, expectorant, stimulent, antispasmodic. Extern în reumatism și nevralgii.

II. Eterul formic (inflamabil): analgesic, antiseptic, diuretic, antidiareic; inhalatii pentru tratarea inflamației căilor respiratorii.

III. Clorura de etil. — Lichid incolor, volatil, insolubil. Anesteziec local și general, aplicat și extern și în inhalatii. — *Simptome*: contracțiuni musculare, deviația ochilor, inflamația retro-bulbară, tremurături, puls mic accelerat. — *Tratament* simptomatic.

IV. Iodura de etil (kelenul). Lichid incolor, insolubil. Antispasmodic, anastmatic, stimulent, anesteziec. — *Posologia*: în inhalare, 5-12 picături de mai multe ori pe zi; luat intern, 5-15 picături în capsule gelatinoase. — *Simptomele* sunt acele ale clorurei de etil. — *Tatment* simpotomatic.

V. Bromura de etil. Lichid incolor, insolubil. Anesteziec (inhalatii), antispasmodic, sedativ (gastralgii). Asociat cu cloroformul provoacă moartea.

VI. Dibromidul de etil e o otrăvă a celulelor, cauzând degenerarea corneasă a rinichilor, a capsulelor suprarenale, a ficatului, pancreasului, splinei și inimii; degenerarea tunicii interne a vaselor; tendința la edemul generalizat.

4. Cloratul hidrat

Hipnotic, anticonvulsiv, anesteziec. Indicat în: afecțiunile dureroase, convulsii infantile, tusea convulsivă, tetanos, eclampsia puerperală, choreea, crampe, astmă, sudorile nocturne la tuberculoși, incontinența urinară; antidotul stricninei. *Doza maximă* 5 gr. (6 gr. pe zi).

a) **Etiologia**: accidentul medicamentos; sinucidere.

b) **Simptomele.** — I. *Intoxicația acută*: ulcerazioni bucale,

vărsături, icter, retenție urinară, albuminurie, ambliopie, dispnee, amețeli, delir, halucinații, paralizia membrelor inferioare, cianoză, convulsii, coma cu moartea după o jumătate de oră, sau moartea fulgerătoare în câteva minute. — II. *Intoxicația cronică*: turburări digestive, anorexie, vărsături, slăbire, icter, diaree, exanteme, nevralgii, paralizia membrelor inferioare, imbecilitate, idiotism.

Antidotul și tratamentul. — În *intoxicația acută*: emetice, spălături stomacale, diuretice, respirație artificială, eter, excitante cutanate (flagelare), spălături iritante (amoniac), picrotxină. — În *intoxicația cronică*: băi calde, electricitate, lăsare de sânge, strichnină (0.005 gr.), cafeină, oleiu camforat, respirație artificială, inhalație de nitrat de amid arsenic.

c) **Autopsia**: ulcerăriuni bucale, mirosul particular al stomacului; mucoasa stomacului și mucoasa începutului intestinului subțire injectate.

I. Sulfonalul are aceleași indicațiuni terapeutice ca și clorhalul hidrat. Doza maximă 2—4 gr. pe zi: pentru copii: 0,05 numai după 3 ani.

a) *Simptomele intoxicației acute*: amețeli, hipotermie, erupții cutanate, turburări cardiace, insensibilitate, delir, cianoză, oligurie cu albuminurie, dispnee. Moartea în 1—4 zile. — *Semnele intoxicației cronice*: văjâituri în urechi, colici, vărsături, cefalee, amețeli.

b) *Antidotul și tratamentul*: excitante, pompă stomacală, diuretice, purgative, bicarbonat de sodiu, clisme căldicele, tanin, cafea, ceaiu.

c) *Autopsia*: pneumonia acută.

II. Trionalul e indicat în insomnia nervoasă. Doza maxima: 2—4 gr. pe zi.

a) *Simptomele intoxicației acute*: atacuri epileptoide, hipotermie, amețeli, vărsături, dispnee, retenție urinară, colaps. — *Semnele intoxicației cronice*: cefalee, amețeli, vărsături, colici, diaree sanguinolentă, dureri vesicale și urtrale, oligurie hematoporfirinurie.

b) *Antidotul și tratamentul*: spălături stomacale, diuretice, purgative, clisme căldicele, ceaiu, cafea.

5. Acidul cianhidric (acidul prusic)

Lichid, foarte volatil, incolor, cu miros de migdale amare.

Toxic cu efect fulgerător fie în stare de soluție, fie în stare gazoasă. Principiu toxic al migdalei amare (o migdală conține ca la 1 mgr. de acid cianhidric), 4—6 migdale amare ajung pentru omorirea unui copil.

În terapeutică (soluția apoasă de 2%) toxicul e indicat în: nevralgiile convulsive, tusea convulsivă, gastralgii, *Posologia*: 2—5 picături de 3—4 ori pe zi pentru *adult*; pentru *copil* (cu mare prudență) o picătură de an. *Doza maximală*: 0.10 gr. pro dosi și 0,50 gr. pro die de soluție oficială. *Doza letală*: 0.05 acid cianhidric *pur anhidru*, adică o soluție oficială de maximum 2.50%. În doză foarte concentrată, moartea în 2—3 minute. În concentrarea mai mică moartea poate întârzia 30 minute, o oră și chiar câteva ore (o fată de 16 ani a murit în 30 minute, prin ingerarea a 5 gr. dintr'un preparat de curățat încălțămînta — o soluție de 4% acid cianhidric — *Bech-I.arsen*, 1928). — În stare gazoasă, efectul toxic se produce, în inhalarea aerului în care se află răspândit acidul cianhidric, prin leziunile pulmonare cauzate mai lent (uneori după 24—36 ore).

a) **Etiologia.** — 1. *Crima* e o raritate; totuș e posibilă: sau soluția e prea concentrată, sau se întrebuițează un preparat în compoziția căruia intră otrava (un caz de otrăvire prin punerea hidrobromidului de scopolamină într-o ceașcă, de cacao — *Van Italie*, 1928), sau însfârșit criminalul și-l prepară singur (cazul asasinului Troppmann: prin distilarea unui amestec de ferocianură de potasiu cu acidul sulfuric).

2. *Sinuciderea* e și ea rară, din cauza greutateii de a-și procura otrava. S'au notat însă cazuri prin mărirea dozei maximele a soluției prescrise de medic, prin ingerarea preparatelor din comerț în compoziția cărora intră acidul cianhidric (uleiul de migdale amare, unele licheruri ca persico, maraschino — în prepararea cărora intră sâmburii de piersici, de vișine); prin consumarea în mare cantitate a acestor sâmburi (*Seferowitz* a notat o intoxicație în urma consumării unui mare număr de sâmburi de *prune*); înghițirea unui preparat industrial cu bază de acid cianhidric; înghițirea unui preparat farmaceutic cu atare bază.

3. *Accidentul* cu otrava dizolvată se înregistrează numai când soluția e luată din eroare sau când, din nebagare de seamă sau din ignoranță, se mărește doza. Cele mai frecvente sunt accidentele consecutive *inhalării acidului cianhidric în forma gazoasă*.

I. În acest din urmă caz, nenorocirile se întâmplă îndeosebi în urma desinfectării sau desinsectizării locuințelor, fie în timpul operației prin neobservarea măsurilor de precauțiune, fie după aceea, prin insuficienta aerisire a încăperii. (*Kohn-Abrest* relatează o serie de 9 cazuri, consecutive faptului că aerul din camere mai conținea circa 0.01% acid cianhidric).

Intoxicația nu se produce numai direct, adică prin respirarea aerului viciat din chiar încăperea desinfectată, ci și *indirect*: vrem să vorbim de *infiltrațiunea dela distanță a gazului toxic*, precum o arată următoarea observație recentă făcută la noi:

În 1929, un ziarist din Timișoara se duce în consultație la un dentist din localitate. În timp ce aștepta să-i vină rândul, simte nevoea de a se retrage în closet. — Sala de așteptare se golește și dentistul observă în cuer o pălărie și un pardesiu streine. Începe să caute și în cele din urmă forțează ușa closetului — unde dă peste cadavrul gazetarului, iar din prag îl izbește un miros asfixiant. — Analiza chimică, făcută în laboratorul de toxicologie al Institutului Medico-Legal din București, a demonstrat, că moartea a fost datorită intoxicației cu acid cianhidric. Ancheta a stabilit că gazul toxic s'a infiltrat în closet dela un apartament vecin, care, în ajun, fusese desinfecat cu acest toxic.

Trebuie să se interzică atari desinfectări, deoarece cantitatea de vapori cianhidrici degajați atinge proporția ucigătoare de 5—6 miligrame la litrul de aer.

II. Intoxicația cronică prin gazul aerian, praful de cărbune, combustiuinea unora dintre explozive.

III. Intoxicațiile de laborator: *Scheele*, descoperitorul acidului cianhidric, a murit sub acțiunea vaporilor preparați în propriul lui laborator.

IV. Intoxicațiile alimentare: migdalele amare, cremele preparate cu esență de migdale amare, licherurile preparate cu esențe conținând acidul cianhidric (extractele din sămburii de vișine, pier-sice, fasolea cianhidrică).

b) Simptomele diferă după violența acțiunii toxicului.

I. In *forma fulgerătoare*. — Dacă acidul cianhidric gazos pătrunde repede în căile respiratorii, ori dacă se înghite o soluție concentrată, victima cade ca trăsniță: corpul se întepeneste și răcește; pulsul e imperceptibil; respirația se oprește; fața tumefiată, e ori cianozată, ori de o paloare cadaverică; ochii, cu pupila dilatată, sunt holbați; spumă sanguinolentă la gură. Moartea în 2—3 minute.

II. *Forma acută*. — Succesiv se notează: puțin timp după ingerare sau inhalare, victima se prăbușește, scoțând un strigăt înfiorător; amăreala în gură; dureri occipitale; senzație de opresiune toracică, dureri precordiale; respirația sacadată; dilatarea și fixitatea pupilară; convulsiuni tonice și clonice (trismus, opisthotonus), spumă sanguinolentă la gură și nas; paralizia complectă; stingerea respirației; răcirea corpului; fața învinețită sau palidă; exoftalmie; stingerea pulsului. Moartea, de regulă, în 20—50 minute; sunt și excepții (*Taylor*: 56 ore după ingerare de 30 gr. dintr'o soluție de 1%).

III. In *forma ușoară*: dispnee, constricții faringee, cefalalgie, greață, amețeli, mers nesigur, puls accelerat, dureri de șale; accesele de convulsiuni violente se repetă timp de 2—3 ore; slăbiciunea e extremă, respirația e îngreuiată, fața se cianozează. Vărsăturile sunt de bun augur; altfel se produce coma și e nevoie de o intervenție grabnică. Efectele intoxicării dispar cu încetul (în câteva zile sau chiar câteva luni): aritmia, slăbiciunea pulsului, vertijul, slăbiciunea generală, insomnia, turburările motrice, greutatea în vorbire; rare ori nefrita.

Antidotul și tratamentul. — În genere, dacă moartea nu se produce în interval de 30 minute dela intoxicare, sunt șanse mari de salvare. Intervenția consistă în: spălături stomacale, insuflare de oxigen, administrarea bucală de apă oxigenată de 3—4 volume; se dă succesiv câte 3 gr. de sulfat de fier și de carbonat de natriu în soluție, apă de var, clorură de calciu (4 gr. la 200 gr. apă), antidotul multiplu Jeannel: injecții subcutanate cu apă oxigenată, cu apomorfina; dușuri sau loțiuni reci, excitante, opiu, cafea, morfină, muștar, diuretice, injecție intravenoasă de thiosulfat de sodiu (0,50—1,50 gr.), glucoză *per os* și intravenos. In *extremis*: trachetomie.

c) Autopsia. — 1. *Examenul extern:* pupilele dilatate, gura plină cu spumă, trismus, mirosul de migdale amare. Lividitățile nu au aceeași nuanță: unele sunt mai deschise (ca în intoxicația cu CO), altele mai închise. Rigiditatea precoce. Putrefacția când precoce, când întârziată, după condițiunile individuale și cele atmosferice.

2. *Examenul intern.* — Mirosul specific izbește chiar în momentul deschiderii cadavrului și e mai pronunțat la creier, plămân, stomac și în conținutul acestuia. Mirosul nu se mai percepe în autopsia tardivă. — Congestia meningelor, a creierului și a măduvei; congestia plămânilor, ficatului, splinei și rinichilor. Echimoze subpleurale, sub-pericardice. Mucoasa stomacului e injectată.

Sângele, fluid, e sau de un roșu aprins, sau negru cu câteva cheaguri moi.

Cianura de potasiu

Baghete, lame sau bucăți neregulate albe, cu structură cristalină, higroscopice, solubile în apă, în alcool diluat. Acțiunea toxică depinde de gradul de puritate: cianura de potasiu din comerț, care se descompune în contact cu aerul, conține până la 50% carbonat de potasiu. E foarte mult întrebuințată în industrie (aurirea, argintarea, nikelarea metalelor), precum și în fotografie. Efectele sunt datorite degajării acidului cianhidric în contactul cianurii cu sucii gastrici. — *Indicațiile terapeutice:* sedativ, antispasmodic (dispnee, astmă, ftizie, tuse convulsivă). — *Posologia:* doza maximă 0.01—0.05; doza zilnică 0.04—0.10; doza letală 0.20—0.50.

a) Etiologia. — I. *Crima*, prin administrarea directă, e rară, din cauza gustului specific. Cianura fiind însă indirect administrată (în vin sau alte băuturi alcoolice), gustul nu mai e izbitor.

II. *Sinuciderea* (individuală sau colectivă), grație ușurinței cu care se poate căpăta otrava, e destul de frecventă.

III. *Accidentalul* se notează sau prin ingerarea medicamentelor, sau chiar prin piele (un fotograf, spre a scoate de pe degete o pată de lapis, s'a servit de cianura de potasiu în substanță; aceasta a provocat o escară cutanată și a pătruns pe sub unghie: timp de 8 ore victima a fost în primejdie de moarte — *Tardieu*).

b) Simptomele seamănă cu acele ale intoxicației cu acidul cianhidric, dar caracteristicile tabloului clinic sunt: cianosa feței, mirosul de migdale amare al răsuflării, respirația scadată, spumă la gură, sudori reci, cefalalgie, greață și vărsături, defecare și micțiune involuntară, convulsii, coma. Moartea e rapidă sau lentă după cum a fost și doza: în câteva minute, câteva ore, uneori chiar câteva zile, după cum probează o observație recentă (simptomele s'au dezvoltat timp de 12 zile la un bărbat de 29 ani; în plus, suferea de epilepsia esențială — *Ernst*, 1928).

Antidotul și tratamentul: vomitive, inhalație respirație artificială, stro-pirea cu apă rece a feței; curent electric; nitrit de amil; un amestec de: 4

gr. sulfat feros și 4 gr., carbonat de sodiu la 200 gr., apă; peroxid de fier hidratat: stimulente eter, acetat de amoniac, atropină, tinctura de belladonna (Vezi și: *antidotul și tratamentul intoxicației cu acidul cianhidric*).

c) **Autopsia.** — I. *Examenul extern:* fața cianozată, spumă la gură; puncte hemoragice ale feței, gâtului și ale părții superioare a pieptului.

II. *Examenul intern.* — La deschiderea cadavrului: mirosul specific de migdale amare, care uneori poate fi acela al amoniacului.

Cianura de potasiu având și proprietăți caustice, cari se afirmă și după moarte, leziunile anatomice sunt foarte pronunțate și se notează: revărsări sanguine pe suprafața emisferelor cerebrale și la baza creierului; echimoze subpleurale, sub-pericardice; congestia plămânilor și a bronhiilor, tumefierea și imbibitiunea sanguină a mucoasei faringelui, laringelui, tracheei, esofagului și duodenului; stomacul retractat, cu pereții îngroșați, infiltrați cu sânge; mucoasa gastrică, tumefiată, roșiatică, ramolită, aproape transparentă, îndeosebi pe fundul organului, e acoperită cu un strat gros de mucus roșiatic; în conținutul stomacal, vâscos, roșiatic și cu reacțiune alcalină, se pot uneori găsi fragmente de cianură de potasiu.

Sângele are aspectul și consistența aceluia din intoxicația cu acidul cianhidric.

d) **Identificarea acidului cianhidric**

Indiferent dacă otrăvirea e consecutivă acidului cianhidric pur (în soluție sau sub forma gazoasă) sau cianurei de potasiu, principiul toxic e acidul cianhidric care poate fi regăsit în organe, mai ales în stomac și în începutul intestinului subțire, uneori și în creier; în urină nu se găsește niciodată. Deși foarte volatil, toxicul rezistă și putrefacției și e identificat (procedul Jacquemin) după vreme îndelungată (15—100 zile) în combinațiunile chimice (sulfocianure) ce se produc în organism. E însă de observat că doze foarte mici se pot izola și din conținutul stomacal și intestinal al unui individ care, înainte de moarte (din altă cauză), a absorbit mari cantități de migdale amare ori de lichide conținând acidul cianhidric.

În teză generală, atunci când doza mortală e la limită (0,05 gr. acid cianhidric pur anhidru) nici o reacțiune chimică nu mai e în stare să trădeze prezența toxicului. Izolarea se poate face numai în excesul de substanță toxică, adică în moartea consecutivă unei doze mai mult sau mai puțin masivă. Și atunci îl regăsim sau în sulfocianurile — produs al acțiunii putrefacției — sau în parte din excesul cruțat, pentru că transformarea sulfo-cianată nu e nici constantă nici întotdeauna integrală.

Urmele nu se mai pot caracteriza atunci când, tot sub influența putrefacției, excesul se transformă în *formiat de amoniac*.

6. Acidul fenic

Acidul fenic (fenolul, acidul carbolic): cristali incolori, solubili în apă, cu miros caracteristic.

Doza toxică și cea mortală variază după condițiunile individuale. Cea mortală oscilează, la adult, între 1,5 gr. și 30 gr.; deaceia putem nota curiozități ca acestea: o femeie de 24 ani sucombă ingerării unei doze de 1,5 gr., iar un bărbat robust rezistă unei doze de 25 gr. — În ce privește copilul, acesta e foarte susceptibil (moartea unui copil după ingerarea a două lingurițe dintr-o soluție de 3% adică 0,6 gr. substanță toxică).

Antiseptic puternic. E indicat (foarte diluat) în psoriasis și rar ca anti-termic în febra tifoidă și alte piroxii. *Posologia internă*: 0,01—0,10 de 2—3 ori pe zi; *externă*: gargarisme 1%, glicerină fenicată 1%. — *Doza maximă*: 0,10 gr. (0,30—0,50 gr. pe zi)

a) Etiologia. — I. *Crima* e o raritate, din cauza gustului greșos al toxicului. E posibilă numai cu copiii sau cu adulții fără cunoștință.

II. *Sinuciderea* e destul de frecventă.

III. *Accidentul* are ca origine: o confuzie (înghițirea din nebăgarea de seamă), terapeutică, acțiunea internă sau cutanată a unor produse industriale.

Sinucidere cu o tinctură de păr japoneză (două fete s'au otrăvit cu această tinctură — *Ezol*, 1928).

Accidente cutanate datorite produselor industriale — dermatite consecutive vopselelor de cânit părul; roșeața și cojirea scoicii urechii și a pielii de pe dosul urechei, roșeața și umflarea pleoapelor; forme erisipeloase, eritrodermie (*Brocq*, 1928); dermatita blănușelor vopsite.

Accidentele terapeutice.

— Se notează pe toate căile de administrare: bucală, rectală, vaginală, cutanată (pansamente,

spălături). Intensitatea toxicității în aplicațiunea externă e în funcțiune nu atât



Fig. 203 — Otrăvire (accidentală) cu acid fenic: din greșală în loc de untură de pește mama i-a dat copilului să înghită acid fenic. Pe fotografie se văd și arsurile cauzate la gură, bărbie și pe față.

de starea de concentrare cât de durata contactului cu pielea intactă sau lezată (cazuri de gangrenă la degetele mâinilor și picioarelor, în aplicațiunea prelungită peste rană, a unei soluții slabe de 2—3%).

b) **Simptomele.** — Mirosul urmei. În administrarea internă se notează:

I. În *intoxicația acută*: arsuri în gură, senzație de arsură în esofag, stomac și intestin, vărsături (inconstant), pielea vânată, rece și umedă; insensibilitate; pulsul slab și neregulat; bătăile inimii abea perceptibile; delir ebrios, vertij, vâjâituri în urechi, stupoare, contractarea pupilei (dilatarea în perioada agonică); pierderea cunoștinței, colaps (uneori asociat cu convulsii); urina de un verde măsliniu sau chiar neagră (inconstant). Moartea mai mult sau mai puțin rapidă (10—20 minute, câteva ore), după gradul de concentrare.

Salvat, se notează accidente secundare: hematemesa, melena, laringita, tracheita, pneumonia, albuminuria, hematuria, cilindri în urină, disuria, cistita, icterul, hemoglobinuria, urobilinuria.

II. *Intoxicația cronică.* — În *administrarea internă*: amețeli, delir, slăbirea pulsului, hipotermie, colaps, albuminurie. — În *aplicațiunea externă*, pe piele sau pe mucoasele externe: eritem, desquamare; pe mucoasele externe apar plăci uscate albicioase cari apoi se închid și se desprind, erupție exantematoasă, buloasă; gangrena degetelor sau a părților genitale externe feminine.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale cu acid acetic diluat sau cu sulfat de sodiu (10 gr. la 1.000) până ce lichidul nu mai dă reacțiunea fenolului: lapte de var; zaharat de calciu; apă albuminoasă; magnezie calcinată; gheață; respirație artificială; injecții cu eter; venisecție. Tratamentul ulterior: emoliente, stimulente, sinapisme, tonice, oleioase.

c) **Leziunile anatomice** diferă după gradul de concentrare. În toate cazurile, chiar dela deschiderea cadavrului, te izbește mirosul specific (îndeosebi la stomac).

În intoxicațiile cu o soluție prea diluată, alterațiunile din tubul digestiv sunt relativ de mică importanță. — În otrăvirea cu o soluție concentrată sau cu acidul fenic pur: extravazate sanguine, plăci echimotice, desquamarea mucoaselor (uneori de culoare albicioasă); stomacul întărit; mucoasa gastrică de culoare ardoazată bătând ușor în roșu; conținutul stomacal negricios; degenerescenta grăsoasă a ficatului și a rinichilor (inconstant). În caz de moarte tardivă se mai observă: o intensă congestie pulmonară, uneori cu nuclee de broncho-pneumonie; leziuni nefritice, degenerescenta grăsoasă a stomacului și a mușchilor.

Sângele e în genere fluid, de culoare închisă. În intoxicația cu o soluție foarte concentrată sau cu acidul fenic pur, sângele din ventriculul drept e negru, iar cel din ventriculul stâng roșu. Dacă intoxicația e consecutivă unei injecții intra-venoase, sângele e

negru în tot sistemul circulator. Expus la aer se'nroșește și se coagulează.

d) **Identificarea.** — Se caută în leziunea locală externă și în cadavru, în care e răspândit peste tot, deși în interval a avut vreme să se elimine în bună parte prin urină și plămâni. Se izolează prin distilare.

7. Hidrocarburile

I. Petrolul

Țițeiul și esențele de petrol nebenzenice. — Fricțiunile cu petrolul lampant cauzează o inflamație cutanată. Injecțiunea subcutanată dă naștere la flegmoni.

Respirarea vaporilor de țifeiu, de petrol lampant, ori absorbția lor cutanată provoacă beția petrolică (un somn adânc prelungit), turburări respiratorii până la apoplexia seroasă, nefrita. Intoxicația cronică are conjunctivita drept stigmat caracteristic.

II. Benzina

Are și o întrebuințare terapeutică: antiseptic; indicată în tratarea catarului, tusei a fermentațiilor stomacale, a viermilor din trichinoză, în tratarea leucemiei. — *Posologia:* 2—24 picături de 3—4 ori pe zi în capsule gelatinoase. *Doza maximă:* 15 gr. (6 gr. pe zi).

Etiologia. — *Sinuciderea* (un adult a murit în 12 ore după ingerarea a 50 gr.) — *Accidental:* un copil de 2 ani a murit în 10 minute, după o singură înghițitură. Accidental se mai produce frecvent prin inhalare (un lucrător găsit mort după o oră dela coborîrea sa într'un tanc care conținuse benzină; accidente frecvente în fabricile în cari se întrebuințează benzina, în rafinăriile și depozitele de benzină).

a) **Simptomele.** — I. În *forma subacută:* stare ebriasă cu cefalee, vertij, vărsături.

II. În *forma acută* (intoxicația masivă sau inhalarea de vapori calzi): iritarea mucoaselor și a plămânilor, vărsături sanguinolente, slăbirea pulsului, anemie acută, insuficiență renală, hebetudine, cianoza feței, epistaxis, delir halucinator cu hipo-sau hiperestezie, turburări ale vorbirii, coma.

III. În *forma cronică:* anemie aplastică cronică, purpura hemoragică, hebetudine, scăderea temperaturii, micșorarea pulsului, hematemesă, epistaxis, hemoragii gingivale, metroragie la femeie, mirosul fetid al gurii, albuminurie, slăbirea corpului prin dispariția grăsimii, oboseală generală, dureri de cap, anorexie, apariția de mici pete albăstrui pe extremități.

Prognosticul e rău atunci când procentul leucocitelor e sub 1.200.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale și intestinale, emetice, purgative, injecții intravenoase de ser fiziologic, analeptice, tratament simptomatic. — Să nu se întrebuințeze substanțe grase sau alcoolice, cari pot dizolva otrava.

b) **Leziunile anatomice.** — În general se notează semnele asfixiei acute: echimose și edem pulmonar hemoragic. — După cazurile individuale se pot observa: meteorism, hemoragii multiple ale pielii; lichid sanguinolent des în cavitățile pleurale, hemoragii în cele mai multe organe, culoarea albastru-verde a conținutului stomacal; sângele fluid, fără chiaguri și de nuanță închisă; meningele și creierul congestionate; un mucus gros, gelatinos pe căile aeriene; țâșnirea din plămân (la presiune) a unui lichid mucos.

c) **Analiza chimică.** — Se extrage din viscere și se dozează în aerul respirat.

III. Nitrobenzolul (esența de Mirban)

Lichid galben, limpede, insolubil, cu miros de migdale amare. Desinfec-tant extern (20 picături au cauzat moartea unui tânăr de 19 ani — *Bahrtdt*).

Etiologia. — Intrebuințat în industria parfumeriei, în patiserie, la pre-părarea licherurilor (în locul adevăratului ulei de migdale amare).

Intoxicația e consecutivă: absorbții interne, inhalate (în uzine, la-boratoare, cu ocazia deparazitării), absorbții prin piele, întrebuințării ca abortiv.

a) **Simptomele,** chiar în caz de ingerare, se manifestă abea după un interval variabil (15—50—60 minute sau chiar mai mult).

Tabloul clinic, în ordinea cronologică, e următorul: slăbi-ciune, cefalalgie; cianoza feței, a extremităților, a mucoaselor, gin-giilor, limbii, faringelui; miros de migdale amare; dispneea; ac-celerarea apoi încetinirea bătăilor inimii; mers nesigur, viziune turbure, vorbire neclară, greață, convulsii generale sau con-tracții izolate ale unora dintre mușchi; dilatația pupilară; coma. Moartea tardivă (până la câteva zile ori chiar câteva săptămâni).

Antidotul și tratamentul: pompă stomacală, analeptice, atropină sau belladonna, respirație artificială, oxigen, vomitive, purgativ. — *Contra-indicate:* substanțele grase sau alcoolice cari pot dizolva otrava.

b) **Autopsia.** — Izbitor miros de migdale amare; pete echi-motice pe mucoasa esofagului, stomacului și a duodenului; o con-gestie venoasă generalizată; musculatura de o nuanță cenușie în-chisă.

Sângele fluid și negricios.

În intoxicația cronică se pot nota și: o degenerare parenchi-matoasă a organelor; mici focare necrotice în ficat.

IV. Anilina

Lichid incolor, puțin solubil. *Doza letală:* 10—20 gr.

Etiologia. — Posibile și *crima* și *sinuciderea*.

În ce privește **accidentul,** acesta poate avea ca origine: *profesiunea* (lu-crătorii din uzinele de anilină ori din fabricile cari produc preparate cu bază de anilină); *purtarea unui obiect* (încălțăminte) vopsit în negru cu baza lui Bandrowsky (dintre cazurile mai recente de intoxicație cităm pe acele sem-

nalate de *Schmitt*, 1928 — cremă de ghetă, *Aikman*, 1928 — 3 observații, *Médioni*, 1929, *Alcayaga*, 1929 — 3 observații, *Lop* — 1950); *contactul direct* (sugaci intoxicați prin faptul că, îndată după baie, au fost înfășurați în cearșafuri pătate ori marcate cu cerneală de anilină — *Zeligs*, 1929); *terapeutică* — o observație a lui *Arneht-Aboerth*.

Indeosebi predispuși sunt copiii și persoanele cu idiosincrasie particulară.

Antiseptic, anilina e indicată în choree și eclampsie. — *Posologia*: 1—2 picături de 2—3 ori pe zi. *Doza maximă* 0.20 gr. (0.40 pe zi).

a) **Simptomele.** — I. In forma acută simptomele diferă după calea de pătrundere a toxicului:

1. *Inhalată*: cianoza ardoazată, colorarea pielei, a buzelor și a unghiilor, cefalee, frisoane, astenie, somnolență, parestezie, senzație de căldură mare, convulsii, coma cu miosis căruia îi succede midriasis.

2. *Ingerată*: cianoza ardoazată, o colorație violacee a sudorii, dilatarea pupilelor, turburări respiratorii, accelerarea pulsului, spasme clonice, paralizia.

II. In forma cronică (inhalare): simptomatologia atenuată a intoxicației acute (cianoza dispare îndată după întreruperea lucrului sau îndepărtarea încălțăminteii vopsite), colorarea în verde bătând în galben a pielei, a unghiilor și a părului, hiperhidroza profuză a mânilor, slăbire, greață, amețeli, sincopă, dureri la micțiune, hematurie. Cu timpul se notează o eczemă ulcerată a mânilor care se întinde și la față, penis și scrotum, cu o degenerare canceroasă a leziunilor endo-vesicale.

Antidotul și tratamentul: aer proaspăt, respirație artificială, baie fierbinte, purgativ, oxigen, injecții intravenoase cu ser fiziologic; stimulente, diuretice, mucilaginoase, injecții subcutanate de camforă.

b) **Leziunile anatomice.** — Modificări ale ficatului unde se localizează otrava și urmele lăsate în plămâni prin cari se elimină în mare parte.

Alterarea ușoară a sângelui și colorarea urinei.

Leziunile cutanate notate la omul viu în intoxicația cronică.

V. Gudronul, bitumul, uleiurile minerale

Efectele toxice ale acestor hidrocarburi se manifestă prin dermatoze și neoplazii cutanate. Se notează iritațiuni ale pielei, urmate de foliculoză, și o hiperchromie localizată sau generalizată (pete de roșeață); fenomene tardive: hiperkeratosa susceptibilă de a degenera în formațiune canceroasă.

1. Un caz de *dermatită artificială cauzată de o substanță gudronată* întrebuințată la confecționarea încălțăminteii: prurit rebel la ambele picioare coincizând cu portul unei perechi noi de ghetă, ale cărei tălpi erau lustruite cu un lac gudronat — *Lancha Fall*, 1926.

2. Accidente cauzate de *terebentină*: a In timpul văcsuirii încălțăminteii,

un mic fragment din crema cu bază de terebentină pătrunde în ochiu: o violentă inflamație a conjunctivei, înroșirea pielii pleoapei și a feței din vecinătate. — b. Din greșeală a atins ochiul cu degetul murdar de crema de ghetete: chemosă flictenoasă a conjunctivei inferioare, eroziuni corneene și ulceratie cutanată (*Wollenberg*, 1927).

8. Formolul

Soluție apoasă de formaldehidă 35—40%. Lichid incolor, solubil.

Etiologia. — *Sinuciderea* e rară (un caz recent prin ingerarea a 45 gr. de fenol concentrat, cu moartea după o oră — *Olbrycht*, 1929). — *Accidentul* poate avea ca origine sau o greșeală sau o aplicațiune *terapeutică* (întrebuintarea externă ca desinfectant, gargară). *Posologia in gargarsime*: 0,25—0,50‰.

a) **Simptomele ingerării**: escare, greață, vărsături, respirație accelerată, pulsul mic și frecvent, amețeli, iritațiunea rinichilor, enterită. Moartea se produce după un interval variabil, după vârsta și constituția victimei, în 24—50 ore (un copil de 5 ani mort după o oră și un sfert).

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, apă albuminoasă, băi calde, acetat de amoniac (10—15 picături), amoniac diluat.

b) **Autopsia**: — meteorism, leziuni ale mucoasei gastrice, decolorarea și întărirea organelor.

c) **Extragerea din viscere**.

9. Sulfura de carbon

Lichid incolor, fluid ca eterul, insolubil, cu miros neplăcut de varză putrezită. Prin volatilizare, vaporii au o acțiune toxică foarte pronunțată, iar în contact cu oxigenul se aprind și detonează.

Etiologia. — *Accidente* observate: în aplicațiunile industriale (industria cauciucului, industria mătasei artificiale, extracțiunea grăsimilor, fabricarea sulfo-carbonaților); în *utilizarea toxicului ca insecticid* (gărgărița leguminoaselor și a cerealelor, filoxera); în *aplicațiunile terapeutice* (antiseptic, desinfectant, emenagog, hipoanestezic în inhalații — în febra tifoidă, în pneumonie). *Posologia farmaceutică*: 2—4—6 picături de 3 ori pe zi în apă sau lapte.

a) **Simptomele**. — I. În *intoxicația acută* prin ingerare: ebrietate, hipotermie, amețeli, cefalee, senzație de arsuri în gât, cianoza, puls accelerat, respirație violentă, coma.

II. În *intoxicația cronică* prin inhalare: cefalalgie, vertij, greață, vărsături, anorexie, hebetudine, simptome paranoice halucinatorii, amnezie, o mare mobilitate intelectuală cu accese de violență, insomnie, turburări oculare (miosis) și auditive, slăbirea forței musculare, cachexie, impotența masculină și frigiditatea feminină, paralizii motrice, intoleranța pentru alcool, tremurul mânilor, diminuarea sensibilității la durere.

Antidotul și tratamentul. — Grabnica îndepărtare a victimei din atmosfera intoxicantă; băi calde, tratament electric: strichnină (0,01—0,02 gr. pe zi).

b) **Leziunile anatomice:** diminuarea constantă a consistenței encefalului; prezența în vasele cerebrale a unui lichid care nu se combină cu sângele.

c) **Identificarea.** Pe de o parte se extrage din viscere, iar pe de alta se caută în atmosfera respirată (5—6 mgr. de sulfură de carbon la litrul de aer face atmosfera intoxicantă).

10. Fosforul

În natură e un toxic puternic numai fosforul incolor zis și alb; cel roșu, pur, e inofensiv.

Luminos în întuneric foarte puțin solubil în apă, fosforul alb e din contră solubil în materiile grase.

Are o acțiune toxică locală și una generală *Locală:* arsuri cutanate, escare cu slabă tendință de cicatrizare, perforarea mucoaselor. — *Generală:* dizolvat în substanțele grase fosforul trece, în natură, în sânge și e transmis de mamă fătului din uter.

Toxicitatea crește cu gradul de divizare a substanței, ceea ce favorizează solubilitatea ei; iar solubilitatea e cu atât mai mare cu cât mai gras e și mediul în care se află (untura de pește, de exemplu: conținutul stomacal bogat în grăsimi).

Acțiunea toxică se înregistrează în oricare din formele în cari fosforul pătrunde în organism: stare solidă sau păstoasă (găvăliile de chibrituri, pastele pentru otrăvirea șoarecilor); în stare de dizolvare (untura de pește fosforată, acidul fosforic medicinal); în stare gazoasă, prin inhalare (hidrogenul fosforat degajat din carbura de calciu utilizată pentru producerea acetilenului de iluminat); vaporii emiși de chibriturile fabricate de sesquisulfura de fosfor la temperatura de +30°.

Doza toxică și mortală depinde și de mediul de vehiculare și de condițiile individuale. În medie, *doza toxică* e de 0,15 gr. Cât despre cea letală, aceasta e fixată la 0,50 gr.; s'au notat însă cazuri mortale cu 0,15—0,30 gr., sau chiar cu mai puțin (0,05 gr.). S'au văzut și excepții: o supraviețuire după ingerarea unei doze de 0,75 gr. La copil, doza letală se poate reduce până la 0,01 gr. (observațiile lui Brouardel-Ogier).

În ce privește *acidul fosforic oficial* (lichid incolor, solubil, care conține 36,22% acid fosforic anhidru, astfel că 1 gr., din aceasta din urmă se găsește în 29 picături de preparat farmaceutic), dozajul lui de administrare e următorul: 0,30—3 gr., de mai multe ori pe zi, după cum e vorba de un copil ori de un adult.

Etiologia. — Dela suprimarea fabricării găvăliilor de chibrituri cu fosfor alb, s'au împuținat enorm cazurile de *crimă și sinucidere* (prin dizolvarea acestor găvălii). *Sinuciderea* ca formă etiologică a intoxicației se mai întâlnește în ingerarea pastelor fosforate (1% fosfor).

Accidentul poate avea ca origine: înghițirea din greșală; inhalarea vaporilor; întrebuințarea fosforului ca abortiv; intoxicația medicamentoasă (untura de pește fosforată, acidul fosforic medicinal, prepararea pilulelor cu sulfură de zinc).

În terapeutică fosforul — pentru proprietățile lui de tonic, nervin, stimulent al nutriției, regenerat al oaselor — e indicat în rachitism, osteomalacie, nevralgie, neurastenii, tabes. *Posologia:* adultul 0,001 — 0,002 gr., pe zi; copilul 0,0005 pe zi.

Acidul fosforic oficial — a cărui dozare farmaceutică am dat-o mai sus — e indicat în hipofosfaturie, neurastenii, hemoragii, rachitism,

a) **Simptomele.** — I. *Intoxicația acută* se manifestă din capul locului prin mirosul de usturoiu al răsuflării. Apoi, după 5—6 ore dela ingerare, se notează: arsuri în gât, sete mare cu salivatie abundentă, violente dureri epigastrice și colici, sughiț, greață, vărsături, diaree (uneori precedată de constipație), sufluri cardiace, puls mic aritmic, urcarea temperaturii peste 39°. — După un interval de remisiune (2—5 zile) se reinstalează tabloul clinic reagravat: vărsături (adesea sanguinolente și negricioase ca zațul de cafea); defecație dureroasă (uneori involuntară), tenesme vesicale, oligurie cu urina albuminoasă, pigmentată cu bilă și cu exces de fosfați, anurie; purpura, epistaxis, hemoragie gingivală, metroragie, hemoragie cerebrală cu paralizie facială și brachială, gangrena cutanată simetrică a picioarelor, amorteala membrelor, cărcei foarte dureroși, cefalalgie, slăbiciunea musculară, scăderea temperaturii sub 36 sau chiar 35 grade. În a 5-a sau a 6-a zi: agitație, delir cu tipete, trism, sincopă. — Icterus — localizat (mai ales la conjunctive) sau generalizat — e un stigmat inconstant (50—60% din cazuri) al intoxicației fosforice; momentul apariției lui variază (după 2—8 zile).

Nu în toate cazurile tabloul e complet. La copii moartea se produce în câteva ore; după primele semne digestive apar cele de origine cardiacă: lipotimie, colaps. Această formă rapidă (7—9 ore) se poate unori înregistra și la adult.

Răsuflarea, vărsăturile și materiile fecale sunt fosforescente la întuneric.

În caz de supraviețuire, subsistă durerile epigastrice, vărsăturile, iar convalescența durează câteva săptămâni, timp în care nu sunt excluse surprizele: s'au văzut morți subite în plină evoluție a vindecării. Moartea se poate înregistra și după câteva luni.

II. În *intoxicația cronică*: anorexie, diaree, dureri la extremități și paralizia acestora, alterația mușchilor, o pronunțată fragilitate a oaselor (frecvente fracturi spontane), necroza maxilarului inferior.

Antidotul și tratamentul: purgative saline, spălături stomacale, vomitive, mucilaginoase, tonice, apă albuminoasă, terebentină ozonizată, cărbune animal, sulfat de cupru, oxid de magneziu. *Contraindicate:* laptele, oleiurile, grăsimile, ca unele cari dizolvă otrava. — În intoxicația cu acidul fosforic oficial: apă albuminoasă, apă de var, bicarbonat de sodiu, magnezie calcinată, emoliente, opiacee.

b) **Leziunile anatomice** variază după condițiunile individuale și după durata tabloului clinic.

I. În *moartea rapidă* (câteva ore): mirosul aliaceu și fosforescența în întuneric a conținutului stomacal și intestinal.

II. În *evoluția lentă* (moartea după câteva zile): icterul inte-

resând și mucoasele și viscerele; gangrena cutanată simetrică a picioarelor; echimoze și uneori perforări ale stomacului și duodenului; echimoze ori sufuziuni sanguine de dimensiuni mari cutanate, mucoase, seroase, subscroase, viscereale; mucoasa stomacului e tumefiată și gălbuie; conținutul stomacului e sanguinolent și negricios, de consistența zafului de cafea; mucoasa intestinului subțire e palidă sau cenușie, iar conținutul acestuia e și mai sanguinolent ca acela al stomacului; degenerescența grăsoasă a ficatului (hipertrofiat), a rinichilor, miocardului, a pereților vaselor și a glandelor tubului digestiv; în vesică, a cărei mucoasă e echimozată, se găsește urină sanguinolentă.

II. În *intoxicația cronică*, leziunile caracteristice sunt: necroza maxilarelor, icterul, inflamația tubului digestiv, steatoza inimii, a ficatului și a mușchilor.

c) **Identificarea fosforului:** se examinează vărsăturile, fecalele, conținutul stomacal și intestinal (îndeosebi partea terminală a intestinului gros). E ușoară atunci când se mai găsește fosfor nativ în viscere, deci înainte de oxidarea substanței. În intoxicația acută fosforul se poate uneori regăsi și în cadavrele putrefiate (fosforul nativ după 8 săptămâni, iar acizii fosforici după 12 săptămâni). Dar putrefacția dă naștere la hidrogen sulfurat și produse amoniacale cari pot împiedeca fosforescența.

În păstrarea organelor ce urmează să fie examinate medicul se va feri de utilizarea lichidelor conservative, în special alcoolul, cari pot face nulă expertiza.

C. Otrăvurile metalice

1. Arsenicul

Arsenicul metalic, zis și arsenicul negru, netoxic în stare nativă, de îndată ce vine în contact cu apa sau numai cu vapori de apă se oxidează și dă naștere la compuși minerali și organici, dintre cari cel mai virulent e acidul arsenios numit și arsenicul alb. (*Compuși minerali:* acidul arsenios, arsenitele, acidul arsenic, arseniații, clorura de arsenic, iodura de arsenic, hidrogenul arseniat. *Compuși organici:* cacodilul, acidul cacodilic, cacodilatul de sodiu, arenalul, arsinele, atoxilul, arsacetina, hectina, arsenobenzolii, salvarsan, arsenoxidul, novarsenbenzolul).

Cele mai frecvente intoxicațiuni sunt cele cu acidul arsenios, verdele arseniat și arseniatul de sodă.

Acidul arsenios (șoricioaica) se prezintă când ca o pulbere fină albă incoloră, fără savoare în cantitate mică și cu un gust amar în cantitate mare; când ca bucățele de sticlă, gălbui și cari, în contact mai lung cu aerul, devin opace ca porțelanul.

Pulberea albă, care poate fi ușor confundată cu zahăr pisat, făină, sare mărunță, e greu solubilă: în 80 părți apă rece, în 9 părți apă fierbinte, în 5 părți glicerină și în 141 părți alcool. Mult mai solubil e acidul arsenios în stare amorfă (sticlos).

Aplicațiuni industriale: singur sau în prepararea altor compuși arsenicali; pasta pentru distrugerea șoarecilor.

Aplicațiuni terapeutice: modificator puternic al nutriției, nervin (licoarea lui Fowler, licoarea lui Boudin, licoarea lui Pearson, granulele lui Dioscorid; acidul arsenios e indicat în: anemiile secundare, paludism, sifilis, diabet, tuberculoza pulmonară incipientă, reumatismul cronic, nevralgii. E preconizat și în loțiunile pentru combaterea dermatozelor și pentru distrugerea tumorilor canceroase. — *Posologia farmaceutică:* pentru *adult* 0.001—0.005 de 3—4 ori pe zi; pentru *copil* 0.0005 de an, numai dela 5 ani în sus. *Doza maximă* 0.005. *Doza letală* 0.10—0.20.

Acidul arsenic: massă albă, amorfă, inodoră, insolubilă în apă. Aceleași indicațiuni terapeutice ca și pentru acidul arsenios. *Posologia:* 0.003 de 2—3 ori pe zi. *Doza maximă* 0.005.

Trisulfura de arsenic, insolubilă în apă și solubilă în acizi și alcali, e întrebuințată în tăbăcărie la epilarea pieilor.

Verdele lui Scheele și verdele Schweinfurt (arseniate de cupru) întrebuințate în industria culorilor (jucării, haine, tapete, alimente).

Toxicitatea dozală nu e însă fixă, pentrucă ea depinde de condițiunile de ingerare și de cele de eliminare. Otrava e mai activă pe stomacul gol; cu cât mai repede se produc vărsăturile, cu atât se atenuază efectele. Depinde și de condițiuni individuale: pe când unii rezistă unei doze masive (un tânăr care, după o linguriță și jumătate de morfină, a luat o linguriță de acid arsenios și totuș a supraviețuit — *Ioachimoglu*, 1924), alții, dimpotrivă, succumbă unei doze inferioare celei indicate de Codex ca fiind letală (idiosincrasia arsenicală). — În ce privește toleranța arsenicală trebuie să pomenim de *arsenofagi*, indeosebi țărani din Stiria și Tirol cari, în credința că în chipul acesta își mențin vigoarea și longevitatea și totodată își exaltă virilitatea, se deprind cu ingerarea arsenicului, până ajung la o cantitate cu mult superioară celei mortale (1.38 gr.). Credință greșită, pentrucă, după cum sună concluziile experimentărilor lui *Naelsund* (1927), la un moment dat mucoasa intestinală devine rebelă, iar rolul ficatului, în reducerea toxicității arsenicului introdus per os, nu e de o deosebită însemnătate, astfel că mai curând sau mai târziu, se produc efectele intoxicației.

În organism, arsenicul are o acțiune triplă: *una caustică locală* (tubul digestiv, în introducerea *per os* sau rectală; vaginul; căile respiratorii, pielea și mucoasele); *acțiunea de difuziune;* în sfârșit, *acțiunea de eliminare*, în cursul căreia cauzează leziuni în aparatele emonctorii.

A. Etiologia

Pe deoparte din cauza ușurinței de procurare, iar pe de alta din cauza confuziei ce se face cu acidul arsenios cristalizat (aspectul zahărului pisat, al făinii, al sării mărunte) sunt deopotrivă de frecvente crima, sinuciderea și accidentul.

În *crimă* se poate înregistra nu numai otrăvirea acută, ci și otrăvirea lentă, care poate simula diverse boli.

Sinucigașul nu recurge numai la acidul arsenios, ci și la preparatele din comerț (trisulfura de arsenic, verdele lui Scheele, verdele Schweinfurt). *Ilaberda* citează un caz de sinucidere pe cale de introducere vaginală.

Accidentul îmbracă forme foarte variate.

I. *Intoxicația alimentară.* — 1. *Apa de băut:* a. reziduurile arsenifere ale uzinelor se infiltrează în puturi (în 1924 și 1925 au fost internate la spitalul din

Bel Villa, Argentina, 85 persoane atinse de o intoxicație arsenicală cronică depe urma consumării apei din regiune — *Zinny-Vivaldo*, 1926); b. introducerea criminală sau din eroare a arsenicului în apă (50 lucrători cari, la cantină, consumaseră cafea neagră, au prezintat grave simptome de intoxicație arsenicală; otrava fusese pusă în apă, în momentul așezării acesteia pe foc, fie de o mână criminală, fie din greșeală — zahăr tos amestecat cu acid arsenios — *Liebermeister*, 1929).

2. *Berea*: 4.000 cazuri de intoxicații cu 80 decese depe urma consumării berei debitate de o fabrică din Manchester (1901), prin înlocuirea malțului cu acidul sulfuric impur, astfel că berea conținea arsenic în proporție de 20 miligrame la litru.

3. *Vinul*: cazul dela Hyères, Franța, cu o intoxicație în massă depe urma punerii în consumație a unui vin provenit dela zăcători în cari, în loc de ipsos, s'a pus din greșeală acid arsenios. Vinul poate conține arsenic și depe urma stopirii strugurilor cu săruri arsenicale (arseniat de plumb).

4. *Cidrul*: intoxicație în massă (28 cazuri dintre cari 10 mortale) cu această băutură provenind dintr'un butoiu în care mai înainte se aflase un lichid insecticid.

5. *Laptele* otrăvit prin reziduurile depe fundul ori pereții vasului (340 copii ai unui internat-Taylor).

6. *Pâinea*: la Saint Denis (Paris) un lucrător brutar, din răsunare că fusese congediat, a aruncat o mare cantitate de acid arsenios în făina albă de frământat (270 persoane intoxicate. — *Leroy de Barres*). Otrăvirea pâinii mai poate avea ca origine: făina provenind dela grâul tratat cu acid arsenios; pâinea coaptă într'un cuptor încălzit cu lemn vopsit cu culori arsenicale

7. *Prăjituri, bomboane* — colorate cu materii colorante arsenicale (15 persoane intoxicate cu pudding — *Morley*).

8. *Zahărul pisat în care se află amestecat acidul arsenios* (o otrăvire în massă la Viena, în Decembrie 1898); *confuzia acidului arsenios cu zahărul pisat* (cazul dela Zug, Elveția, în 1913).

9. *Sarea* din greșeală înlocuită cu acidul arsenios: 90 persoane intoxicate, în 1905, la Bruex, Bohemia, cu cârnați a căror carne tocată fusese din eroare presărată cu arsenic.

II. Intoxicația medicamentoasă are ca origine fie administrarea internă în doză superioară celei prescrise de Codex, ori prin tratament peste măsură prelungit, fie aplicațiunea externă (loțiuni de acid arsenios de care se resvesc mai ales șarlatanii). — Otrăvirea se produce și pe cale de injecție intravenoasă, în tratarea sifilisului cu compuşii organici ai arsenicului.

III. Intoxicația profesională prin inhalarea pulberii în atelierele și uzinele în cari produsele arsenicale sunt întrebuințate la fabricarea florilor artificiale, a tapetelor, la vopsirea unor anumite stoffe, la prepararea animalelor împăiate; intoxicația cu hidrogenul arseniat în aerostatică.

IV. Transmisiunea arsenicului la fătul din uter. — *Ziemke*, 1928 (vezi „Prunciderea” vol. II, pag. 511).

V. Intoxicația cronică ușoară prin tutun (*Rensington*, 1927), prin tapete (o dermatită exfoliativă notată de *Halloran* — 1929).

B. Simptomele

Intoxicația cu o doză masivă. — Momentul instalării fenomenelor de otrăvire e variabil: 15—30 minute sau 1—10 ore.

I. În intoxicația supra-acută se deosebesc două forme:

1. *Forma gastro-intestinală*, asemănătoare unui atac holeric:

sensație de căldură, sete mare, greață; vărsături bilioase, sanguinolente, abundente și incoercibile; dureri epigastrice, cefalalgie, răciră membrelor, puls abea perceptibil, incontinență fecală, cărcei la mâni și picioare, fața din palidă devine cianozată, tendință la sincopă. Moartea în 5-12—15-20 ore.

2. *Forma nervoasă sau cerebro-spinală*: lipsesc total sau parțial fenomenele de gastro-enterită; victima e calmă, cu pulsul liniștit, numai se notează amețeală, dilatarea pupilei, obnubilare intelectuală, delir, convulsii clonice, leșinuri repetate, paralizia. Moartea în 6—12 ore; excepțional e aproape fulgerătoare (în 20 minute — Taylor).

II. În *intoxicația subacută* (tabloul clinic asemănător aceluia al febrei tifoide, al tuberculozei acute, al endocarditei infecțioase sau al icterului grav) se deosebesc 4 perioade astfel cum au fost descrise de Tardieu: a. *Fenomenele gastro-intestinale*: vărsăturile, foarte abundente și incoercibile la început, încetează după 1—2 zile. — b. *Faza de remisiune*: lipsesc manifestările gastro-intestinale, dar persistă savoarea acră în gât, setea, temperatura scăzută, pulsul și bătăile inimii neregulate, dispnee, anurie. — c. *Faza reactivă*: timpanism, abdomenul tare, febră, pulsul și mai neregulat, insomnie, agitație și mișcări spasmodice alternând cu slăbiciuni trecătoare: fața, cafenie, e umflată; limba roșie, uscată; o sete arzătoare; gâtul dureros; respirația penibilă; erupții cutanate (petechii, vezicule, papule, plăci de urticaria, pustule, excepțional un icter generalizat). — d. *Faza terminală*: slăbirea pulsului, obnubilarea simțurilor, subdelir, înghețarea extremităților, crampe neîntrerupte, accidente cardiace, albuminurie, paralizie. Moartea se produce în 6—10 zile.

În caz de supraviețuire, convalescența e foarte lungă și se notează: dispepsie, erupții cutanate, slăbiciune, anemie, fenomene paralitice, turburări cardiace cari pot cauza moartea subită.

În *injecțiunile intravenoase* moartea aproape fulgerătoare: cianoza feței, dispnee, slăbirea pulsului. Moartea se poate produce abea după câteva minute sau câteva ore și atunci, la cardiorenali, ea e cauzată de un edem pulmonar acut.

III. În *Intoxicația cronică* se notează:

Pielea: colorația cenușie a feței, pigmentație, eritem, purpura, urticaria, edem, vezicule, bule, papule, pustule, melanosa, keratosa palmei și a tălpii piciorului, ulcerări diverse cu sediul de predilecție la mâni, picioare și scrotum, căderea părului, a perilor și a unghiilor.

Ochii: conjunctivita, ambliopia, amaurosa.

Tubul digestiv: gingivită, amigdalită, faringită, vărsături, diaree.

Aparatul respirator: catar rino-laringo-tranqueo-bronhic, răgușeală, guturaiu, tuse quintoasă rebelă.

Inima: leziuni ale miocardului.

Aparatul urinar: albuminuria.

Ficatul: excepțional ciroza portală cu ascită (două observații ale lui *Snell—O'Leary*, 1928).

Turburări psycho-nervoase: stare confuzională, anafrodizie, amorfirea membrelor, furnicăături, hiperestezii, parestezii, anestezii, senzația frângerii oaselor dela membre; atrofia musculară, modificarea reacțiunii electrice, abolirea reflexelor tendinoase; paralizia, de regulă localizată la membre, începând cu picioarele și trecând apoi la brațe, interesează rareori și gâtul, ceafa și trunchiul.

Bineînțeles că tabloul acesta clinic nu se observă complet în toate cazurile de arsenicism cronic, unele din fenomene putând lipsi. În ordinea frecvenței se notează: turburările nervoase, turburările musculare, afecțiunile cutanate și guturaiul, turburările gastro-intestinale, anasarca și turburările psihice.

Moartea e de regulă sincopală; se văd și morți prin bronco-pneumonie (un caz de eritro-dermie vesiculo-edemațioasă arsenicală — *G. Millian*, 1929).

Vindecarea, până la dispariția fenomenelor paretice, e laborioasă. (Statistica lui *Brouardel* pentru 54 observații de arsenicism cronic: în primele 5 luni 10 cazuri, în al doilea trimestru 7 cazuri, în intervalul dela 6 luni la un an 11 cazuri, în al doilea an 5, câte un caz pentru vindecarea după 26 luni, 4 ani și 5 ani). Foarte des se văd urme iremediabile cum sunt retracțiunile tendinoase cu piciorul equinus. Se văd și recidive.

Antidotul și tratamentul. — 1. *Tratamentul imediat*: hidrat de fer gelatinos 200—500 gr. în hidrat de magneziu: vomitive (apomorfina, ipeca; *contra indicat* emeticul); purgative (oleiu de ricin); diuretice.

2. *Tratamentul ulterior*: comprese calde, fricțiuni excitante, cocaină (în caz de greață), stimulente, mucilaginoase (decoctii de sămânță de in, althea, cafea); *contra-indicate*: băuturile alcaline.

C. Autopsia

Dat fiind proprietatea antiseptică a arsenicului, care stă în calea acțiunii agenților putrefacției, viscerele pot rămâne mai mult sau mai puțin conservate în intoxicația masivă, iar leziunile macroscopice mai pot fi caracterizate mult timp după moarte. Numai leziunile histologice încep să se șteargă la 48 ore dela moarte. Cazurile de mumificare *perfectă*, citate de unii autori în intoxicația arsenicală, sunt exagerări.

1. *În forma supra-acută*. — Aspectul e acela al holericii: ochii escavați; cianosa feței, a mânilor și picioarelor. Leziuni ale

stomacului și intestinului; eroziunile se văd în locurile unde arsenicul se găsește în substanță.

II. **În forma subacută.** — Aspectul exterior: cianoza feței, a mânilor și picioarelor; hemoragii cutanate, uneori un icter slab.

Examenul intern: *Creierul și meningele hiperemite.* — *Gin-giile, vălul palatului, limba, faringele, esofagul* tumefiate, roșii sau presărate cu pete cenușii. — *Stomacul:* mucoasa tumefiată, rărită, injectată sau gălbuie, erodată în locurile unde se găsesc urme de arsenic în substanță (uneori și în zona pilorică și în aceea a cardiei); degenerarea grăsoasă a tuberozităților fundului organului; prezența unui mucus vâcos sau stielos, bilios sau sanguinolent. — *Intestinul subțire:* mucoasa rărită, edemațiată, presărată cu echimoze; umflarea ganglionilor mesenterici; conținutul apos, lăptos cu fire riziforme. Excepțional modificări difterice ale *intestinului gros.* — *Plămânii:* echimoze supleurale, nuclee de apoplexie pulmonară. — *Inima:* echimoze pericardice și endocardice, degenerescența grăsoasă a miocardului. — *Ficatul:* hipertrofia și degenerescența grăsoasă (ficatul unui intoxicat în 26 ore era aproape în întregime grăsos și avea o greutate de 2.550 gr. — *Levin*). — *Rinichii:* congestionați, degenerescență grăsoasă. — *Splina* e uneori hipertrofiată. — *Sângele* din inimă prezintă cheaguri, iar cel din vase e îngroșat, cu consistența țiteiului, întocmai ca sângele holericeilor.

III. **Intoxicația cronică.** — Afară de leziunile viscerale, se notează starea de extraordinară conservare a întregului cadavru, care uneori merge până la quasi-mumificarea.

D. Identificarea otrăvii

Resorbit în întreg organismul, arsenicul se eliminază în bună parte, iar cantitatea reținută are pentru anumite organe și țesuturi o predilecție de fixare. Așa: în *intoxicațiile supra-acute*, în tubul digestiv, ficat și rinichi; în *intoxicația sub-acute* în creier, măduvă și ficat; în *intoxicația lentă* sediul favorit al arsenicului sunt oasele craniului, vertebrele (țesutul spongios), părul și unghiile.

Îndeosebi identificarea arsenicului în păr e un element de o valoare indiscutabilă, atunci când e vorba să diagnosticăm o intoxicație mai mult sau mai puțin lentă, adică administrarea substanței toxice în mai multe doze. În această privință găsim o contribuție prețioasă în studiul de dată recentă (*Dr. S. Blumenfeldt* — 1930: „Die Verteilung des Arsens im Koeper unter besonderer Beruecksichtigung merfacher Giftdosen“) care oglindește rezultatul experiențelor făcute cu iepuri la Institutul Medico-Legal din Basel. — Concluziunile la cari ajunge autorul sunt:

1. Numai după cantitățile de arsenic găsite în tractul gastro-intestinal și în ficat nu se poate conchide cu certitudine dacă doza a fost unică sau multiplă.

2. Un element esențial de informațiune în ce privește realitatea otrăvirii îl constituie *prezența arsenicului în păr.* Aceasta, pentru că *toxicul se fixează în*

păr în fuza în care substanța nu se mai identifică deloc sau abea sub formă de urme în conținutul stomacal.

3. Din prezența arsenicului în acest conținut și din absența lui din păr trebuie să conchidem că ne aflăm în prezența unei otrăviri acute cu o doză masivă.

4. Dimpotrivă, prezența arsenicului în mai mare cantitate în păr decât în conținutul stomacal îndreptățește concluzia unei intoxicații cu o doză unică sau multiplă, administrată cu mult înainte de moarte.

5. Prezența simultană a arsenicului în păr și în cantitate relativ mare în conținutul stomacal e o indicație de administrare repetată a toxicului. Cantitatea minimă găsită la dozare atât în păr cât și în conținutul stomacal, e singura de natură de a da răspunsul la întrebarea, dacă otrăvirea e efectul administrării unei doze unice sau a unei doze multiple.

Eliminarea parțială — care e mai rapidă în intoxicația masivă decât în cea cronică — se face, într'un interval variabil în medie până la 50—40 zile (o observație a lui *Cerbaseff* cu eliminarea până la 160 zile) prin urină, tubul digestiv (vărsături, evacuări alvine), rinichi, piele, mucoase, bilă, glandele mamare. Cea mai tardivă pară a fi eliminarea prin urină, ca una care se face cu intermitență (arsenicul dintr'o injecție subcutanată s'a mai eliminat prin urină, după trecere de 5 ani și jumătate).

În substanță, arsenicul nu se mai regăsește în tubul digestiv decât în intoxicația pe calea bucală. În injecțiile intra-venoase, după trecere de numai 48 ore, nu se mai regăsesc decât câteva miligrame repartizate la plămân, intestin, rinichi și ficat; numai excepțional se mai pot identifica urme în creier, dar nu mai târziu de 12—24 ore. Dincontră, în intoxicațiunea cronică, urme apreciable de arsenic se pot regăsi în creier. — În injecțiunile intra-musculare, arsenicul e complet eliminat după o lună.

Prezența arsenicului în cantitate de câteva centigrame nu e admisibilă, în aplicațiunea terapeutică, decât numai dacă injecția intravenoasă a fost practică cel mult 2—5 zile înainte de moarte.

În genere, arsenicul se caută în vărsături, scaune, în alimentele suspecte; în stomac, intestin, splină, ficat, rinichi, creier, măduvă, urină, piele, oase, păr.

Identificarea chimică a otrăvii are o valoare medico-legală covârșitoare, pentrucă, indiferent de procesul de eliminare în viață, arsenicul mai poate fi regăsit după trecere de câțiva ani dela moarte. Însemnătate cu atât mai mare, că sunt boli al căror tablou clinic seamănă cu acela al intoxicației arsenicale (forma gastro-intestinală a uremiei, strangularea herniară internă, peritonitele supracute consecutive perforării).

Identificarea se face pe cale de dozare după prealabila distrugere a materiilor organice. Se mai face prin metoda biologică a lui Gosio: un hifomicet (*penicillium bievicaule*) are proprietatea

de a transforma toți compușii arsenicali în compuși volatili cari conțin arsenicul.

E. Diagnosticul

Înainte, însă, de a ne rosti, trebuie să cumpănim următoarele elemente cari pot influența concluziunile noastre în ce privește realitatea otrăvirii:

1. *Originea arsenicului găsit în organism.* — a) *Ca parte constituțională a organismului* arsenicul se găsește în cantitate infinitesimală în piele, păr, peri, glandele mamare, thymus, corpul tyroid, creier.

b) *Proveniența alimentară.* Arsenicul se introduce în organism și prin substanțele alimentare ce-l conțin în chip normal sau accidental: pâinea, carnea, peștele, ouăle, legumele, cartofii, laptele, vinul, apa de băut, sarea de mare.

Cantitatea de arsenic prezentă în corp și având această dublă origine nu trece de regulă de 0,5 mgr. — Astfel că, dat fiind doza toxică și doza letală, o atare cantitate nici nu poate conta ca element de apreciere într'o eventuală bănuială de otrăvire.

c) *Tratamentul terapeutic.* — Dacă dela ultima administrare medicamentoasă a arsenicului (cale bucală, injecții) au trecut mai mult de 40 zile — timp în care se face eliminarea normală — și ținându-se seama de acest proces, se mai găsește o cantitate întrecând pe aceea care ar putea proveni direct din corp ori dela alimentație, atunci expertul trebuie să aprecieze importanța urmelor identificate. S'o facă însă cu foarte mare prudență, pentru că sunt compuși arsenicali medicamentoși cari conțin toxicul în proporție mare. Amintim celebra afacere Danval (Franța): soțul a fost condamnat pentru otrăvire numai pe constatarea prezenței unui singur miligram de arsenic în corpul moartei, deși se făcuse dovada că aceasta, suferind de o enterită, fusese tratată cu subnitratul de bismut care poate conține arsenicul în doză de până 0.004.

d) *Proveniența post-mortală.* — Arsenicul identificat în cadavru, după desgropare, poate avea ca origine: infiltrațiunea din terenul arsenifer al cimitirului; stropirea mormântului cu o substanță conținând arsenic: vopseaua sicriului, florile artificiale, obiectele puse în cosciug, hainele și lințoliul mortului. — S'au văzut cazuri în cari, dintr'un interes inavuabil, arsenicul a fost introdus post-mortal în tubul digestiv. *În atare caz toxicul pătrunde negreșit în rinichiul stâng.* Această localizare particulară a fost utilizată ca argument *pro* sau *contra* intoxicației vitale. Cercetările mai recente (Lewin, 1929) au ajuns la concluzia că o atare interpretare nu e întemeiată pe un fenomen constant verificat.

2. *Cantitatea identificată* nu e nici ea totdeauna concludentă în sens afirmativ sau negativ. În adevăr:

a) *Cantitatea e suficientă pentru teza otrăvirii și se găsesc și leziunile caracteristice ale arsenicului.* Nu trebuie să se uite că, în afară de arsenofagii prin tradiție, există și persoane cari, obișnuindu-se cu arsenicul, pot ajunge să ingereze într-o singură dată până la 0,4 gr. Mai trebuie să se țină seama de intoxicația cronică (alimentară sau industrială). În urină arsenicul poate fi regăsit după trecere de ani de zile și numai după o singură ingerare (alimentară, medicamentoasă sau încercare de sinucidere). Chiar prezența în viscere a unei cantități de 3—7 mgr. nu exclude o proveniență terapeutică, veche de 2—25 zile. Când găsim 3—5 mgr. în creier, putem admite ipoteza unei intoxicațiuni lente; iar atunci când din viscere se extrag cantități de centigrame, otrăvirea nu mai e supusă îndoelii.

b) *Cantitatea e prea mică sau nici măcar urme nu se mai găsesc.* — 1. Identificarea de simple urme nu exclude otrăvirea, pentru că arsenicul a putut fi eliminat în bună parte pe calea vărsăturilor, a fecalelor și a urinei, iar restul, vehiculat de lichidele putrefacției, se infiltrează în terenul mormântului.

2. Arsenicul poate dispărea cu totul: ceea ce a mai rămas în cadavru se transformă, în contact cu mușchii, în hidrogen arseniat (gaz), — dar transformarea aceasta e lentă și urmele arsenicului mai pot fi regăsite după ani: foarte rar, apa de infiltrațiune din mormânt (în terenurile argiloase) poate, pe cale de dializă, să absoarbă urmele de arsenic din cadavru.

2. Mercurul (argintul viu)

Indiferent de forma sub care e administrat — *inclusiv starea nativă*, în anumite condițiuni de absorbțiune, după cum vom arăta — mercurul e un toxic violent. Dovada otrăvirii — în marea majoritate a cazurilor cu o sare mercurială solubilă, excepțional cu mercurul pur — o face exclusiv prezența acestuia din urmă în organism și în dejecțiuni.

Vom indica, dar, compuşii mai frecvent întrebuințați ai mercurului, pentru ca astfel, ajutat de anamneză, expertul să fie mai mult sau mai puțin în măsură să determine nu numai faptul intoxicării, ci și natura otrăvii mercuriale.

I. *Mercurul în stare nativă.* — Metal lichid, alb-argintiu, strălucitor. Inofensiv când e ingerat în doze cât de masive (pe vremuri era prescris în cantități enorme pentru ocluziile intestinale), devine toxic atunci când e administrat *fin divizat* (unguent, antisifilitic, parasiticid, antiseptic: amestecat în pilule; uleiul mercurial în injecțiunile subcutanate antisifilitice) sau pătrunde în organism sub formă de *vapori*. Și azi mai are aplicațiunea terapeutică în cazurile de ocluzie intestinală în doza de 150—350 gr.

II. *Sublimatul corosiv (clorura mercurică, sărăceica).* Pulbere cristalină albă solubilă la căldură. E cea mai puternică sare mercurială, indiferent de

calea de absorbție. Antiseptic, desinfectant, caustic, abortiv, anticoncepțional. Indicațiuni terapeutice în sifilis (licoaarea lui Van Swieten: 1 gr. sublimat la 100 gr., alcool și 900 gr. apă) și boli de piele. — *Posologia* 0,001—0,005—0,01 de 3—4 ori pe zi pentru *adult*; 0,002 de an și pe zi pentru *copil*. — Doza maximă pentru *adult*: 0,01—0,02 (0,05—0,06 pe zi). Doza letală: 0,15—0,25—0,60 după condițiunile individuale.

III. Calomelul (clorura mercurioasă). Pulbere albă insolubilă. Indicațiuni terapeutice: purgativ, vermifug, antiseptic intestinal, cholagog, diuretic, antisifilitic (injecții subcutanate). — *Posologia adultului*: 0,01—0,05 (cholagog); 0,01—0,10 de 2—3 ori pe zi (antisifilitic); 0,10—0,20 de 3 ori pe zi (diuretic); 0,20—0,50 o dată (purgativ). *Posologia copilului*: 0,01 de an (purgativ). — Doza maximă a *adultului* 1 gr. (1—2 gr. pe zi). — Doza letală: 5 gr. (*adultul*); 0,50 gr. (*copilul*).

IV. Cianura de mercur. Cristali incolori solubili. Antiseptic, antisifilitic (injecțiuni subcutanate în sifilisul ocular). — *Posologia*: 0,005—0,01 de 1—3 ori pe zi (injecții). Doza maximă 0,01 (0,03 pe zi).

V. Iodura mercurică (indicațiunea terapeutică a sublimatului corosiv). Pulbere cristalină roșie, insolubilă. *Posologia*: 0,005—0,01 de 2—3 ori pe zi. Doza maximă 0,02 (0,06 pe zi) pentru *adult*; 0,001 de an pentru *copil*.

VI. Bromura mercurică. Antisifilitic, antiseptic. Cristali argintii, greu solubili 1/100. *Posologia*: 0,002—0,015 de 3 ori pe zi. Doza maximă 0,02 (0,06 pe zi).

VII. Iodura mercurioasă. Antisifilitic; scrofule. Pulbere amorfă, verde-gălbui insolubilă, *Posologia* 0,01—0,05 de 2—3 ori pe zi. Doza maximă 0,05 (0,15—0,20 pe zi) pentru *adult*; 0,01 de 2 ori pe zi pentru *copil*.

VIII. Acetatul mercuric. Acțiunea e aproape analoagă celei a calomelului. Antisifilitic, antiseptic. Pulbere cristalină albă, solubilă. — *Posologia*: 0,005—0,01 de 2—3 ori pe zi. Doza maximă 0,05 (0,20 pe zi).

IX. Acetatul mercurios. Aceeași indicațiune terapeutică, Plăci mici albe, strălucitoare, greu solubile. *Posologia*: 0,005—0,02 de 2—3 ori pe zi. Doza maximă 0,10 (0,30 pe zi).

X. Alte săruri mercuriale. — a) *Aspartatul de mercur* (antisifilitic): cristali incolori; injecții subcutanate cu 0,005—0,01.

b) *Benzonatul de mercur* (antisifilitic, antiseptic): pulbere cristalină albă greu solubilă. — *Posologia*: 0,01—0,02 de 2—3 ori pe zi (intern); 0,01—0,05 (intramuscular). Doza maximă 0,10 (intern) și 0,05 (injecție) pentru *adult*; 0,001 de an pentru *copil*.

c) *Cloramidura de mercur* (sifilis, boli de piele, psoriasis; în oculistică). Pulbere albă insolubilă. Extern în pomezi. Doza letală 8 gr.

d) *Cacodilatul de mercur* (sifilis, anemic). Pulbere cristalină albă, solubilă. *Posologia* (*adultul*): 0,01—0,02 pe zi.

e) *Azotatul mercuric* (sifilis, scrofule). Pulbere albă deliquescentă, solubilă. *Posologia*: 0,004—0,015 de 3 ori pe zi; doza letală 1,50.

f) *Oxicianura de mercur* (antiseptic extern sifilis, gonoree). Pulbere cristalină albă, solubilă. *Posologia*: injecții intramusculare (sifilis) 0,02; spălătură (gonoree) 0,10—0,30 la 400 gr. apă.

g) *Oxidul galben de mercur* (antisifilitic — intern; unguent — oculistică). Pulbere galbenă amorfă, insolubilă. *Posologia*: 0,01—0,05 pe zi ca suspensie în oleiu de vaselină (în injecțiile intra-musculare); doza maximă 0,02 (0,50—0,80 doza toxică); doza letală 1—1,50 pentru *adult*. *Posologia* pentru *copil*: 0,001—0,002.

h) *Oxidul roșu de mercur* (șancru, ulcer, pediculoză). Pulbere cristalină portocalie, insolubilă. Doza maximă 0,02 (0,6—0,10 pe zi).

i) *Oxidul negru de mercur* (antisifilitic). Pulbere neagră insolubilă: 0.015—0.20 de 1—3 ori pe zi.

j) *Fosfatul de mercur* (antisifilitic). Pulbere albă, uncori galbenă, insolubilă: 0.01—0.05 de 3 ori pe zi; doza maximă 0.08 (0.25 pe zi).

k) *Salcilatul buzie de mercur* (antisifilitic, antiseptic). Pulbere albă amorfă, insolubilă; conține 59% mercur. *Posologia*: 0.02—0.05 în pilule sau injecțiuni intra-musculare (suspendat în ulei de vaselină) o dată la 8 zile; uncori în soluția CL Na 0,01—0.02 pe zi; doza maximă 0.05 pe zi

l) *Ethiops mineral* (vermifug, antiscrofulos). Pulbere neagră insolubilă: 0.20 o dată pe zi.

m) *Cinabru* (antisifilitic, sialogog). Pulbere roșie insolubilă: 0.20 — 1 gr., pe zi.

n) *Turbith mineral* (emetic violent evitat, purgativ, antiseptic). Pulbere galbenă insolubilă: 0.015—0.05 de 3—4 ori pe zi; doza maximă 0.05 (0.20 pe zi).

o) *Hydragyrum tanicum oxidatum* (antisifilitic). — Pulbere verde-brună insolubilă (56% mercur): 0.05 de 3—4 ori pe zi; doza maximă 0.10 (0.50 pe zi).

p) *Bromura mercurioasă* (antisifilitic, antiseptic) cu acțiune analoagă aceea a calomelului. Pulbere albă, insolubilă: 0.50 pe zi (gradat).

A. *Etiologia*. — 1. *Crima* e posibilă cu orice sare mercurială, îndeosebi cu sublimatul corosiv (rar însă, din cauza gustului neplăcut). — *Sinuciderea* e foarte frecventă, îndeosebi cu sublimatul. — În ce privește *accidentul* el se poate prezenta sub diverse forme:

a) *Intoxicația medicamentoasă*. — În *administrarea internă*: eroarea în dozare sau susceptibilitatea exagerată a pacientului pentru doza fixată de Codex; ingerarea din greșeală ori din ignoranță a unei sări mercuriale în locul unui alt preparat procurat dela farmacie sau droguerie. — *Injecțiunile subcutanate* (cazuri de moarte consecutivă unor injecții subcutanate cu o sare de mercur — *Minovici*, 1926); injecțiile intra-musculare sau intravenoase (îndeosebi cu uleiul mercurial sau cu calomelul). — În *aplicațiunile externe*: fricțiunile cu pomezi și loțiuni mercuriale, spălăturile vaginale uterine (cazuri mortale semnalate de *Mangili* — 1950, *Jungmichel* — 1950); introducerea în vagin sub formă de preparate farmaceutice anticoncepționale (un caz de moarte consecutivă utilizării unui atare preparat, în compoziția căruia intra oxicianura de mercur în doză exagerată — *Minovici*, 1929); plombele dentare (cazuri de intoxicație recente, semnalate de *Citron* — 1926, *Hertz* — 1929).

b) *Accidentul profesional* (intoxicația cronică hidrargirismul): lucrătorii din minele de mercur, lucrătorii din fabricile de termometre, barometre; în atelierele de amalgamare a plăcilor de zinc din bateriile electrice; lucrătorii din fabricile de oglinzi unde se mai întrebuințează mercurul.

c) *Accidentul banal*: 1. Chimistul francez Thénard, la cursul său, a luat din greșeală un pahar cu sublimat corosiv în locul paharului cu apă. — 2. O infirmieră se rănește la un deget cu termometrul care i se sparge în mână; mercurul pulverizat pătrunde

în țesut și după 7 luni degetul trebuie amputat (*Druegg*, 1929).

B. Simptomele sunt datorite nu numai acțiunii toxice, ci uneori și celei caustice a sărurilor mercuriale.

I. În intoxicația supra-acute. Fenomnele otrăvirii încep să apară chiar imediat după ingerare: arsuri foarte dureroase, insuportabile în gură, faringe, esofag și stomac; gust metalic în gură, cu răsuflarea fetidă și salivația excesiv de abundentă; fața, întâiu roșie, se decolorează; întreg corpul e scaldat în sudoare: tumefierea mucoasei bucale; vărsături bilioase, mucoase (uneori cu zdrențe de mucoasă necrozată); scaune neîntrerupte (dacă moartea nu se produce repede, se pot nota până la 20—40 în 24 ore), iar materia evacuată, în cantitate redusă, e vâscoasă, sanguinolentă; anurie; colaps. Moartea, după doza ingerată și condițiunile individuale, se produce de regulă în interval de 24—56 ore, excepțional are forma trăsnoare a sincopei cardiace (2 ore, 1 oră sau chiar numai o jumătate de oră).

II. În intoxicația sub-acute simptomele se notează în ingerare, fricțiuni sau loțiuni, spălături vaginale și intra-uterine, injecțiuni.

Pentru ingerare, semnele sunt aceleași ca și în intoxicația supra-acute, dar de o intensitate mai mică și cu o evoluție mai lentă (8—15 zile). După 5—6 zile se înregistrează un scurt interval de remisiune, căruia îi urmează o perioadă de recrudescență, în cursul căreia se caracterizează:

Stomatita (absența numai la copii fără dentiția eruptă și la bătrânii cari au pierdut dinții): gingivita, ptialismul (torent salivar de câțiva litri pe zi), tumefierea limbii și a mucoasei bucale; inflamarea amigdalelor și a faringelui; deglutiția dureroasă; respirația stingherită; uneori adenita submaxilară, parotidita, gangrena limbii și a obrazilor.

Gastro-enterita: scaune neîntrerupte și sanguinolente cu zdrențe din mucoasa intestinului gros, tenesme și prolaps rectal.

Nefrita: albuminurie, oliguria până la anurie.

Erupțiunile cutanate terminate prin desquamare: eritemul, vesicarea pe torace, abdomen, coapse, membre.

Inima: suflurile cardiace, pericardita. — *Pulsul mic, filiform.*

Cianoza, răcirea extremităților, sudoarea rece.

Delirul, convulsivunile (inconstant).

În administrarea vaginală sau intra-uterină debutul fenomenelor se produce de regulă după două zile: sunt și excepțiuni de precocitate. În forma comună: diareea cu colici (mai întâiu mucoasă și seroasă, apoi sanguinolentă), stomatita, erupțiunile cutanate. Moartea în 5—18 zile. În forma precoce, uneori chiar în cursul injecției: stare sincopală, accelerarea pulsului contracțiuni uterine și colici intestinale.

În aplicațiunile direct externe (fricțiuni, loțiuni): tumefacția pielii,

eritem: după 4—5 zile apar fenomenele generale ale intoxicației cu moartea după un nou interval de una până la câteva zile.

Debutul intoxicațiunii acute simulează pe acela al disenteriei, lucru pentru care a și fost caracterizat sub numele de „disenterie mercurială”. În caz de confuzie, mai ales când moartea s'a produs repede, autopsia cu examenul bacteriologic și analiza chimică oferă cele mai sigure elemente ale diagnosticului diferențial.

III. În intoxicația cronică: paloarea feței, debilitate, anemie, anorexie, eritem, tremurături, salivatie abundentă, constricție în gât, savoarea metalică, umflarea limbii, puls neregulat, cefalee, sudori reci; dispepsie, cachexie, crize intermitente de vărsături și diaree, stomatită cronică (tumefierea gingiilor, cu un lizereu cenușiu la gâtul dinților și căderea acestora), oligurie, uremie, tremurul vibratoriu al limbii, al mușchilor feței, al brațelor și apoi al membrelor; scăderea facultăților intelectuale, vorbirea îngreuiată, mersul nesigur; paralizii parțiale ale picioarelor; hiperestezia și hemianestezia localizate la zone mici și sudori reci; sincopă.

Antidotul și tratamentul. — I. *Intoxicația acută*: vomitive, pompa stomacală, cărbunc fer limat, soluție albuminoasă soluție de fer, hidrogen sulfurat, sulfura de potasiu (0.10%), sulful coloidal, trioxidul de magneziu, lapte, apă de var, soluție diluată de hiposulfid de sodiu, purgative, enteroclimă, ghiață, opiu, ulei de ricin, apomorfina (0.01 hipodermic), stimulente, camforă, morfină.

II. În *intoxicația cronică*: băi calde, băi sulfuroase, băi de aer cald, sulf (0.15—0.20), iodură de potasiu bromură de potasiu: contra stomatitei: gargară cu clorat de potasiu.

C. *Leziunile anatomice*. — 1. Semnele *stomatitei* (cari lipsesc în intoxicația supra-acută): gingivita, lizereul cenușiu, clătinarea și căderea dinților, limba enorm umflată și acoperită cu un strat pultaceu.

2. *Faringele și esofagul* cu mucoasele tumefiate, sfâșiate.

3. *Stomacul* e retractat, rigid, fața exterioară roșiatică; mucoasa tumefiată, echimozată, cu plăci ramolite, necrozate, mai închise; escare, ulcerațiuni (cari, în contact cu aerul, apa, alcoolul, se colorează în cenușiu); perforarea e excepțională.

4. *Intestinul subțire*: partea superioară inflamată; tumefacție, roșeață, echimoze presărate pe suprafața intestinului, pe mesenter și epiploon.

5. *Intestinul gros*: peretele rigid, infiltrat, mucoasa desprinsă de revărsări sanguine submucoase și presărate cu plăci negricioase; ulcerații, izolate sau confluențe, cu dimensiuni de 1—2 cm. în diametru.

6. *Ganglionii mesenterici* tumefiați, injectați.

7. *Aparatul respirator*: mucoasa laringo-tracheo-bronhică injectată; echimose subpleurale, congestie, edem pulmonar și nucleu bronco-pneumonic.

8. *Inima*: echimose sub-pericardice, sub-endocardice; excepțional pericardită uscată; echimoze la *baza vaselor mari*; uneori *calcifierea miocardului* în otrăvirea cu sublimat.

9. *Rinichii*: albi sau hiperemiați, moi hipertrofiați (chiar mai mult de 400 gr. ficcare), echimoze subcapsulare pe secțiune; stratul cortical e hipertrofiat, moale, cenușiu deschis cu dungi rozate; infarcti calcaroși în unctere; concrețiuni calcare în celulele epiteliale; capsulele suprarenale se desprind lesne.

10. *Ficatul*: ușor hipertrofiat; degenerescența granuloasă a celulelor.

11. *Sângele* e negru (sau colorat în violaceu închis după materia colorantă a pastilei de sublimat corosiv), fluid și liber de cheaguri.

D. **Identificarea mercurului.** — Absorbțiunea toxicului se face întotdeauna sub forma transformată a biclorurei de mercur. În organism, mercurul are o predilecție de fixare pentru rinichi, ficat, tunicile intestinului gros, intestinul subțire, splină, corpul tiroid; excepțional se fixează în creier, mușchi, oase, în sânge numai în injecțiile cu uleiul mercurial. În cursul eliminării, urme de mercur rămân sigur în căile prin care se face aceasta: ficat, rinichi, urină, intestin, glandele salivare. În cantitate apreciabilă se regăsește în salivă, vărsături, evacuări alvine, în rinichi, ficat, splină, în peretele intestinului gros. În cantitate mai mică, în tunicile intestinului subțire și în corpul tiroid: numai urme în creier, mușchi și oase.

Îndeosebi persistent e mercurul în urină, unde se poate regăsi după câteva luni și chiar un an.

Identificarea se face pe cale de sublimare sau prin metoda ultramicroscopică.

E. **Diagnosticul.** — Înainte de a-și formula concluziile, expertul se va informa asupra împrejurărilor în cari s'a produs intoxicarea, pentru că e posibil ca aceasta să aibă o origine terapeutică, o otrăvire accidentală sau una cronică.

3. Plumbul

Intoxicația, acută sau cronică (saturnismul), are ca origine acțiunea sărurilor de plumb. Toxicul pătrunde în organism pe calea digestivă, respiratorie, cutanată și mucoasă (vaginală și conjunctivală). — Atunci când pătrunde în stare nativă, fie în tubul digestiv, fie în țesuturi (proectil), plumbul e atacat de substanțele chimice din acestea și astfel se formează un compus toxic. Saturnismul e îndeosebi favorizat de alcoolul care, slăbind organismul, îi răpește puterea de a neutraliza efectele plumbului, prin eliminarea pe calea ficrei, a urinei, a părului și a unghiilor.

Acetatul neutru de plumb (sarea lui Saturn sau zahăr Saturn). Cristali incolori, solubili. Astringent, stiptic, anhidrotic. *Indicațiunile terapeutice*: diareea cu colici; sudorile ftizice; hemoragia pulmonară, gastrică, uterină. hemoroidală; blenoreea; edemul pulmonar; anevrismul aortei; în pomadă contra căderii părului și pentru tratarea degerăturilor. *Posologia*: 0,005 de 3—4 ori pe zi. *Doza maximă 0.10* (0,30—0,50 pe zi) pentru adult; 0,005 de an pentru copil. *Doza toxică 1 gr.*

Subacetatul de plumb lichid (extractul lui Saturn): medicament rezolutiv, astringent, cicatrizant, întrebuițat mai ales extern sub forma de apă de plumb (2 gr. la 100 apă).

Oxidul de plumb e întrebuițat ca pflastru pentru pansarea ulcerelor.

Carbonatul de plumb (cerusa, știubetul) e greșit întrebuițat ca pomadă rezolutivă. Până acum câțiva ani avea căutare în locul pudrei.

Iodura de plumb. Pulbere cristalină galbenă, insolubilă. *Indicat* în scrofula, ulcer indolent ftizie, sifilis. *Posologia*: 0.25 de 2—3 ori pe zi; *doza maximă 0.50* (1 gr. pe zi).

Tetra-etilul de plumb e foarte întrebuițat în industria automobilului, Lichid uleios, incolor, miros dulceag, volatil la o anumită temperatură, insolubil în apă, solubil în alcool, eter, cloroform și aceton: se oxidează în contact cu aerul (oxidat de plumb și ethan). Intoxicarea prin inhalare și absorbțiunea cutanată.

a) **Etiologia.** — Intoxicația acută e de regulă de natură medicamentoasă. Cele mai frecvente cazuri de expertiză sunt acele ale intoxicației cronice care are o obârșie industrială, profesională sau alimentară.

I. *Intoxicația industrială*: fabricile de cerusă, de ceramică; fabricile de minium, topirea plumbului și a zincului; turnătoriile de tuburi; fabricile de acumulatori; fabricile de culori și de lacuri; turnătoriile de litere de tipar.

II. *Intoxicația profesională*: zugravii, vopsitorii de caroserie, tinichigiii, instalatorii, lucrătorii tipografii, spoitorii, arderea vopselii vechi la flacăra de benzină.

III. *Intoxicația alimentară*: apa de băut din țevile de plumb noi; mâncăruri provenind din vase fabricate dintr'o compoziție de plumb, din vase smălțuite cu un compus al plumbului, din vase spoite, conservele din cutiile lipite cu plumb; vinul falsificat cu zahăr de plumb (un caz mortal în 1909 la Mittelbach, Austria); laptele fermentat care dizolvă plumbul recipientelor de cositor; pâinea care a stat în contact cu praf de plumb; carnea de vânat în care au mai rămas alice.

IV. *Intoxicația consecutivă rămânerii alicelor, a proiectilului întreg sau a unui fragment al acestuia în urma unei răniri* (crimă, sinucidere, accident, duel, războiu).

Câteva observații de intoxicații cronice cari nu sunt nici de origine industrială nici de una profesională:

1. *Apa de băut* contaminată de la țeava prin care e trasă până la locuință. Cercetările recente ale lui Wright-Wade Sappington și Rantoul (1928) au demonstrat că, în ordinea gradului de susceptibilitate pentru plumb, sunt: apa de

izvor, apa de puț și în al treilea rând apa filtrată distribuită în oraș. Se mai notează că femeea și copilul sub 10 ani sunt mai refractari ca bărbatul. — Imbolnăvirea a 4 membri ai unei familii de 7 persoane: analiza a arătat că apa adusă printr-o țevă de plumb conținea 4 mgr. la un litru (*Rigot-Emeric, 1927*).

2. *Mănăcarea*. — a) În urma unei imbolnăviri subite, ancheta a dovedit că victima consumase vreme îndelungată din mâncarea ce i se aducea într'un vas a cărui gaură (4 cm., în diametru) fusese astupată cu plumb. — b) Un lucrător dela căile ferate mănăcase ani în șir din pâinea pe care o lua cu el și o ținea într'un buzunar în care deobiceiu aduna plumburile zilnic desprinse dela vagoane (*Berkesy, 1929*). — c) Cazuri de intoxicație explicate prin împachetarea substanțelor alimentare în foi de plumb (*Reitzel, 1929*).

3. *Bile de plumb, de mărimea alicelor, înghițite de un copil de 5 ani* (*Lorenz, 1929*).

4. *Un copil prezintă simptomele intoxicației saturnine*: se stabilește că, jucându-se luni în șir cu soldați de plumb, introducea metalul în gură prin praful ce se prindea de degete (*Lorenz, 1929*).

5. *Aspirarea prafului de plumb*: fenomenele saturnine ale unui grădinar au ca origine aspirarea prafului de plumb rămas în uisipul aleelor depe vremea când grădina servea ca teren de tir: praful provenea dela frecarea proiectilelor căzute (*Adler-Heizmark, 1927*).

6. *Prezența în corp a unui proiectil neextras*: a) În războiul din 1870 e împușcat în șezut. În anii următori se eliminază, prin fistule, așchii de plumb. În 1892 se plânge de dureri violente în soldul drept: intervenție chirurgicală: se extrag câteva bucăți de plumb. În 1911 se notează scotom central la ambii ochii: radiografia descoperă o bucată de plumb care nu fusese observată la prima intervenție. — b) Rănit în 1914: proiectilul rămâne fixat în basin. În 1920 un început de înțepeneire a articulației soldului drept: în 1924, colici; în 1926 fenomene de paralizie la ambele antebrațe, la mâni. Proiectilul e extras și semnele intoxicației saturnine dispar (*Hals, 1927*).

7. *Cazuri de intoxicație saturnină cu tabacul de tras pe nas*: analiza a demonstrat prezența unor urme de plumb în tabac (*Bauer-Rops, 1928; Reitzel, 1929*). — Pentru colorarea și îngreuierea tabacului se întrebunțează oxidul sau cromatul de plumb.

8. *Încercare de abort* (o intoxicație acută): femeea a murit în urma ingerării unui preparat de plumb, în cantitate de 20 gr. (*Bruening-Kraft, 1928*).

b) **Simptomele**. — I. În **intoxicația acută**: paloarea feței, sudori, cefalee, amețeli, sughițuri, lizereul albăstrui al gingiilor, savoarea stiptică, dulceagă cu constricțiuni în gât; greață; vărsături albe, bilioase și sanguinolente; colici ori cu constipație ori cu diaree; dureri în extremități; prostrație, convulsii, coma. Moartea în 2—5 zile.

II. În **intoxicația cronică** tabloul clinic se prezintă cu următoarele particularități.

1. *Gingiile*: lizereul albăstrui. — 2. *Fața*: paloare mare. — 3. *Anemie* care poate îmbrăca forma anemiei pernicioase. — 4. *Anorexia, greața, amețelile, cefaleea*. — 5. *Insomnia* sau *coșmarurile*. — 6. *Pulsul rarit*. — 7. *Scăderea temperaturii*. — 8. *Slăbirea generală*. — 9. *Spasmuri intestinale* (colicele caracteristice saturnismului). — 10. *Rinichii*: nefrita cronică mixtă (albuminoasă, uremi-

genă și hipertensivă). — 11. *Ambliopia*. — 12. *Urechea*: catarul cronic ori supurația cronică a urechii mijlocii. 13. *Meningita* (fenomen rar, observat numai la sugaci — *Hirai, 1927*, Japonia). 14. *Psichosa saturnină*: spaimă delirantă, desorientare în timp și spațiu, iluziuni. — 15. *Fenomene nervoase*: neurita retrobulbară, turburări motrice, paralizia, artralgia. — 16. *Encefalopatia saturnină*: sporirea reflexelor patelare și achilene, pareza spastică unilaterală, paralizia, uneori simptome de apoplexie cerebrală. — 17. *Poliuria*. — 18. *Abortul*; transmisiunea intoxicației la făt.

Antidotul și tratamentul: emetice, ipeca stibiată, sulfura de potasiu, sulfați alcalini, apă albuminoasă, pompă stomacală cu sulfat de magneziu sau de sodiu (50 gr., la litru), lapte diuretice, diaforetice, opiu, injecții lombare cu cocaină, apă cloroformată, morfină, nitrat de amid. cataplasme calde limonadă sulfurică (2 gr. acid sulfuric, 1.000 gr., apă zaharată), tratament iodat (pentru eliminarea plumbului), tratament electric (pentru turburările motrice).

c) **Leziunile anatomice.** — 1. *Creerul*: edem păstos. — 2. *Stomacul*: modificări ale mucoasei. — 3. *Vasele*: arterio-scleroza vaselor, uneori și îngroșarea tunicii medii a venelor. — 4. *Ficatul*: ușor hipertrofiat, cu un început de degenerescență grăsoasă. — 5. *Rinichii* prezintă modificări nefritice.

d) **Identificarea.** — Urmele de plumb se găsesc în: splină, capilare, endoteliul reticular, parenchimul ficatului, epiteliul de căptușire a intestinului gros, epiteliul ureterelor: în păr, în periost (în stratul lamelar intern și extern): în canaliculele lui Havers; uneori în conținutul stomacului.

Repartiția plumbului într-o intoxicație lentă cu apă de plumb oreme îndelungată amestecată în lapte (examinarea a 100 gr., din organe): 1.0246 gr., în perii bărbii; 0.0051 în dinți; 0.0119 în intestin; 0.0094 în ficat; 0.0051 în conținutul stomacului — *Vallée-Lequenne, 1927*.

La omul viu identificarea plumbului se poate face astfel: se clătește de mai multe ori mucoasa bucală cu o soluție caldă izotonică de Na Cl; examinarea acestui lichid dă tablouri cantitative de difuziune și exudare saturnină. (*Jassimowsky, 1928*).

e) **Diagnosticul.** — Identificarea plumbului nu e îndestulătoare pentru conchiderea la o intoxicație criminală, industrială sau profesională.

Întâiu, pentru că, după cum am arătat la etiologie, otrăvirea poate avea o origine naturală (apa, mâncarea, etc.).

În al doilea loc, arterio-scleroza și nefrita se găsesc și la artritici și la alcoolici.

Numai în intoxicația acută se poate formula deadreptul concluzia de otrăvire violentă (crimă, sinucidere, accident, tentativă de abort)

4. Cuprul (arama)

Inofensiv în stare nativă, cuprul devine toxic virulent sub formă de sare.

Etiologia (crimă, sinucidere, accident). — Cele mai frecvente sunt cazurile de intoxicație accidentală, de origine medicamentoasă, industrială ori alimentară (grâul și vița de vie stropite cu sulfat de cupru, cocleala de pe vasele de aramă). Accidentele industriale se notează la căldărării și strungării în cupru, prin absorbțiunea treptată a prafului de cupru din cocleală. — *Muller* (1929) citează un caz de intoxicație cuprică, demonstrată a fi consecutivă plombării a două măsele cu un amalgam de cupru.

I. Sulfatul de cupru (piatra vânăță, chielazul)

Cristali albi solubili. Caustic stiptic, astringent, emetic, nervin.

Intrebuințat la stropirea sămânței și a viței de vie.

Indicațiuni terapeutice: diareea cronică, nevralgii, hemoragii, actinomicosa, ulcerări mntestinale, difteria, epilepsia, febrifug în malarie. — *Posologia* 0.01—0.015 (nervin); 0.02—0.05 (febrifug); 0.10—0.50 (vomitiv). *Doza maximă* pe zi 0.75; *doza letală* 10 gr.

Simptomele: saveoare stiptică, vărsături verzi-albăstrui, sete, colici violente și scaune sanguinolente repetate, cefalalgie, puls lent, răcirea extremităților, sudoare rece, colorația verde a limbii, oligurie (urina sanguinolentă), convulsii, coma.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, apă albuminoasă, fer limat, sulf, lapte magnezic, uste, injecții cu morfină sau laudanum. Tratamentul ulterior: emoliente, diuretice. Se recomandă ca, după administrarea apei albuminoase, să se dea și un vomitiv sau să se facă o spălătură stomacală, spre a se împiedeca solubilizarea albuminatului de cupru.

II. Acetatul de cupru (Cristalii Venerei)

Cristali verzi, albăstrui, insolubili. Escarotic, astringent.

Indicațiunile terapeutice: scrofula, epilepsia, bolile de piele, chloroza. — *Posologia*: 0.01 în pilule de mai multe ori pe zi; *doza maximă* 0.20; *doza toxică* 3—4 gr.; *doza letală* 15—50 gr.

Simptomele sunt aceleași ca la sulfatul de cupru. — *Antidotul și tratamentul* la fel.

III. Arseniatul de cupru

Pulbere de un albastru deschis, insolubilă.

Indicațiunea terapeutică: antisifilitic. — *Posologia*: 0.002—0.008 pe zi.

Simptomele. — 1. În *intoxicația acută*: crampe vărsături, diaree sanguinolentă, albuminurie, anurie, cianoză, hipotermie, puls frecvent, prostrație, delir, convulsii, moarte.

2. *Intoxicația cronică*: pete roșii pe corp, vărsături, diaree, turburări de nutriție, de mobilitate și de sensibilitate, turburări cerebrale, mâncărime insuportabilă la brațe și picioare.

Antidotul și tratamentul: antidotum arsenicii 200—500 gr. în hidrat de magneziu; apomorfina, ipeca (contra-indicat emeticul); purgative (oleiu de ricin) diuretice. *Tratamentul ulterior:* comprese calde, fricțiuni excitante, cocaină (în caz de greață), stimulente. mucilaginoase (decoctii de semănță de in, althea, cafea); *contra-indicate:* băuturile alcoolice.

IV. Oxidul de cupru

Pulbere neagră, insolubilă în apă. *Indicațiunea terapeutică:* tenifug, rezolutiv. — *Posologia:* 0,05—0,10 de 3—4 ori pe zi; doza maximă 0,50 (1 gr., pe zi). — *Simplomele și tratamentul:* vezi sulfatul de cupru.

V. Carbonatul de cupru

Pulbere amorfă, verde, insolubilă. — *Indicat în nevralgii* și ca antidot în intoxicațiile cu fosfor. *Posologia:* 0,20—0,50 de 3—4 ori pe zi; doza maximă: 1 gr. — *Simplomele și tratamentul:* vezi sulfatul de cupru.

VI. Arsenitul de cupru

Pulbere verde-gălbue, insolubilă. Antiseptic intestinal: holera infantilă, febra tiloidă, disenteria, holera asiatică. — *Posologia:* 0,0006—0,0025 de 3 ori pe zi; doza maximă 0,04 (0,025 pe zi). — *Simplomele și tratamentul:* vezi sulfatul de cupru.

VII. Cuprul sulfuric amoniacal

Pulbere cristalină, albastră, solubilă. Antiseptic și astringent: epilepsia, choreea, nevralgiile faciale epileptiforme. — *Posologia:* 0,03—0,10 de 3—4 ori pe zi; doza maximă 0,20 (0,40 pe zi). *Simplomele și tratamentul:* vezi sulfatul de cupru.

Leziunile anatomice ale intoxicației cuprice

Se notează: colorația albastruie a mucoasei stomacului și a intestinului; cauterizarea mucoasei esofagului și a stomacului; tumefierea și echimozarea mucoasei gastrice; hiperemia (uneori necroza) mucoasei intestinului gros; leziunile nefritice; ciroza ficatului cu depozit pigmentar. În intoxicația cronică se poate observa lizereul verzei sau arămiu al incisivilor.

Identificarea cuprului

Se caută în ficat (unde poate fi conservat timp de ani de zile), rinichi, salivă și sudoare.

La formularea concluziilor trebuie să se țină seama de cantitatea dozată, pentru că nu trebuie nesocotit faptul, că metalul se găsește normal în organism, unde pătrunde prin consumarea vegetalelor. Recent (1928) *Quam, Hellwig, Supplee* și *Bellis* au demonstrat existența cuprului și în lapte (0,2—0,52 mgr. la litrul de lapte de vacă sau de oaie, îndată după mulgere).

5. Diverse metale

I. Staniu (cositorul)

Sărurile de staniu determină vărsături violente, inflamația tubului digestiv, salivatie, slăbirea bățăilor inimii, dispnee, prostrație, convulsii. — La *autopsie:* ulcerăriuni stomacale.

II. Zincul

Intoxicarea se produce prin compuși solubili ai metalului și chiar prin vaporii de zinc. Urme din acest metal sunt introduse în organism prin alimente, apă, vin, bere (cari au stat în recipiente de zinc), biberonul de cauciuc (oxid de zinc). — *Etiologia*: crimă, sinucidere, accident (confuzia cu sulfatul de sodiu sau de magneziu: aspirarea de pulbere de oxid de zinc în fabrici).

Se caută în viscere și în urină.

1. Sulfatul de zinc (praful de nix, praful de nimic). — Cristali incolori, solubili. Antispasmodic, astringent, caustic, antiseptic, febrifug, emetic. — *Posologia*: 0,10—0,25 (antispasmodic); 0,50—1 gr. (emetic); doza maximă 1 gr.; doza toxică 1,20 gr.; doza letală 5—10 gr.

a) *Simptomele*. — În intoxicația acută: savoarea metalică neplăcută, senzație de arsură în faringe, lăcrimare, dilatarea pupilelor, greață; vărsături abundente, adesea sanguinolente; puls mic, dispnee, sudori reci, lipotimie, răcirea extremităților, convulsii. Moartea în 10—50 ore. În intoxicația lentă: anorexie, diaree, eritem, erupțiuni speciale pe scrotum, în regiunile axilare și inguinale.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale (cu precauțiune) cu soluții de carbonat de sodiu 1%: lapte cald sau albumină, băuturi mucilaginose, soluții diluate de carbonat de sodiu sau de potasiu (4 gr., la 500 gr., apă caldă). tanin, acid galic, nuca de gal, uleiul de ricin, comprese calde pe abdomen: morfină (hipodermic) în caz de dureri.

b) *Leziunile anatomice*: mucoasa stomacului și mucoasa începutului intestinului subțire sunt hiperemiate, ramolite.

2. Acetatul de zinc, bromatul de zinc, cianatul de zinc, lactatul de zinc, fosforatul de zinc, salicilatul de zinc dau aceleași simptome ca sulfatul de zinc; antidotul și tratamentul la fel.

3. Oxidul de zinc. — Pulbere amorfă, grea, insolubilă. Antispasmodic, sedativ nervos indicat în: choree, epilepsie, convulsii la copii, tuse convulsivă, crampe stomacale, diaree infantilă. *Posologia*: 0,05—0,20—0,50 de 3—4 ori pe zi; doza maximă 0,50 (2 gr. pe zi). — *Simptomele și antidotul* la fel ca la sulfatul de zinc.

4. Vaporii de zinc, absorbiți prin salivă, ajungând în stomac, prin hipersecrețiune se formează o combinație de clorură de zinc care cauterizează mucoasa gastrică.

III. Bismutul

È întrebuințat în industria aliajelor. Terapeutică recurge la sărurile de bismut.

Simptomele. — În genere, bismutismul se traduce prin: stomatita cu lizereul negricios al gingiilor, diareea cu hemoragia intestinală, albuminuria și, uneori, turburări nervoase.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, purgative saline.

carbonat de fier, diuretice, substanțe oleioase, mucilaginoase, apomorfina.

1. **Emeticul de bismut**, în cantitate toxică, provoacă: degenerescența grăsoasă a rinichiului, ficatului și inimii, inflamația mucoasei bucale, slăbirea generală, o erupție cutanată specială, colorează în negru mucoasa stomacului și a intestinului.

2. **Subnitratul de bismut** e compusul cel mai important al bismutului. Pulbere albă, insolubilă. Antidiareic, topic protector al mucoasei gastrice, antiseptic intestinal, e *indicat* în: hiperclorhidria, gastrita ulceroasă, ulcerul stomacal și în radiologie. *Posologia*: 0,50—4 gr. de 4—5 ori pe zi (*adultul*); 0,50 de an (*copilul*).

Simptomele: stomatită, enterită, vărsături, colici, cianoză, puls mic, convulsii, albuminurie, incontinență de urină sau anurie, dispnee, delir, pierderea cunoștinței.

3. **Sărurile de bismut antisifilitice**: citratul de bismut amoniacal, lactatul de bismut, dermatolul (sub-galatul de bismut), airo-lul (oxiodo-galatul de bismut), salicilatul de bismut, tartro-bismutatul de potasiu și de sodiu, iodobismutatul de chinină, oxidul de bismut, bismutul metalic precipitat (neo-trepol).

Simptomele. — În caz de intoxicație se poate nota: stomatita acută, cu gingivită și scurgere salivară; disfagie, dispnee, edem al glotei, trismus, răsuflare fetidă, umflarea limbii și a mucoasei bucale, inflamația glandelor salivare; o albuminurie ușoară, oligurie, anurie, azotemia accentuată, convulsii, moartea.

Alteori se notează stomatita ulceroasă și gripa bismutică toracică, diverse exanteme.

IV. Antimoniul (negrul de fier)

Principalul lui compus, **emeticul**, e un vomitiv indicat ca antidot în diversele otrăviri. În doză exagerată cauzează turburări și chiar moartea: *doza toxică* 0,5—1 gr.; *doza mortală* 2—4 gr.

a) *Simptomele*. — 1. În *intoxicația acută*: saveoare metalică, senzație de arsură în esofag și stomac, vărsături abundente și diaree, pulsul slab, dispnee, cianoza extremităților, apariția de pustule speciale. Moartea în câteva ore sau câteva zile.

2. *Intoxicația lentă*: fenomenele gastro-intestinale notate în intoxicația acută; depresiunea energiei musculare, pulsul slab, scăderea temperaturii, apariția pustulelor de ectima stibiată pe spina, pe membre, pe părțile genitale; poliurie.

b) *Leziunile anatomice*: congestiunea plămânilor, pustule de ectima în tot tubul digestiv, inflamația intestinală, hipertrofia ficatului în degenerescența grăsoasă.

c) *Identificarea*. — Antimoniul se caută în vărsături, în conținutul stomacului și al intestinelor, în fecale, utină, ficat, splină, rinichi și plămâni.

V. Bariul

Otrăviri accidentale: carbonatul de barit confundat cu creta sau amestecat din greșeală cu făină; clorura de bariu administrată în locul sulfatului de sodiu.

Doza letală: 10—20—50 gr. clorură de bariu; 10 gr. acetat de barit.

a) **Simptomele:** savoarea stiptică excesiv de neplăcută, salivare, stomatită, greață, vărsături abundente, dureri stomacale, diaree, slăbiciune generală, frisoane, amețeli, încetinirea bătăilor inimii, accelerarea mișcărilor respiratorii dar slăbite, nefrită, exanteme, convulsii, turburări vizuale, prostrație, paralizie; moartea în interval de 2—12 ore sau 1—2 zile.

Antidotul și tratamentul: pompa stomacală, emetice, emoliente, sulfat de magneziu, sulfat de sodiu (20—50 gr. în 1.000 gr. apă), apă albuminoasă, lapte, acid sulfuric diluat (2 gr. la 1 litru apă), stimulente, acetat de amoniac, gheață.

b) **Leziunile anatomice:** echimoze abundente pe mucoasa stomacului, hemoragii duodenale, tumefierea edemațioasă a mucoasei intestinale, degenerarea ficatului și a rinichilor; hemoragii sub endocardul ventriculului stâng; o ușoară congestiune a plămânilor.

Bobițe albe, de mărimea firelor de nisip, se găsesc în mucusul stomacal.

Principalele săruri. — 1. *Cloratul de bariu* indicat în sifilis, scrofuloză, afecțiuni cardiace. Doza toxică 10 gr.; doza letală 15—20 gr.

2. *Bariul hipofosforos:* antirachitic, fortifiant.

3. *Bariul iodat:* antiscrofulos.

4. *Sulfatul de bariu* e întrebuințat în radiologie ca succedaneu al sărurilor de bismut: 100 gr., pentru examenul tubului digestiv.

VI. Thaliul

Intoxicații având ca origine *crima* ori *sinuciderea* cu un preparat pentru stărpirea șoarecilor (pasta se pune în cafea cu lapte, mâncare), ori *accidentul* depe urma întrebuințării acetatului de thalium (fricțiuni ale pielii capului, injecțiuni subcutanate: intoxicația mortală a trei copii tratați cu acetatul de thalium — *Buschke*, 1929; caz de atrofiere a nervului optic în urma fricțiunilor pielii capului și a injecțiilor subcutanate — *Girof*, 1929; psychoză epileptiformă la 26 zile după tratamentul cu acetatul de thalium — *Bachkevitch*, 1929; căderea părului capului — *Ormerod*, 1928).

Toxicitatea e constantă, dar ea e îndeosebi pronunțată la o vârstă mai înaintată și la copii. Efectele pot apărea după un lung interval: intoxicat de mic copil, iar simptomele se arată abea la maturitate.

a) **Simptomele.** — În *intoxicația acută:* greață, vărsături, turburări de deglutiție, crampe abdominale, dureri la picioare (în-

deosebi la articulațiile degetelor și la tălpi), anemia extremă, cefalee; buzele uscate, crăpate; scaune subțiate, urmate, după câteva zile, de constipație; dureri violente și contracturi ale pulpelor; roșeața și tumefacția conjunctivelor, exanteme la pleoape, limba albicioasă, ușor încărcată; grave turburări cardiace, asemănătoare anginei de piept; abdomenul ușor balonat cu dureri difuze; turburări vizuale, amaurosa; în faza ultimă: eczema confluentă pe toată fața, insomnie persistentă, delir, incontinență urinară și fecală, căderea părului, modificarea unghiilor (după trecere de câteva săptămâni), oprirea timp de câteva luni a menstruației; anemia extremă.

b) **Leziunile anatomice:** atrofia glandelor sudoripare, edem pulmonar, esofagită, inflamația mucoasei gastrice, hemoragia ileonului, nefroza și hidronefroza; congestia meningelor, a encefalului și a cerebelului.

VII. Argintul

1. Cele mai frecvente intoxicațiuni sunt datorite **nitratului de argint** (piatra iadului) întrebuințat în fotografie, în argintarea galvanică, la cănirea părului. — *Indicațiunile terapeutice* ca tonic, hidragog, antiseptic, astringent, caustic, stimulent: epilepsie, tabes dorsal afecțiuni intestinale, ulcer gastric, diaree cronică. *Posologia:* 0,01—0,10 pe zi în doze fracționate (*adultul*); 0,01—0,05 pe zi (*copilul*).

a) **Simptomele.** — În *intoxicația acută:* dureri violente și o senzație de arsură, albirea mucoasei bucale, vărsături (adesea sanguinolente), diaree, amețeli, convulsii, slăbirea inimii, dilatarea pupilară, pierderea inteligenței. — În *intoxicația lentă* (medicamentoasă): colorația ardoazată a pielii și a mucoaselor, lizereu negru la gingii, albuminurie (inconstant), edeme, accidente convulsive.

Antidotul și tratamentul: emetice, spălături stomacale cu soluția de clorură de sodiu 3%. apă albuminoasă: tratamentul ulterior: lichide, emoliente (orz, althea), lapte, sare.

b) **Leziunile anatomice:** mucoasele bucale înegrite; pete albe de clorură de argint sau escare cenușii pe mucoasa gastrică, culoarea neagră a mucoasei intestinale; sângele negru, bituminos, încet coagulabil, cu granulații albicioase de clorură de argint.

c) **Identificarea în toate viscerale.**

2. **Cianura de argint** indicată în: hemoragii uterine, carcinomul stomacului, choreea, epilepsia. *Posologia* 0,001—0,005 doza maximă 0,015 (0,06 pe zi). — *Simptomele:* vărsături, diaree, amețeli, insensibilitate, răcirea pielii, convulsii. *Antidotul și tratamentul:* amoniac, apă de clor, mixtură de sulfat feros și feric, pompa stomacală.

VIII. Aurul

Clorura de aur. Antisifilitic, antituberculos, antiseptic, nervin, *Posologia:* 0,005—0,01 de 2—3 ori pe zi; doza maximă 0,02 (0,06 pe zi). — *Simptomele:* dispnee, tuse, hemoptizie, senzație de frig.

Antidotul și tratamentul: soluție albuminoasă, gheață, emoliente, morfină. — *Autopsia:* colorația brună sau violacee a mucoaselor gurii, faringelui și esofagului.

IX. Cadmiul

Sulfatul sau oxidul de cadmiu determină greață, vărsături spumoase, diaree sanguinolentă, încetinirea circulației, dispnee, scăderea temperaturii, tremur. — *Antidotul și tratamentul:* carbonați alcalini, apă albuminoasă. — *Leziunile anatomice:* numeroase echimoze pe plămâni, injectarea mucoasei stomacale și a mucoasei intestinale, albumină multă în urină.

X. Cobaltul

Un caz de intoxicație cu *pulberea de cobalt* (intrebuințată la colorarea faianței): crampe stomacale, greață, anorexie; după un interval de 10—15 zile: vărsături dureroase și repetate cu câteva cheaguri de sânge, hematurie (*Remond-Faore, 1929*). — *Tratamentul:* regim declorurat, uroformină. — *Autopsia:* leziuni grave ale ficatului și rinichilor.

XI. Magneziul

Un caz rar de intoxicație cu *sulfatul de magneziu* (sarea amară, sarea englezească, purgativ); pacientul, în locul dozei divizate de 15,5 gr., a luat toată cantitatea de 57 gr. *Antidotul:* injecție subcutanată sau intravenoasă de calciu (*Thatcheer, 1928*).

D. Substanțele caustice și iritante

1. Acidul sulfuric (vitriolul)

În stare pură (96%) e un lichid sirupos, astringent. În doză unică și care trece de 0.15 gr., concentrat și 1.50 gr., diluat 10%, acidul sulfuric ingerat devine toxic; iar doza unică minimă de 4 gr. a soluției concentrate e mortală. — *Indicațiunile terapeutice:* hemostat în hemoragia gastrică, astringent în diaree, antidot în intoxicația saturnină. *Posologia:* 1—5 picături în apă zaharată; doza maximă *pro die* 0,50—5 gr.

De observat că gradul de toxicitate e în funcțiune și de starea de replețiune ori de vacuitate a stomacului și de cantitatea evacuată prin vărsături.

Etiologia. — 1. *Crima:* frecvența cu copii (indeosebi noii născuți) și persoanele incapabile de a opune rezistență. Pe cale bucală ori rectală (clismă). — 2. *Sinuciderea:* cel mai mare contingent îl dau femeile. — 3. *Accidentalul:* confuzia (ingerarea din nebăgare de seamă a conținutului unui pahar, al unei sticle, greșita dozare a prescripției medicale, administrarea unei clisme în care, din eroare, s'a amestecat acid sulfuric în locul unei substanțe uleioase indicate).

a) *Simptomele* se manifestă imediat după absorbțiune. Se disting două forme:

1. *Forma virulentă:* violentă durere de arsură în faringe, esofag și stomac, cu contracțiuni antiperistaltice ale faringelui și esofagului; țipăt sfâșietor; vărsături abundente corosive, colorate în castaniu, cari se produc neîntârziat sau după 50—45 minute; crampe toracice; pulsul mic, frecvent; fața palidă, descompusă; pete și escare, cenușii, cafenii, ori albăstrui pe buze; pielea palidă și rece;

ochii intrați; puțină evacuare diareică (inconstant); anurie; o extremă slăbiciune generală dar cu conservarea inteligenței. Moartea, de regulă, în 18—24 ore; uneori mult mai repede, atunci când a intervenit și edemul glotei; hematemiza consecutivă deschiderii unui vas stomacal, perforarea stomacului (peritonită).

II. *Forma lentă* caracterizată prin fenomenele de reacțiune locală, cari se adaugă la fenomenele și leziunile generale: stomatita accentuată, dureri epigastrice, deglutiția extrem de dureroasă cu vărsături; o abundentă secrețiune de mucus bucal, cu salivatie albicioasă sau sanguinolentă; tumefierea parotidelor (uneori parotidită supurată), albuminurie (inconstantă); colorația icterică a pielii; febră; desprinderea de fragmente cauterizate ale mucoaselor, mucoasa esofagului putând fi în întregime eliminată prin vărsături; pneumonia (inconstant). Moartea în 4—5 zile sau chiar mai târziu.

În caz de supraviețuire, se notează leziuni cicatriciale foarte periculoase cari, ulterior, pot provoca mcarca: strâmtatea fibri-noasă a esofagului și a pilorului.

Antidotul și tratamentul: ghiață, apă de săpun, multă apă cu magnesia usta în suspensie, apă albuminoasă, mucilaginoasă cu 3% bicarbonat de sodiu; tracheotomia (în caz de edem al glotei). *Contraindicate:* vomitivele, spălăturile stomacale.

b) **Notațiunile necropsice.** — I. În forma virulentă: urmele acidului sulfuric pe *buze*, în jurul *gurii* și dărele gălbui sau cafenii prelinse pe *bărbie* și *gât*; escare în plăci albicioase pe *mucoasa bucală* care apare ca fiartă; escare, infiltrațiuni hemoragice, perforări (inconstant) ale *mucoasei esofagului* și pe *epiglotă* (inconstant). — *Stomacul*, ardozat, închiruit, îngroșat, cu rețeaua vasculară sub forma unor dungă injectate, negricioase; deschis, *stomacul* conține, în părțile declive, lichid negru (culoarea zațului de cafea) cu cheaguri și lășii de epiteliu; pe fund și la pilor, *mucoasa gastrică* apare, total sau parțial, ca o escară cafenie sau negricioasă cu lacune și care se desprinde lesne; perforarea stomacului (inconstant) care se poate produce și post-mortal. *Intestinul subfire* (mai ales duodenul): înroșit, tumefiat, mucoasa echimozată, cu escare profunde. *Peritoniul* (dacă stomacul a fost perforat) e căptușit cu sânge închegat negricios. *Ficatul, splina, rinichii*, uneori și *diafragma* și partea de jos a *plămânului* (dacă stomacul a fost perforat) au suprafața acoperită cu plăci escarotice, aspre, negricioase; *leziuni nefritice; degenerescența grăsoasă* a inimii, ficatului, rinichilor. *Sângele* îngroșat și de culoare închisă.

II. În moartea tardivă se notează, în plus, strâmtarea cicatricială a esofagului și a pilorului.

c) **Identificarea.** — Acidul sulfuric se caută: în viscere; în petele de pe piele, haine, rufe; în vărsături, în lichidele și alimentele

suspecte. — Să nu se uite că în acidul sulfuric din comerț se găsește uneori cantități însemnate de arsenic, ceea ce, în caz de desgrupare, poate crea o confuzie.

2. Acidul azotic

Lichid incolor, solubil în apă. În stare pură are *indicațiuni terapeutice*: lepra, bronșita (inhalatii), febra tifoidă, diabetul (băutură răcoritoare). *Posologia*: 10—50 picături foarte diluate, de mai multe ori pe zi (doza maximă 0,40 și 1,20 gr., pe zi) pentru *adult*; 5—10 picături foarte diluate, pentru *copil*. — *Doza letală* 5—8 gr.

Apa tare: 40—50% acid azotic.

Apa regală: 1 parte acid azotic și 3 părți acid clorhidric.

a) *Etiologia*: *crima* e excepțională; *sinuciderea* e oarecum frecventă; *accidentul* în marea majoritate a cazurilor.

b) *Simptomele* seamănă cu acele ale otrăvirii cu acidul sulfuric. *Diferențierea*: colorația galbenă pronunțată a escarelor de pe piele și mucoasa bucală. Moartea în același interval ca la acidul sulfuric.

Antidotul și tratamentul: mucilaginoase, alcaline, gheață, magnezie calcinată, cretă, emoliente, lapte, apă albuminoasă, injecție cu morfină; în cazuri grave, tracheotomia.

c) *Leziunile anatomice* seamănă cu acele ale intoxicației cu acidul sulfuric; numai că escarele mucoaselor tubului digestiv sunt galbene sau de un galben bătând în verde; perforarea stomacului e o raritate: sângele din inimă e negru și fluid, cel din vasele din jurul stomacului e coagulat.

d) *Identificarea*: se caută în viscere.

3. Acidul clorhidric (acidul muriatic, spiritul de sare)

Soluție de gaz clorhidric în apă 33,6%. *Indicațiuni terapeutice*: dispepsia, bolile febrile. *Doza* pentru acidul concentrat oficial: 0,50—4 gr. în 24 ore, în soluții diluate prescrise: 2 gr. la litrul de apă ca tisană sau 5—10 picături într-o porțiune ca excitant al digestiunii; caustic în ulcerajunile scorbutice, stomatita mercurială sau ulcero-membranoasă; gargarism în doza de 1% în sirop de mure; băi iritante de picioare în doză de 2 gr., la 100 gr. apă. — *Doza letală* (ingerare) a acidului concentrat e de 15 gr.

a) *Etiologia*: crimă, sinucidere, accident (medicament, confuzie).

b) *Simptomele*: senzație de arsură în gât, esofag și stomac; vărsături brune adesea sanguinolente (cu bucăți din mucoasa gastrică), dispnee, vocea răgușită, leziuni ușoare ale vestibulului urechii, nistagmus, pielea rece, convulsii slabe (inconstant).

c) *Leziunile anatomice*: escare cenușii pe mucoasa bucală, mucoasa stomacală ramolită, colorată în roșu cu pete negricioase;

stenoza pilorului și a cardiei; celelalte leziuni sunt ca și în intoxicația cu acidul sulfuric.

d) **Identificarea.** — Se caută în viscere, în petele de pe haine, rufe — pete de un roșu aprins. — De notat: acidul clorhidric se găsește normal în stomac.

4. Acidul acetic (esența de oțet)

Lichid incolor, caustic, cu miros caracteristic. *Indicațiuni terapeutice:* stimulent în sincopă, antidot în otrăvirile cu alcalii. *Posologia:* 0.50—1 gr., de 2 ori pe zi în diluții mari. — *Doza toxică* 15 gr. *Doza letală* 50 gr. — Vaporii de acid acetic pur cauzează leziuni cutanate (flictene).

a) **Etiologia.** Indosebi frecvente sunt *sinuciderile* și *accidentele*.

b) **Simptomele.** — În *intoxicația acută:* miros caracteristic al răsuflării, dureri pe tractul digestiv, vărsături, diaree, albuminurie, hemoglobinurie, dispnee, slăbirea pulsului, somnolență ori convulsii. — În *intoxicația cronică:* răsuflarea fetidă, paloarea feței, anemia, slăbiciune generală, pulsul mic.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, magnezie calcinată, soluție de hidrat de sodiu (2 gr., la 500 gr. apă), infuzie de orz, althea, sămânță de in, lapte, emulsii oleoase, injecție hipodermică de morfină. În caz de dispnee: respirație artificială, tracheotomie.

c) **Leziunile anatomiche:** tumefacția mucoasei stomacului și a intestinului subțire, care e neagră cu cauterizarea albicioasă a epitelului; necroze și focare hemoragice ale ficatului. — În *intoxicația cronică:* catar faringian și stomacal, emfizem pulmonar.

d) **Identificarea.** Se caută în viscere. Figurând în unele alimente, acidul acetic în cantitate mică (în conținutul stomacal) nu îndreptățește concluzia formală a unei otrăviri.



Fig. 204.—Leziunile pricinuite în stomac de acidul acetic ingerat.

5. Acidul oxalic (sarea de măcriș)

Cristali albi, solubili (1/15). În soluție concentrată are acțiune corosivă pe tractul digestiv. — *Indicațiunile terapeutice*: astma, bronșita. — *Posologia*: 0,03—0,06 la fiecare 4 ore (emenagog); 0,15 la oră (răcoritor). *Doza maximă* 0,50 (1,50 pro die). *Doza letală* 4—15 gr.; dar ea depinde de condițiunile individuale: Taylor a înregistrat un caz mortal numai cu 2 gr., pe când alte ori s'au văzut supraviețuiri cu doze superioare (20—25 gr.) celei maxime fixate de Codex.

a) *Etiologia*: *crima și accidentul*, când se dă acid oxalic în loc de sulfat de sodiu sau sulfat de magneziu; *sinuciderea*. Accidentul mai poate fi consecutiv consumării vinului tratat cu acid oxalic spre a i se înviora culoarea.

b) *Simptomele*, cari se manifestă imediat după ingerare: o savoare acidă foarte intensă; senzație de arsuri în gură, gât și stomac; sete foarte mare; abundente vărsături sanguinolente, brune, incoercibile și cari nu dispar un singur moment de pe tabloul clinic; inflamația limbii și a mucoasei bucale; diaree, dilatarea pupilelor; slăbiciune mare, puls mic; scăderea temperaturii, senzație dureroasă în mușchi, înțepenirea membrelor, colorația cenușie a vârfurilor degetelor; anurie, convulsii, coma. Moartea în câteva minute, o jumătate de oră, câteva zile (până la 25).

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, lapte, zaharat de calciu, apă de var, sulfat de magneziu, soluție de clorură de calciu (5/10), ghiață, infuzie de althea, semințe de in, analeptice; injecții cu morfină.

c) *Leziunile anatomice*. Aspectul lor diferă după starea de diluare a toxicului și după intervalul în care se produce moartea. Cu o soluție concentrată și în moartea rapidă: hiperemia creierului; colorația cenușie a mucoaselor gurii, faringelui și esofagului; mucoasa stomacului, tumefiată, distrusă, se desprinde lesne, după o simplă clătire a organului; acelaș aspect îl are mucoasa începutului intestinului subțire; conținutul stomacului, cafeniu, negricios, e foarte acid.

În moartea tardivă (după 8—25 zile) se poate uneori nota: stomatita pseudo-membranoasă; esofagita pseudo-membranoasă și ulcerosă, cu perforarea esofagului; pericardita purulentă și pneumonia lobulară.

d) *Identificarea*. — Acidul oxalic se regăsește în urină, în natură sau sub forma de oxalat de calciu. În ce privește prezența lui în viscere, e de notat că, sub forma de oxalați de calciu, poate proveni și din consumarea unor anumite plante.

6. Soda caustică

Cilindri sau fragmente deliquescente ușor solubile. Alcalin, caustic. *Indicațiuni terapeutice*: diuretic. *Posologia*: 0,0015—0,05 diluat în apă. *Doza letală* 7—8 gr.

a) **Etiologia:** crimă, sinucidere, accident.

b) **Simptomele,** cari se produc imediat după ingerarea soluției: senzație de durere în piept și abdomen, vărsături abundente incoercibile, sanguinolente; diaree sanguinolentă; oligurie; crampe intestinale (inconstant); scurgerea din gură a unui lichid muco-purulent; respirație striduloasă (inconstant). Deasemenea inconstant se notează: bronco-pneumonie, mediastinită, pericardită. — Temperatura, mai întâiu scăzută, se urcă până aproape de 39°. — *Complicațiunile secundare:* stenoza esofagului și a pilorului, stricturi, bronșita putridă, gangrena plămânilor. — Moartea, precedată de colaps, în 2—3 zile; uneori mult mai târziu. — După vârstă și sex, cazurile mortale (după o statistică recentă — *Boricz*, 1928) se repartizează astfel: 11% bărbați, 16% femei și 22% copii.

Antidotul și tratamentul: oleoase, lapte, stimulente, alcaline, oțet, zeamă de lămâie, acid acetic diluat, acid citric, soluții de sulfat de sodiu 5%, camforă, eter, sinapisme, ceaiuri calde, spălături stomacale (cu prudență); să nu se administreze vomitive. *Tratamentul ulterior:* mucilaginoase, lapte, limonazi acide, morfină, cocaină.

c) **Leziunile anatomice în intoxicația acută:** *Mucoasa bucală și esofagiană* cauterizată, cenușie, destrămată sau chiar complet distrusă. *Stomacul* retractat, cu pereții îngroșați și cu mucoasa sau ramolită până la lichefiere sau având aspectul unei escare uscate, negricioasă; uneori perforarea stomacului. Lobul stâng al *ficatului*, *splina*, *rinichiul stâng* atacate de transudația conținutului stomacal care e negricios, muco-sanguinolent, gelatinos și cu reacțiunea foarte alcalină. Cauterizarea *mucoasei intestinului* până la o adâncime uneori mare. În unele cazuri se pot nota: *strâmtări multiple ale esofagului, cauterizarea laringelui*. *Urina:* albumină (inconstant), urobilină, aceton. — *Sângele* rămâne fluid cu rare cheaguri moi.

d) **Identificarea:** se caută în vărsături, fecale și conținutul stomacal.

7. Potasa caustică

Cilindri albi cu tăietura cristalină, solubili. *Indicațiuni terapeutice:* cistita, dispepsia, afecțiuni gastrice. *Posologia:* 0.0015—0.05 diluat în apă. *Doza letală* 7 gr.

a) **Etiologia:** sinucidere, accident.

b) **Simptomele:** arsuri și constricție în gât și stomac, vărsături, diaree sanguinolentă, colici, încetinirea circulației, scăderea temperaturii, sudori reci, prostrație acută. Moartea în 2—50 zile. Moartea tardivă (chiar peste câteva luni) e uneori consecutivă unei perforări a esofagului sau unei peritonite (moarte peritoneală după 8 luni: *Kobayoshi*, 1928).

Antidotul și tratamentul sunt cele indicate pentru soda caustică.

c) **Leziunile anatomice** sunt aproape identice cu cele ale intoxicației cu soda caustică.

Cloratul de potasiu

Indicat în stomatite ulcerose, gingivite. Doza maximă 6—8 gr. pe zi. Doza letală 15—50 gr., pentru adult și 10 gr., sau chiar mai puțin pentru un copil.

a) *Etiologia*: sinucidere; accident medicamentos sau datorit confuziei cu sarea amară.

b) *Simptomele intoxicației acute*: salivăție, greață, vărsături, gastro-enterită, icter, hematurie, anurie, cardialgie. Moartea poate întârzia o săptămână sau două. — *Semnele intoxicației cronice*: turburări de nutriție, dispepsie, fenomene bronchice.

c) *Antidotul și tratamentul*: purgative, diuretice, analeptice, ghiață, spălături stomacale. clisme, sinapisme, ventuze în regiunea epigastrică, lăsare de sânge (200—500 gr.), opiu, pilocarpină, carbonați alcalini, cocaină, ser fiziologic, eter, oleu camforat. *Contra-indicate*: băuturile acide.

d) *Autopsia*: petele cadaverice cenușii; colorația cenușie sau cafenie a organelor interne, meningele și creierul injectate și de culoare cafenie; colorația cenușie a substanței osoase; sângele de culoarea șocoladei; icter; cheaguri sanguine în canaliculele urinare; tumoare splenică.

e) *Identificarea*. Se caută în urină și în conținutul stomacal.

Permanganatul de potasiu

Doza letală 12—15 gr. — *Simptomele*: paliditatea feței, tumefierea limbii și a gâtului, vărsături dispnee. — *Antidotul și tratamentul*: emetice, purgative, diuretice, excitante, cafea, ceai, lapte, tanin. — *Leziunile anatomice*: escare negricioase pe mucoasa epiglotei, a faringelui, esofagului și stomacului; degenerarea grăsoasă a miocardului și a rinichilor.

Bichromatul pe potasiu

Simptomele: vărsături, crampe, diaree, dilatație pupilară, albuminurie, anurie. — *Antidotul și tratamentul*: golirea stomacului, carbonat de magneziu sau de calciu în lapte, fer limat, albuș de ou, infuzie de orz, stimulente. — *Autopsia*: caracteristice sunt leziunile renale.

Nitratul de potasiu (silitra)

Indicațiuni terapeutice: diuretic, diaforetic, combate hipertensiunea arterială, antireumatismal. Doza toxică 5 gr.; doza letală 15—30 gr. Intoxicații accidentale fie prin îngerare, fie prin inhalarea vaporilor. — *Simptomele îngerării*: colici, greață, vărsături, poliurie, scaune disenterice, puls mic, pielea rece, dureri stomacale, delir, convulsii, oprirea inimii. — *Simptomele inhalării vaporilor*: dispnee, tuse convulsivă, expectorații roșiatice, fața ardoază, stare cachetică; moartea în 1—3 zile. — *Antidotul și tratamentul*: spălături stomacale, injecție subcutanată de apomorfina, ghiață, sinapisme, eter, camforă, apă albuminoasă, emoliente, unt-de-lemn, alcool, atropină. — *Leziunile anatomice*: iritarea mucoasei căilor aeriene, edem al mucoasei laringee și al plămânilor, emfizem pulmonar interstițial; umflarea stomacului.

Lysolul

Lichid brun, uleios. Intrebuințat ca desinfectant în doză de 2—5% apă. — *Simptomele*: răgușcală, dureri nefritice, pierderea cunoștinței. *Leziunile anatomo-*

mice: escare cenușii sau cafenii pe mucoasa bucală, faringeană și esofagiană; întărirea mucoasei stomacului; focare de cauterizare în plămâni cu pneumonia lobulară și mirosul de cresol al organelor, inclusiv creurul.

8. Diverse substanțe

I. Tinctura de iod

Doza letală 3—4 gr., — Cazuri de intoxicație acută prin aplicarea percutanată: eriteme, urticaria, eczeme. *Simptomele*. — În *intoxicația acută*: arsuri în gură, lăcrimare, salivăție, senzație de constricție în gât, vărsături, dureri stomacale, scaune diareice sau sanguinolente, puls mic, temperatura ridicată, colaps, moarte. — În *intoxicația cronică*: cachexie, agitație, insomnie, lăcrimare, salivăție, cefalee, laringită, faringită, edem al glotei, edem pulmonar. — *Antidotul și tratamentul*: emetice, pompă stomacală, alimente feculente, spălături cu amidon, vomitive, magnezie în suspensie, gheață, apomorfina, sulfanilat de sodiu, trisulfat de sodiu, alcool amoniacal, bicarbonat de sodiu în multă apă, cocaină (0.05/150), lapte mult, opiacee. *Tratamentul ulterior*: emoliente, bicarbonat de sodiu, apă albuminoasă, infuzie de grâu, orz; althea, morfină.

Leziunile anatomice: colorația brună a mucoaselor cari exală mirosul particular al iodului; conținutul stomacului (dacă se află pâine, paste făinoase) e total sau parțial colorat în albastru; semnele unei gastro-enterite intense dealungul tubului digestiv.

Identificarea. Se caută în viscere, vărsături și fecale. Să nu se uite că iodul se găsește normal în apă și în unele substanțe alimentare (spanac, ceapă, usturoiu, ouă, pătlăgele vinete, fasole albă, pătlăgele roșii, lăptuci, morun, scoici).

II. Iodoformul

Doza toxică e cea superioară unui gram.

Simptomele: turburări digestive, greață, vărsături, eczemă particulară, puls accelerat, dispnee, albuminurie, cefalee, melancolie, halucinație, insomnie, accidente paretice, coma.

Antidotul și tratamentul: emetice, analeptice, băi alcaline, bicarbonat de sodiu, acetat de potasiu, bromură de potasiu, cloral hidrat, morfină, atropină. *Pentru eczema iodoformată*: se pun mâinile în apă fierbinte. — În *caz de intoxicație prin rănile tratate*, se îndepărtează iodoformul și se presară magnesia usta.

Leziunile anatomice: degenerarea parenchimatooasă a miocardului, ficatului și rinichilor.

Identificarea: se caută în viscere.

III. Bromul

Lichid, cauterizează mucoasele. — Inhalat sub formă de *vapori* provoacă dispnee, sufocare.

Doza letală — în funcțiune, firește, și de condițiunile individuale — e de cel mult câteva grame. O medie nu se poate fixa, dat fiind extrema raritate a cazurilor de o atare intoxicație. Moartea — care e fatală, neputând fi înălăturată nici chiar prin tracheotomie. — se produce, de regulă, în câteva ore.

1. *Etiologia*. — *Crima* aproape exclusă. — *Sinuciderea* excepțională. — *Accidental* deasemenea excepțional.

Literatura medicală nu cunoaște decât 3—4 cazuri de intoxicație bromică. Ne-a fost dat nouă să înregistrăm unul, în chiar momentul punerii sub presă a tratatului de față. E vorba de o sinucidere:

Femea tânără de 26 ani. În ziua de 20 Septembrie 1930, pe la ora 11 a. m., a înghițit o parte din conținutul unei sticlucă de 10—15 gr., iar la 4½ după masă, adică în interval de mai puțin de șase ore, a murit, cu toată intervenția medicală grabnică și cu toată tracheotomia practică.

a. *Foarea de observație clinică*: arsură superficială de culoare brună pe buze și de culoare mai atenuată pe bărbie și pe jumătatea superioară a gâtului. Limba tumefiată, cu mucoasa distrusă. Mucoasa bucală, cea faringeană și aceea a luei de culoare albicioasă. — Deglutiția dificilă. — Dispnee. — Vorbește cu foarte mare greutate. — Extremitățile reci, cranozate. — La 1 și jum. d. a. starea generală s'a agravat: pulsul filiform (160 pe minută), dispneea mai accentuată, edem al buzelor și al faringelui. — Tratamentul obicinuit rămânând ineficace, la ora 3 d. a., tranchetomie: dispneea nu cedează. — La ora 3 și 15, transfuzie de 400 cc. sânge. — La aceeași oră intră în coma și moare la 4 și jum.

b. *Leziunile anatomice*. — Arsură de gr. I colorată în brun pe pielea dintre gură și bărbie, cu urme atenuate pe gât. — Mucoasa esofagului dizolvată, cu pereții necrozați de culoarea verde-cenușie murdară. — Parenchimul pulmonar roșu-brun și infiltrat cu numeroase focare hemoragice. Echimoze sub-pleurale (petele asfixice ale lui Tardieu). Conținutul stomacal: 1.100 cc. de lichid sanguinolent brun-negricios.

c. *Analiza chimică a conținutului stomacal*: prezența unei mari cantități de acid bromhidric, rezultat din bromul ingerat în prezența substanțelor organice.

2. *Simptomele*. — În stomac, efectele variază după ingerarea bromului lichid pur sau diluat. În contact cu mucoasa gastrică, bromul liber determină o foarte vie iritație, cu senzație de căldură, greață, crampe; se mai notează: dilatația pupilară, paloare cadaverică, pulsul extrem de mic, convulsii, colaps profund.

Antidotul și tratamentul. — În caz de ingerare: apă albuminoasă, amidon, fenol, magnezie calcinată, bicarbonat de sodiu, gheață, alcool amoniacal, cocaină, emoliente; aer curat, inhalație de oxigen, oxigen subcutanat. — În caz de inhalație: inhalație de amoniac.

3. *Leziunile anatomice*: colorația galben-roșcată a mucoaselor tubului digestiv, colorația negricioasă a mucoasei gastrice, mici ulceratii stomacale, inflamația mucoasei căilor respiratorii, hiperemia ficatului; mirosul special al vărsăturilor și conținutului stomacal.

4. Toxicitatea bromurilor metalice depinde de natura metalului combinat. Cât despre bromurile alcaline, foarte întrebunțate în terapeutică, ele devin toxice numai în cantitate exagerată.

5. *Identificarea*: se caută în vărsături, în conținutul stomacului și în viscere. Bromul nu se mai regăsește în substanță, ci sub formă de acid bromhidric.

IV. Amoniacul lichid (spiritul de țipirig)

Doza toxică 5—10 gr.; *doza letală* 30 gr.

Simptomele ingerării: dureri în gură și stomac, sete, lăcrimare, secreții nazale, vărsături, scaune sanguinolente, tuse, afonie, cianoză, puls mic, răcirea membrilor. — *Inhalația de vapori amoniacali*: leziuni pe căile respiratorii, sufocație, amețeli, gastralgie, vărsături, conjunctivită; coma. — În moartea lentă se mai observă și icter, hemoragii.

Antidotul și tratamentul: spălături cu acid acetic 10%, lapte, albumină, gheață, oțet diluat, zeamă de lămâie, soluție de cocaină 0,05—0,10 la 500; vomitive (apă și unt-de-lemn), oxid de bismut în suspensie apoasă; tratamentul ulterior: emoliente, tonice.

Leziunile anatomice: roșeața mucoasei tubului digestiv până la nivelul duodenului cu false membrane, escare uscate galbene și ulceratii (inconstant); edemul pronunțat al intrării laringelui; tumefierea edemațioasă a mucoasei gastrice care e negricioasă; degenerescența grăsoasă a ficatului și rinichilor.

Identificarea: se caută în conținutul stomacal, în partea superioară a tubului digestiv, în stomac.

V. Acidul fluorhidric (lichid sau în vapori)

Doza letală 5—10 gr., Se găsește în preparatele pentru stărpirea șoarecilor și e întrebuințat pentru conservarea legumelor, untului, vinului.

Simptomele: arsuri în tubul digestiv, vărsături sanguinolente, diaree melnică, ulceratii profunde, iritarea intensă a plămânului, turburări cardiace.

Leziunile anatomice: tumefierea și imflamația mucoasei gastrice, conținutul stomacal sanguinolent, hemoragie subendocardială (inconstant).

Identificarea. — Se caută în vărsături, în conținutul stomacal, în viscere.

De notat: fluorul se găsește în pielea, părul și oasele omului, precum și în diverse substanțe alimentare: ridichea, cartofii, strugurii, pătlăgelele roșii, caisele, sparanghelul, orezul, făina de grâu și de orz, linte, fasolea albă, boabele de cafea, laptele de vacă, albușul și gălbenușul de ou; în mușchiul de porc; în ficatul de vițel; în pancreasul, creierul și sângele de bou; în glanda tiroidă a oaei.

VI. Boraxul

Cauzează intoxicații cronice în terapeutică și prin alimentele pentru a căror conservare e întrebuințat. — *Simptomele:* turburări digestive, psoriasis.

VII. Acidul tartric (drojdia de vin, impropriu numit sarea de lămâie).

Doza mortală 30 gr. *Leziunile anatomice:* echimoze albicioase pe mucoasa stomacului și a intestinului: sângele fluid și de un roșu aprins.

VIII. Salicilatul de sodiu

Indicațiunile terapeutice: antireumatismal, antitermic, anagelsic. *Doza maximă* 12 gr., pe zi. — *Contra-indicat* pentru: nevropați, alcoolici, cardiaci, dispepsici, arterio-scleroși.

Simptomele: turburări gastrice, amețeli, surditate trecătoare, congestia feței, delir, micșorare a pulsului, sincopă.

Antidotul: emoliente, alcoolice, opiacee.

IX. Acidul boric

Doza toxică 8 gr. — Accidente, uneori mortale, datorite fie ingerării, fie prezenței unui borat în alimente (6 copii mici — cărora, în loc de apă distilată, li s'a dat o soluție concentrată de acid boric au murit. — O femeie de 55 ani a murit în urma consumării dintr'un cozonac în care se pusese borat de sodiu — *Mc Nally*, 1928). Se pot nota și accidente tardive (*Negri*, 1929).

Simptomele ingerării: vărsături, diaree, cefalalgie. — *Simptomele întrebuințării externe:* ptialism, cardialgie, senzație de frig și de căldură, cefalee, insomnie, delir, hematurie, exanteme, colaps.

Tratamentul: spălături stomacale și vomitive; tratament simptomatic.

X. Uleiul de croton

Lichid galben brun, extras din semânța de *croton tiglium*, care se prezintă ca niște boabe negre, mari cât sămburele de cireasă. — Purgativ drastic, indicat

in constipațiile rebele, hidropisie: rubefiant și vesicant (extern). — *Doza maximă*: 0,10 gr. pe zi.

Simptomele ingerării: senzație de arsură, vărsături, opresiune, agitație, scaune apoase evacuate cu dureri, cefalee, amețală, prostrație, răcirea membrilor acoperite cu o sudoare rece; paralizia pulsului și a inimii; apariția de pustule, cu conținut purulent (in interval de 12—24 ore) și cari, plesnind, sau se usucă sau lasă cicatrice.

Antidotul și tratamentul: lichide uleioase și mucilaginoase, spălături stomacale cu apă de var diluată; opiacee, cocaină, băi calde, comprese calde, lapte, apă albuminoasă, spirt de camforă (10 picături la 5—10 minute); injecție hipodermică de morfină.

XI. Acidul cromic

Doza toxică 0,50 gr. Accidente terapeutice, in tentativele de avort și in industrie.

Simptomele: o gastro-enterită de formă holerică, vărsături galbene ori verzui, diaree, puls mic și intermitent, colaps. — In *intoxicația cronică industrială*: exanteme tumuroase la față, mâni, picioare, pe fața interioară a coapselor, pe penis, scrotum: perforarea septului nazal; nefrita cronică.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, ghiață, sodă, magnesia usta (10 gr., la 150 gr. apă), zaharat de calciu (0,50—1), sulfat de sodiu, apă albuminoasă, lapte, fer pulverizat cu bicarbonat de sodiu.

Leziunile anatomice: inflamația mucoasei intestinale, rinichii piperniciți cu necrozarea epiteliului căilor urinare.

E Alcaloizii vegetali

1. Alcaloizii opiului

Opiul (afionul): suc lăptos extras prin incizarea căpățânelor necoapte ale macului somnifer.—Hipnotic, sedativ, antiemetizant, antidispneic. — *Posologia*: 0,05—0,25—0,50 pe zi, in doze fracționate, pentru *adult*; administrarea cu mare prudență la *copii*: până la doi ani 0,003 de 2—3 ori pe zi; dela 2—3 ani: 0,005 de 3—4 ori pe zi; dela 5—10 ani: 0,01 de 3—4 ori pe zi.

In terapeutică opiul se administrează sub următoarele forme: *laudanum Sydenham*, *praful Doeri*, *tinctura de opiu*, *pilulele de cynaglossa*, *elixirul paregoric*, *siropul diacod*, *codeina*, *morfină*, *dionina*, *pantapon*; *narceina*; *narcofină*, *popaverina*, *thebaina*.

Intoxicația opiacee poate fi acută și cronică. In această din urmă formă ea se produce prin: inhalarea fumului, ingerarea per os, injecția hipodermică.

Se înregistrează intoxicația frecventă a copiilor cu decoctia de capete de mac, administrată ca soporific sau alinator al durerilor.

Efectele toxicității sunt in funcțiune de vârstă, sex și condițiuni individuale: după cum există adevărate idiosincrasii, tot așa avem și deprinderea cu opiacee. Mai trebuie contat cu dispozițiile patologice pentru o cantitate excesivă de opiate, cum ar fi de exemplu tetanosul.

I. Morfina

Cazurile de intoxicație au mai ales ca origine clorhidratul de morfină.

Bucăți cubice, albe, cu aspect microscopic cristalin, solubile. Hipnotic, sedativ, antiemetizant, antidispneic.

Indicațiuni terapeutice: colicile hepatice și nefritice, nevralgiile, durerile intense (cancer), accesele de angină de piept; în intoxicația cu cafeină, chinină, atropină. *Posologia:* 0,01—0,05 pe zi, în doze fracționate (pentru *adult*); 0,001 de an, numai după 2 ani, în injecții subcutanate (pentru *copil*). *Doza maximă a adultului:* 0,02—0,05 (0,8—0,10 pe zi). *Doza letală* 0,40, uneori chiar numai 0,20 gr.

Excepțional se înregistrează supraviețuiri după doze masive: 1 gr. — *Holst*; 1,5 gr. — *Heffler*; 2 gr. — *Playfair*; 3 gr. — *Nothnagel*; 190 gr., laudanum — *Turdieu*. — Copiii sunt mai susceptibili ca adulții.

a) **Etiologia:** deopotrivă de frecvente sunt sinuciderea și accidentul, mai rară e crima.

b) **Simptomele intoxicației acute** se manifestă mai repede în injecția subcutanată decât în ingerare: după 15—30—60 minute; excepțional abea după câteva ore. Se notează în ordinea cronologică două perioade:

I. Greutatea capului, amețeli, exaltarea simțurilor (cel mai mic zgomot, o lumină ceva mai tare pricinuește o senzație de durere), o senzație generală de căldură, puls violent, pielea uscată, fața puțin înroșită, arsură pe limbă și în gât, greață (urmată sau nu de vărsături), mâncărime, oligurie sau anurie, fața devine palidă, o erupție papuloasă sau vesiculoasă pe trunchiu și membre, amorțire, înțetirea respirației (4—5 inspirații pe minut).

II. Fața injectată, privirea fixă, ochiul insensibil la lumină, cu pupilele foarte contractate; respirația, stertoroasă, devine tot mai anevoioasă; răcirea extremităților, accelerarea treptată a pulsului, coma. Moartea în 5—12—15 zile.

La persoanele nervoase se notează și trism și opisthonus.

Uneori se înregistrează o stare de *remisiune*: intoxicatul recapătă cunoștința, poate chiar vorbi, dar simțurile rămân amorțite; apoi se produce recidiva: agitație, delir, coșmaruri și moartea se instalează după 2—7 zile dela momentul remisiunii.

Se notează, însă, și o *formă fulgerătoare*: în absența oricărui fenomen precursoriu se produce coma urmată de moarte în 45 minute până la 2 ore.

În *intoxicația cronică* se înregistrează următoarele semne: turburări cerebrale, toropeală, indiferență pentru mediul înconjurător, halucinații vizuale, slăbirea musculară, constipația rebelă, iar sfârșitul fatal e cachexia, moartea. Morfinomanul, lipsit brusc de otravă, are accese de delir violent și turburări circulatorii.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale, iritante chimice și fizice, duș rece, gheață pe cap, mâinile și picioarele în apă caldă, sinapisme, bătae cu șervet ud pe față, mișcare forțată, respirația artificială, inhalație de oxigen; administrarea forțată de cafea, ceaiu, soluții de tania, hidrat de fer gelatinos, permanganat de potasiu (0,50 la 200 gr., apă); injecții cu 20 cc. dintr-o soluție de 5% permanganat de potasiu; injecții subcutanate cu 0,003 nitroglicerina în 3 rânduri; injecții cu atropină, tinctură de belladonna 2% în apă. *Tratamentul*

ulterior: infuzii de cafea liquor amonii anisi. fricțiuni, diuretice, iod-iodurat, emulsii cu esență de terebentină (30 la 500).

c) **Autopsia.** — Când morfina e administrată subcutanat, se pot identifica urmele de înțepare. În interiorul cadavrului se notează: hiperemia creierului (cu abundant lichid seros în cavitățile ventriculare) și hiperemia plămânului; contractarea intestinului (inconstant); atrofia galbenă a ficatului (inconstant); sângele, negricios, fluid ori coagulat.

d) **Identificarea.** — Morfina se poate conserva în cadavru vreme îndelungată: 13 luni (*Stas*), 14 luni (*Taylor*); 2 ani și jumătate (*Grutterink* și *Ryn*). Se caută în: urină, salivă, sânge, conținutul stomacului și al intestinului; în ficat, splină, rinichi, creier, măduvă, stomac, intestin.

II. Codeina

Narcotic, calmant al tusei. — *Indicațiuni terapeutice*: afecțiunile respiratorii, bronșita, tusea, nevralgiile, în tratamentul morfismului. *Doza maximă* 0.20—0.30—0.50 pe zi.

Simptomele: incetinirea pulsului, senzație de căldură în față, cefalce excitație, prurit cutanat, eritem, gastralgie, vărsături, retenție urinară, miosis, delir, convulsii tetanice, coma.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale, duș rece, sinapisme, respirație artificială, oxigen, cafea, ceaiu, tanin, permanganat de potasiu (5%), iod-iodurat, injecții cu atropină.

Autopsia: notațiuni ca la morfină.

Identificarea: ca la morfină.

III. Narcotina

Indicațiuni terapeutice: malarie, migrena febrei intermitente. *Doza maximă* 1.50 gr., pe zi.

Simptome: gust acru, congestia feței, dilatația pupilară, incetinirea pulsului, furnicăături în membre, oboseală, insomnie.

IV. Narceina

Indicată în: tusea convulsivă, catarul bronhic, nevralgiile. *Doza maximă*: 0.20 pe zi pentru adult.

Simptomele: uscăciune în gură, vărsături, prurit cutanat.

Antidotul: apă albuminoasă, emoliente.

V. Papaverina

Indicațiile terapeutice: afecțiunile intestinale, stările hipertensive ale vaselor sânguine. *Doza maximă* pe zi 0.40.

Simptomele: tremurături, rigiditate musculară, convulsii.

VI. Hașișul

Intoxicația acută: excitabilitate, amnezie. — *Intoxicația cronică*: pulsul și respirația accelerate, halucinații, catalepsie.

VII. Heroina

Simptomele: somn prelungit (uneori douăzeci și patru de ore), incetinirea respirației (7—8 pe minut), paloarea feței, absența reflexelor, sudoare rece.

2. Cocaina

Alcaloid extras din coca. — Solzi albi, foarte solubili. — *Intrebuințări terapeutice*: anestezic local și general, vaso-constrictor, sedativ, anhidrotic, mi-driatic, hemostatic; indicat în gastralgii dureroase și contra vărsăturilor. — *Posologia*: 0,01—0,10 pe zi în doze fracționate de 0,01 (*adultul*); 0,001—0,002 de an (*copilul*). *Doza maximă* 0,01—0,05 (0,06—0,15 pe zi). *Doza toxică* și cea *letală* variază după vârstă, sex și condițiunile individuale (la nevropați și cardiaci, de exemplu. chiar o doză de 0,01 poate fi toxică).

Etiologia. — I. *Intoxicația acută*. — 1. Crima e o excepțiune și victima e ori un copil, ori o persoană inconștientă, ignorantă, una incapabilă de a rezista — 2. Sinuciderea e destul de frecventă. — 3. Accidentul e cel mai frecvent în anestezia locală (dentiștii și laringologii) ori în cea generală. Moartea, care e aproape fulgerătoare, e datorită mai ales faptului că anestezicul e administrat pacientului șezând în fotoliu, în loc de a fi așezat în decubitus dorsal. (O femeie a murit în urma pulverizării laringelui cu 1 gr dintr'o soluție de cocaină de 20%). — Îndeosebi riscată e administrarea terapeutică a cocainei la sugaci (moartea unui copil de 4 luni căruia, pentru combaterea vărsăturilor însoțite de febră, i s'a dat o medicație care conținea cocaină. — *Martinho da Rocha*, 1928). Accidentul mai poate avea ca origine: o eroare în dozarea preparatului farmaceutic; cocaina dată în locul novocainei; luarea ocazională a cocainei în scopul de a-și alina durerile (intoxicația unei fete de 18 ani care, spre a combate durerea convulsivă premenstruală, a luat o doză de cocaină — *Gabbi*, 1929). Injecția hipodermică practică de medic, dacă nu e bine dozată, poate fi periculoasă (Moartea unei paciente căreia i se injectase 4 ctgr. dintr'o soluție de 20% în pleoapă). — II. *Intoxicația cronică*: accidente sunt fatale la *cocainomani* (fie sub forma de praf tras pe nas, fie sub aceea a injecției subcutanate).

a) *Simptomele*. — I. *Intoxicația acută*: stare de beție; excitație, halucinații, accese epileptiforme aducând cu delirium tremens, uneori însoțite de crize de erotism, o locacitate foarte mare; anxietate precordială, puls foarte frecvent, învinețirea feței, greață, vărsături, dureri intestinale, diaree (inconstant), anurie (inconstant), sudori, răcirea extremităților, convulsii, sincopă. Moartea în 5—18 ore.

II. *Intoxicația cronică*. — În multe cazuri cocainismul se greează pe morfism. Obicinuița se capătă în câteva zile, când cocainomanul e capabil să absoarbă (pe nas sau în injecții hipodermice) 2—4 grame pe zi. Excitației cerebrale și fizice dela început îi urmează, după câteva săptămâni, faza depresivă: stingerea treptată a scânteii intelectuale, instalarea tiranică a abuliei, slăbirea și perversiunea simțului moral; insomnie ori somn populat de coșmaruri; anorexie, turburări digestive, diaree; decrepitudinea fizică, din ce în ce mai accentuată, până ia forma cachexiei, e însoțită de o psychoză sistematizată, cu iluziuni, cu interpretări delirante și interesând toate simțurile, îndeosebi văzul și auzul; accese convulsive; impotența și perversiunea sexuală. La *cocainomanul care trage pe nas* se notează îndeosebi: senzație de frig în nas și gură, scăderea

simțului olfactiv și al gustului; dilatarea pupilelor, senzație de sete, umflarea nasului care are o colorație albăstrue; la nări și la cornetul inferior al nasului se formează depozite de solzi de cocaină; tumori și chiar o perforare a septului nazal (gaură al cărei diametru poate atinge 1 cm.). Organismul slăbit al cocainomanului oferă adesea un teren prielnic tuberculozei. Frecvent se notează moartea în urma absorbțiunii unei doze excesive.

Antidotul și tratamentul: iod iodurat, tanin, ghiață la cap, cearșafuri reci, nitrit de amid. sinapisme, alcool, ceaiu, cafea, cafeină, morfină, pilocarpină, inhalatii cu cloroform, clisme cu cloral (1—2 gr.) sau bromură de potasiu: respirația artificială, tracțiunea ritmică a limbii. Tratamentul ulterior: emoliente, tonice. În caz de intoxicație acută, unii mai recomandă luminal și pernocton cu afenil.

b) **Leziunile anatomice.** — În afară de modificările nasului și ale septului nazal, precum și de urmele injecțiilor hipodermice, se notează, în cocainism: congestie și edem pulmonar cu infarcti pe toată suprafața plămânilor.

c) **Identificarea.** Se caută: în mucusul bucal; în conținutului stomacal: în stomac, intestin, ficat și rinichi; în trachee; în nas.

5. Strichnina

Alcaloid extras din semințele de *strychnos nux vomica* (turta lupului). Cristali albi insolubili. În *terapeutică* se întrebuințează atât sub forma pură cât și în combinațiuni. — *Strichnina pură:* 0.001—0.005 de 2 ori pe zi; *doza maximă* 0.005 (0.01—0.015 pe zi) pentru *adult*. — E indicată în: infecțiuni acute cu tendința de adinamie: hipotensiune arterială: astenie: paralizie: miocardită: edem pulmonar: ambliopia toxică ori consecutivă unei curentări electrice: peritonită acută: gripă, pneumonie: hiposistolie: intoxicație cu cloroform, cu cloral hidrat; colaps. — *Compușii strichninei:* strychninum arsenicum (stimulent salivar și digestiv); strychninum aceticum, chloratum, cacodilicum, nitricum, sulfuricum (indicațiunile strichninei pure).

Doza letală a strichninei, astfel cum e fixată de Codex, e: 0.01—0.08 pentru *adult*; 0.007—0.008 pentru *copil*. Efectele depind însă și de condițiuni individuale: moartea unui copil de 3 ani numai cu 0.004 gr.; dimpotrivă, s'au văzut adulți rezistând la doze cu adevărat masive (o statistică de supraviețuire ne arată: 15 cazuri cu 0.10—0.50 gr.: 4 cazuri cu 0.50—0.50 gr.; 2 cazuri cu 0.60 gr.). Pare că cei mai refractari sunt copiii atinși de choree și alcoolicii în stare de delirium tremens.

Etiologia. — Strichnina se găsește: sub forma de *preparat farmaceutic* (picăturile amare de Beume, granulele, tabletele dispeptice, diversele medicamente: praful, extractul, tinctura de nuca vomică); sub forma de *paste pentru distrugerea animalelor vătămătoare*.

I. *Crima* prin introducerea strichninei în alimente și băuturi (paste făinoase, prăjituri, bomboane, zahăr, ceaiu, cafea, vin), în cașeuri semănând cu cele de chinină ori antiperină. — II. *Sinuciderea:* cu o sare de strichnină procurată dela farmacie: cu pasta destinată animalelor: direct cu nuca vomica. — III. *Accidentul:* greșita dozare a medicamentului, ingerarea unei doze prea mari absorbțiunea strichninei prin mucoasa oculară (colir cu strichnină), pătrunderea strichninei printr'o leziune cutanată, în timpul manipulării pastei

destinate animalelor; prin inhalarea prafului, prin manipularea unei mări cantități de nuca vomica (un caz de intoxicare consecutivă punerii nucii vomice în saci — *Rousselier*, 1928); intoxicația consecutivă întrebunțării nucii vomice ca abortiv.

a) **Simptomele** se produc în interval de 15 minute până la o oră, iar moartea e rapidă (imediat după apariția primelor semne sau după 1—2 ore); numai excepțional se poate înregistra o rezistență mai lungă (3—24 ore; s'a observat și un caz cu moartea în 45 ore).

În *forma comună*, adică atunci când moartea nu e quasi-fulgerătoare (în primul sfert de oră dela ingerare), simptomele se înșiră în următoarea ordine cronologică:

I. Indispoziție generală, agitație.

II. Convulsii tonice: înțepenirea mușchilor, capul pe spate, fața palidă; fălcile se'nclătează; membrele, agitate, sfârșesc prin a se contracta; respirația scurtă, sacadată; fața se umflă și se cianozează; salivație, vărsături (inconstant).

III. Perioada de remisiune: mușchii se destind și un interval de calm succede contracțiunii spasmodice.

IV. Recrudescența (remisiunea e de scurtă durată): convulsii isbucnesc cu o și mai mare violență ca în primul acces; corpul poate fi aruncat la o înălțime relativ mare; opistotonusul și trismul sunt și mai accentuate, membrele se'nțepenesc iar talpa piciorului e întoarsă înăuntru; respirația pare complect suprimată; pielea, palidă dela început, se învinețește: ochii fieși, cu pupilele dilatate, sunt exorbitați; imobilitate și insensibilitate complectă.

V. Urmează alte faze de scurtă remisiune incomplectă, cu noi accese paroxistice, dintre cari ultimul, cel mai scurt, pune capăt dramei. Durata medie a fiecărui acces e dela 30 secunde până la 5 și 8 minute, iar intervalul dintre accese oscilează, după puterea dozei, între 45 secunde și o oră și jumătate.

De observat că perioadele de remisiune sunt din ce în ce mai lungi în intoxicația nemortală, când crizele se potolesc în câteva ore, iar în zilele următoare nu mai rămân decât câteva contracțiuni musculare și o senzație de mare oboseală.

În ce privește diferențierea simptomelor unei otrăviri prin strichnină de acele ale tetanosului, e de reținut: pe când în intoxicația strichnică convulsii apar brusc, iar accesesele se succed repede, în tetanos, dimpotrivă, convulsii se anunță încet, sunt mai lungi iar intervalul dintre ele e și el mai lung; în otrăvirea prin strichnină, în intervalul dintre accesesele convulsive mușchii se destind, în tetanos rigiditatea spasmodică persistă în cursul acestui interval.

Insfârșit, simptomele pot simula pe acele ale uremiei sau ale

meningitei cerebro-spinale; în atare caz examenul necropsic, prin leziunile specifice, ușurează diferențierea diagnosticului.

Antidotul și tratamentul: pompă stomacală cu o soluție de tаниn (2%), vomitive, respirație artificială, cloroform, cloral hidrat (3—4 gr.), bromură, camforă, morfină, permanganat de potasiu (10—20 picături dintr'o soluție de 1%); apomorfină; cărbune animal, adrenalină, emoliente, lapte mult. — În anii din urmă (*Simon, 1929*) s'a încercat cu succes și următorul tratament complementar: soluția de Lugol (la fiecare 15 minute 10—12 picături într'o linguriță de apă); purgativ (sulfat de sodiu), paraldehydă (3—6 gr.), injecție intramusculară de bromid de sodiu (o soluție de 60% în fiole de 5 cc.).

b) **Autopsia.** — Rigiditate cadaverică precoce și prelungită (uneori timp de câteva zile); o răsucire convulsivă a membrilor; fața e învinețită; plămânii congestionați cu echimose subpleurale; congestia și hemoragia cerebrală și medulară; sânge roșu sau negru, sirupos dar necoagulat; inima și vasele sunt pline cu sânge; echimose subpericardice.

c) **Identificarea strichninei** e absolut necesară, pe deoparte pentru că simptomele pot da loc la o interpretare eronată, pe de alta, pentru că leziunile anatomice par în general acele ale asfixiei. Identificarea se face prin izolarea chimică a substanței, completată cu proba fiziologică pe animale (broască).

Strichnina se regăsește în salivă, urină, sânge și în conținutul stomacal; în stomac, intestin, ficat rinichi, creier (îndeosebi în substanța cenușie) și în măduva spinării.

Foarte rezistentă putrefacției, strichinina poate fi identificată, la desgropare, după luni și chiar ani de zile: după 5 ani — *Macadam, Heintz*; după 3 ani și 45 zile — *Bosujakovics*; după 4 ani și jumătate — *Dié*; după 11 ani — *Fresenius*. Dar se poate întâmpla și contrariul: prinșă și cărată de lichidele de putrefacție, substanța să dispară după câteva luni.

De observat: strichnina eliminându-se în mare cantitate prin urină, în chiar cursul primei ore dela ingerare, urmează că, în cadavru, nu se mai regăsește decât o parte și anume escesul dozei mortale. În caz de supraviețuire, dacă au trecut 4—5 zile dela ingerare, nu e exclus ca strichnina, încontinuu eliminată prin urină, să nu se mai regăsească deloc în organism — în orice caz urme abea perceptibile.

Brucina

Extrasă tot din nuca vomica, are efecte toxice asemănătoare acelorale ale strichninei. *Doza maximă* 0.20 gr. *Antidotul și tratamentul:* vezi „Strichnina“.

Curare

Massă brună, amară, solubilă. *Indicat* în: tetanos, epilepsie, choree. *Doza toxică* 0.09 gr. — *Simptomele:* relaxarea mușchilor, salivăție, vărsături, nesiguranță în mers, tremurături, ambliopie sau diplopie, frisoane, accelerarea pulsului, paralizia picioarelor și a mușchilor respiratori, asfixie.

4. Belladona-atropina

Belladona și atropina (care se extrage din atropa belladonna sau din datura stramonium) sunt toxice violente, cari au și numeroase aplicațiuni terapeutice.

I. **Belladona** (mătrăguna, mătrăgiunea, nădrăgula, cireașa lupului, doamna codrului, iarba codrului, împărăteasa buruienilor).

Intoxicațiunile se produc cu fructul (4—5 boabe ajung pentru omorirea unui copil, iar 10—15 cauzează moartea unui adult), cu frunzele plantei în stare de infuziune (administrată pe cale bucală ori rectală—clismă), cu rădăcina plantei (decoctie), cu extractul de belladonna, a cărui doză mortală oscilează între 0,10 gr. și 4 gr. — În *terapeutică* se întrebuițează: extractul, praful din foi, pomada belladonată, tinctura și siropul de belladonna. Numeroase cazuri de intoxicație cu belladonna luată ca abortiv sau afrodisiac.

Pentru simptome și leziuni anatomice: vezi *Atropina*.

II. Atropina

Principiul activ al belladonei. Cristali albi insolubili. Antispasmodic, analgezic, antisialogog, antihidrotic și midriatic. toxicul are următoarele *indicațiuni terapeutice*: angina de piept, astma brouchică, ulcerul gastric, salivația, transpirația abundentă; antidot al morfinei, cloralului, cloroformului, al acidului cianhidric, al pilocarpinei; antidot în otrăvirile cu ciupercei. *Doza maximă* 0.001 (0.005 pe zi) pentru *adult*; 0.0005 pe zi pentru *copil*.

Atropina sulfurică: doza maximă 0.001 (*adultul*); 0.0005 (copilul de 5 la 10 ani). *Doza letală* 0.1—0.12 gr.

Atropina valerianică: aceeaș doză maximă.

Atropina borică, indicată în oftalmologie: doza maximă 0,001 (0.003 pe zi).

Doza letală a atropinei în genere variază după vârsta și condițiunile individuale: un copil de 3 ani omorit cu o doză de 0.095; doza mortală a adultului e cuprinsă între 0.20 și 0.50 gr.

Etiologia. — 1. Crima se notează mai ales prin introducerea otrăvii pe calca rectală (clismă), ori prin amestecarea ei în alimente și băntură (prăjituri, compot, vin, cafea). — 2. Sinuciderea e rară. — 3. Accidentul e cel mai frecvent: o dozare exagerată nu numai din punctul de vedere al formulei Codexului, dar și sub raportul susceptibilității individuale: confuzia făcută de farmacist: absorbțiunea unei doze exagerate sau absorbțiunea din greșeală; instilarea unei cantități mai mari de atropină decât cea prescrisă; abuzul ce fac femeile pentru provocarea dilatării pupilei.

a) **Simptomele** (cari sunt și acele ale belladonei) apar după câteva minute sau câteva ore: senzație de arsură în gură și de constricție în gât, disfagie, sete mare, greață, răgușeală până la afonie, pielea uscată, oligurie sau chiar anurie; paralizia rectală; excesiva dilatație pupilară, micropsie, ambliopie, amauroasă; accelerarea pulsului (120—140—160 pulsații pe minut); congestia și cianoza feței; eritem scarlatiniform sau papule urticare pe partea superioară a toracelui; halucinații vizuale (incendii, capete tăiate, scene de măcel);

halucinații auditive; beția atropică: locacitate, țipete, urlete, agitație (mișcări desordonate), accese ca în delirium tremens, zguduiri epileptiforme ale mușchilor feței și ale membrelor; respirația neregulată și cu intervale de apnee; coma.

Tabloul acesta clinic — care e acela al ingerării — suferă modificări, dacă alta e calea de pătrundere a atropinei sau a belladonei în organism. Așa: în *injecțiunea subcutanată* toate simptomele apar aproape simultan; în *instilarea atropinei în ochi*, primul semn e acela al dilatării pupilelor.

Moartea în câteva ore (5—6 ore dela ingerare) sau în câteva zile (1—5).

În caz de supraviețuire: dilatația pupilară și uscăciunea gâtului persistă câteva zile, trupul e acoperit de o sudoare abundentă.

În *intoxicațiunea cronică*: o slăbiciune generală tot mai pronunțată, constipație, încetinirea pulsului, temperatura sub cea normală.

Antidotul și tratamentul: emetice, spălături stomacale cu tainin, cărbune animal; ghiață pe cap, pilocarpină (0.02—0.06); morfină, apromorfină muriatică (0.02), infuzie de ceaiu, cafea, opiacee, inhalatii de nitrit de amil, cloroform.

b) *Autopsia*. — În caz de intoxicație cu belladonna (fruct, frunze) se găsesc în stomac resturi vegetale. În genere se notează: congestia meningelor și a creierului, hemoragii și apoplexii capilare ale encefalului, cerebelului și bulbului; hiperemia plămânului; mucoasa gastrică și cea intestinală palide; uneori (intoxicația cu fructul de belladonna) mucoasa stomacului are plăci roșiatice, iar mucoasa faringelui e vânățată; semne de catar intestinal; început de degenerare a miocardului și a rinichilor. Sângele, de un roșu închis, e fluid.

c) *Identificarea*. — Atropina e foarte rezistentă la putrefacție (*Draggendorf* a regăsit-o după 2 luni și jumătate dela moarte).

În caz de supraviețuire, dovada otrăvirii e întotdeauna posibilă, dacă agentul toxic a fost fructul sau frunza de belladonna ori de datura, pentrucă acestea se regăsesc în conținutul stomacal și eventual în vărsături. — Dacă intoxicația s'a făcut cu atropina, aceasta — eliminată repede prin urină în 12—20 ore — nu mai poate fi identificată.

În caz de moarte, se caută în urină, stomac și în conținutul stomacal: în începutul intestinului subțire și în conținutul lui, în ficat, rinichi și sânge.

* * *

Hyosciamina și *hyoscina* sau *scopolamina* sunt principiile active extrase din frunzele, semințele și rădăcina plantei erbacee *hyoscyamus niger* (*măsălariga, măsălarul, nebunarița, sunătoarea*).

Efectele toxice sunt asemănătoare cu acele ale atropinei.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale; ipeca. apomorfiua; stimulente (alcool, eter, amoniac, acetat de amoniac, cafea tare și fierbinte, muștar la pulpe, sticle cu apă caldă la picioare), injecțiuni subcutanate din nitrat de pilocarpină; administrarea bucală sau în clismă de 7 gr. de tinctură de jaborandi; respirația artificială prelungită.

5. Aconitina

Alcaloid extras din frunzele și rădăcinile lui *aconitum napellus* (omagul, omiacul, toaea, toadea, mărul lupului).

Pulbere amorfă, albă, solubilă. Ca sedativ și antinevralgic, toxicul e *indicat în:* nevralgia facială, sciatica, reumatismul. *Doza maximă* 0.001 (0.002 pe zi). — 1.25 gr., 3 gr., 4 gr., de preparat galenic de aconit pot cauza moartea unui adult.

Etiologia. — Crima prin mâncare, prăjituri, bomboane. — *Sinuciderea* prin preparate farmaceutice. — *Accidentul:* consumarea rădăcinii de aconit luată drept hrean, consumarea frunzelor sau floarei de aconit; preparat farmaceutic; confuzia farmacistului; confuzia victimei; dozarea exagerată a ordonanței medicale.

a) **Simptomele:** senzație de amăreală și arsură în gură; înțepături pe limbă și în gât; roșeața mucoasei bucale și faringee, cu o erupție de beșicuțe; senzație de arsură în esofag și stomac; amorțire, furnicăături, frig; senzația că ar avea capul strâns ca într'un cerc de fier sau colosal mărit; aceeaș senzație pentru buze și membre; amețeli, incapacitatea de a se ține pe picioare; contractiunea mușchilor feței, contracturi ale membrelor; turburări vizuale, vâjâituri în urechi; vărsături și diaree (inconstant), dureri epigastrice; sub-delir; pulsul mic și aritmic, lipotimie, dispnee, scăderea temperaturii, sincopa. Moartea e rapidă: 2—4 ore; excepțional în 30 minute.

În caz de supraviețuire, simptomele grave dispar în 20—30 ore și mai rămân: cefaleea, slăbiciunea musculară, pulsul mic, furnicăăturile.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale cu o soluție de iod iodurat, emetic (sulfat de cupru), fricțiuni calde, masaje, cărbune animal, acid tanic (0.20 la 30 minute), cloroform, alcool, injecții cu eter, respirațiile artificiale, inhalajii de nitrat de amil, injecții cu atropină, oleiu camforat, digitală.

b) **Leziunile anatomice:** hiperemia mucoasei bucale, a mucoasei esofagului și stomacului; sângele, uneori îngroșat, e colorat în cafeniu deschis.

c) **Identificarea.** — Se caută în stomac și în conținutul stomacal; în conținutul intestinal; în ficat, rinichi, urină și sânge.

6. Barbiturismul

E intoxicația, acută ori cronică, urmată ori nu de moarte și consecutivă abuzului făcut de veronal, luminal, medinal, dial, alional.

I. Veronalul

Pulbere cristalină, albă, amară, greu solubilă. — Hipnotic indicat în: insomnia nervoasă, neurastenii, isterie, melancolie, dispnee, tuse; în tratamentul morfinismului, în stări de excitație maniacă, halucinații, delir; în nicotinizm; în răul de mare; în hemiplegie. *Posologia*: 0,25—0,50 gr. (1 gr. în 24 ore). În doză mai mare, acțiunea veronalului se traduce prin ebrietate, somnolență persistentă. *Contra-indicat* pentru acei cari suferă de ficat și de insuficiență renală, la cari doza letală e foarte mică: dimpotrivă, persoanele normale pot suporta și o doză de 10 gr. sau chiar mai mult, după gradul de susceptibilitate individuală. Fapt e că, până acum, după cum observă Kohn-Abrest, nu s'a ajuns să se determine nici doza toxică, nici cea letală: s'au înregistrat accidente serioase cu doza de 0,50 gr. și mortale numai cu doza de 1 gr., pe când în alte cazuri nu s'a produs moartea nici cu doze de 12 gr.

Etiologia: indeosebi frecvente *sinuciderea* și *accidentalul*.

a) **Simptomele** diferă după gradul de intoxicație.

I. În *forma ușoară* (câteva ore): hebetudine, somnolență, greață, vărsături, amețeli, mișcări nesigure, astenie musculară; eritem, exantem morbiliform care dispare în câteva zile.

II. În *forma mijlocie* (2,50—7—8 gr.): toropeală, letargie: fața pământie, ochii ieșiți din orbite, pielea acoperită cu sudoare, extremitățile reci: pupilele, uneori ușor contractate, reacționează leuș la lumină, reflexele corneene și conjunctivale lipsesc; reflexele tendinoase ușor slăbite; pulsul lent, uneori slab. În general, starea de somnolență durează 24—30 ore. La trezire, intoxicatul, cu vorba încurcată, se plânge de o violentă cefalee occipitală; mișcările sunt stângace, uneori ușor ataxice. Nistagmus, diplopie, ptosis, oftalmoplegie (inconstant). Frecvența incontinenței urinare și fecale. Durata bolii: 5—10 zile; uneori, în convalescență, se notează erupțiuni cutanate.

III. În *forma gravă* (cu doze mai mari de 10 gr.) tabloul clinic aduce cu acela al intoxicației mortale cu morfina: coma, pupilele contractate nu reacționează deloc la lumină, pulsul e abea perceptibil; reflexele tendinoase sunt sau exagerate cu opistotonus, sau sunt abolite (complectă rezoluție musculară); moartea rapidă prin paralizia respirației (în 1—3 zile). Uneori moartea se produce prin congestie pneumonică dublă și colaps cardiac (caz de moarte după 84 ore — *Dumitrescu-Mante*, 1927).

Welles (1927) a înregistrat un caz nemortal cu 15 gr.: pierderea cunoștinței timp de 115 ore; pneumonia lobară declarată după o zi și dispărută în a 7-a zi.

Henri Claude (1927), într'un caz de intoxicație cu 15 gr., a notat și gangrena uscată în diverse puncte ale membrilor inferioare.

IV. În *intoxicația cronică*: turburări funcționale, modificări de caracter (accese de mânie violentă, agresiune), simptome de paralizie generală, oligurie, albuminurie; apoi toate celelalte semne

ale intoxicației acute. E de observat că uneori simptomele intoxicației cronice simulează pe acele ale tumorii cerebrale, ale paraliziei progresive, ale sclerozei în plăci sau ale sindromului cerebelos.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale, inhalație de oxigen, stimulente periferice pentru combaterea somnolenței, fricțiuni, cafea tare, cafeină, oleiu camforat, injecțiuni subcutanate cu oxigen, ventuze scarificate.

b) **Leziunile anatomice:** hiperemia și edemul meningelor, puncte hemoragice în ganglionii encefalului, în capsula internă și în cerebel; hemoragii ale mucoasei stomacului; modificări degenerative ale epitelului tubilor contorți ai rinichilor, edem pulmonar, echimose subpleurale; o umflare, cu o necrobioză parțială a celulelor hepatice în jurul venelor centrale ale lobilor ficatului; început de proces degenerativ al splinei.

c) **Identificarea.** Se caută: în stomac, unde poate fi găsit nedizolvat și aderent de mucoasă; în intestin, creier, plămân, ficat, splină; în urină; cea mai mare parte se găsește depozitată în creierul mare și în cerebel.

II. Luminalul

Intoxicațiile au ca obârșie sau încercarea de sinucidere sau accidentul datorit ingerării unei doze mai mari decât cea admisă de Codex (0,80 gr. pe zi).

Simptomele sunt aproape la fel cu acele ale veronalului, dar efectele sunt mai puțin periculoase, deoarece otrăvirile mortale sunt o excepție. *Olbricht* (1929) semnalează o intoxicație cronică mortală a unui epileptic care, timp de 3 luni, ingerase zilnic câte 5 doze.

7. Digitala-Digitalina

Alcaloid extras din *digitalis ambigua* (degetarița, digitărelul, degețelul, tâța oii).

Intoxicațiile se produc sau cu infuzii ori macerații de *foi de digitală uscate și pulverizate* (doza letală: 2 gr.) sau cu preparatele farmaceutice de *digitalină*.

Digitalina Nativelle: cristali albi, puțin solubili. *Posologia:* 0,0001—0,0002 de 3—4 ori pe zi. *Doza maximă pe zi:* 0,001. *Doza letală;* 0,01—0,018.

Digitoxina. Pulbere cristalină albă, insolubilă. *Doza maximă* 0,002 (0,004 pe zi).

Digalenul. Soluție sterilizată de digitoxină amorfă. Lichid incolor, amar. Doza maximă 2 cc. (6 cc. pe zi) intern sau injecție.

Digipuratum. Extract purificat de digitală (tablete și soluție alcoolică). Administrarea internă: 4 tablete în prima zi, 3 în a 2-a și a 3-a zi; 2 în a 4-a zi; 10—15 picături din soluție, de 3 ori pe zi; injecții: 1—2 cc.

Digitalina amorfă galică. Pulbere brună insolubilă. Doza maximă 0,0002 (0,002 pe zi).

Digitalina amorfă germanică. Pulbere gălbuie solubilă. *Doza maximă* 0,004 (0,02 pe zi).

Digitalina solubilă 1%. *Posologia:* pentru *adult* doze descrescânde de 50, 20, 10 și 5 picături, doza maximă 25 picături (50 pe zi); pentru *copil:* la 5 ani 10 picături, la 10 ani 12 picături, la 15 ani 25 picături.

a) **Etiologia.** — Deopotrivă de frecvente sunt accidentul și sinuciderea. (Un caz de sinucidere, înregistrat la Institutul Medico-Legal din București, în 1927: o femeie de 44 ani înghite 16 cc. dintr'o soluție de digitalină Nativelle și moare după 5 ore și jumătate).

b) **Simptomele intoxicației** se notează nu numai cu dozele masive, ci și cu cele terapeutice, de îndată ce se abuzează de medicament. Cu dozele masive semnele se manifestă de regulă după o jumătate de oră.

I. În *intoxicația ușoară terapeutică*: anorexie, vărsături, diaree.

II. În *intoxicația mai gravă*: încetinirea pulsului, rărirea bătailor inimii (50, 40 sau chiar numai 30 pe minut).

III. În *intoxicația masivă cu sfârșitul letal*: excitație mare, greață, colici, vărsături dureroase și la început incoercibile, cefalee, amețală, vâjâituri în urechi, încetinirea pulsului care devine intermitent, aproape imperceptibil, bradicardie, micșorarea tensiunii arteriale; oligurie, dispnee, prostrație; turburări vizuale, cu dilatația pupilară; cianoză, sudori reci; pierderea cunoștinței; oprirea inimii (precedată ori nu de convulsii). Moartea se produce în interval de câteva ore ori câteva zile (2—3); excepțional îmbracă forma quasi-fulgerătoare (o femeie moartă după 25 minute, în urma ingerării unei doze de 25 gr. de tinctură de digitală — Barth).

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, vomitive, tanin, acid galic, cafea, eter, amoniac, alcool, injecție de aconitină (0,25 mgr.) ghiață, tinctură de opiu. Bolnavul e menținut culcat, chiar după dispariția fenomenelor.

c) **Leziuni anatomice caracteristice** nu există; cel mult dacă se constată câteva sufuziuni sanguine dealungul tubului digestiv și inegalitatea replețiunii ventriculilor inimii, cu un sânge fluid.

d) **Identificarea.** Se caută în stomac, intestin, rinichi, ficat, splină. Analiza chimică e complectată cu proba fiziologică.

O acțiune analoagă aceleia a digitalinei o are *helleborus niger* (doza maximă 1 gr. pe zi).

8. Diversi alcaloizi

I. Tutunul-Nicotina

Nicotina se extrage din foile de *nicotiana tabacum*.

Lichid galben, solubil, *nicotina* are următoarele *indicațiuni terapeutice*: turburări funcționale ale inimii, dermatoze cronice antidot al stricninei. *Doza maximă* 0,001 (0,003 pe zi). *Doza toxică* a nicotinei pure e de 0,01 gr.; *doza letală* a adultului e de 0,08—0,16 gr. Acțiunea toxicului variază ca intensitate după conținutul de apă și după gradul de oxidare a preparatului: de aceea s'a putut înregistra un caz de supraviețuire a unui bărbat de 33 ani care ingerase o soluțiune conținând 4 gr. de nicotină pură — *Laves*, 1928. — O *infuziune sau macerație de tutun de 15-30 gr.*, administrată rectal, poate cauza moartea.

Etiologia. — I. *Crima* e o excepție. Clasică e observația din 1851: contele de Bocarné a ucis pe cumnatul său Fougnyes, turnându-i pe gât un preparat cu nicotină; moartea în câteva minute. Se cunosc și alte crime izbutite sau numai încercate: administrarea unei băuturi în care maceraseră foi de tutun sau în care se pusese tabac de tras pe nas. — *Sinuciderea* prin ingerarea unei infuziuni de tutun în foi sau tăiat, ori a unui preparat insecticid (1. O femeie a băut o soluție de nicotină 40% destinată stropirii pomilor; moartea în câteva minute — *Lames*, 1928. — 2. Un om a înghițit o infuziune de tutun — *Schmidt*, 1930). — 3. *Accidentul* e cauza cea mai frecventă și poate îmbrăca următoarele forme:

1. *Tabagismul* în forma acută (la fumătorii începători) și în forma cronică. El se notează la: fumătorii pasionați (caz mortal la unul care, cu ocazia unui pariu, a fumat una după alta 18 pipe — *Hellwig*); mestecătorii de tutun; trăgătorii pe nas; lucrătorii din manufacturile de tutun, prin aspirația prafului sau a vaporilor de fermentație.

2. *Aplicațiunile externe* ale frunzelor de tutun.

3. *Tentațiile de anort* cu decoctiunea de tutun.

4. *Manipularea preparatelor antiparazitare* cu bază de nicotină, întrebuințate în grădinărit.

5. *Transmiterea nicotinei la sugaci* prin laptele mamei (doicii) care fumează mult (o observație recentă făcută de *Hateher-Cresby*, 1927).

a) **Simptomele.** — I. În intoxicația acută: arsuri în gât, esofag și stomac; abundentă secrețiune salivară, greață, vărsături, slăbiciune, turburări vizuale, pupila dilatată și fixă; pielea rece și acoperită cu o sudoare cleioasă; urcarea temperaturii; pulsul, la început încet, devine accelerat; accelerarea apoi încetinirea bățăilor inimii; încetinirea mișcărilor respiratorii, cianoza; convulsii clonice; pierderea cunoștinței.

În intoxicația cu o doză masivă (infuziune, macerație) moartea se poate uneori produce foarte repede (1—2 ore).

II. În *intoxicația cronică*, indiferent de felul pătrunderii nicotinei în organism, se notează următoarele simptome comune: culoarea cenușie a feței, pierderea memoriei cuvintelor, tremurături, amețeli, nevralgii ale brațelor și umerilor, angina de piept, stomatită și faringită cronică; dureri gastrice și constipație rebelă; palpitații; alterări ale văzului, auzului și gustului; o ușoară congestie cerebrală; amorțire. — După felul pătrunderii în organism, se observă simptome particulare: 1. *Fumătorii*: palpitații, grave fenomene de angină de piept, cancerul limbii, ambliopia nicotinică. — 2. *Trăgătorii pe nas*: iritarea, îngroșarea, ulcerarea mucoasei nazale; turburări auditive. 3. *Mestecătorii de tutun*: salivație abundentă; inflamația cronică a mucoasei gingiilor, a cerului gurii și a limbii. — 4. *Lucrătorii din manufacturile de tutun* (nicotina pătrunde prin căile respiratorii ori prin piele): simptomele sunt la fel cu acele ale fumătorilor pătimiși.

Antidotul și tratamentul: emetice, spălături stomacale și intestinale, soluție de tanin, iod iodurat, strichnină (injecție hipodermică), opiu, cafea, alcool, eter, stimulente, lapte cald, nitrit de amidon (inhalații).

b) **Leziuni anatomice:** mirosul particular al stomacului; prezența de tutun în stomac și în intestin (în caz de ingerarea unei infuziuni sau înghițirea unui fragment din tutunul mestecat): limba tumefiată, mucoasa bucală și esofagiană cauterizată; mucoasa stomacului roșie, injectată, cu plăci vinete ori negricioase în vecinătatea pilorului; uneori hiperemia meningelor, congestia ficatului și a rinichilor; sângele fluid și negru.

c) **Identificarea.** — Se caută în diversele organe, îndeosebi în stomac, intestin, plămân; în urină și în sânge.

II. Cafeina

Principiu activ al cafelei, cafeina e indicată în: cefalalgia nervoasă; afecțiunile miocardului, enterite, pneumonia, insuficiența renală: antidot al nicotinei. *Posologia:* 0.50—1.20 pe zi intern și 0.15—0.50 pe zi injecții (*adultul*); 0.10 de an (*copilul*).

Intoxicația se transmite sugaciului prin laptele mamei (doicii) care face abuz de cafea.

a) **Simptomele.** — I. În *intoxicația acută:* greață, vărsături, amețeli, tremurul membrelor, retenție urinară; pulsul mic, neregulat; colaps. — II. În *intoxicația cronică:* agitație, tremurături, amețeli, delir, palpitație.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale cu acetat sau carbonat de sodiu, respirație artificială, inhalaje cu nitrit de amil, morfină asociată cu atropină sulfurică (0.001), tonice, băi de aburi la șezut, comprese umede.

b) **Leziuni anatomice caracteristice** nu există.

c) **Identificarea:** nu rezistă mult putrefacției.

III. Secale cornutum-Ergotina

(Vezi și substanțele abortive la capitolul „Avortul”).

Abortiv. Vaso-constrictor, hemostatic, antipiretic, substanța are următoarele *indicațiuni terapeutice:* hemoragii ale organelor interne, metrite cronice, fibromyom uterin, migrenă, tuse convulsivă, diabetul insipid, epilepsia, stările congestive. *Doza maximă a ergotinei:* 0.50 (1.50 pe zi) pentru *adult*; 0.10 de an pentru *copil*. *Doza maximă a secarei cornute:* 1 gr. (3—5 pe zi).

Intoxicația se poate produce și prin consumarea pâinii de secară (intoxicație colectivă notată de *Robertson — Ashby*, 1928).

a) **Simptomele cu secara cornută.** — I. *Intoxicația acută:* greață și vărsături, diaree, disfagie, sete, anxietate, sudori, încetinirea pulsului, dispnee, parestezie, turburări vizuale, convulsii și fenomene de paralizie, contracțiuni vasculare, hematurie, metrorragie, avort. — II. *Intoxicația cronică:* gastro-enterita, dermatoze, tromboze, gangrena uscată (îndeosebi la extremități), parestezii cutanate, contracturi musculare, fenomene tabetiforme, convulsii epileptiforme.

b) **Simptomele intoxicării cu ergotina.** — I. În *forma acută:*

turburări vizuale, hebetudine; senzația că o insectă se mișcă pe sau sub piele; paralizie. — II. În *intoxicația cronică*: convulsii, fenomene nervoase diverse, amorțire, crampe, turburări circulatorii și vizuale, uneori gangrena.

Antidotul și tratamentul: vomitive, purgative, camforă, cafea, iod-iodurat, tinctură de iod, cloral, acid tanic, sulfat de sodiu sau de magneziu, ulei de ricin, lapte mult, apă albuminoasă, astringente, ceaiu, cafea, alcool, eter, vin, acetat de amoniac, inhalațiuni cu clorofom, nitrit de amil; spălături opiacee pentru prevenirea avortului, dacă încă nu s'a produs.

c) **Leziunile anatomice** (în *intoxicația cronică*): hemoragii în majoritatea organelor interne, grave modificări vasculare, tromboze, gangrenă.

IV. *Ruta graveolens*

(Vezi și substanțele abortive la capitolul „Avortul”).

Excitant local al mucoaselor, pulberea și esența sunt utilizate ca un emenagog și stimulent drastic al contracțiunilor uterine, abortiv. *Doza toxică* e cea superioară la 1—2 gr. pe zi.

a) **Simptomele:** senzație de arsuri pe căile digestive, sete, greață, vărsături, cefalee, vâjâituri în urechi, amețeli, halucinații vizuale, cianoză, scăderea temperaturii, puls mic, neregulat; lipotimie, accese epileptiforme, delir, strangurie, anurie.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale și intestinale, excitante cutanate, opiacee, stimulente, dușuri reci, apă albuminoasă, cafea. Să nu se dea alcoolice și uleioase cari dizolvă otrava.

b) **Autopsia:** hiperemia mucoasei stomacale.

V. *Sabina*

(Vezi și substanțele abortive la capitolul „Avortul”).

Frunzele (somitățile ramurilor). Emenagog. Se întrebuințează și ca emetocartic: 0,50—1 gr. pe zi (infuzii de 5%).

Extractul (din somitățile ramurilor). Emenagog. Aplicațiunea terapeutică: antihelmintic, antiparazitar. *Posologia:* 0,03—0,10 de 3—4 ori pe zi; *doza maximă* 0,20 (1 gr. pe zi).

a) **Simptomele:** senzație de arsuri în faringe și stomac, greață, vărsături, cefalee, colici. Scaune lichide (adesea sanguinolente), metroragie, contracțiuni uterine, nefrită, hematurie, respirație stertoroasă, uneori trism și tetanos, delir, pierderea cunoștinței, cianoză, scăderea temperaturii.

Antidotul și tratamentul: emetice, spălături stomacale și intestinale, apă albuminoasă, sinapisme, diuretice, comprese calde sau cataplasme pe abdomen.

b) **Autopsia:** hiperemia și inflamația mucoaselor, extravazate sanguine, degenerarea grăsoasă a organelor; nefrită, bronșită, infiltrate pneumonice.

VI. Chinina

Cel mai important principiu activ al chinei (quinquinei); se extrage din coaja diferitelor specii ale arborelui cinchona.

Sulfatul de chinină (75% chinină pură): cristali albi insolubili. Antitermic, analgesc, emenagog. tonic. e indicat în bolile febrile, în infecțiuni, nevralgii, migrenă; are o acțiune specifică, preventivă și curativă, în paludism. Doza: 0,50—2—3—5 gr. pe zi pentru *adult*; pentru *copil*: 0,10 de an până la 5 ani; 0,40 dela 5 la 7 ani; 0,60 dela 7 la 10 ani; 1 gr. dela 10 la 15 ani.

a) **Etiologia.** Intoxicațiile pot fi datorite dozajului exagerat sau imprudenței bolnavului (moartea unei femei de 50 ani care, pentru a adormi, a luat 48 tablete à 5 gr. — *Raven*, 1927). Accidente datorite întrebuițării chininei în doze mari ca abortiv (3 cazuri de omorârea fătului în uter — *Gellhom*, 1927). Intoxicația accidentală mai poate avea ca origine manipularea chininei în uzine și laboratorii. — *Sinuciderea* prin chinină e și ea destul de frecventă.

b) **Simptomele.** — I. *Intoxicația acută*: uscarea limbii și a gâtului, greață, vărsături, constipație urmată de fenomene de gastroenterită, amețeli, cefalee, beția chininică, vâjâituri în urechi, surditate, dilatația pupilară, halucinații, delir, încetinirea bătăilor inimii, turburări vizuale grave (caz de ambliopie — *Anastasoff*, 1928).

II. *Intoxicația cronică*: congestiunea feței și a gâtului, cu aspectul de impetigo sau de eczema; greață, simptome encefalice, amețeli. Dacă în momentul fenomenelor congestive se produce menstruația, tabloul clinic se agravează.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale. iod-iodurat. tanin, cărbune animal. opiacee, camforă. În cazul că, în cursul intoxicației, survine menstruația, se recurge la opoterapia ovariană.

c) **Leziunile anatomice** nu sunt apreciable.

d) **Identificarea.** Se caută în urină, rinichi, sudoare și în materiile fecale. La femeea care alăptează se caută și în lapte.

VII. Aspirina

Acidul acetilo-salicilic. Cristali albi, greu solubili 1%. Antitermic, analgesc, antireumatismul. *Indicat* în: gripă, nevralgii, lumbago, reumatism.

Doza maximă: 1 gr. (5 gr. pe zi) pentru *adult*; 0,10 gr. de an, numai după 1 an, pentru *copil*. Doza letală 20—50 gr.

a) **Etiologia:** accident, sinucidere; excepțional crima. *Balasz* (1928) publică o statistică de 616 cazuri de încercare de sinucidere cu cantități variind între 5 și 95 gr., însă cu numai 4 morți.

b) **Simptomele:** dureri de cap, arsuri stomacale, greață, amețeli, vâjâituri în urechi, slăbiciune generală; roșeața feței, pielea uscată, pulsul accelerat (100—150), albuminurie; excepțional cilindri, globule roșii și zahăr în urină; acidoza: respirația adâncă, tremurături, halucinație, delir, insomnie, tuse, frisoane, exanteme, edeme.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, purgative. bicarbonat de sodiu. apă albuminoasă. lapte de magnezie, zaharat de calciu, emoliente, alcoolice.

c) **Leziunile anatomice:** sufuziuni sanguine ale mucoaselor, hemoragie în mucoasa stomacală.

VIII. Emetina

Pulbere cenușie, insolubilă. Vomitiv, expectorant, antipiretic: disenteria amoebiană, hemoptiziile. Dozele: *intern* 0.005—0,01, *injecție hipodermică* 0.06—0,10 în 2 rânduri (6—8 zile) pentru *adult*; pentru *copil*: 0.005 la sugaci și 0,01 pe zi sub 4—5 ani.

a) **Etiologia.** — Accidente medicamentoase; accidente datorite manipulării soluțiilor de emetină (cazuri semnalate de *Rah-tea* — 1927, *Rousselier* — 1928).

b) **Simptomele:** amețeli, vărsături, crampe, nevralgie, parezie musculară, slăbirea reflexelor, dispnee, hipotensiune, stare sinco-pală. În manipularea soluțiilor de emetină se poate nota: umflarea feței, edem al pleoapelor, mâncărime, eczema.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale și tratament simptomatic.

IX. Colchicina

Alcaloid extras din *colchicum autumnale* (brândușa de toamnă, brândușa morților, brândușei, bălura, ceapa ciorii, rusceaua de poiană).

Cristali albi, insolubili. **Indicațiuni terapeutice:** congestia cerebrală, reumatismul, guta, sciatica cronică. **Doza toxică** 0.04—0.05 gr.; **doza letală** 0.07—0.08 gr., dar poate fi cu mult mai mică, după susceptibilitatea individuală.

a) **Etiologia:** intoxicație medicamentoasă, sinucidere, crimă.

b) **Simptomele:** senzație de căldură și de constricție în gât, salivă abundentă, vărsături, diaree holeriformă (violente dureri abdominale); hematemesă, melena; slăbirea mișcărilor respiratorii și a bățăilor inimii, scăderea temperaturii, oligurie până la anurie, tremurături și convulsii tetanice, cianoza. Moartea în 20—30 ore, iar când e tardivă, e precedată de o disenterie cronică.

Antidotul și tratamentul: vomitive (sulfat de cupru, sulfat de zinc), cafea tare, tanin, lapte cald, gheață, sinapisne, lipitori, ventuze scarificate, comprese calde și umede în regiunea epigastrică și pe abdomen: diuretice (trat. borico-potasice), stimulente, opiacee.

c) **Leziunile anatomice:** mucoasa duodenului injectată și ramolită; congestia creierului și a măduvei; mucoasa vesicală injectată, rinichii edematiți; ulceratii rotunjite, gălbui, în duoden; sângele din inimă e fluid și negru.

d) **Identificarea.** Rezistă putrefacției și se caută în ficat, splină, pancreas și rinichi (unde nu se găsesc decât urme).

X. Veratrum-Veratrina

Principiul activ e veratrina care se extrage din rădăcina de *veratrum* (șteregoaea, ștrigoaea, eleborul alb) și *veratrum officinalis* (popazul).

Indicat în reumatism, gută, nevralgie, bolile cordului. Doza maximă 0.005 (0.01 pe zi).

a) **Etiologia:** accident medicamentos, sinucidere, crimă.

b) **Simptomele:** strănut violent, iritarea mucoaselor cu vesi-care, salivație, greață, dureri în gât și în tubul digestiv, vărsături, diaree, contracțiuni cardiace, cefalee, amețeli, paloarea feței, încetinirea pulsului și a respirației, dilatația pupilară, turburări auditive, delir, somnolență, convulsii. Moartea în 5—12 ore.

Antidotul și tratamentul: emetice, analeptice, alcoolice, camforă, opiu, pompă stomacală, liquor amonii anisi, tanin, cafea, iod iodurat, clorură de potasiu (2.50 gr. intravenos), eter, ceaiu. cearșafuri calde: decubitus dorsal.

c) **Leziunile anatomice:** hiperemia mucoasei gastrice și intestinale, hiperemia creierului, a plămânilor și a rinichilor.

d) **Identificarea.** Se caută în vărsături, urină, sânge. în stomac și începutul intestinului subțire.

XI. Cucuta-Cicutina (conicina)

Principiul activ e cicutina (conicina), alcaloid extras din frunzele și fructele cucutei (bucinișul, dudaia), din care există trei specii, tus-trele otrăvitoare: cucuta mare, cucuta mică și cucuta de apă.

Lichid incolor, uleios, insolubil. Otravă foarte violentă, cu acțiunea rapidă a acidului cianhidric. Indicațiunile terapeutice ale cicutinei (coniinum purum sau bromatum): tusea convulsivă, astma, sciatica, tetanos. *Doza letală* 9.02—0.04.

a) **Etiologia:** accidentul (medicamentos); sinuciderea, crima.

b) **Simptomele:** greață, vărsături, colici, diaree, puls mic intermitent, respirația accelerată, paloarea feței cu buzele învințite, pupilele dilatate și fixe, senzație de frig, amețeli, turburări vizuale și auditive, paralizia întinzându-se dela membrele inferioare. Moartea, uneori precedată de convulsii epileptiforme, se produce în 3—6 ore.

Antidotul și tratamentul: vomitive, respirație artificială, tanin (0.50 la fiiece 15 minute), cafea, ghiață, analeptice, strichuină, opiu, fricțiuni, lapte mult, inhalatii de cloroform.

c) **Autopsia:** extravazate și pete cutanate; sufuziuni sanguine pe mucoasa tubului digestiv, pe seroase, plămâni; putrefacția rapidă.

d) **Identificarea.** Se caută în conținutul stomacal și intestinal, în sânge.

XII. Phytolacca decandra

Gravele efecte toxice ale acestei plante, în care se găsește un principiu analog cu picrotoxina (administrată la țară sub formă de macerare în vin)

au fost indeosebi studiate, la noi, acum 36 ani (*Mina Minovic*, 1894; „Otrăvirile cu *Phytolacca decandra*“). Tăranul o confundă cu rădăcina de cărmăz. Moartea se produce în câteva ore.

a) **Etiologia:** leac băbesc (numeroase cazuri mortale examinate la Institutul Medico-Legal din București); confuzia plantei cu hreanul (o otrăvire colectivă de 9 persoane); vinul colorat cu *phytolacca decandra*; otrăvirea indirectă (prin carnea de porumbei cari mănâncă din fructele plantei — *Endlicher*).

b) **Simptomele:** vărsături, diaree, convulsiiuni.

XIII. PicROTOXINA

Alcaloid extras din fructul de măslad (*cocculus suberosus*).

Antiepileptic, antispasmodic, nervin. Indicat ca antidot în otrăvirile cu cloral. Doza toxică 0,02.

a) **Simptomele:** salivație, vărsături, diaree, transpirație abundentă, turburări cardiace, halucinații, delir, somnolență, convulsiiuni.

b) **Antidotul și tratamentul:** emetice, pompă stomacală, analeptice, narcoză clorofornică, comprese calde pe abdomen, comprese reci la cap, opiacee, cloral (intravenos), tonice, bromuri, diuretice.

XIV. Nucșoara

Principiul activ e un alcaloid care se găsește în semințele aromatice ale arborelui *myristica fragrans* sau *myristica moschata* și în „frunzișoara” — coaja cărnoasă a semințelor de *myristica fragrans*.

Un caz mortal al unei femei de 25 ani care, la finele lunii a 2-a a sarcinii, și-a introdus pe col, în scop de a avorta, o nucșoară. Moartea în 26 ore (*Bonachi-Fasilu* — 1927).

XV. Eserina

Principiul activ extras din semințele de calabar.

Toxic foarte puternic, mai ales în injecții. Laxativ, stimulent, analgesic, antitetanic: antidot al strichninei. Dozajul pentru adult: 0,0005—0,001 de 2 ori pe zi intern; 0,000025—0,00005 în injecții subcutanate. Doza periculoasă: 0,005.

a) **Simptomele:** ptialism, gastralgie, vărsături, diaree, puls mic, lipotimie, dispnee, rigiditate musculară spasmodică, cianoza feței, convulsiiuni.

Antidotul și tratamentul: vomitive, purgative, stimulente, excitante cutanate, atropină, cloral, respirație artificială.

c) **Leziuni anatomice caracteristice nu sunt.**

d) **Identificarea.** Se caută în salivă și în tubul digestiv. Nu prea rezistă putrefacției.

XVI. Strofantina

Principiu activ al semințelor de strofant.

Tonic cardiac; acțiune diuretică mică; antidispneic, indrozebi în asistolie. Succedaneu al digitalei, dar nu se acumulează ca aceasta în organism.

Posologia: 0,01—0,05. Doza maximă 0,02 (0,06 gr. pe zi).

a) **Simptomele:** greață. vărsături. diaree. colaps. cefalee. văjăituri în urechi. mișcări spasmodice, paralizie cardiacă.

b) **Antidotul și tratamentul:** emetice, pompă stomacală. tanin. opiu, cafea, alcool.

9. Ciupercile

Principiul toxic activ îl constituie phallina și muscarina.

Etiologia. — Numai excepțional se poate înregistra o otrăvire *criminală*.

În marea majoritate a cazurilor intoxicația e datorită *accidentului*, adică ignoranței consumatorului, care nu e în stare să deosebească ciupercile comestibile de cele veninoase.

Bureții comestibili: buretele bălos (*agaricus eburneus*), buretele creț (*hydnum corolloides*), buretele de nuc cunoscut și sub numele de păstrăv de nuc (*boletus squamosus*), buretele de spin (*agaricus alutaceus*), pălăria șarpelui (*agaricus procerus*), buretele oilor (*polyporus confluentis*), buretele vacii (*lactarius subdulcis*), bureții călugărești (*polyporus frondosus*), bureții de conopidă (*clavaria coralloides*), bureții de mesteacăn (*cortinarius cinnamomeus*), bureții de prund (*collybia esculenta*), bureții flocoși (*lactarius torminosus*), bureții galbeni (*cantharellus cibarius*), bureții vineți (*cortinarius violaceus*), iușarii (*lactarius piperatus*), ciuciuileții (*scorodoniis*), răscovii (*lactarius deliciosus*), barba caprei (*clavaria flava*), sbârciogii grași (*helvella esculenta*), buretele boilor (*boletus bovinus*), ciuciuilenii (*agaricus cinnamomeus*), hiri-bele (*boletus pachypus*), ciuperca obicinuită (*agaricus arvensis*, *pratensis*, *sylvaticus*), ciuperca de gunoii (*agaricus campestris*), mânățarcile (*boletus edulis*).

Bureții otrăvitori: buretele de stejar (*boletus purpureus*), buretele roșu sau hribul țigănesc (*boletus satanas*), buretele cerbilor sau beșina porcului (*scleroderma vulgare*), bureții pestriți sau bureții șerpești (*amanita muscaria*).

a) **Simptomele,** cari apar la câteva ore după ingerare (10—24—36) sunt: vărsături aposo-mucoase, uneori sanguinolente; diaree, sudori reci, sete mare, salivăție, lăcrimare, dilatația pupilară, cefalalgie, delir, țipete, somnolență, convulsii, hematurie, albuminurie; mai întâi accelerarea apoi încetinirea mișcărilor respiratorii, încetinirea pulsului, oprirea inimii în diastolă. Moartea în 2—3 zile, excepțional în 2—3 săptămâni.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale. ipeca, tartru stibiat, clorhidrat de apomorfina, purgative (sulfatul de sodiu sau de magneziu), cărbune animal, injecții intravenoase și subcutanate de ser fiziologic, tisane diuretice, lactosă, acetatul, nitratul, bicarbonatul sau sulfatul de potasiu; fricțiuni uscate, flagelare, eter, cafea, acetat de amoniac, injecție de cafeină.

b) **Autopsia:** rapida dispariție a rigidității cadaverice; congestia meningelor; hemoragii subpleurale, pulmonare, hepatice și intestinale; sufuziuni sanguine în țesutul celular al gâtului; gastrită cu formare de plăci de gangrenă; degenerescența grăsoasă a limbii, miocardului, ficatului, rinichilor și diafragmei. Sângele, fluid, e colorat în sepia.

F. Alcaloizii cadaverici (Ptomainele)

În preliminarele vastului capitol al otrăvirilor și anume la „Diagnosticul otrăvii”, spuneam că, între altele, expertul are să țină seama atât de otrăvurile cari se găsesc normal în organismul viu, cât și de acele ale putrefacției, cari, prin reacțiunile lor, au o foarte mare asemănare, uneori până la confuzie, cu alcaloizii vegetali.

Alcaloizii formați în timpul vieții — *leucomainele* — sunt un produs al combustiei vitale și, atunci când există în mare abundență, pot deveni toxici. Leucomainele — xantina, carnina, theobromina, cafeina, creatina, nevrina, cholina, muscarina, spermina — se formează în țesuturile fragede, prin desasimilarea substanțelor albuminoide, și în urină. Studiul lor, însă, are mai mult un interes biologic la care expertiza medico-legală nu prea are ocazie să se refere.

Dimpotrivă, alcaloizii de formație post-mortală — produs al fermentațiunii putride a materiilor albuminoase ale corpului sub acțiunea microbilor — *ptomainele* pun la grea încercare demonstrația expertului, când e vorba de determinarea otrăvii în caz de moarte suspectă.

Pentru că, ptomaine, cu proprietăți nu numai analoage dar chiar identice cu acele ale unor anumite specii de alcaloizi vegetali, se pot identifica nu numai în morțile violente în cari intervenția unui toxic e exclusă, dar și în cadavrul unui individ a cărui *moarte naturală* nu suferă nici o discuțiune. Fără exagerare putem afirma, că mai nu există alcaloid vegetal care să nu-și aibă perechea în grupul ptomainelor. Ca să nu dăm decât câteva exemple: ptomaina identificată de *Zuelger* și *Sonnenschein* (1869) avea efectul atropinei; cea izolată de *Roersch* și *Fassbinder* simula digitalina; *Brouardel*, *Ogier* și *Pouchet* au extras din viscerele unui individ mort de moarte naturală un alcaloid cu reacțiunile colchicinei. *Selmi* (1870) a caracterizat o ptomaină cu proprietăți diferite de acele ale tuturor alcaloizilor vegetali cunoscuți. *Brouardel* și *Boutmy* au identificat o ptomaină analoagă *veratrinei*, în cadavrele a doi indivizi, unul otrăvit cu acidul prusic, iar celalt cu oxidul de carbon. Aceeaș ptomaină s'a găsit în cadavrul unui intoxicat cu arsenic. Acum în urmă, *Malitsky* a izbutit să izoleze o ptomaină *absolut identică* veratrinei și susceptibilă și de proba fiziologică a acesteia.

Chestiunea, precum se vede, crează expertizei medico-legale greutăți aproape de neînvinș, oridecâteori e de a se diagnostica moartea consecutivă intoxicației cu un alcaloid vegetal. Ea ne-a preocupat de mult (*Mina Minovici*: „Étude médico-légale sur les alcaloïdes cadavériques”, 1888; *Mina Minovici* și *Ogier*: „De l'influence des alcaloïdes cadavériques dans la recherche toxicologique des

alcaloïdes végétaux" 1891) și ne-am străduit să luminăm calea omului artei care a primit însărcinarea de a diagnostica o otrăvire.

* * *

Ptomainele identificate pe cadavru pot avea o îndoită obârșie: 1) ele provin dela substanțele alimentare ingerate în stare de descompunere mai mult sau mai puțin înaintată (șuncă, pateuri, păsări tăiate, etc.); 2) alcaloizii identificați sunt un produs al putrefacției cadavrului examinat. Ptomainele toxice nu se dezvoltă decât începând cu a 7-a zi dela moarte; până atunci apar treptat cholina, neuridina, cadaverina și putrescina — *alcaloizi cadaverici inofensivi*.

Proporția de ptomaine depinde, firește, de gradul putrefacției; e, însă de observat, că linia ascendentă se frânge la o anumită fază a descompunerii, spre a coborâ, marcând astfel începutul deficitar în producerea alcaloizilor cadaverici. Maximul de ptomaine pare a se găsi la cadavrele conservate 8—20 zile, la o temperatură mijlocie. Aceasta numai teoretic, pentru că, după cum vom vedea la studiul putrefacției, sunt numeroși factori cari influențează mersul acesteia și deci constituirea diverselor ptomaine. Dintre acești factori notăm ca mai hotărâtori: 1) *mediul* — prezența substanțelor hidrocarbonate, alături de cele organice azotate, întârzie putrefacția; 2) *speciile de microbi* cari variază produsele putrefacției; 3) *acțiunea oxigenului* — aerobiosă și anaerobiosă (microbi putrefacției cari nu pot trăi decât în contactul cu aerul și microbi pe cari oxigenul îi omoară).

Natura ptomainelor fiind în funcțiune de specia de microbi ai putrefacției, urmează că la fiecare din fazele acesteia va corespunde și un gen de alcaloizi cadaverici. Dar aceștia, după cum pentru întâia oară a demonstrat-o *Brieger*, nu au o viață permanentă și nici nu rămân în proporția inițială: cele mai multe ptomaine dispar cu timpul, făcând loc altora; unele baze, la început în cantitate mică, sporesc în măsura dispariției altor baze. Iar concluzia lucrărilor noastre de laborator e, că un mare număr de ptomaine nu constituie baze sau săruri unice și perfect caracterizate, ci asociațiuni ale mai multor baze sau săruri, a căror separație complectă e anevoioasă sau chiar imposibilă cu reactivii ce chimia îi are la îndemână.

Oricum, grație legii lui *Brieger* și observației lui *Maus* și *Lebon*, că lichidele cadaverice sunt cu atât mai toxice cu cât sunt mai proaspete, expertiza medico-legală dispune de criterii pentru identificarea speciei de ptomaine după intervalul scurs dela data morții. Astfel că, găsind în cadavrul examinat un alcaloid care n'a avut vreme să se formeze în faza respectivă a putrefacției, vom putea cu siguranță afirma că el nu e un produs al acesteia.

Există însă o posibilitate de interpretare eronată: atunci când ptomaina identificată ar putea proveni dela ingerarea unei substanțe alimentare, putrefiate sau toxică în esența ei: toxinele din carnea, brânza, pește, avariati; toxinele din untura de pește, din scoici; alcaloizii din ciuperci, din țesuturile animale fragede, din unele vegetale comestibile, etc.

Dar chiar atunci când e neîndoios că moartea e datorită unei intoxicații cu un alcaloid vegetal, diagnosticul chimic e îngreuiat de prezența ptomainei care stingherește reacțiunile proprii toxicului de origine vegetală. Iar separarea complectă a alcaloidului vegetal de cel cadaveric e de multe ori o imposibilitate absolută. Să examinăm un extras conținând, de exemplu, o urmă de morfină asociată cu o ptomaină: tratând extrasul cu sulfomolibdat de sodiu, se poate întâmpla ca nuanța brună mai mult sau mai puțin intensă produsă de acțiunea reactivului asupra ptomainei să mascheze colorațiunea violetă ce aceeaș reacțiune o dă cu morfina.

Ar urma deci, ca expertiza medico-legală să fie cu totul dezarmată față de acțiunea de mistificare a ptomainelor? Nu. Acțiunea ucigătoare neîndoioasă a alcaloidului vegetal *introdus în organismul viu* se poate demonstra, dacă analiza chimică e practică asupra unor viscere *neputrefiate*. Adică atunci când investigația chimică are de obiect fragmente de organe examinate imediat după prelevarea lor dela un cadavru proaspăt sau conservate în alcool pur 95%. În plus, simptomele observate înainte de moarte și leziunile anatomice trebuie să concorde cu efectele alcaloidului izolat.

Dacă însă simptomele și leziunile anatomice nu caracterizează nici un alcaloid vegetal cunoscut și cu toate acestea analiza chimică dă o reacțiune alcaloidă, expertul trebuie să admită fie moartea naturală, fie eventualitatea unei intoxicațiuni cu substanțe alimentare conținând ptomaine cari dau reacțiunea alcaloidă. Această din urmă ipoteză se poate confirma, atunci când împrejurările o îngăduie, prin identificarea ptomainei incriminate în substanța alimentară ingerată înainte de moarte.

* * *

În ordinea constituirii lor, notăm ca principale ptomaine: *cholina* care apare în prima zi după moarte și persistă aproape șapte zile; după *cholina* se formează *cadaverina*, *putrescina* și *saprina*; în a treia săptămână a putrefacției se constituie *mydaleina*.

După grupul chimic căruia aparțin, alcaloizii cadaverici sunt: *amine* (cadaverina și putrescina); *neurine* (neuridina și muscarina); *amide* (leucina, tirozina, guanidina); *aromatice* (colidina, parvolina); *proteine, toxalbumine* cari se găsesc în descompunerile provocate de microbi saprofiti, dar sunt mai cu seamă rezultatul activității specifice a bacteriilor patogene (tetanos, difteria).

Ptomainele ce se pot identifica în cadavru aparțin la trei clase: seria hidropiridică, seria piridică și seria betainei și a nevrinei.

I. Grupul hidropiridic e acela al alcaloizilor lichizi, volatili, foarte repede oxidabili. Ptomainele acestea nu există decât la începutul putrefacției și în mică proporție în produsele acesteia și în umorile normale de excrețiune.

II. Grupul piridic e asemănător celui dintâiu, dar se diferențiază de el prin marea stabilitate a alcaloizilor cari îl compun și cari se găsesc în cantitate relativ mare în urina patologică, în fecale și produsele putrefacției.

III. Grupul alcaloizilor fiși oxigenați, dar tot atât de ușor alterabili și cari se găsesc în produsele putrefacției înaintate.

G. Intoxicațiunile alimentare

Sunt otrăvirile în cari fenomenele morbide, încheiate ori nu cu moartea, au ca punct de plecare gravele turburări produse în organism pe deoparte de toxicele conținute în alimente în stare normală, în stare de preparare sau de conservare, iar pe de alta de toxinele secretate de bacili (leucomainele și mai ales ptomainele) și cari au pătruns pe calea ingerării substanțelor alimentare latent infectate sau evident avariate. E vorba dar de alimente nocive prin virusul chimic preexistent ori de auto-fabricație, sau prin virusul chimic care le-a fost comunicat pe cale de contaminare (dela persoanele cari le manipulează ori le debitează, dela mediul ori recipientele în cari sunt ținute). E intoxicație alimentară oridecâteori putem identifica, în dejecțiunile și organele examinate, virusul chimic specific care alterează substanțele alimentare, făcându-le nu numai inasimilabile, dar încă pernicioase economiei vitale a organismului.

Astfel definită, intoxicația alimentară se diferențiază net de o infecție pe cale alimentară, care e contractarea unei boli infecțioase prin consumarea unor substanțe corupte de germeni de infecțiune microbială specifică (morva, cărbunele bacteridian, tuberculoza, turbarea, trichinosa, bacili tifici din ghiața naturală sau artificială, etc.).

Intoxicația fiind posibilă cu orice substanță conținând un virus chimic, o vom nota nu numai în hrănirea cu carnea sub orice formă alterată, purtătoare de alcaloizi ai putrefacției animale, dar și în consumarea diverselor substanțe din tabloul alimentar: pește, crustacee, scoici, stridii, ciuperci, căpșuni, fragi, cartofi, fasole, vegetale conservate (inclusiv măslinile), porumb, paste făinoase, prăjituri, creme, înghețată de vanilie, ouă, brânză, lapte, etc.

Deoarece microbii producători de leucomaine și ptomaine nu sunt termostabili, vom înregistra intoxicațiuni nu numai cu substanțe alimentare crude, dar și cu cele fierte: întâiu, pentru că e o iluzie că, fierte, carnea și mezelurile ar fi perfect sterilizate; în al doilea loc, chiar sterilizate, alimentele, în contact cu aerul, se infectează din nou.

Spre a încheia cu aceste generalități asupra intoxicațiunii alimentare, vom mai observa că aceeași substanță, ingerată de diverse persoane, produce efecte diferite ca intensitate; ba, se poate chiar întâmpla, ca la unii să nu se manifeste nici un simptom de otrăvire. Aceasta se explică prin influența condițiilor individuale, în particular aceea a idiosincrasiei alimentare. Sunt persoane îndeosebi sensibile la substanțe alimentare (crustacee, scoici, stridii, ouă, lapte, căpșune, fragi, etc.) în cari proporția de alcaloizi nu e de natură să declanșeze fenomenele intoxicației într'un organism normal. Aziștăm la un șoc anafilactic, uneori cu desnodământ catastrofal, la toate vârstele, dar mai ales la copii. Intoxicația aceasta cu caracter pur individual se traduce, imediat după absorbțiune, prin: urticaria, vărsături, colici cu diaree, dispnee, turburări nervoase.

A. Etiologia intoxicațiilor alimentare

1. Carnea

a) **Carnea proaspătă:** fie că bacilii producători de toxine se găseau deacum în animal înainte de tăiere, fie că ulterior carnea s'a alterat. Firește că o carne crudă va fi mai primejdioasă decât o carne fiartă sau friptă, deoarece bacilii nu rezistă mai mult de 15 minute la o temperatură de 65° și de 10 minute la una dela 70° în sus. Dar, chiar fiartă sau friptă, carnea proaspătă tot *conservează toxinele*, pentrucă acestea rezistă acțiunii căldurii.

1. **Etiologia infecțiunii:** carnea de vacă atinsă de metrită, infecțiuni puerperale, diaree; carnea de vițel care a suferit de diaree sau enterită, septicemie, piemie, flebita ombilicală, artrita supurată; carnea de porc atins de pneumo-enterita sau de holera.

2. **Simptomele:** vărsături, febră ușoară, colici, diaree sau din contră tenesm rectal și vesical; în forma gastro-enteritică scaunele sunt sanguinolente sau lichide, riziforme, însoțite de crampe violente și de algiditate ca în holeră; dilatația pupilară, ptosis, obnubilare, prostrație; erupțiuni cutanate urmate de desquamare, icter (excepțional), albuminurie. Tabloul acesta clinic nu se notează complet în orice intoxicație cu carnea proaspătă contaminată; în multe cazuri (depinde de condițiunile individuale) lipsesc turburările nervoase, erupțiunile cutanate, icterul și fenomenele de nefrită hemoragică.

3. **Leziunile anatomice.** — I. În *moartea rapidă:* inflamația mucoasei tubului digestiv, plăci hemoragice pe mucoasa stomacului, miocardita acută, degenerescența grăsoasă a ficatului, hipertrofia splinei, leziuni nefritice. — II. În *moartea tardivă:* echimoze subpleurale, ulcerăriuni ale stomacului și intestinului (îndeosebi la intestinul gros), hipertrofia ficatului, splinei și a ganglionilor mesenterici.

b) **Carnea stricată:** o atare carne, mai mult sau mai puțin

ototropită de ptomainele fermentațiunii putride, va constitui, natural, o cauză de intoxicare cu o virulență mult mai mare decât carnea proaspătă. Tabloul clinic și tabloul leziunilor anatomice sunt aceleași ca și pentru carnea proaspătă provenind dela un animal bolnav.

c) **Carnea lucrată:** tocătura, cârnații, cartaboșii, salamul, toba, pateurile, păstrama, șunca. Infecțiunea poate data dinainte (carne proaspătă sau avariată) sau după preparare (șuncă, pateuri, mezeluri mucegăite). Foarte frecvent se înregistrează intoxicații colective (94 persoane intoxicate cu tocătură de carne de porc în care, la examen, s'au găsit bacilul ciumii porcine, colibacterii și ptomaine — Gruettner, 1927).

Simptomele și leziunile anatomice sunt ca și ale cărnii proaspete sau avariate.

d) **Conservele de carne.** Acțiunea toxică poate avea două explicații: sau carnea, în momentul preparării, era deacum contaminată și a trecut prea multă vreme între sterilizare și punerea în cutie; sau, cutia odată deschisă, întreg conținutul ei n'a fost consumat, iar restul, în contact cu aerul, s'a infectat.

II. Peștele, crustaceele, scoicile, stridiile

Etiologia, fenomenele morbide și leziunile anatomice sunt aproape aceleași ca la intoxicația cu carne (În Iulie 1927, pe coasta Californiei, s'a înregistrat o intoxicație în masă de 102 persoane — cu 6 cazuri mortale — cu scoici din epoca prăsirii — Meyer, 1928).

III. Ciupercile

Odată din specia celor otrăvitoare (vezi: alcaloizii vegetali), ciupercile rămân toxice și în stare de conservare fragedă sau uscată. (Recent de tot, în Octombrie 1950, în comuna Măgurele, Prahova, am avut de înregistrat o intoxicație colectivă de 7 persoane, dintre cari trei au murit).

Pentru simptome și leziuni anatomice, vezi alcaloizii vegetali (phallina și muscarina).

IV. Laptele, brânza, ouăle, prăjiturile cu cremă, înghețata, ghiața

În laptele stricat s'au identificat (*Flügge* și *Lubert*) 12 specii de microbi anaerobi, ai căror spori rezistă la o temperatură de 100°, iar toxinele sunt foarte virulente. — O intoxicație cu lapte nefiert, în care s'a identificat *Bacillus abortus* Bang (*Fleischmann*, 1929).

Brânza veche, mucegăită, cu abundență de toxine. cauzează și ea frecvent intoxicații (4 persoane, cari au mâncat din aceeași brânză veche de 3 luni, s'au îmbolnăvit cu aceleași simptome: vărsături, diaree, puls accelerat și mic, paloarea feței, dilatația pupilară, fără reacțiune la lumină — *Cleyndert*, 1927).

Ouăle vechi. Consumarea lor provoacă, la unele persoane susceptibile, îndeosebi la copii, prurit și insomnie.

Prajiturile cu cremă provoacă intoxicația prin toxinele ce se găsesc fie în ouăle fie în laptele care a servit la prepararea cremei.

Înghețata, în prepararea căreia intră lapte și ouă, poate deasemenea fi cauză de intoxicație alimentară.

Ghiața naturală și artificială, consumată direct ori în băutură, din cauza impurităților ei, e uneori o cauză de intoxicație (o intoxicație colectivă de 87 persoane — *Braun-Muendel*, 1927).

B. Tabloul clinic

După tabloul clinic ce-l oferă, intoxicațiile alimentare se prezintă sub două forme: aceea a botulismului și forma net gastro-intestinală.

1. Botulismul

Este intoxicația provocată de toxina *botulina* secretată, în organismul în care pătrunde, de un microb anaerob *Bacillus botulinus*, identificat de *Van Ermengen*. Virulența e cu atât mai mare cu cât rezistența organismului e mai slăbită de acțiunea leucomainelor preexistente ca produs al deshidratării vitale.

Botulismul (allantiasis) nu e specific cărnurilor avariate, ci oricărei substanțe alimentare conservate pe cari bacilul lui Van Ermengen și-a fixat domiciliul. Dar pentru că ravagiile cele mai mari, în momentul descrierii lui, botulismul le-a făcut sub forma consumării de carne tocată (cârnați), Germanii i-au dat numele specific de *Wurstvergiftung*.

a) **Etiologia.** — Accidentele botulinice se înregistrează mai ales după consumarea cărnurilor preparate (cârnați, tobă, salam, păstramă, șuncă, conserve de carne și de pește).

b) **Simptomele** — cari sunt sau acelea ale unora dintre gravele afecțiuni nervoase sau ale intoxicației cu belladonna — încep să se manifeste, de regulă, în intervalul de 12—24 ore dela ingerare, excepțional mult mai de vreme (o oră sau chiar numai o jumătate de oră), sau foarte târziu, abea după 2—9 zile.

Întâiu se notează: indispoziție generală; greață, vărsături, pânțelele umflate, destins și duros, diaree ușoară și de scurtă durată, care face numai decât loc unei constipații care nu va mai dispărea depe tablou.

Apoi se desinează tabloul clinic propriu botulismului: uscăciune în gură, inflamația mucoasei bucale, inflamația amigdalelor acoperite cu un exudat pseudo-membranos, constricțiunea gâtului, disfagie; cefalalgie, amețeli, nesiguranță în mers; dilatația și fixitatea pupilară, paralizia acomodării, ptosis, diplopie, strabism, împăiejenirea vederii care se poate agrava până la orbirea totală.

În faza a treia: parezii, crampe musculare, masticatie anevo-

ioasă, reducerea sau abolirea acuității auditive, respirația neregulată, dispneică; anxietate precordială; afonie; tuse crupală; accese de lipotimie, pulsul slab (50—60 pe minut), constipație rebelă.

Moartea, după violența intoxicației, se produce sau în interval de 24 ore sau abea între a 10—a și a 20-a zi.

Salvat, intoxicatul rămâne timp de săptămâni într'o stare de debilitate extremă.

Antidotul și tratamentul: purgative saline, injecții rectale și subcutanate de ser fiziologic, injecții de strichnină.

II. Forma gastro-intestinală

Intoxicația e cauzată de toxinele secretate de bacili înrudiți cu bacilii paratifici: *bacillus enteridis* al lui *Gaertner* și bacilul lui *Nobile*. Efectul se produce, de regulă, în interval de 12—36 ore; în cazuri grave numai după o oră dela ingerare sau chiar fulgerător (înghețată cu vanilie); în intoxicația mai puțin virulentă, simptomele se manifestă abea după 3—4 zile.

Precedate în general de o perioadă de incubație, simptomele izbucnesc cu violență sub trei forme distincte: gastro-enterita simplă, procesul holeriform, aspectul tifoid.

1. **Forma gastro-enteritei simple** e cea mai frecventă și are următorul tablou clinic: cefalee, oboseală generală, colici, diaree disenteriformă, vărsături (uneori sanguinolente), febră. Evoluția durează 2—28 zile, iar convalescența e de câteva săptămâni.

2. **Forma de holera nostras:** o succesiune vertiginoasă de seaune apoase sau riziforme (10—30 în 24 ore), vărsături incoercibile, paloarea feței, pulsul mic și rapid, lipotimie, prostrație; temperatura, variabilă la început, scade sub normal; erupțiuni cutanate (pete rozate, exantem simplu, purpura, herpes, desquamare), icterul (exceptional). — Evoluția rapidă se face în 24—36 ore; cea obișnuită e de câteva zile și numai rareori mai mult de o săptămână.

3. **Forma tifoidă** are tabloul clinic și evoluția tifosului.

Tratamentul e cel simptomatic.

C. Diagnosticul intoxicației alimentare

Elementul diferențierii simptomatologice a botulismului de forma gastro-intestinală îl constituie predominarea, în cel dintâiu, a fenomenelor nervoase, cari însoțesc turburările digestive, turburările cardiace și respiratorii precum și cele urinare.

Deoarece două din formele tabloului gastro-intestinal seamănă una cu holera iar cealalta cu tifosul abdominal, expertul le va diferenția știind că, în holera asiatică, timpul de incubare e de 12—48 ore, iar în tifosul abdominal intervalul incubatoriu poate fi până la 3 săptămâni.

Leziunile anatomice putând fi banale — acele ale oricărei infecțiuni —, diagnosticul intoxicației alimentare e bazat pe examenul bacteriologic și pe proba fiziologică.

Se examinează conținutul stomacal, vărsăturile, fecalele, urina, sângele; se caută la microscop modificări în țesutul sistemului nervos central (zona oculo-motrice, puntea și măduva prelungită).

H. Otrăvurile din regnul animal

1. Cantaridina

Toxicul e principiul activ al cantaridelor (gândăceii verzi, gândăceii de frasin, gândăceii de turbă); cantaridina se găsește în pulberea sau tinctura cantaridină.

Stimulent și vesicant, are următoarele *indicațiuni terapeutice*: lupus, tuberculoza pulmonară, cistita, mozul lui Bright. *Doza letală* 0.05 gr.

Ca *leac băbesc*: pomadă contra râiei.

Ca *afrodisiac* cantaridina, cauzează accidente grave, de multe ori mortale. Aceleași efecte le are și ca *abortiv*.

Etiologia. — 1. *Crima*: introducerea pulberii sau a tincturei în șocoladă, bomboane, dulceață sau așa zisele filtruri erotizante. — 2. *Sinuciderea* e rară. — 3. *Accidentalul* e cel mai frecvent. Se înregistrează și în aplicațiunile terapeutice (pflastru sau intern), îndeosebi la persoanele cu rinichii lezați. Dar cele mai multe accidente sunt cele consecutive ingerării cantaridei ca afrodisiac și ca abortiv.

a) **Simptomele**: senzație de arsură pe buze, limbă și tubul digestiv; congestia feței, salivatie, cefalee violentă, vărsături sanguinolente, crampe, diaree; nefrita cantaridinică, jenă respiratorie; congestia organelor genito-urinare cu meatul inflammat ca în urma unei arsuri cu un fier înroșit în foc; sfortarea continuă dureroasă de a urina și care se reduce la emisiunea câtorva picături bogate în albumină și sânge; agitație extremă cu delir erotic, dar penisul nu e întotdeauna în stare de erecțiune completă (semi-erecțiune sau chiar flaciditate); cistita purulentă; contracturi tetanice, colaps. Moartea se produce în interval de 24—36 ore.

Salvat, intoxicatul rămâne cu o gastrită și o nefrită cronică.

Antidotul și tratamentul: vomitive, pompă stomacală, cărbune animal, apă albuminoasă, apomorfina, sulfat de sodiu, băi calde, sinapisme în regiunea lombară, ghiață, ceaiu, opiu, camforă. *Contra-indicate*: uleiurile și grăsimile.

b) **Leziunile anatomice**: plăci gangrenoase negricioase pe mucoasa gastrică și pe cea intestinală, cari sunt ramolite și se desfac în lambouri; uncori adevărate perforații stomacale; nefrita parenchimatoasă; mucoasa ureterelor congestionată și cu sufuziuni sanguine; congestia mucoasei vesice și a uretrei; replețiunea sanguină a sinusurilor cavernoase, cu gangrena penisului (inconstant); congestia intensă a mucoasei vaginale, a clitorisului, a uterului și a ovarelor; prezența în urină a albuminei și adesea chiar a unor fragmente din parenchimul rinichilor.

c) Identificarea se face pedeparte prin căutarea fragmen-
telor de elitre ale insectei în vărsături, fecale, pe pereții stomacului
și ai intestinelor; pe de alta prin izolarea și dozarea cantaridinei.

În ce privește fragmentele de aripioare, e de observat că ace-
stea sunt foarte rezistente la putrefacție (*Paumet* le-a regăsit la 10
luni dela îngroparea cadavrului). Cât despre identificarea și doza-
rea cantaridinei, e de observat: 1) pentru obținerea dozei mortale
de 5 ctgr. de cantaridină e nevoie de 10 gr. de pulbere de cantaridă
(100 gândăcei pisați); 2) cantaridina găsită în viscere poate proveni
și din ingerarea cărnii de găină, ori de curcan, cari mănâncă gân-
dăcei, fără a manifesta simptome de otrăvire.

2. Veninul animal

a) Albina-viespea. — Veninul se lasă prin acul care rămâne în locul
înțepat. — *Tratamentul*: se scoate acul și se aplică pe umflătură comprese de
apă sărată, oțet, apă de colonie, apă sedativă sau câteva picături de
amoniac lichid.

b) Păianjenul. — Efectele toxice sunt cauzate de veninul secretat și
de ouăle păianjenului strivit pe rană. — *Tratamentul*: sugerea, spălarea rănii
cu permanganat, diuretice, bromură, cloral, injecție de oleiu camforat și
de sparteină.

c) Furnicile, indeosebi cele roșii, secretează acidul formic. — *Trata-
mentul*: spălături stomacale alcaline slabe, tonice, cardiace.

d) Scorpionul. — Veninul e îndeosebi periculos pentru copii și femei (un
copil de 3 ani a murit la 6 ore după o înțepătură de scorpion: moartea pre-
cedată de convulsii, paralizie, colaps—*Sacon*, 1928). — *Tratamentul*: scoaterea
acului; diuretice: injecții de ser antiveninos; tracțiunea ritmică a limbii.

e) Turbarea e consecutivă pătrunderii în corp (prin mușcătura sau simpla
lingere a animalului atins de turbare) a unui virus filtrant. Incubarea e de 13—20
zile până la 2 luni (uneori numai 8 zile, în mușcăturile dela cap.) Se disting
următoarele faze: 1. *incubarea*, în cursul căreia apar senzații de arsură, furni-
cături, dureri fulgerătoare; 2. *perioada melancolică* (2—3 zile); 3. *perioada hi-
drofobică* (1—2 zile); 4. *perioada paralică* (câteva ore). *Tratamentul*: *dacă n'a
trecut o oră dela mușcătură*, se cauterizează rana cu un fier înroșit în foc,
cu termocauterul, cu nitratul de argint, sulfatul de cupru, acidul azotic sau
sulfuric; *dacă a trecut mai mult de o oră*, nu se mai cauterizează ci se spală
rana cu o soluție de sublimat corosiv, se stoarce cu degetele sângele din rană
și se pansează; apoi se recurge la tratamentul antirabic pastorian.

f) Veninul de șarpe pătruns în organism prin mușcătura reptilei. —
Tratamentul: seroterapia: eliminarea veninului din rană prin aspirare sau
sugere, cauterizarea mușcăturii cu fierul înroșit în foc sau prin întrebui-
nțarea permanganatului de potasiu, a acidului chromic, a clorurei de aur, a
hipocloritului de calciu.

g) Insulina (extras din pancreasul animalelor). Un caz recent de sinu-
cidere cu o doză masivă de insulină (20 unități) e semnalat de *Secher* — 1927.

b) Tuberculina. Infecțiunea în doză masivă poate cauza moartea.

I. Otrăvurile mecanice

E vorba de fenomenele de intoxicație provocate prin admini-
strarea de sticlă pisată, pulbere de metale.

CAP. VI

LOCALIZAREA LEZIUNILOR ȘI A AFECȚIUNILOR DUPĂ DIVERSELE SEGMENTE ALE CORPULUI

I. Capul și fața

1. Pielea capului și pielea feței

(Vezi „Leziunile superficiale și afecțiunile pielii și ale părului”; „Modificările notate în țesuturile subjacente pielii și în organele interne”; „Rănilor caracterizate”, din cap. II „Examenul general somatic și psihic”, vol. II).

2. Ochii

A. Afecțiuni și leziuni generale

Se notează: oftalmia simpatică, glaucomul; răni ale ochiului; keratomicosele; sporotrichosa; dacriocistita cu flegmon și fistulă lacrimală; paralizii ale aparatului motor; turburări ale refracției (miopie, hipermetropie, astigmatism); eviscerarea completă sau incompletă a globului ocular cu ruperea nervului optic; orbirea unilaterală sau bilaterală; strabism; plăgile penetrante ale segmentului anterior sau posterior al globului ocular, cu sau fără prezența de corpi streini; exoftalmii.

B. Părțile componente ale ochiului

a. Pleoapele: leziuni, blefarita ciliară simplă, blefarita ulceroasă; ptosis; chalazion; entropion; ectropion; lagofthalmie; simblofaron; conjunctivitele (acută contagioasă, sub-acută, cu pneumococi, blenoragică, metastasică, difterică, foliculară, granuloasă, papilară simplă, sifilis al conjunctivei; conjunctivita vaccinală, impetiginosă, flictenulară; prezența de corpi streini; echimoze; pingicula, pterigion, xerosis sau xeroftalmie.

b. Sclerotica: sclero-keratita, stafilomul.

c. Corneea: arcul senil (la ateromatoși, alcoolici, sifilitici); keratita interstițială, flictenulară și ulceroasă; herpes; stafilomul transparent; leucomul.

d. Cristalinul: cataracta (dură și moale).

e. Irisul: irita, glaucomul.

f. Choroida, retina și nervul optic: choroiditele, retinitele și deslipirea retinei; atrofia, ruptura sau secționarea nervului optic; diverse ambliopii.

C. Diagnosticul

Turburări oculare se notează în 90% din cazurile de traumatism cranian. Leziunile pot fi condiționate fie de hemoragii în tecile nervilor optici, fie prin prezența de corpi streini (așchii osoase) între fibrele nervoase. De regulă, papilita nervului optic — care se manifestă la 1—2 săptămâni dela traumatism — e o indicație de infecțiune a durei-mater, după rănire (la 8 zile după rănire, o papilită temporară bilaterală, cu reducerea câmpului vizual pentru culoarea roșie — *Neuffer*, 1929).

La examenul ochiului căutăm să determinăm:

a. *Dacă globul ocular e perforat.*

b. *Dacă în rană a rămas fixat un corp strein* (explorarea se face prin radiografie și prin întrebuințarea electro-magnetului, pentru extragerea corpului). În orice caz, prezența unui corp strein se traduce prin durere (care, în majoritatea cazurilor, nu durează decât 24 ore) și prin desprinderea irisului. Absența durerii se poate explica astfel: sau nu există corpul strein, sau acesta nu e magnetic. (*Etienne Henrard* e împotriva extracțiunii prin electro-magnet, pentru că o atare intervenție poate fi periculoasă, atunci când corpul strein e voluminos).

c. Se mai recurge la *examenul microscopic al ochiului* (cu ocazia unui accident de muncă, s'a putut stabili că o turburare centrală limitată a cristalinului era veche de cel puțin 10 ani și deci nu o consecință a traumatismului-*Motolese* 1927).

d. În leziunile cari interesează *segmentul anterior* al ochiului, notăm: dispariția camerei anterioare, diminuarea tonusului, contractarea pupilară, fotofobia, lăcrimarea și roșeața. Cicatrizarea se face repede. — În leziunile interesând *segmentul posterior* se constată: hemoragie conjunctivală; uneori chemois pronunțat prin infiltrarea lichidului rezultat din perforarea globului; hipotonie; camera anterioară e mai profundă, irisul e atras înapoi, adesea deformat și aderent numai prin rădăcina lui.

e. Adesea, chiar după extragerea corpului strein sau eliminarea automată a acestuia, *hemoragia persistă la conjunctivă* și se mai notează: anestezie, blefarospasm, amauroză, strabism convergent, nistagmus unilateral. După *Laddoni* (1928) aceste fenomene ar putea fi datorite unei histerii preexistente.

Un glaucom absolut se pronunță la două zile după o contuziune interesând rădăcina nasului și regiunea cavităților oculare (obs. lui *Mezzatesta*-1929).

Diagnosticul diferențial contribuie la eliminarea cauzei traumatice. Așa, există *exoftalmii bruște* consecutive fie unor hematomi spontani ai orbitei, fie rupturii, în orbită, a unui mucozel provenind dela o sinusită maxilară sau etmoidală. Deasemenea, *iridodialisa* se

poate produce spontan, în caz de papulă sifilitică evoluantă, sau prin ramolirea circumscrisă a inserțiunii irisului, în urma unei neoformațiuni de natură nedeterminată (*Sedan*, 1926).

3. Nasul

A. Leziunile interesând pielea și mucoasa; ruptură, perforare a foselor nazale și a septului; tăetură dorsală; fractură a scheletului cartilaginos și osos; mutilare (sfășiere, smulgere parțială ori totală); epistaxis.

B. Afecțiunile: 1. dermatozele vestibulare (crăpături, eczema, sicosis, furuncul); 2. dermatozele nazale (acne, finofima, granulosis); 3. rinitele (rinita acută, banală sau coriza; rinita pseudo-membranoasă, rinita cronică, rinita spasmodică); 4. ozenul ca simptom al sifilisului, al tuberculozei nazale, al prezenței corpurilor streini, al sinusitelor; 5. tumori adenoide; 6. rinosclerom, sarcom, epiteliom.

Examenul nasului se face prin rinoscopie și diafanoscopie.

4. Buzele

Leziuni interesând pielea și mucoasa; răni penetrante și perforante; spintecare; mutilare (sfășiere, smulgere totală ori parțială); flegmon, abces, ulceracție; kisturi, cancer.

5. Bărbia

Leziuni interesând pielea; rană penetrantă; mutilare (sfășiere, smulgere parțială ori totală); fractura mandibulei.

6. Urechile

A. Leziunile exterioare interesează: *pavilionul* (leziunile pielii; rană penetrantă ori perforantă; mutilare — sfășiere, smulgere parțială ori totală); *tubul auditiv*.

B. Leziunile interioare interesează; 1. *urechea mijlocie* (cavitătea timpanică; oscioarele cavității timpanului, trompa lui Eustache); 2. *urechea internă* (labirintul).

C. Afecțiunile în general notate sunt: o slăbire a acuității auditive sau surditate completă, unilaterală ori bilaterală; otalgie; vâjâituri.

După părțile componente:

a. *Pavilionul*: eczema, hematom.

b. *Tubul auditiv*: dopuri de secrețiune (dop de cerumen, dop epidermic); prezența de corpi streini; abces, furuncul, ptiriasis, otita externă difuză acută.

c. *Capătatea timpanică*: leziuni, rupturi ale timpanului; otita mijlocie; obstrucția acută a trompei lui Eustache; otita subacută, acută supurată; mastoidita; otita cronică supurată; otoragie; otita mijlocie catarală cronică; oto-scleroza, oto-spongioza.

d. *Urechia internă*: vertijul lui Menière.

D. — Diagnosticul. — 1. *Turburările auditive*, prin ruptura timpanului, se vindecă prin cicatrizare în câteva săptămâni, dar auzul poate rămâne slăbit. Prin infecțiune, însă, se poate produce otita mijlocie și chiar moartea, prin abcesul cerebral format prin repercursiune.

2. *Comoziunea labirintului*, cu sau fără ruptura timpanului, se manifestă prin: turburări de echilibru, greață, vărsături, văjăituri, surditate parțială. Efectele comoziunii pot dispărea complet, în urma tratamentului. Dar se poate întâmpla ca un traumatism al labirintului să se traducă prin pierderea cunoștinței și, ulterior, după câteva zile, prin surditatea absolută unilaterală sau bilaterală.

3. *Othematomul* poate fi consecința unei loviri tangențiale, uneori chiar după un traumatism neînsemnat (de exemplu urechea culcată și comprimată de un nasture al pernei, frecarea pavilionului, etc. — *Schlitter*, 1929).

4. *Carcinomul* poate apărea tardiv, uneori după câțiva ani dela acțiunea traumatismului. Se poate însă ca regiunea lezată să fi fost anterior sediul unei afecțiuni (la examenul unui carcinom al urechei, apărut după 5 ani dela traumatism, s'a găsit, pe secțiune, urmele unui lupus preexistent — *Rippenbrock*, 1928).

5. *Pentru verificarea surdității*, în caz de bănuială de simulare, se recurge și la metoda reacțiunii respiratorii.

II. Scheletul capului

A. Leziunile

1. O simplă depresiune.

2. Plesniri și lacune superficiale, fie ale tăbliei externe fie ale celei interne. Plesniri profunde.

3. Fracturi.

Ele pot fi simple, complete, cominutive cu formă precisă, neregulată sau stelată.

Fracturile au aspecte foarte curioase: radiațiune mai mare sau mai mică; linii concentrice ca desenul unei pânze de păiajen; fracturi pe linia de sudură (la copii și adolescenți); o fisură unică în zona mai subțire a osului.

Indeosebi în ce privește craniul, fracturile au ca origine traumatismul contondent sau acțiunea proiectilului armei de foc.

a. Atunci când corpul vulnerant e contondent, notăm două feluri de fracturi:

I. *Fracturi în focar* interesând fie baza fie calota craniană.

II. *Fracturi cu raze mari*: zdrobirea totală sau parțială a cutiei craniene. Pentru un țesut osos fragil ajunge o singură lovitură pentru

sfărâmarea craniului (96 fragmente dintr'o singură lovitură de copită — *Bujatsky*).

b. Proectilul armei de foc poate cauza:

1. *Fracturi incomplete directe:* fracturi izolate ale tăbliei interne, deoarece *Teovan* a demonstrat că fractura craniană incompletă pornește întotdeauna nu dela locul comprimat, ci din punctul unde se face simțită acțiunea de extensiune; tăblia internă mai poate fi atinsă direct de un proiectil care, după ce a străbătut un perete al craniului, se oprește pe tăblia internă în partea opusă și uneori se fixează în ea, împingând în afară tăblia externă.

II. *Fracturile complete sau perforante:* în orice străpungere a unui os cranian. tăblia care a fost mai întâiu lovită prezintă un orificiu de dimensiuni mai mici ca tăblia ulterior lovită, iar canalul din țesutul osos are forma unui trunchiu de con.

III. *Fracturile indirecte* sunt cele cari se propagă dela boltă la bază sau cele datorite acțiunii gazelor de explozie a pulberii.

Uneori se pot găsi, pe suprafața exterioară a craniului, fragmente de materie cerebrală, fără să existe o spărtură sondabilă; sau, în cursul explorării, se notează infecțiunea consecutivă traumatismului exterior (meningită, abces cerebral), fără să se poată distinge cu ochiul liber o fractură — poarta de intrare a microbilor. Această particularitate se explică prin elasticitatea substanței osoase a cutiei craniene, permițând retracțiunea ulterioară a spărturii.

În *fractura bazei craniului* se poate nota pătrunderea unor fragmente osoase în cutia craniană, precum și împingerea în interior a oaselor nasului sau a ramurilor maxilarului inferior.

1. *Fractura în terasă:* fragmentul osos nu e înfundat decât Țpe o parte a suprafeței lui, iar cealaltă parte rămâne la nivelul osului de care traumatismul a separat-o.

2. *Fractura cu raze mari:* zdrobirea unei mari părți a craniului sau chiar a întregii cutii craniene; o explozie în interiorul craniului provocată de proiectilul pătruns cu o extremă viteză.

4. Pierderi de substanță osoasă

Ele sunt de mărime variabilă: găuri făcute cu un instrument sau de dinții unui animal (câine, porc).

5. Deformarea craniului.

B. Indicații diagnostice

1. Procedeu cel mai sigur pentru *identificarea fracturilor craniene*, pe omul viu, e radiografia: în peste 80 la sută din cazurile cu simptome de compresiune sau de comoție cerebrală, imaginea radiografică indică fracturi ori plesniri ale scheletului cranian.

2. În ce privește diagnosticul *fracturii bazei craniului* și în

absența radiografiei, *Spenger* (1928) recomandă examenul funcțional al urechei, care permite determinarea direcției fracturii în interiorul stâncii: *a.* turburările labirintului sunt legate de o fractură transversală a piramidei; *b.* simptomele urechii mijlocii corespund unor fisuri sau fracturi longitudinale.

3. În *fracturile depresive ale scheletului capului* — cari se traduc prin simptome a căror intensitate poate merge dela acele ale unei comotțiuni ușoare până la semnele unei grave compresiuni — diagnosticul se pune prin inspecțiune, palpate, radiografie.

4. În *fracturile complete*, cu sau fără depresiune, simptomele sunt acelea ale întregii game între efectele unei comotțiuni ușoare și acele ale unei hemoragii cerebrale sau ale unei striviri a creierului.

Fracturile bazei craniului pot avea ca origine și rezistența pasivă a coloanei vertebrale (în căderea în picioare, pe parietale).

5. Să nu se uite că o leziune superficială a cutiei craniene poate, prin efectul comotției, să provoace leziuni interioare, cum ar fi spargerea timpanului.

PROGNOSTICUL depinde după sediul fracturii; în genere, fractura bazei craniului e mai periculoasă atât prin importanța regiunii lezate cât și prin infecțiunile pe cari le favorizează.

III. Cavitatea craniană

Leziunile cari pot interesa meningele și creierul se traduc prin:

1. Meningitele

În prealabil trebuie să observăm că nici cu aproximație nu se poate determina intervalul între traumatismul-cauză și meningita-efect; s'au văzut cazuri în cari boala s'a pronunțat abea după trecere de luni și chiar de ani. Ceeace importă pentru expertiză, e de a se fixa leziunea susceptibilă de a da naștere, direct sau prin repercursiune, la o meningită imediat consecutivă traumatismului sau tardivă. Punctul de plecare poate fi: o acțiune directă asupra învelișurilor capului; o infecțiune pornind dela cavitatea nazală; o sinuzită; o leziune interesând maxilarul superior, etmoidul, sfenoidul, frontalul, urechea; metastaza unui focar de supurație. În acest din urmă caz examenul bacteriologic trebuie să confirme identitatea bacteriilor din puroiul meningitei cu acele din focarul incriminat, știindu-se că microbul poate străbate și oasele sănătoase, iar calea parcursă e jalonată de așchii osoase, corpi streini, focar de ramolire, abcese.

Meningitele se pot manifesta și ca inflamații secundare consecutive comprimării creierului. Pe baza observațiunilor făcute, ca urmări imediate, apropiate sau îndepărtate ale traumatismului capului, se notează:

a. Meningita purulentă, seroasă, tuberculoasă. Fiecare din aceste forme e datorită unui traumatism: 1. lovire sau cădere în cap; 2. o comoție cerebrală violentă; 3. fractura craniană în genere; 4. fractura bazei craniului; 5. o comoție cerebrală acompaniată de fractură. Excepțional, meningita poate fi atribuită acțiunii unui frig excesiv, insolației, unui efort violent.

b. Meningita tuberculoasă poate avea ca origine nu un traumatism direct al capului, ci un traumatism al unui focar îndepărtat de tuberculoză și astfel se provoacă trecerea bacililor în circulația sanguină. La fel, infecțiunea meningelor se poate face prin flora microbiană a foselor nazale, în cazul fracturii lamei ciuruite a etmoidului (observația lui *Dervieux*: evoluția s'a făcut în 6 zile). Meningita purulentă tardivă poate fi datorită și unui hematom orbital, efect al traumatismului (observația lui *Lyon-Caen*: moartea după 7 săptămâni).

În meningita tuberculoasă, simptomele se notează către sfârșitul săptămânii a doua dela traumatism. — În caz de moarte rapidă, se găsesc la autopsie leziuni recente. În caz de moarte tardivă, leziunile trebuie să fie vechi, afară de împrejurarea când, prin atingerea unui focar tuberculos, meningita să apară ca o complicațiune secundară.

2. Hemoragiile

Atunci când avem de examinat o persoană vie, existența lor se verifică fie prin trepanare, fie prin puncție lombară.

A. Hemoragiile meningee

Ele se pot produce și fără fractura craniană: șocul limitat provoacă o simplă depresiune a osului și dura-mater se desprinde, tableta osoasă revine la locul ei mai repede ca membrana care, desfăcându-se de os, se rupe, iar decolarea se continuă prin acțiunea hemoragiei. Efectele presiunii exercitate de revărsarea sanguină se manifestă neîntârziat, dacă și deslipirea se face repede, iar hemoragia e mare. Moartea poate surveni prin microtraumatisme difuze encefalice sau prin anemia cerebrală datorită compresiunii. Uneori moartea e precedată de o paralizie, prin extensiunea cheagului spre baza creierului.

Hemoragia intra-meningee poate fi o consecință a contuziunii cerebrale, prin ruperea meningelor în locul traumatizat, sau a unei ramoliri cu abces ulterior.

Mai e de observat că artera meningee mijlocie se poate rupe prin simpatie, adică la distanță de locul traumatizat, ceea ce se explică prin elasticitatea cutiei craniene, care favorizează presiunea prin repercusiune.

Însfârșit, e de relevat că se pot întâlni hemoragii meningee *netraumatice*: unele cazuri de hemoragie pachimeningee.

Deosebim diverse tipuri de hemoragii meningee:

1. Hematomul extra-dural, situat între os și dura-mater, e produs prin ruptura fie a arterei meningee medii, fie prin aceea a unei ramificațiuni a acestui vas; el poate cauza moartea. Cu timpul, hematumul extra-dural mare se transformă în kist cu membrană aspră, cu conținut apos mai mult sau mai puțin pigmentat. El se produce sau imediat după traumatism sau în intervalul liber (1—4 zile).

2. Hematomul sub-dural, deobicei bilateral și pătrunzând între circumvoluțiunile creierului, e uneori înconjurat de o masă cerebrală ramolită și edematoasă. Consecutiv unei hemoragii venoase, pornind dela pia-mater, hematomul sub-dural se poate produce imediat după traumatism, sau în intervalul liber (câteva ore până la câteva luni: 7 observații ale lui Rand — 1927 de hematom sub-dural, ale cărui semne subiective s'au manifestat în răstimp de 1—7 luni).

Pentru diagnosticarea hematomului se practică puncțiunea lombară care, atunci când este pozitivă, dă un lichid sanguinolent. La puncția lombară se mai recurge pentru atenuarea efectelor; dar în unele cazuri reapar ulterior hemoragii meningeae.

Simptomele lui sunt: cefalalgia, amețeala, confuzia mentală, insomnia sau somnolența, hemiparezie cu semnul lui Babinski, incontinența urinei.

În alcoolismul cronic, hematomul sub-dural poate să se complice cu pachimeningita hemoragică internă. Atunci când acopere aproape întreaga suprafață a unei emisfere, hematomul subdural poate avea drept complicație o meningită purulentă.

3. Hemoragia epi-durală, consecutivă unei comprimări a craniului.

4. Hemoragia sub-arachnoidiană poate fi cauzată de: 1. o sporige pasageră a presiunii sanguine, (în tusea convulsivă, epilepsie, eclampsie); 2. o tensiune arterială permanentă în cardiopatii și în afecțiunile renale; 3. o leziune acută a vaselor sanguine, în bolile infecțioase cronice, în sifilis, alcoolism, etc; 4. în bolile cu diateză hemoragică.

B. Hemoragiile în substanța cerebrală

De formă și volum variabil, aceste hemoragii se pot prezenta fie ca un focar izolat fie ca unul multiplu și au aspectul unei revărsări kistice sau al unei substanțe terciuite, rozată sau negricioasă. Ele pot avea ca origine: o ruptură traumatică a arterei vertebrale sănătoase la baza craniului; un anevrism traumatic al porțiunii intra-craniene a carotidei interne; o strivire a substanței corticale a creierului. Pe omul viu locul focarului se poate determina: prin examinarea reflexelor, a raporturilor tonice, a aparatului vestibular și a mișcărilor ochiului; prin excitarea pielei; prin spălarea urechei, modificarea poziției capului, a trunchiului și a extremităților.

Adesea se pot nota hemoragii corticale tardive; numai excepțional întâlnim hemoragia centrală după un interval liber mai lung (Un atare caz de hemoragie cerebrală, apărută după 10 ani dela strivirea substanței corticale, a fost observat de Brandess — 1923).

Hemoragiile cerebrale sunt de regulă consecutive unui *traumatism al capului*. Dar ele se pot produce și *spontan*, cu sau fără fractura craniului; în acest din urmă caz e posibil ca, în momentul revărsării spontane, individul, în cădere, să-și fractureze cutia craniană și atunci notăm o hemoragie traumatică alături de una spontană. Iar când nu există leziuni osoase, spontaneitatea hemoragiei se diagnostichează pe baza absenței leziunilor arteriale ale creierului, pe baza leziunilor organice cardiace și renale.

Hemoragia spontană, care își are sediul de predilecție în capsulele internă și externă și în nucleul lenticular, e deobicei de

natură patologică: anevrismele, arterio-scleroza, sifilisul vascular, *Hemoragia traumatică*, uneori caracterizată și prin formarea de kisturi pline cu o materie apoasă negricioasă, se prezintă mai mult sub forma de focare de multiple, pe când cea spontană de regulă printr'un focar unic.

Să mai relevăm că se pot observa hipostaze îndeosebi la sinus și la meninge.

Notăm:

1. Hemoragia corticală: extravazate superficiale difuze, cheaguri sanguine unice sau multiple. Atunci când e datorită repercursiunii, hemoragia corticală se prezintă sub forma de focare mici, constituite dintr'un lichid gălbui, cu cristali de hematoidină și cu filamente de țesut.

2. Hemoragia în substanța cerebrală în apropierea ventriculilor și a substanței optice (Deobiceiu mortală).

3. Hemoragia ventriculară, cu pereții sfâșiați ori nu.

4. Hemoragia în etajul superior al pedunculilor cerebrali.

5. Hemoragia în partea frontală și bazală a uneia din emisfere.

6. Hemoragia în nucleul lenticular cu sau fără perforarea ventriculului.

7. Hemoragia în partea laterală a nucleului lenticular, putându-se întinde până la frontal și occiput.

8. Hemoragia deasupra nucleului lenticular.

9. Hemoragia secundară în puntea lui Varole.

3. Alte notațiuni

A. Hemoragia cerebrală asociată cu o hemoragie meningeă.

B. Necroza de ramolire a unei porțiuni a substanței cerebrale, consecutivă unor hemoragii de foarte mică importanță.

C. Leziunile corticale: rupturi.

D. Modificările ventriculare: dilatare, contracțiune,areză spastică.

E. Encefalita acută care poate fi consecutivă și unei opăririi (observația lui Krase—1928: un copil de 15 luni opărit pe piept și brațe cu cafea fierbinte). — Encefalita letargică. — Encefalita saturnină.

F. Anemia cerebrală (acută și cronică); congestia cerebrală.

G. Proces inflamatoriu secundar al creierului.

H. Pneumo-encefalul: aerul se găsește fie în spațiul subdural, fie în spațiul subarahnoidian, în însăș substanța cerebrală sau în ventricule. Cauza e o ruptură a durei-mater sau o ruptură a însăș substanței cerebrale, rupturi de regulă consecutive unei fracturi a frontalului sau a etmoidului. Resorbțiunea aerului se face: în câteva ore, în spațiul subarahnoidian; în 14 zile, în ventricule.

Simptomele pneumo-encefalului sunt: scurgere de licoare pe nas, cefalalgie, crampe, hemiplegie, sindromul lui Korsakoff. () *complicație* gravă e meningita deobiceiu mortală.

Pneumo-encefalul poate fi și de natură netraumatică: aerul pătrunde în creier prin tuse, strănut, suflarea nasului.

I. Alterațiunile hipofisare: *hemoragii intra-și extra-hipofisare*, cari dau naștere la mici kisturi hemactice, focare de atrofie sclerotică.

J. Corpi streini intracerebrali, înveliți într-o membrană fibro-conjunctivă.

K. Abcesul cerebral se formează în jurul unui corp strein, într'un focar hemoragic sau într'unul de ramolire. Evoluția poate fi foarte lentă: un kist intracerebral apărut 10 ani după traumatism (*Corboulès*, 1927). — *Simptomele* sunt: cefalee, vertij, agitație, urcarea ușoară a temperaturii, turburări afazice, criză de epilepsie, hemiplegie.

L. Tumori: gliom, fibro-sarcom.

Apariția tumorii poate fi tardivă: un fibro-sarcom ovoid, lung de 5 cm. notat între lobii occipitali și cerebel, după trecere de trei luni dela ziua traumatismului.

4. Contuziunile cerebrale

Ele se pot produce și la un craniu intact. Se notează nu numai în regiunea lovită, dar foarte des și în partea diametralmente opusă zonei traumatizate. Se înregistrează mai ales pe scoarța (lobii frontali; regiunea temporo-parietală și lobii occipitali), rareori pe corpul striat, pe corpul calos, pe centrul oval, pe bulb, cerebel și protuberanță.

Se prezintă: fie sub forma de *contuzie ușoară* (picheteu hemoragic, plăci roșietice, albăstrui, *plaques jaunes*, ramolirea substanței corticale). fie sub forma de contuzie gravă, cu strivirea substanței cerebrale (terciu de culoarea drojdiei de vin). Prin resorbțiune, focarele de contuziune apar ca niște plăci galbene sau kisturi. Atunci când e lezată *pia-mater*, notăm sau echimoze miliare sau echimoze cu revărsare între circumvoluțiuni.

Simptomele sunt: amnezie retrogradă și anterogradă, automatism inconștient, trezirea unei predispoziții latente la alienația mentală (în *contuzia lobilor frontali*); epilepsia jaksoniană (în *contuzia lobilor parietali*); cefalee persistentă, hemianopsie, ambliopie, amauroasă, vâjâituri în urechi, vertij, turburarea odoratului, choree, poliurie, glicosurie, diabet (în *contuzia lobilor occipitali*).

Contuziunile cerebrale pot provoca pierderea cunoștinței și moartea instantanee sau rapidă.

5. Compresiunea cerebrală

Simptomele apar sau imediat sau cu o întârziere de ore ori chiar de zile dela traumatism. Compresiunea e consecutivă sau unei hemoragii intra-craniene (hematom epidural sau subdural) sau prezenței unui corp strein în cavitatea craniană.

Semnele clinice sunt: 1. în *faza întâia*, cefalalgie, încetinirea pulsului, congestia feței, contracțiunea pupilară, vărsături, agitație, delir; 2. în *faza a doua*, scă-

derea temperaturii, somnolență, respirație stertoroasă, dispariția reflexului cornean, puls filiform și accelerat, incontinență urinară și fecală, coma, oprirea definitivă a respirației și a bătăilor inimii. Verificarea acestor simptome se face prin puncțiunea lombară: prezența de sânge în lichidul rachidian.

Compresiunea nu condiționează un traumatism violent; în traumatismul ușor, ea se pronunță tardiv și efectele ei sunt durabile.

6. Comoția cerebrală

De regulă consecutivă unei contuziuni directe a cutiei craniene, uneori comoția cerebrală poate fi datorită unei zguduirii indirecte a creierului, în urma căderii violente pe șezut, pe genunchi ori în picioare.

Greșit s'a spus că în comoție nu se găsesc niciodată leziuni anatomice ale conținutului cavității craniene; uneori, la autopsie, se găsesse hemoragii punctate ale substanței corticale și extravazate intermeningee, de predilecție în peretele și în vecinătatea celui de al patrulea ventricul.

Simptomele sunt în funcțiune de însăși gravitatea comoției.

a. *In forma ușoară*: amețeală, vâjâituri în urechi, hebetudine pasageră, paliditatea feței, pierderea cunoștinței cu întreruperea respirației timp de câteva secunde sau chiar câteva minute și numai excepțional 15—30 minute; amnezie.

b. *In forma gravă*: paloarea feței, pierderea cunoștinței, imobilitate completă, dilatarea pupilelor și absența reacțiunii pupilare, vărsături, incontinență urinară și fecală, slăbirea respirației, încetinirea pulsului. La *trezire*: amnezie, confuzie mentală, cefalalgie persistentă. (Să nu se confunde vărsăturile alcoolizatului cu vărsăturile comoționale).

c. *In forma fulgerătoare*, pe lângă celelalte simptome se mai notează: coma, completa rezoluție musculară (uneori mișcări convulsive), paralizia sfincterelor, moarte rapidă. La autopsie se înregistrează modificări pulmonare de natură inflamatorie.

d. În ce privește *complicațiunile* la cari poate da naștere comoția cerebrală, vom releva, după observațiile mai recente: *neurita retro-bulbară* (Coppez, 1927); grăbirea procesului *policitemiei rubra* (Hecht-Weil, 1929).

7. Consecințele tardive ale leziunilor cerebrale

Complicațiunile efectelor imediate ale traumatismelor craniene, indiferent de importanța acestora, se pot produce la intervale foarte lungi (*Fribourg-Blanc* — 1927 citează 4 cazuri cu grave complicațiuni ivite după 6, 9, 10 și 12 ani la indivizi cari își reluseră ocupațiunile și de câțiva ani nu mai prezintau nici un simptom apreciabil; atari observațiuni le-am făcut și noi).

a. *Apoplexia tardivă*, într'un interval liber de una până la câteva luni.

Pentru stabilirea raportului direct între apoplexie și traumatism trebuie să se poată exclude participarea unor factori generatori de hemoragie cerebrală, cum ar fi ulceratiunile cronice ale arterelor creierului, hipertrofia cordului, scleroza renală.

b. *Confuzia mentală, dromomania* (într'un caz la 5 ani dela accident; în alt caz într'un interval de 4 ani, cu moarte).

c. Epilepsia esențială, care se notează în 10—20% din cazurile de rănire a creierului, se poate produce: imediat după cicatrizarea rănii; înainte de această cicatrizare: abea după câțiva ani dela traumatism (într'uu caz interesând lobii frontali, epilepsia s'a declarat după 7 ani). Maximul de frecvență se notează în leziunile lobilor parietali. Un element favorizant e predispoziția ereditatea, sifilisul alcoolismul.

d. Epilepsia jacksoniană.

e. Sindromul lui Collet (paralizia ultimilor patru nervi cranieni). O observație de manifestare tardivă: la 13 luni după căderea pe occiput (turburări ale dezlutiției și ale vocii), după ce în primele 3 luni se instalase o cefalee violentă (*Ramond-Bascourret-Pouques*, 1926).

f. Orbirea (unilaterală, la 3 săptămâni dela traumatism — observația lui *Froelich*, 1929). Dar cecitatea poate dispărea, ca să nu rămână decât *hemianopsia* (*Kubensohn*, 1929).

g. Vertijul. — Parkinsonismul post-traumatic.

h. Paraliziile spasmodice. — Paralizia progresivă.

i. Melancolia depresivă; psihoza interpretativă; psihozele funcționale (amnezia sub toate formele ei, confuzia mintală; afazia; agitația, delirul, automatismul traumatic; turburările somnului; coșmarul, delirul oniric; emotivitatea; debilitatea, imbecilitatea, idiopia; pervertirea caracterului, perversiunea instincțelor).

j. Diabetul, consecutiv unui traumatism cranian care izbucnește imediat după traumatism sau abea după câteva săptămâni sau chiar câteva luni, nu se poate explica decât fie printr'o preexistență latentă, fie printr'o predispoziție organică (*Brouardel-Richardière*). Un atare diabet poate rămâne refractar tratamentului cu insulina. *Ferranini* (1927) citează un astfel de caz de diabet insipid (poliurie însoțită de o mare chlorurie).

k. Moartea tardivă (după câteva zile, câteva luni sau chiar câțiva ani) uneori după un traumatism în aparență fără importanță:

1. E lovit de un automobil. Pierde cunoștința. Își revine în fire, se scoală singur și se duce la un medic, cu locuința la o mare depărtare. Vizibile nu sunt decât câteva zdreliri ale pielei feței. La 16 luni după accident se îmbolnăvește subit cu febră mare și cu grave simptome cerebrale și medulare, asociate cu o slăbire fizică și psihică. Moare după 1 lună, adică după 1 an și 5 luni dela accident. Autopsia a dovedit că boala și moartea au fost o consecință tardivă a traumatismului cranian — *Röll*, 1929.

2. Alte cazuri: moarte tardivă consecutivă unui abces cerebral datorit unei retroziri microbiene; moarte tardivă datorită agravării arterio-sclerozei — *Villaret-Bailly*, 1927.

3. O fată de 16 ani (servitoare) care, cu câteva luni mai înainte, suferise un traumatism cerebral și la care, la autopsie, s'a notat o meningită supurată, și-a făcut totuși, aproape nestingherită, serviciul până în ziua morții (*Minovic*).

IV. Gâtul și ceafa

A. Leziunile

I. Pe tegumente: 1. diversele leziuni descrise la examenul somatic; 2. urme de degete și unghii; 3. șanț de o lărgime și adâncime variabilă.

II. Secționarea gâtului sau a cefei, parțială sau totală, interesând deci:

1. *Părțile moi* (mușchii, vasele, glanda tiroidă, faringele).

2. *Părțile cartilagineose* (laringele și tracheea arteră). Leziunile *laringelui* pot fi datorite unui traumatism *direct* sau unuia *indirect* (cădere în cap); leziunea mai gravă e fractura cu sediul de predilecție la cartilajul tiroid. — De notat că o cât de ușoară contuzie poate provoca moartea prin inhibiție. — Rupturile *tracheei* sunt de regulă efectul unui traumatism violent.

La examinarea unei tăituri a gâtului, diagnosticul diferențial etiologic e bazat pe următoarele elemente: a. de obicei, agresorul atacă părțile laterale, pe când sinucigașul lovește la nivelul căilor aeriene; b. direcția tăiturii, care de regulă e oblică de sus în jos și dela stânga la dreapta, în caz de sinucidere, și aproape orizontală în caz de crimă, poate avea și în crimă direcția ca în sinucidere, atunci când agresorul e așezat la spatele victimei.

3. *Părțile osoase* (osul hioid, vertebrele cu măduva)

Secționarea poate interesa simultan și partea anterioară a gâtului și ceafa; atunci când o atare secționare e completă, avem *decapitarea*.

III. *Fracturi ale coloanei cervicale* având ca origine și o altă cauză decât secționarea.

IV. *Pierdere de substanță*, interesând părțile moi, cartilagineose și osoase.

V. *Prezența unui corp strein*, pe suprafață, în adâncimea pereților sau în interiorul cavității cervicale.

B. Afecțiunile

1. *Adenitele* acute și cronice.

2. *Antraxul; fistulele; torticolis*.

3. *Tumori*: kisturile seroase; limfadenomul sau limfosarcomul, tumorile vasculare; tumorile glandei tiroidiene.

C. Efectele

1. *Dispneea*, care poate fi urmată de moarte, atunci când nu se intervine la timp, în ipoteza că intervenția mai e posibilă.

2. *Hemoragia*. — Uneori se poate nota o hemoragie intensivă în canalul cervical, consecutivă ruperii complete a sistemului ligamentos între occiput și ceafă.

3. *Comoția măduvei coloanei cervicale*.

4. *Moartea consecutivă*: a. *pătrunderii sângelui în căile respiratorii*; b. *emboliei gazoase* (pătrunderea aerului în venele mari ale gâtului); c. *secționării măduvei*; d. *inhibiției* (printr'o lovire cât de ușoară a zonei laringelui); e. *asfixiei* (prezența în interiorul gâtului a unui bol alimentar ori a unui corp strein de orice natură); f. *extensiunii gâtului* (ridicarea corpului de cap); g. *apăsării subite a capului înainte, înapoi, ori lateral*; h. *răsucirii gâtului*; i. *compresiunii*

măduvei prin fracturile vertebrale și care provoacă paralizia frenică; j. *bolilor intercurente* consecutive fracturilor vertebrale (pneumonie, pielonefrită ascendentă, septicemie).

V. Umerii

A. Leziunile.— Se poate nota oricare din leziunile interesând pielea, vasele, mușchii, oasele.

B. Efectele. — 1. *Durerile* pot fi uneori atribuite unei sinovite a capătului superior al porțiunii lungi a bicepsului.— Jena dureroasă se manifestă la flexiunea antebrățului pe braț și la ridicarea brațului (observația *Leclercq-Rouvier*—1926).

2. *Moartea* în cazuri grave, cu septicemie.

VI. Toracele

La exterior se pot nota: toate leziunile interesând pielea, mușchii și oasele (plessirea și fractura claviculelor, a sternului, a coastelor; fracturi multiple la câte o coastă izolată; infundarea sternului și a coastelor); emfizemul sub-cutanat; durere toracică locală, dispnee, sincopă; hemoptizie; pneumonie, tuberculoza pulmonară; fracturile și secționarea coloanei vertebrale, cu sau fără secționarea superficială ori adâncă a măduvei, cu sau fără contuziunea superficială ori strivirea acesteia. — Sediul de predilecție al fracturilor costale e linia axilară și unghiul coastelor. — Pe stern (în comprimarea anterioară a toracelui) fracturile se notează mai ales la *angulus Ludovici*. Compresibilitatea toracelui la copil și la adolescent explică faptul că, fără existența unor fracturi costale, se notează totuși grave leziuni interne.

Observații diagnostice.— 1. *Fracturi ale coloanei cervicale* se pot produce și prin apăsarea bruscă a capului în jos, prin ridicarea corpului de cap; în întoarcerea bruscă a capului, în căderea pe frunte. Consecutivă e moartea rapidă, dacă nu chiar instantanee.

2. *Fracturile coastelor* sunt în funcțiune de elasticitatea acestor oase. Pe când la *copii*, în contuziuni grave (călcare de vehicul, tamponare), deși organele interne se rup, *coastele rămân nevătămăte*, la *bătrâni*, din contră, coastele, din cauza calcifierii cartilajelor lor, pierd mult din elasticitate și sunt foarte fragile. Fracturile se produc lesne și în *tabes*.

Fracturile costale se mai pot produce în încercările de readucere în simțire a persoanelor cari și-au pierdut cunoștința.

3. La examinarea unui *cadavru* să nu se confunde acumularea de gaze ale putrefacției cu emfizemul traumatic vital al peretelui toracic.

VII. Cavitatea toracică

E de observat că de regulă se notează pe plămân hipostaze sanguine în cel mult 24-36 ore după moarte.

A. Pleura

1. Leziunile notate: a. *hemoragie*; b. *pleurezie*, purulentă ori nu, putridă; c. *echimoze pleurale*; d. *ruptura pleurei*, cu pneumotorax sau hemopneumotorax; e. *pneumonia traumatică și hipostasică*. Toate aceste leziuni se pot nota chiar atunci când leziunea exterioară nu e destul de gravă ori nu există deloc.

2. *Pleurezia*, care poate fi o complicațiune a contuziei pulmonare, se pronunță imediat sau lent (în 3—11 zile). Atunci când e datorită unui traumatism, pleurezia se notează în zona traumatizată și e întotdeauna seroasă. — *Simptomele ei sunt*: junghiu în coastă.

B. Plămânul

1. Leziunile notate: a. *contuziune*; b. *rană mai mult sau mai puțin adâncă*, infectată ori nu; c. *prezența unui corp strein*; d. *abces putrid, tumoare*; e. *ruptura parenchimului pulmonar* interesând îndeosebi părțile exterioare ale lobilor și regiunea hilului; f. *îngroșarea țesutului pulmonar*; g. *hernie pulmonară*; h. *extravazate sub-pulmonare sau parenchimoase*; i. *emfizem interstițial*; j. *gangrena pulmonară*; k. *pneumonie*; l. *tuberculoză*.

I. *Ruptura plămânului*, deși datorită unui traumatism, se poate să nu fie justificată de nici o leziune exterioară. În unele cazuri; ea se poate explica prin elasticitatea țesutului pulmonar, prin poziția glotei în momentul traumatismului și prin gradul de replețiune cu aer a plămânului în acel moment.

II. *Hernia pulmonară* se poate și ea nota cu absența oricărei leziuni externe datorite traumatismului.

III. *Contuziunea pulmonară* are ca origine sau o contuziune directă sau una indirectă sau de distanță (prin subita pătrundere a aerului în plămân). Contuziunea se caracterizează prin: 1. *echimoze superficiale sau sub-pleurale*; 2. *îngroșarea circumscrisă a organului*; 3. *extravazate subpleurale sau parenchimoase, hemoragii grupate în mici focare, mare revărsare sanguină intra-pulmonară*; 4. *emfizem interstițial*; 5. *sfâșierea plămânului, totală sau parțială, de obicei cu la nivelul hilului*; 6. *un hemopneumotorax*; 7. *hemoptizie*.

2. Efectele

1. *Pneumonia traumatică* (a nu se confunda cu o pneumonie în evoluție) e foarte rar (numai în 4% din cazuri) datorită unei acțiuni indirecte (contuzie extra-toracică). Consecutivă unei contuziuni a pieptului (care are de urmare o leziune a coastelor, a pleurei

sau a plămânilor) pneumonia se poate desvolta într'un interval liber de câteva ore sau de una până la 6 zile.

Dar pneumonia mai poate avea ca origine: un efort fizic exagerat, expunerea corpului la răcire, inspirarea de gaze nocive, pătrunderea de corpi streini în căile aeriene; o leziune cerebrală (în acest caz, după cum au dovedit-o experiențele lui Brown-Séguard, procesul pneumonic se desvolta pe plămânul opus emisferei traumatizate); o întepare a bulbului; secționarea pneumo-gastricului la nivelul gâtului, al bulbului, al creierului (apariția pneumoniei la 15 zile dela provocarea leziunii printr'un proiectil de armă de foc — *Verger*); inhibiția transitorie a pneumogastricului; căderea dela o înălțime (o pneumonie mortală apărută după 4 zile dela o cădere pe sacrum — *Desczales*).

Simptomele nu întârzie să se producă în intervalul maxim de 48 ore până la 6 zile. Se notează: 1. frisonul inițial unic sau repetat (care, în unele cazuri, apare abea după 6—12 ore); 2. urcarea vertiginoasă a temperaturii (până la 40°); 3. junghiu în coastă; 4. salivație sanguină, care după câteva zile devine ruginie; 5. hemoptizie caracterizată. — La autopsie hepatizarea roșie ori hepatizarea cenușie.

II. Pneumonia hipostasică e o leziune pulmonară de cauză indirectă: decubitusul dorsal impus rănitului care a suferit o fractură mai gravă în vreo parte oarecare a corpului. *Semnele*: cu absența unei adevărate hepatizări, se notează numai congestia și edemul pulmonar. †

III. Gangrena pulmonară care, atunci când e consecutivă unui traumatism, trebuie să se producă în maximum 5—6 săptămâni.

IV. Tuberculoza pulmonară traumatică se poate nota sub următoarele forme: 1. *retrecirea unui focar tuberculos preexistent*; 2. *agravarea unei tuberculoze existente*; 3. *absența unui focar preexistent*, cu leziune toracică; 4. *tuberculoza consecutivă traumatismului suferit de vreo altă parte a corpului*.

Formele 1 și 2 (tuberculosul pasiv sau stagnant și tuberculosul activ) sunt indiscutabile: ajung numai câteva zile dela producerea traumatismului pentru izbucnirea sau agravarea bolii. Și aceasta, pentru că e stabilit că de regulă cicatrizarea focarelor tuberculoase nu e niciodată completă (observația lui *Brouardel*: o femeie tânără, care de câțiva ani părea vindecată de ftizie, sucombă repede unei tuberculoze pulmonare acute, în urma unei căderi de pe cal). Dar agravarea traumatică a unei tuberculoze nu se poate admite decât atunci când e constatată la 3—4 zile după accident.

În ce privește *formele 3 și 4* chestiunea e viu controversată. Așa, *Desclaux* (1928) contestă cu energie posibilitatea unei tuberculoze post-traumatice, dacă boala n'a preexistat în stare latentă. Și cu drept cuvânt, pentru că nu trebuie să se ia ca punct de plecare truismul că mai nu există om, oricât de sănătos ar părea el, la care să nu poată fi identificată prezența bacilului lui Koch. Alții, dimpotrivă socot cu puțină ftizia post-traumatică (2 cazuri de tuberculoză pulmonară unilaterală, consecutivă pierderii brațului — *Spitz*, 1927; un caz după o leziune a capului

cu arma de foc—*Knack*, 1926; cazuri de tuberculoză chirurgicală, vaccinatorie, infectarea ulterioară a răni din regiunea toracică—*Magnus* 1929).

Dar, chiar admitând posibilitatea unei tuberculoze post-traumatice, în absența unui focar vechiu (în orice caz procentul n'ar putea fi mai mare de 3^o o), trebuie să observăm că, *dacă între data traumatismului și pronunțarea stiziei a trecut mai mult de 4—6 luni*, orice corelațiune între traumatism și boală e exclusă. E însă adevărat că hemoragii post-traumatice se pot ivi și după ani de zile dela traumatism, fără ca ele să fie semnul unei leziuni pulmonare (*Pilod*, 1929). Pentru că nu trebuie să se uite că existența bacilului lui Koch în sânge și deci capabil de infecțiune se mărginește la tuberculoza pulmonară avansată și la tuberculoza miliară; nici chiar existența unui focar latent nu e suficientă spre a explica prezența bacilului în sânge. În ce privește însă infecțiunea, e de notat că aceasta trebuie să se producă înainte de dispariția efectelor imediate ale răni. În orice caz trebuie să existe o leziune, dacă nu directă a plămânului, cel puțin a căilor respiratorii superioare, cum ar fi tracheea de exemplu (observația lui *Krutzsch*, 1928: la 4 luni după accident, un om de 35 ani moare de tuberculoză pulmonară; dar anamneza a stabilit că el suferise de o *inflamație acută a tracheei, notată cu două luni înainte de traumatism*).

Incontestabil însă trebuie admisă tuberculoza pulmonară post-traumatică indirect datorită traumatismului, atunci când, depe urma acestuia, individul e nevoit să stea culcat vreme îndelungată, ceeace-i debilitază organismul care astfel e susceptibil de infecțiunea tuberculoasă.

V. Bronco-pneumonia, pneumonia, congestia pulmonară, edemul acut al plămânilor se notează ca urmare a traumatismului (toracic, cranian sau al unei alte părți a corpului), în alcoolismul cronic, cu *delirium tremens*. Moartea poate fi rapidă, fulgerătoare chiar și atunci ea se explică prin acțiunea inhibitorie a traumatismului asupra pneumogastricului. Moartea în *delirium tremens* s'a observat și la un traumatism relativ ușor: punerea camășii de forță.

Un traumatism în partea superioară a trunchiului poate cauza o bronșită care, neglijată, devine cronică.

3. Complicațiunile leziunilor pleurei și ale plămânilor:

a. *Accidente infecțioase* cari se pot termina cu moartea.

b. *Complicațiuni datorite prezenței unui corp strein*. Trebuie însă relevat că plămânul e foarte tolerant pentru corpii streini: un proiectil, de exemplu, poate rămâne fixat și neextras, fără să se noteze o stare patologică la individ. Atunci, însă, când avem aface cu un corp strein septic, se formează în plămân un abces putrid, care se poate inkista, dând naștere la o cavernă care simulează ftizia pulmonară.

c. *Moartea* poate surveni în câteva ore după o lovitură de cuțit care perforează pleura și plămânul. — E de observat, însă, că pneumotoraxul unilateral nu provoacă întotdeauna moartea imediată. Ceva mai mult, dacă în partea înțepată plămânul are aderențe cu peretele toracelui, pneumotoraxul nu se produce ușor, iar plă-

mânul, dacă n'au fost lezate vase mai mari, poate funcționa mai departe.

Moartea mai poate fi datorită șocului inhibitoriu consecutiv comotivului violente a peretelui anterior al toracelui.

Se poate nota și cazul de moarte prin embolia cerebrală, consecutivă fracturii claviculare și trombozei subclaviare (observația lui *Vates* și *Guest*, 1928).

C. Inima

Cardiopatiile în genere se traduc prin stări de slăbiciune, vertij, leșin care se poate agrava până la complectă pierdere a cunoștinței, iar prin acumularea unei mari cantități de sânge în pericard, leșinul se prelungește cu fenomene de compresiune cardiacă. — Din punctul de vedere etiologic, cardiopatiile se pot nota: 1. *La un individ cu inima sănătoasă până în momentul acțiunii traumatice* (inclusiv traumatismul psihic); cardiopatia aceasta se poate manifesta *brusc* (printr'o ruptură valvulară (ruptură de compensație), sau *progresiv*, în câteva săptămâni sau în câteva luni (prin endocardită traumatică). — 2. *La un cardiopat vechiu* traumatismul agravează boala (prin ruptură valvulară, prin zguduirea cardiacă, prin agravarea unei endocardite cronice).

I. Leziunile notate

În prealabil ținem să observăm, că leziunile se produc sau *direct* prin strivire, tracțiune, înțepare, sau *indirect* prin acțiunea unor fragmente osoase ascuțite.

Plesniturile intra-ventriculare pot fi și spontane; diagnosticul diferențial e acesta: în *ruptura traumatică*, diametrul orificiului septului cardiac e mai mare la exterior decât în interior; în *ruptura spontană*, diametrul interior e mai mare decât cel exterior.

Miocardita poate fi consecutivă unui atac de reumatism articular acut, care se identifică prin preexistența unor simptome de insuficiență cardiacă (dispnee, edem).

a) Pericardul

E de regulă lezat oridecâteori se notează și o leziune a miocardului. Se cunosc însă excepții de pericard nevătămat chiar în urma unui grav traumatism al inimii. (1. *Glontele* a practicat în pericard numai un fund de sac — observațiile lui *Justi* — 1900, *Roth*, *Gruber* — 1921. — 2. Individul se lovește în piept de o șină. *La autopsie*: ruptura ventriculului drept al inimii, cu cruștarea pericardului și cu absența unui hemopericard. Explicația: după cădere și ruptură, activitatea sistolică a inimii a fost redusă la minimul posibil — *Demel*, 1927). — Cât despre rupturile interesând numai pericardul, inclusiv cele spontane, ele sunt foarte rare, cum ar fi, de exemplu, observația lui *Spitzmüller* (o ruptură izolată a pericardului printr'un traumatism contuzional indirect și fără leziunea organelor învecinate; ea se explică prin tensiunea pericardului și lovirea pendulară a inimii în partea mediastinală a pericardului).

Singurele leziuni, datorite contuziunilor, ce se pot nota sunt: echimoze, hematom, pericardita uscată, pericardita supurată.

b) Endocardul

Rar se notează o endocardită infecțioasă acută, de atribuit unui traumatism. Ea e posibilă numai în cazul când, prin ruptura valvulară și ruptura endocardului, microbii prezenți în circulația sanguină atacă pe aceasta din urmă. În schimb o *endocardită sclerozantă*, lentă, progresivă, e consecutivă unei contuzii a inimii.

c) Miocardul

Leziunile notate sunt:

1. Echimoze și hemoragii sub-endocardice și endocardice. — În hemoragia sub-endocardică, sângele pătrunde printre fibrele sistemului de inervare și moartea e datorită compresiunii acestor fibre (observația lui *Cesaris*, 1928).

2. Rană mai mult sau mai puțin penetrantă; rană perforantă. — În marea majoritate a cazurilor, ele se notează la inima dreaptă, ca una ce e mai expusă prin situația ei anatomică, iar pe deasupra are pereții mai subțiri ca acei ai ventriculului stâng.

Dintre *rănile superficiale*, notăm *șanțul săpat* tanzențial pe toată suprafața exterioră a inimii.

Rănilile adânc *penetrante* sau *perforante* se prezintă sub forme variate: liniară, triunghiulară, rotundă, neregulată. — Aci e de observat că, excepțional, se poate nota următorul fapt curios: în peretele toracic nu se identifică decât un singur orificiu (indiferent de forma lui), iar la explorarea mai departe a leziunii se dă peste două sau și chiar mai multe răni în inimă. Explicația: *instrumentul cu care s'a cauzat leziunea toracică sau a fost răsucit după prima lovitură, sau a fost scos, odată sau de mai multe ori, și reînplântat în același loc*. Intotdeauna se va nota un orificiu de intrare cu mult mai mare și cu forma mai mult sau mai puțin modificată decât ar trebui să ne așteptăm dela instrumentul determinat, dacă lovitura ar fi fost unică și instrumentul nerăsucit.

3. Rupturile izolate ale peretelui intern, deși rare, se pot totuși înregistra (în masajul direct al inimii—*Anreich*, 1922).

4. Rupturile izolate ale septului sunt excepționale.

5. Plesnirea inimii prin hipertensiunea sanguină intracardiacă, datorită, compresiunii toracelui, însoțită de un spasm al glotei.

(*interesantă observație de plesnire a inimii*. — Bărbat viguros de 69 ani. E apucat de o crampă cardiacă; o mică slăbire a pulsului, o ușoară atenuare a zgomotelor inimii; ameliorare după două zile; subit, în a 3-a zi, un acces convulsiv clonic, în cursul căruia se produce moartea. *Autopsia*: hemopericard; hipertrofia și dilatarea inimii atonice; ruptură a miocardului, jos, în partea central mediană anterioară; în vecinătatea acestei plesniri două alte rupturi interesând numai partea superioară a epicardului.

6. Sarcomul, kistul hydatidic, gomele sifilitice, degenerescența grăsoasă a miocardului, cari favorizează *ruptura* (traumatică ori spontană). În *ruptura spontană* sediul de predilecție e inima stângă, pentru că pereții ei au de suportat o presiune mai mare.

7. Ruptura inimii în traumatismul indirect: o plesnire a inimii în urma unei fracturi a bassinului prin călcarea individului de un vehicul sau prin tamponare (*Sapir*, 1927).

8. Ruptura inimii în cursul unei septicemii gangrenoase (Se înțeapă la mâna stângă cu un cui; un flegmon gangrenos complică rana; individul moare după o lună și jumătate dela accident. La *autopsie* se notează: 250 grame sânge coagulat revărsat în pericard; spre vârful inimii, la ventriculul stâng, un orificiu, stabilind comunicația între sacul pericardic și cavitatea ventriculară — *Sorel*, 1927).

9. Rupturi de tracțiune notate în marea majoritate a cazurilor la septul auricular.

10. Strivirea miocardului, uneori cu pericardul neatins.

În plesnirea traumatică sau spontană a inimii, în rănile mai adânc penetrante și cu atât mai vârtos în cele perforante, se notează întotdeauna o cantitate variabilă de sânge revărsat în pericard (dela câteva grame la o jumătate de kilogram).

11. Desprinderea inimii poate fi parțială sau totală. — În *decolarea parțială*, legăturile inimii cu vasele bazei sunt în parte rupte; iar, prin spiatecătura pericardului, inima face hernie. — În *decolarea totală*, absolut toate legăturile inimii cu vasele sunt rupte, iar organul pătrunde fie în pleură fie în abdomen. În marile traumatisme, prin deschiderea cavității toracice, inima desprinsă poate ieși afară din corp (observația lui *Casper*: sub greutatea unui trunchiu de copac, toracele a plesnit, iar inima desprinsă a sărit afară la o depărtare de câțiva metri; *Hofmann* citează și el două cazuri analoage).

12. Miocardita — care e caracterizată prin inflamația mușchiului cardiac, degenerarea fibrelor musculare și desvoltarea țesutului celulo-conjunctiv interstițial dintre aceste fibre — poate fi acută sau cronică. — *Acută*, se traduce prin următoarele simptome: urcarea temperaturii, palpitații, puls rapid, slab și neregulat, paloarea feței, răcirea extremităților. — Semnele miocarditei *cronice* (coexistență cu arterio-scleroza sau cu hipertensiunea arterială): toate simptomele miocarditei acute, în plus mărirea volumului inimii, aritmia cardiacă.

Spre a se putea atribui miocarditei o origine traumatică, trebuie ca traumatismul să fi interesat direct regiunea precordială a toracelui, provocând o ruptură incompletă și cicatrizantă a peretelui cardiac sau o dilatație localizată a acestuia.

d. Valvulele

Leziunile (ruperea sau desinserțiunea valvulelor prin ruperea cordajelor, a stălpilor) pot fi *imediat consecutive* traumatismului inimii, ori *tardiv* (ca, de exemplu, în urma unei endocardite sclerozante, efect al contuziunii inimii). În ordinea de frecvență, se notează întâiu rupturile sigmoidelor aortice, și apoi rupturile valvei mitrale; în fine, rare de tot sunt leziunile interesând valvula tricuspidadă. — Traumatismul poate fi sau o gravă contuziune a regiunii precordiale, sau un efort brusc, sau, înslășit, un șoc psihic (cum ar fi teama), care provoacă un spasm reflex al vaselor periferice și o contracțiune musculară mai mult sau mai puțin generalizată. — Leziunile valvulare sunt favorizate fie de preexistența arteriosclerozei, fie de aceea a unei boli infecțioase (sifilis, reumatism articular).

Simptomele leziunilor valvulare (indiferent dacă ele interesează sigmoidele aortice sau aparatul mitral). — *Semnele subiective*: 1. durere în regiunea precordială sau în cea epigastrică; 2. palpitații, opresiune, dispnee, senzație de sufocare, vertij; 3. insomnie. — *Semnele obiective*: 1. pierderea cunoștinței; 2. suflul diastolic auzit la auscultație, la baza inimii atunci când e vorba de valvula aortică, și suflul sistolic perceput la vârful organului, în caz de leziune a valvei mitrale; suflul acesta poate fi auzit și dela distanță (la 50 cm. și chiar la 1—2 metri); 3. persistența dispneei și după ce bolnavul, leșinat, își revine în simțiri.

II. Efectele

Înainte de toate vom observa că nu orice leziune gravă a inimii e mortală; sunt rupturi cari pot fi reparate prin sutură.

1. Cardiopatiile pot cauza complicațiuni tardive (de exemplu: tuberculoza pulmonară—*Rubenshon*, 1928) ori să agraveze procesul unei boli preexistente.

2. Comoția inimii, chiar fără existența unei leziuni a organului, poate fi cauză de moarte.

3. Pericardita provoacă uneori complicația pneumoniei.

4. Leziunile miocardului. — a. În caz de *contuziune ușoară*: sau vindecare completă, sau o cardiopatie subsequentă; în *contuziunile grave*: agravarea car-

diopatiei preexistente: moartea instantanee sau după câteva ore, sau chiar câteva zile.

b. *Rana nepenetrantă* se cicatrizează încet, prin formațiune de țesut conjunctiv și de sudare locală cu pericardul. De o regenerare a țesutului miocardic nu poate fi vorba.

c. *Rana perforantă*, dacă nu se produce intervențiunea chirurgicală, are ca urmare, după importanța rupturii, moartea rapidă sau tardivă (statistica lui *Schuster*: pentru 82 de cazuri de rupturi ale cordului: 1. moartea instantanee în 24 cazuri; 2. rapidă, după câteva minute, în 29 observații; 3. tardivă — câteva ore ori chiar câteva zile — în restul de 29 cazuri). Moartea e datorită revărsării sângelui în pericard (tamponada pericardică).

5. Leziunile valvulare pot avea ca urmare o cardiopatie suportabilă uneori timp de ani, cu condiția însă ca bolnavul să nu mai facă nici un efort mai mare, care provoacă moartea, dacă nu fulgerătoare în orice caz rapidă. În unele cazuri grave, leziunea poate cauza moartea în maximum 1—2 ani. Excepțional leziunile valvulare se vindecă singure (observația lui *Costiaux-Laugier*: la autopsia făcută după 20 ani dela traumatismul care cauzase insuficiența aortică, nu s'a mai găsit nici o urmă de leziune a valvei sigmoide).

D. Diafragma

I. Leziunile. — 1. *Ruptura izolată* a diafragmei e o raritate, pentru că de obicei leziunea acestui mușchi se întâlnește concomitent cu o leziune toracică sau abdominală. — După *Cosăcescu și Zlotescu* (1927) ruptura traumatică subcutanată și izolată a diafragmei se poate produce: a) prin fragmentul unei coaste rupte; b) prin efectul unei comoțiuni grave.

Ruptura diafragmei poate fi însoțită de o hernie diafragmatică.

II. Efectele. — Izolată ori nu, ruptura diafragmatică e periculoasă prin invaziunea viscerelor abdominale în cavitatea toracică.

VIII. Abdomenul

La exterior se pot nota:

1. Toate leziunile interesând pielea, musculatura și vasele, descrise la examenul somatic general. În ce privește rănilor datorite instrumentelor tăioase sau înțepătoare, e de observat că o lamă scurtă poate cauza o rană mai adâncă decât am putea deduce din lungimea lamei: *Lacassagne*, care explică această curiozitate prin elasticitatea și depresibilitatea peretelui abdominal. numește aceste răni *plaies en accordéon*.

2. Mai putem nota și eventrarea, adică spintecarea abdomenului, cu sau fără ieșirea măruntaielor.

3. Distrofia adiposo-genitală a abdomenului și a regiunii basinului, efect al unei degenerescențe grăsoase de natură hipofisară. — aceasta din urmă fiind consecutivă unei fracturi a bazei craniului cu plesnirea sfenoidului și a dosului șelei turcești.

4. **Sindromul paraperitoneal** (contracturi localizate, vărsături, în rănile nepetrante.

* * *

De observat că, în contuzia cât de ușoară, chiar fără urmă exterioară, se poate produce moartea fulgerătoare (prin inhibiție).

IX. Cavitatea abdominală

În *cavitatea abdominală*, în afară de leziunile interesând diversele organe, putem nota:

1. O *hemoragie internă*.

2. O *infecție peritoneală*.

3. O *peritonită perforantă*.

4. *Hipostaze viscerele* la stomac și intestine, la rinichi și vesica urinară.

5. *Periviscerite* consecutive la răni sau contuziuni, umate de formațiune de hematomi; aderențele se notează îndeosebi în caz de infecție preexistentă (tuberculoză, sifilis, enterocolită); imflamația se poate propaga la distanță prin vasele limfatice sau prin desvoltarea unei epiptoite subacute.

6. *Leziuni intestinale; rupturi mesenteriale, leziuni ale epiplonului; rupturi, plesniri sau striouri ale stomacului, ficatului, splinei, rinichilor, vesicii, uterului gravid* (în contuzii).

A. Stomacul și intestinele

(Vezi examenul tubului digestiv la cap. „Examenul somatic general“, Vol. II).

B. Hernia

Putând fi unice sau duble (apărând simultan sau succesiv), herniile sunt de *volum* foarte variabil: dela mărimea unei alune, a unui ou de găină, la aceea a unui cap de copil sau chiar mai considerabilă. — *Forma* e și ea variabilă: lunguiață, ovalară, emisferică; fără formă definitivă, atunci când măruntaiele țâșnesc afară din cavitatea abdominală (în caz de eventrație).

Hernia obicinuită se prezintă sub forma unei tumori, al cărei înveliș e format de piele și sacul herniar (o porțiune a peritonului), iar conținutul e constituit de epiplon și de intestine (de regulă intestinul subțire, foarte rar intestinul gros și excepțional vesica, ovarele, trompele).

Tumoarea hernială nu modifică întru nimic colorațiunea obicinuită a pielii. E reductibilă: scade de volum și poate chiar să dispară complect prin reîntrarea intestinului în abdomen, fie sub acțiunea presiunii digitale, fie chiar, numai prin repausul prelungit al culcării pe spate. Dimpotrivă, volumul crește atunci când, fără

bandajul special, individul stă în picioare, tușește, face vreun efort violent.

a. Observațiuni diagnostice

1. Hernia poate fi și *latentă* ori chiar *congenitală*, iar traumatismul (efortul) nu face decât să inlesnească apariția ei. Pe când hernia *pur traumatică* se declară aproape fulgerător. În general ea se produce prin împingerea progresivă a peritonului sau prin dilatarea fosețelor peritoneale preexistente, sub influența eforturilor repetate.

2. Dar și *hernia pur traumatică*, în foarte multe cazuri, s'ar putea explica printr'o predispoziție herniară, care se caracterizează prin : a. inserțiunea vertebrală joasă a mesenterului; b. o slăbire generală sau localizată a peretelui abdominal; c. absența tonicității musculaturii abdominale, congenitală sau dobândită (la obezi slăbiți, la ascitici, după resorbirea lichidului).

3. *Hernia inguinală* nu se produce spontan decât excepțional la un om sănătos; dacă omul are numai aparența de sănătate, atunci hernia se explică prin existența unei slăbiri congenitale sau dobândite a peretelui abdominal, iar hernia și-a croit încet drumul. — *Hernia inguinală congenitală* se produce prin angajarea bruscă a intestinului într'un sac dinainte constituit, urmă a trajectului vaginoperitoneal.

4. Numai excepțional herniile *crurală*, *ombilicală* și *epigastrică* pot fi atribuite unui traumatism.

Simptomele herniilor. — Se notează : colici surde în vecinătatea tumorii herniale; o senzație de apăsare; digestii penibile; dureri mari în timpul tusei. — Durerea nu e în raport cu volumul herniei: o hernie foarte mare poate fi indoloră, pe când una de mărimea numai a unei alune poate cauza, la cel mai mic efort, o senzație foarte penibilă. — Având mereu tendința de a crește, atunci când capătă un volum excesiv, hernia poate deveni ireductibilă și în cazul acesta e indicată intervenția chirurgicală. Dar aceasta din urmă poate fi periculoasă, când e vorba de un individ în vârstă înaintată, de o mare slăbiciune fizică sau, din contră, de o obezitate foarte pronunțată.

b. Complicațiunile herniei

1. *Acumularea de materii fecale într'o ansă intestinală herniată* : ansa destinsă se poate gătui. — Semnele acestei complicațiuni : o mare sensibilitate a herniei, dureri abdominale, constipație apoi soluție sau simptome de strangulare intestinală.

2. *Strangularea intestinală* e cu atât mai frecventă, cu cât hernia e mai mică (în marea majoritate a cazurilor de hernie crurală). Ansa strangulată, pe care se vede un șanț de constricțiune, se sfăcează repede și capătă o nuanță gangrenoasă de foaie veștedă. În caz de perforare, conținutul intestinal pătrunde în cavitatea abdominală, — de unde o peritonită de obicei mortală.

Semnele exterioare ale strangurării intestinale: 1. creșterea subită a herniei care devine ireductibilă; 2. indispoziție generală, greață, vărsături alimentare, mucoase sau bilioase; 3. constipație rebelă, cu oprirea gazelor în intestin; 4. la nivelul herniei se vede o tumoare rotundă, elastică, fluctuantă, ireductibilă, dureroasă, cu pielea roșie, umflată; 5. după 4 sau 5 zile, uneori chiar numai la 24 ore dela apariția strangurării, vărsăturile devin fecaloide (o materie albicioasă, gălbue, fetidă); 6. alterarea trăsăturilor feței, exoftalmia, subțierea nasului; 7. pulsul mic rapid, apoi intermitent; 8. răcirea extremităților; 9. suprimarea excrețiunii urinare; 10. o ultimă vomitare și moartea. — Uneori se poate nota o deschidere spontană a intestinului în peretele abdominal gangrenat, cu formarea unui anus contra-naturii.

3. **Moartea** foarte frecventă în herniile prin eventrare.

c. **Tipurile de hernii**

După *localizare*, putem nota următoarele tipuri herniale:

I. **Hernia crurală**, care se produce prin inelul crural, e foarte mică și de regulă volumul ei nu depășește pe acela al unei nuci.

II **Hernia inguinală**, foarte frecventă la bărbat și foarte rară la femeie, se produce deobicei pe linia cordonului spermatic, în mijlocul acestuia, într'un canal vagino-peritoneal. Uneori hernia poate fi înconjurată de un hidrocel. Numai rareori hernia se produce în afară de cordonul spermatic. Provoacă uneori vărsături și leșin.

Hernia inguinală vaginală se întâlnește foarte des la copiii mici (prematuri, slabi, rachitici), la adulți (atunci când nu datează din epoca infanției) între 20 și 30 ani, iar la bătrâni e foarte frecventă (în proporție de 1 la 9).

III. **Hernia ombilicală** se produce prin inelul ombilical, îndeosebi la copii de ambele sexe și la femeie după 40 ani. — În caz când tumoarea hernială a contractat aderențe. durerile sunt frecvente (colici).

IV. **Hernia epigastrică** sau a *liniei albe* se produce deasupra ombilicului. Deobicei de mărimea unei nuci, maximum aceea a unei mandarine, hernia ombilicală poate, excepțional. să fie și foarte voluminoasă. — E foarte dureroasă și uneori provoacă vărsături.

V. **Hernia prin evrupațiune:** ieșirea măruntaelor din cavitatea abdominală, indiferent de zonă, prin ruperea, sfășierea peretelui abdominal.

VI. **Hernia diafragmatică** (uneori congenitală) se produce printr'o ruptură a diafragmei. Ea poate fi tardivă, adică după un timp mai mult sau mai puțin lung dela traumatism, după cum o ilustrează următoarea observație:

O compresiune toracică în sens lateral determină un hemotorax, urmat de o bronșită, apoi de pleurezie și de piopneumotorax. După 7 ani dela traumatism, rănitul prezintă dispnee după fiece masă, o bultire precordială, o respirație anormală a zonei de sonoritate toracică din stânga. Intervenția chirurgicală constată aderențe mari între viscerele herniate și pericard (*Etienne-Sicard*, 1927).

C. Ficatul

1. Leziunile

Unice sau multiple ele se prezintă sub următoarele forme:

a. **Rupturi ale parenchimului hepatic și ale capsulei.** — Cel mai frecvent, rupturile se notează în partea mijlocie a ficatului, în partea anterioară, îndeosebi la convexitate și la marginea lobului drept. În marea majoritate a cazurilor ele au o direcțiune sagitală.

b. **Desprinderea capsulei.** cu hematom subseros în zona atinsă.

- c. Leziuni în vecinătatea ligamentului suspensor.
- d. Ruptura vesicei biliare.
- e. Hemoragii în focar în interiorul parenchimului.
- f. Hematomi ai suprafeței ficatului, consecutivi rupturii sub-capsulare.

2. Observațiuni diagnostice

Rupturile ficatului sunt favorizate de o stare patologică (degenerescența grăsoasă, intoxicația fosforică, eclampsia, dilatarea prin mărirea conținutului sanguin).

3. Efectele leziunilor hepatice:

a. *Congesiunea ficatului*. — *Ciroza*, contestată însă, atunci când i se atribuie o origine traumatică. — *Cirozele biliare*.

b. *Icter* cu sau fără temperatură mare, acompaniat sau nu de turburări nervoase.

c. *Vii dureri abdominale*. *Litiasa biliară* și *colicile hepatice*.

d. *Contractura intensă a peretelui abdominal* — „*ventre de bois*“, — care poate fi consecutivă unei spărturi a ficatului.

e. *Abcesul* și *cancerul ficatului*, cari pot fi identificate abea după câteva luni dela producerea traumatismului.

f. *Peritonita generalizată* prin propagarea microbilor de infecțiune, ce pot fi conținuți în vesica biliară ruptă.

g. *Moartea* consecutivă oricăreia din leziunile notate.

1). Splina

În prealabil e de observat că se pot produce și rupturi spontane ale splinei, îndeosebi când aceasta e patologic alterată.

1. Leziunile

a. Ruptura ori *pleșuirea*, notată mai frecvent în direcțiune transversală, e întotdeauna favorizată la o splină patologic alterată (malaria, febra tifoidă, leucemia).

b. Dilatarea splinei prin conținutul sanguin din ea. — *Splenomegalia* (o splină de 3500 gr. observată de Legène-1927) poate fi datorită unei stări patologice preexistente: 1. *ciroza ficatului* la alcoolici, sifilitici, cardiaci; 2. *afecțiunile sângelui* (leucemia mieloidă, anemia pseudo-leucemică, eritrocitemia); 3. *infecțiunile cronice* (paludismul, febra recurentă, sifilisul, tuberculoza, endocardita infecțioasă); 4. *tumorile* (kist sau cancer); 5. *morbul lui Banti*.

c. *Ramolirea parenchimului splinei*

d. *Leziunea capsulară*. — Uneori se poate nota o strivire sub-capsulară, cu capsula foarte puțin atinsă sau chiar intactă. Capsula sfâșiată poate fi inchircită ca un capușon, la nivelul pierderii de substanță.

e. *Hematomul splenic* poate să se formeze sub capsulă sau în loja splenică. — 1. *Hematomul peri-splenic* apasă asupra diafragmei,

creând astfel simptome respiratorii. — 2. *Hematomul intra-splenic* se poate ulterior transforma în kist care, la rândul lui, să se rupă.

Simptomele. — Leziunile splinei se manifestă prin: 1. durere vie; 2. sincopă imediată sau tardivă; 3. rezistență musculară; 4. mărirea mobilității splinei; 5. slăbirea pulsului.

2. Efectele

a. Cea mai gravă notațiune e *hemoragia internă*, care se poate manifesta în trei faze: 1. *perioada de debut* cu fenomene de șoc; 2. *perioada latentă* de câteva ore până la câteva zile sau chiar 1-2 săptămâni; 3. *perioada finală*. — Hemoragia, care se produce spontan sau consecutiv unui mic efort, e însoțită de o durere violentă, cu un junghiu. *Brutală*, hemoragia internă cauzează moartea în mai puțin de o oră dela traumatism. — În cea *latentă*, sfârșitul letal poate întârzia până la două săptămâni, dar atunci moartea survine brusc, în timpul când bolnavul era socotit în afară de orice primejdie.

b. *Mobilitatea sau deplasarea splinei*.

c. *Kisturile hidatice*.

d. *Icterul* care trebuie atribuit unei leziuni prin repercurșiune a ficatului și resorbțiunii sanguine.

e. *Anemia* — complicațiune tardivă, care se poate ivi și după doi ani dela intervenția chirurgicală pentru repararea unei leziuni splenice.

F. Rinichii și vesica

Semnele generale ale unei leziuni sau afecțiuni a aparatului urinar sunt, în însăș ordinea gravității: 1. *echimozele la distanță* (pe vintre, pe inelul inguinal, pe scrotum) a căror apariție nu e simultană cu însăș producerea leziunii renale, ci întârzie 6-7 zile; 2. *tumoarea lombară* (revărsarea sanguină perinefritică); 3. *albuminuria*; 4. *hematuria*; 5. *moartea*. E de observat că încetarea unei hematurii nu indică neapărat restabilirea funcțiunii renale; aceasta poate fi un semn de excluderea rinichiului, ceea ce se constată prin cateterism.

1. Rinichii

1. *Leziunile* suferite de rinichi pot fi:

a. O simplă zguduire care se poate traduce prin nefroză, adică un proces de degenerare a țesutului organului sau prin formarea unui kist.

b. O contuziune (consecință a unui traumatism al abdomenului), cu sau fără prezența unor echimoze sub-capsulare, se traduce prin dureri violente în regiunea lombară, edem, anasarc cu hematurie, oligurie și anurie și prin pierderea cunoștinței, cari sunt semnele neîndoioase ale unei nefrite acute hemoragice. Uneori se notează și coma, care se poate produce cu o întârziere de până la o săptămâ-

mână. Nefrita acută e adesea mortală. Ajunge ca numai un singur rinichiu să se fi resimțit de efectul contuziei, pentruca și celalt rinichiu să se îmbolnăvească: lysinele renale, adică produsele de desintegrare ale epiteliilor unuia dintre rinichi, sunt capabile de a da naștere la grave alterațiuni în celalt rinichiu (experiențele demonstrative ale lui *Castaigne* și *Rothery*).—La *autopsie*: rinichii măriti de volum, comprimați în capsula lor, cu numeroase mici echimoze hemoragice la baza piramidelor și cu necroza și degenerarea grăsoasă a epiteliilor tubilor contorți; uneori se notează o scleroză interstițială, ca efect al cicatrizării leziunii.

c. Strivirea se traduce prin semnele unei nefrite acute și cauzează o hemoragie intensă în basinul rinichilor.

d. Rupturile sunt mortale în foarte mare proporție (aproape 50 la sută din cazuri), mai ales când sunt însoțite de leziuni ale splinei și ficatului, de leziuni peritoneale și de fracturi ale oaselor din vecinătate.—De obicei unică, ruptura poate fi și multiplă; forma ei e lineară sau stelată.

În *ruptura unică și completă*, rinichiul e despărțit în două jumătăți aproape egale, interesând și organul propriu-zis și capsula suprarenală. La *autopsie* se notează: 1. focare sanguine în substanța corticală și medulară, sufuziuni sanguine ale capsulelor și ale țesutului pericapsular la hil; 2. hematomul subcapsular; 3. comunicare între focarul de ruptură deoparte, basinetul și ureterele de alta; 4. prin invazia microbiană în cheagul sanguin și în parenchimul renal se produce o supurație cu abces în rinichiu și în zona perirenală; 5. revărsări sanguine în vecinătatea adipoasă.

e. Desprinderea rinichiului.

Observațiuni diagnostice:

1. *Ruptura transversală*, atunci când e perpendiculară pe axa longitudinală, pornește de regulă dela hil.

2. *Ruptura* se poate nota și când nu există o urmă de violență pe peretele abdominal. De exemplu: a. în căderea dela înălțime pe un obiect tare, rinichiul e comprimat între acest corp și unghiul format de coasta a 12-a și de apofisa transversă a primei vertebre lombare; b. în compresiunea violentă a peretelui abdominal, prin trecerea unei roți ori în tamponare, rinichiul poate plesni.

3. *Ruptura vitală* se diferențiază de cea *post-mortală* prin aceea că în aceasta din urmă lipsesc sufuziunile întinse ale capsulelor și ale țesutului pericapsular la hil.

II. *Efectele și complicațiile eventuale ale leziunilor renale pot fi:*

a. *Calculii renali de origine traumatică* (dovedită prin prezența unui chiag sanguin în centrul lor) sunt consecutivi unei leziuni directe a rinichiului, unei fracturi a coloanei vertebrale, paraliziei medulare, unei paraze a basinului renal

și a ureterelor. — Se traduce prin durere lombară, colici nefritice, hematurie de scurtă durată și au drept complicațiune pielonefrita.

Observațiune diagnosticală. — Prezența acidului uric în jurul chiagului sanguin din centrul calculului arată o predispoziție la *litiasa renală*.

b. Cancerul renal, de volum și consistență variabilă, mobil sau fix, se traduce prin durere vie în regiunea inguinală, colică nefritică, hematurie, cachexie.

c. Hydronefrosă (distensiunea prin urină a calicelor și a basinetului) se traduce printr-o tumoare rotunjită, lobată sau netedă, în regiunea lombară.

d. Nefrita acută pasageră (albuminurie febrilă); *nefrita supra-acută* (anurie) *nefrita acută tipică* (oligurie, edem al pleoapelor, al glesnei, al gambei, anasarca, precoce hipertensiune cardio-vasculară).

e. Nefrita cronică poate fi sau consecutivă unei nefrite acute sau să se instaleze deodreptul în urma unei infecțiuni lente și atenuate (sifilis terțiar, tuberculoză, paludism, saturnism, alcoolism, arterio-scleroza). — *În viață* se traduce prin dispnee, edem persistent la nivelul maleolelor, cefalee, vertij, epistaxis, turburări oculare, hemiparezie, albuminurie, chloruremie. — *La autopsie*: sau un rinichiu mărit, albicios, sau un rinichiu contractat, fin lobulat, roșu.

Observațiuni diagnostice. — 1. O nefrită poate exista în stare *latentă*, iar traumatismul are numai de efect de a o deslănțui sau de a o agrava. — 2. Nefrita poate avea ca origine și o *embolie*.

f. Perinefrita sau flegmonul perinefritic. Se manifestă prin frison, dureri lombare, febră neregulată, o tumefacție în regiunea lombară cu edem superficial.

g. Pielita și pielonefrita uneori asociate cu o nefrită cronică. — *Semnele*: frison, febră, anorexie absolută, vărsături, cefalalgie violentă, dureri de șale, urină purulentă, tumefacție renală.

h. Rinichiul amiloid. — *Semnele*: urină foarte abundentă (până la 4 litri în 24 ore) și bogată în albumină.

i. Tuberculoza renală; sifilisul renal. — Primele simptome de agravare a tuberculozei renale preexistente apar la 2—3 săptămâni după traumatism.

j. Uremia. — Atunci când e *lentă*, se traduce prin: accese de dispnee asemănătoare astmei, bronșită cu repetițiune, edem pulmonar, toropcală, cefalee, delir, hemoragie transitorie, miosis, turburări gastro-intestinale. — *Semnele uremiei acute*: turburări respiratorii și digestive ca în uremia lentă, paloarea feței, hipertensiune, delir difus, convulsii tonice sau clonice, coma.

2. Vesica urinară și ureterele

1. Leziunile ce se pot nota:

a. Prezența unui corp strein (proectil, așchie de os vecin, fragment de îmbrăcăminte) în vesică.

b. Fistulă vesico-perineală, vesico-rectală, vesico-uterină, vesico-vaginală, vesico-utero-vaginală.

c. Hernie. — Extrofie. — Prolapsus sau cistocelul.

d. Tumoare vesicală (fibrom, sarcom, myom, papilom, epite-liom), primitivă sau efect secundar al unui neoplasm al rectului sau al uterului.

e. Inflamație sau cistită, acută sau cronică.

f. Rupturile, de regulă ca un efect secundar al fracturilor bas-inului, pot fi și *izolate*, dar aceasta numai excepțional (în deosebi atunci când vesica a fost plină în momentul traumatismului).

g. Ruptură a ureterelor

Observațiuni diagnostice. — Rupturile vesicale pot fi provocate de loviri pe epigastru, pe șezut (obs. lui Brenner—1925); se pot produce în timpul coitului (obs. Kennard, 1925); în cursul operației de calculi (Ulmann).

II. Efectele leziunilor vesicale pot fi:

- a. Calculi vesicali, primitivi sau secundari, cu vesica aseptică sau infectată.
- b. Turburări de infiltrație urinoasă în peritoneu, în caz de ruptură a vesicii.

F. Genitalele

Urmând să examinăm separat leziunile și efectele acestora la organele genitale ale ambelor sexe, ținem să stăruim asupra valorii medico-legale a tuberculozei de origine traumatică a acestor organe.

Zollinger (1927), care a consacrat acestei chestiuni un studiu documentat, conchide că infecțiunea nu se poate explica decât prin preexistența unui focar, ai cărui bacili, grație traumatismului, au putut invada regiunea vecină. Ca să se poată invoca o corelațiune directă între traumatism și tuberculoza genitalelor, trebuie ca violența să fi fost de așa natură, încât să provoace o leziune anatomică însemnată a organului infectat. Primele simptome tipice pentru testicule și epididim apar într'un interval liber de 3—4 săptămâni sau de câteva luni.

1. Organele genitale bărbătești

A. Leziunile pot interesa: 1. învelișurile testiculelor (scrotumul, dartosul, cremasterul, vaginala); 2. testiculul, epididimul și canalele deferente; 3. vesiculele seminale; 4. prostata; 5. funcțiunea spermatică; 6. penisul.

a. Scrotumul: 1. *contuziuni ușoare*, cari se traduc prin echimoze albăstrui și cari pot interesa și penisul, perineul și coapsele; 2. *contuziuni mai grave*, — se formează un hematom ca o tumoare piriformă; hemoragia subcutanată se poate propaga la regiunea abdominală inferioară; 3. *elephantiasis*; 4. *flegmon simplu* sau *difuz*; 5. *rupturi* sau *sfășieri scrotale*, cu sau fără hernierea testiculelor; 6. *vaginalita* (inflamație a seroasei testiculare) *acută* sau *cronică*; 7. *hydrocel*; *hematocele vaginal*.

b. Testiculele: 1. *inversiunea testiculară*; 2. *contuziuni*; 3. *luxațiune* (urcarea testiculului până la vintre și fixarea lui sub piele); 4. *fongus* cu posibilitate de infecțiune; 5. *epididimită* și *orchită* (urliană, scarlatinoasă, tifoidă, variolică; orchi-epididimită paludeană, tuberculoasă, sifilitică, reumastismală); 6. *sifilis al testiculului*; 7. *tumorile testiculare*; 8. *ruptură*; 9. *strivirea* are ca efect imbibarea cu sânge a testiculelor, imflamația și atrofia acestora, gangrena testiculară; 10. *castrarea*.

Observație diagnosticală. — În ce privește tumorile testiculare e de observat că ele se pot manifesta după trecerea de ani dela producerea leziunii. (Două interesante observații ale lui *Kopas*—1929: I. După 4 ani dela o rănire cu alică se pronunță un sarcom al testiculului stâng care are de urmare moartea după 6 luni. — II. O tumoare carcinomatoasă se produce după 6 ani dela lovirea testiculului cu un proiectil; moarte prin metastază pulmonară).

c. Vesiculele seminale. — Leziunea cea mai frecventă e inflamația acută sau cronică (*spermato-cistita*).

d. Prostata: 1. *prostatita acută* (glandulară, parenchimatoasă sau abces al prostatei); 2. *prostatita cronică*; 3. *hipertrofia prostatei*; 4. *tuberculoza*; 5. *tumoarea* (cancerul) prostatei.

e. Funcțiunea spermatogenică. Turburările acesteia se traduc prin: 1. *spermatoree*; 2. *aspermatism*; 3. *dispermatism*.

f. Penisul. — 1. *Tracțiune*. — 2. *Jupuire*. — 3. *Contuziune gravă* care, prin formarea hematomului, poate da loc la o indurare localizată, la un abces și chiar la gangrenă. — 4. *Strivirea* membrului viril. — 5. *Ruptura* sau *mutilarea* (în care intră și circumciziunea și castrarea). — 6. *Frângerea* sau *smulgerea* parțială ori totală. — 7. *Balano-postita* (inflamația balano-prepuțială). — 8. *Cancerul* penisului. — 9. *Șancrul*. — 10. *Infiltrațiune de urină*. — 11. *Gangrena*. — 12. *Nodozități în teaca corpiilor cavernoși* cu deviarea penisului în erecțiune. — 13. *Necroza circumscrișă*. — 14. *Ligatura* penisului.

B. În ce privește efectele:

a. O contuzie cât de ușoară a testiculelor poate cauza moartea prin inhibiție.

b. Oricare din leziunile mai grave pot face pe individ incapabil de a procrea.

2. Genitalele feminine

A. Leziunile se pot nota la: vulvă, vagin, clitoris, himen, uter, ovare și trompe.

În ce privește etiologia lor, leziunile pot avea ca origine: 1. manopere abortive (vezi: capitolul „Avortul” vol. II); 2. coitul brutal, consimțit sau silit (vezi: cap. „Atentatul la pudoare”, vol. II); 3. facerea (vezi capitolul respectiv, vol. II); 4. crima, accidentalul sau manopere făcute de însăș persoana examinată (vezi: cap. „Atentatul la pudoare”).

a. Vulva: 1. *vulvita* și *vulvo-vaginita*; 2. *bartholinita*; 3. *erupțiuni* *ouloare* (herpes, erisipel, eczema, plesnituri, pustule, furunculi, prurit, leucoplasi, papilomi, sifilis, șancrul moale, scleroza atrofică a pielii și a mucoasei; leziuni eritematoase sau nodulare de natură tuberculoasă); 4. *tumori* (cancer al vulvei, kist al buzelor mari); 5. *hematom* a cărui origină poate fi și o contuziune indirectă — o presiune exercitată pe osul pubian — observația lui *Rusin*, 1928); 6. *plesnirea varicelor*; 7. *tăitură, ruptură*.

b. Vaginul: 1. *vaginismul*; 2. *flegmon și abces*; 3. *prolapsus vaginal* (cistocel și rectocel); 4. *tumori* (cancer, kist); 5. *cicatrice vicioasă* (care are de urmare un viciu de conformațiune); 6. *ruptură*; 7. *ulcerațiune*; 8. *prezența de corpi streini*; 9. *fistula genito-urinară și fistula genito-rectală*; 10. *leziunile himenale* (vezi capitolul „Atentatul la pudoare”, vol. II); 11. *hemoragii* (foarte periculoase, mai ales când se produc în regiunea *clitorisului*).

c. Uterul: 1. *ocluziune și imperforare* consecutive unei cauterizări, unei ulcerări a colului, unei rupturi; 2. *ruptură sau perforare*, care poate avea ca origine și biopsia, cu ocazia prelevării unei porțiuni din tumoarea uterină. în vederea examenului histologic; 3. *corpi streini în uter*; 4. *prolapsus uterin*; 5. *deviațiunile uterine*; 6. *metritele* acute și cronice; 7. *fibromi, myomi, fibro-myomi*; 8. *sarcomul și chorio-epiteliomul*; 9. *cancerul uterului*: cancer al colului, cancer al corpului uterului, cari se manifestă prin hemoragii și scurgeri leucoreice.

d. Ovarile și trompele: 1. *inflamația acută sau cronică*; 2. *salpingita, salpingo-ovarita*, acută sau cronică; 3. *ovarita cronică*; 4. *tumori* (kistul mucoïd, kistul dermoid, fibromul, mixiomul, angiomul, sarcomul și cancerul primitiv sau secundar unui cancer al uterului sau al tubului digestiv); 5. *oovaralgia* (nevralgiile pelviene); 6. *hematocelel pelvian, retro-uterin, peri-uterin* (consecutive unei hemoragii a trompelor).

B.— În ce privește efectele, dacă nu sunt mortale, ele pot totuși compromite grav sănătatea femeii și să cauzeze și sterilitatea.

X. Șira spinării

A.— Particularitățile, datorite sau nu unei leziuni, ale coloanei vertebrale sunt: *cifosa, lordosa, scoliosa* (simptomatică și esențială), *spina bifida, absența unei vertebre, sacralizarea* (a 5-a vertebră lombară are aspectul anatomic al primei vertebre sacrale).

B.— Bolile ce se pot nota: 1. *osteitele sau spondilitele* (morbul lui Pott); 2. *lomartria*; 3. *cancerul*.

C.— Leziunile variază după natura traumatismului.

1. *Comoția coloanei vertebrale* (cu sau fără traumatism direct, prin simplu traumatism psihic: spaimă) se traduce prin durere, turburări funcționale, paralizia pasageră a tuturor membrilor sau numai aceea a picioarelor; afecțiunea cunoscută sub numele de *railway-spine* (paralizia datorită șocului psihic produs în cursul accidentelor de cale ferată), care se manifestă prin turburări vasomotrice, iritație afectivă, confuziune mintală, paralizia histerică, tremur.

2. *Compresiunea* poate da naștere la: 1. *mielopatia* (tabes dorsal, scleroza în plăci, scleroza laterală amiotrofică, polineurita anterioară, siringo-mielia); 2. *ramolimentul măduvei spinării* (procesul

morbid poate fi lung — aproape un an, fără ca în interval să se producă turburări funcționale însemnate și, uneori, fără identificarea unei hemoragii: observația *Bodechel-Guttman*, 1929).

5. () simplă lovitură ușoară (comoție sau compresiune) poate da naștere morbului lui *Kümmel*: după un interval liber se produce o rarefiere a corpurilor coloanei vertebrale, cu o pierdere de substanță vertebrală și cu apariția terminală a unei cifose angulare. Morbul acesta, la care nu se verifică niciodată supurație (ca în spondilita tuberculoasă, în îngroșarea întregii mase osoase, în procesele sifilitice, în artrita deformantă) e de atribuit unui traumatism care provoacă leziuni ale substanței vertebrale sau ale ligamentului vertebral.

4. Leziuni izolate ale meningelor rachidiene sunt foarte rare și ele se notează în două forme clinice: 1. scurgerea lichidului cefalo-rachidian; 2. fistula cefalo-rachidiană.

Eventualele pete echimotice, notate la autopsie, nu trebuiesc numai decât socotite ca vitale, de oarece adesea se formează hipostase sanguine pe învelișurile măduvei, indeosebi pe pia-mater.

5. Hematomelia e consecutivă unei *rupturi medulare*. Aceasta din urmă poate fi produsă: a. *direct*, printr'o fractură vertebrală; b. prin *repercursiune*, adică fără lezarea directă a măduvei și numai prin simpla *comoțiune* (căderea în picioare, explozie), prin *compresiunea șirei spinării*, sau ca efect al *brușcei decompresiuni atmosferice* (la scafandrieri și la acei cari lucrează în clopotele de scufundat).

Hematomelia se traduce: *în interior* prin hemoragia capilară, focare hemoragice; *la exterior* prin turburări de sensibilitate, atrofia musculară a grupurilor paralizate, incontinență urinară, cachexie pronunțată. *Iar ca urmare tardivă se poate uneori înregistra apoplexia* (la 1 an dela accident — observația lui *Benda*, 1929). — O observație, și mai edificatoare în ce privește valoarea diagnostică chiar a unui traumatism nu prea grav, e aceea făcută de *Laignel-Lavastine* și *Desoille* (1929): O fată de 18 ani (în antecedentele căreia se identifică eredo-sifilisul), pe când ședea pe marginea unui basin de înotat, e lovită, în regiunea cervico-dorsală, de un push-ball căzut numai dela o înălțime de 2 metri. Violența traumatismului a fost mai mică decât aceea a unei puternice lovituri de pumn. Fata pierde cunoștința, dar cade pe spate și imediat se pronunță paralizia celor patru membre. *La nivelul punctului traumatizat nu s'a notat nici o echimoză*. Examenul clinic și radiografic a eliminat ipoteza preexistenței morbului lui Pott. Anamneza exclude și hiperflexiunea vertebrală. Explicația, după autori, ar putea fi o fragilitate vasculară specială.

6. Mielita acută și cronică.

7. Siringo-mielia — afecțiunile consecutive formării unei cavități sau a unui gliom intramedular, interesând și substanța albă și cea cenușie. Se traduce prin: atrofia musculară; paralizia membrelor inferioare, însoțită de paraplegie spasmodică; dispariția sensibilității dureroase și termice; turburări în nutrițiune (crăpături ale pielii); deformarea unghiilor, panariciu, ortropatii asemănătoare celor ale tabesului; cifosă, scoliosă.

Originea siringo-mieliei poate fi sau o hemato-mielie preexistentă sau o neurită ascendentă în legătură cu o leziune periferică infectată. E de notat că siringo-mielia de origine traumatică poate apare tardiv după 5—15 ani. — *La autopsie*, în cazurile de siringo-mielie tardivă, se notează cavități cicatriciale consecutive fie unei hemoragii, fie unei rupturi a țesutului.

8. *Fracturi ale vertebrelor cu sau fără strivirea sau secționarea măduvei.* — Numai excepțional, în cazurile de strivire totală a coloanei vertebrale, se observă și o fractură a celei de a 5-a vertebre lombare, care pare a se bucura de o curioasă imunitate. Chiar o fractură anodină poate cauza o *paralizie complectă și durabilă*. Cele mai multe dintre fracturile vertebrale, însoțite de paralizie, sunt mortale în primele săptămâni. Dar există și fracturi neparalizante, cari se vindecă lesne.

Fracturile vertebrale, chiar cele vindecabile, crează o incapacitate de lucru de cel puțin un an și jumătate (*Cleary — 1925*).

XI. Membrele

În genere se notează:

1. *Leziuni ale părților moi.*
2. *Leziuni ale nervilor* (cu paralizie parțială sau totală).
3. *Luxațiuni, fracturi osoase incomplete sau cominutive* (cari pot avea ca urmare: osteo-mielita, sarcomul, tuberculoza localizată). E de observat: cu toată deschiderea vaselor, consecutivă leziunii, frecvent nu se înregistrează decât o hemoragie neînsemnată. Aceasta se explică prin faptul că, prin însuși efectul loviturii, sângerarea vaselor mari se reduce la minimum.

4. *Gangrena* poate fi consecutivă leziunilor subcutanate, fie după o gravă strivire a țesuturilor interne, fie chiar după numai o lovire ușoară dar care a interesat vasul principal al regiunii.

5. *Tetania secundară* poate fi datorită contuziei sau unei fracturi importante (la individul atins de tetanie latentă sau la unul predispus).

A. Brațele

1. *Ankiloza definitivă*, precedată de impotența segmentului superior al brațului, poate fi datorită unei simple contuziuni a umărului (chiar cu absența unei tumefacțiuni sau a unei simple echimoze și a unei imediate turburări a sensibilității).

2. *Pareza cubitală*, prin compresiunea repetată și prelungită a nervului cubital (compresiunea profesională a telefonistelor, a unor categorii de muncitori manuali și intelectuali).

3. *Tromboflebita* (și cu apariție tardivă de 1—10 ani) e consecutivă sau unui traumatism care a interesat direct brațul, sau unui

efort muscular. Se prezintă ca un efect de repercurșiune (de exemplu: o lovitură de pumn în regiunea inferioară a gâtului -- observația lui Lyon-Caen, 1928).

4. Fractura lui Bennet: fractura intra-articulară a epifizei carpiene a primului metacarpian, cu încălecare dorsală a fragmentului inferior. Traumatismul trebuie să se exercite de jos în sus și din afară înăuntru. — Prost redusă, leziunea aceasta poate avea ca urmare: reducerea opoziției și aducției policelui; atrofia musculară; anchiloza tardivă a policelui; reducerea potențială a încheieturii mâinii și chiar a întregului antebraț.

B. Picioarele

1. Osteoporosele traumatiche, adică rarefierea osului, consecutivă unei modificări vaso-motrice: scafoida tarsiană; boala semilunară a lui Kienböck; boala lui Sinding-Larsen, interesând rotula; boala lui Köbler; osteo-chondrita deformantă a șoldului; boala lui Calvé, Waldenstroem, Legg-Perthes. — Bolile acestea se dezvoltă în urma unui traumatism neînsemnat, mai mult sau mai puțin vechiu, aproape indolor și apiretic.

2. Fracturile maleolare consecutive unei contuziuni sau unei luxațiuni.

3. Fractura tardivă a tibiei. — Un băiat de 15 ani e răsturnat de un automobil. Prezintă o umflătură a genunchiului care e diagnosticată drept o hidrartroză. Radiografia e negativă. După 6 luni (stare staționară), o nouă radiografie identifică o fractură a spinelor tibiei, tuberculul extern prezintând cea mai mare deplasare. Mișcările genunchiului nu erau stânjenite (*Belot-Piédelièvre-Robin, 1926*).

4. „Genunchiul cu resort“ e consecutiv unei grave contuziuni. Se ponunță printr'o durere foarte vie la genunchiu și la pulpă. *Radiografia*: ruptura ligamentelor încrucișate ale genunchiului, hemarthroză, smulgerea capului peroneului.

PARTEA II

MOARTEA

I. „Inmormântarea sau incinerarea se va putea face numai cu autorizația ofițerului stării civile și după 36 ore dela încetarea din viață“ (art. 103, al. I din Legea privitoare la actele stării civile).

II. „Când sunt bănueli asupra cauzelor morții, autorizațiunea de inmormântare sau de incinerare nu se va putea da decât cu prealabila incuviințare a parchetului“ (art. 103, al. III din Legea privitoare la actele stării civile).

III. „In caz de vreo moarte violentă sau de vreo moarte a cărei cauză e necunoscută sau bănuită, procurorul va cere asistența unui sau doi medici sau chirurghi, cari vor face raport despre cauzele morții și despre starea cadavrului“ (art. 45, al. I c. pr. p.).

Simpla enunțare a acestor texte de lege ne indică, în linii generale, tratarea acestei părți a medicinei legale : în primul loc, expertul are de verificat însuș faptul decesului, iar numai după aceea să demonstreze felul morții și cauza sau cauzele ei. În subsidiar i se cere omului artei ca, din elementele autopsiei complete (examenul extern și examenul intern), coroborate cu acele ale autchetei, ale examenului histologic și bacteriologic, precum și, eventual, cu rezultatul analizei chimice, să deducă, bine înțeles numai cu aproximație, data morții.

Adică, pus în prezența unui cadavru sau a unui pretins cadavru, medicul-expert are de rezolvat următoarele probleme :

1. Moartea e ea reală sau numai aparentă?
2. Moartea reală fost-a ea naturală sau violentă (crimă, sinucidere, accident)?
3. Moartea naturală sau violentă fost-a ea fulgerătoare, rapidă sau lentă?
4. Moartea, naturală ori violentă, la ce anume epocă s-a produs ea?

CAP. I

VERIFICAREA MORȚII

„*Mors certa, mors incerta, moriendum esse certe omnino, mortuum esse incertum aliquando*“ — WINSLOW

(In ce privește formalitățile prescrise de lege pentru operațiunea verificării morții, vezi *vol. I, pag. 179*; iar referitor la regulile expertizei, vezi, *vol. I, pag. 698*).

I. Mecanismul morții

„On meurt par le cœur, par le cerveau, par le poulmon”. — BICHAT

Înainte de a trece la studiul de diferențiere a morții aparente de cea reală, să arătăm succint care e însăși mecanismul morții, pe care *Roger o* definește astfel: „Moartea este rezultatul unei opriri a nutrițiunii celulare. fie că substanța constitutivă a celulelor (protoplasma) devine incapabilă de a da naștere la îndoita mișcare de asimilare și de desasimilare, necesară vieții, fie că mediul, care scaldă celulele, suferă modificări din pricina cărora nutrițiunea devine imposibilă”.

În ce privește mecanismul încetării vieții, fapt verificat e, că, nu numai în moartea lentă ci și în cea rapidă, inclusiv ceea ce numim moartea fulgerătoare, ansamblul funcțiilor vitale nu e suprimat brusc, ci succesiv și progresiv, în ordinea importanței fiecărui grup de funcțiuni și a fiecărei funcțiuni în parte.

În primul loc sunt atacate funcțiunile *esențiale* — funcțiunea respiratorie, funcțiunea circulatorie și funcțiunea de comandă și de coordonare a complexului funcțiilor vitale; cu alte cuvinte acele funcțiuni cari au rolul de căpitanie al asigurării nutrițiunii celulare. Numai după aceea sunt stingherite, până la desăvârșita paralizare, funcțiunile secundare a căror menire e de a asigura ceea ce numim *viața vegetativă*, adică viața țesuturilor muscular și cutanat, precum și funcțiunile glandulare.

1. Funcțiunile esențiale

Murim, după atât de sugestiva caracterizare a lui *Vaschide* și *Vurpas* („*Contribution expérimentale à la physiologie de la mort*“ — comunicare făcută în ședința dela 14 Aprilie 1905 a Academiei de Științe din Paris) în *etape*: întâiu epuizarea conștiinței și a fenomenelor psicho-fiziologice cari constituie însăși personalitatea, apoi agonia bulbului și însfârșit moartea lentă, agonizantă a inimii.

Din grupul funcțiilor esențiale, cea dintâi lovită e aceea a centrilor nervoși, în cap cu funcțiunea cârmuitoare a creierului — inteligența. Apoi dispare respirația și în al treilea loc funcțiunea inimii și a circulației sanguine. Îndeosebi în ce privește funcțiunile cardiace și respiratorii, deosebim trei faze în soluția finală a organismului:

1. Modificări vaso-motrice, respiratorii și circulatorii, consecutive modificărilor scoarței cerebrale.
2. O activitate bulbară atipică și turburări de coordonațiune, efect al desordinelor medulare.
3. Ralurile respiratorii și micșorarea vitalității generale. În acest moment, umbra de supraviețuire e de atribuit vieții intrinsece a miocardului, a cărui acțiune excitatoare asupra nervului frenic are

ca efect de a menține respirația. fie sub o formă superficială, fie în stare de inspirații adânci și rare.

Personalitatea nefiind un apanagiu comun tuturor indivizilor (suprimarea funcțiilor inteligenței și conștiinței în bolile mentale), putem conchide că moartea e inexpugnabil instalată, de îndată ce au fost suprimate respirația și circulația.

Am arătat că, din grupul funcțiilor esențiale, cea din urmă suprimată e aceea a inimii. Supraviețuiri, mai mult sau mai puțin îndelungate, ale cordului se notează îndeosebi la nouii-născuți. La adulți, în asfixiile mecanice, bătăile inimii pot persista 10—18 minute după moarte. S'a văzut chiar supraviețuirea acestor bătăi la inimi de decapitați.

Exceptional se poate înregistra și *persistența funcțiunii respiratorii*, după ce moartea inimii a marcat scena finală a dramei. O atare supraviețuire a respirației se notează în morțile consecutive paraliziei miocardului. Și ea e nu numai demonstrată pe cale experimentală (la animalele decapitate se pot observa vreme relativ îndelungată mișcări inspiratorii ale gurii); persistența respirației a fost observată și la om (mișcări inspiratorii ale gurii, *timp de 10 minute*, la doi indivizi guilotinați — *Vezin*; aceleași mișcări, notate timp de 1 minută și 30 secunde, tot la decapitați — *Gad*).

2. Funcțiunile secundare

Dintre acestea e atacată mai întâiu viața vegetativă a țesutului muscular, în al doilea rând aceea a țesutului cutanat și numai la sfârșit funcțiunile particulare ale unora dintre glande (funcțiunea glicogenică și cea ureică a ficatului subsistă timp de câteva ore după moarte — *Bouchard-Brouardel*).

II. Moartea aparentă

Până la sosirea verificatorului, cadavrul trebuie lăsat în starea în care s'a aflat în momentul încetării din viață: nu i se va acoperi fața, nu va fi pus în cosciug și nici expus vreme îndelungată la un frig mare, în timpul iernii (*art. 4, Regul. p. verificarea morților*).

Scăldarea și investmântarea corpului, închiderea sicriului nu sunt permise înainte de expirarea termenului de 36 ore pentru autorizarea înmormântării ori a incinerării (*art. 5 al aceluiaș regulament*).

Mulajul, îmbălsămarea, autopsia sunt interzise înainte de constatarea neîndoioasă a morții (*art. 6 al aceluiaș regulament*).

Dacă, la cea dintâi inspecțiune a cadavrului, nu constată cu certitudine moartea, medicul verificator procede la un al doilea examen exterior după trecere de 12—24 ore, eventual la un al treilea examen după un nou interval de 24 ore (*art. 8, 9 și 10 din acelaș regulament*).

Legea, codul de procedură penală și regulamentul pentru verificarea morții prescriind precauțiunile și restricțiunile pomenite, țin astfel să preîntâmpine eventualitatea nu numai a îngropării sau

a incinerării pripite, ci și primejdia provocării morții reale prin manoperele al căror obiect ar fi un mort aparent. Pentru aceleași considerațiuni e pasibil de sancțiunea pentru omucidere cu precegetare medicul sau orice altă persoană care, în scopul de a preveni înmormântarea sau incinerarea de viu, face mortului pre-zumat o injecție cu o substanță toxică de o violență suficientă spre a suprima definitiv funcțiunile vitale. Și legea nu admite nici scuza că așa ar fi fost ultima voință, exprimată verbal ori chiar în scris.

Moartea aparentă, care l-a preocupat și pe Shakespeare în unele din puternicile lui opere dramatice, e de fapt o stare morbidă care, prin abolirea *trecătoare* dar *efectiv completă* a tuturor funcțiunilor vitale, simulează la perfecțiune tabloul morții reale. De prisos ar fi să mai atragem atenția asupra unora din stările în cari inima continuă să bată și cari, superficial examinate, ar putea, bine înțeles numai pentru un profan, să fie eronat interpretate ca înfățișând moartea: vrem să vorbim de somnul profund al beției, de coma epileptică, de letargia histerică, etc.

Cazurile de autorizații de înmormântare și chiar de inhumare de persoane numai aparent moarte nu sunt un mit. E o grozavă realitate tangibilă, cu mii de observații științifice controlate și explicate. *Bruhier* a cules 500 observațiuni de indivizi îngropați de viu. *Brouardel* înregistrează două asemenea întâmplări (1. O fată în stare cataleptică. — 2. În timpul unei epidemii de holeră, o femeie cade în stradă. Socotită ca moartă de holera fulgerătoare, nenorocita e dusă la cimitir. În momentul când e coborită în groapă, unul din ciocli aude mișcări în cosciug. În grabă e adus un medic care constată că pulsul mai bătea: o sincopă fusese luată drept moarte reală). — *Vezi și observațiunile noastre personale (vol. I, pag. 358).*

A. Durata morții aparente

În repețite rânduri verificată, supraviețuirea în sicriu are o durată variabilă, după constituția individului și după felul bolii: 20-30 minute (*Tourdes*); 30-60 minute (*Hobenstreit*), peste o oră (*Schneider*), până la 3 ore (*Roger*). Foarte scurtă în sincopă și în comotia cerebrală, durata e mai lungă în asfixie și îndeosebi în histerie și degerare.

B. Tipurile de moarte aparentă

Tourdes, în studiul consacrat morții aparente, distinge șapte forme ale acesteia: 1. forma asfictică; 2. cea sincopală; 3. forma histerică sau nervoasă; 4. cea apoplectică; 5. forma anemică și astenică; 6. forma toxică; 7. forma mixtă (asocierea a două sau mai multe din primele șase forme).

În ordinea frecvenței, moartea aparentă se instalează în:

1. *Sincopa* și *anemia*, consecutive unei hemoragii externe sau interne. Se notează oprirea bătăilor inimii.

2. *Asfixia* mecanică (sufocarea, strangularea, spânzurarea, submersiunea); asfixia toxică (în intoxicația cu CO; *asfixia cauzată de electrocuțiune* (curentul industrial și electricitatea atmosferică); *asfixia consecutivă degerării, anesteziei generale*.

(În sincopă și asfixie se încearcă injecțiunea intra-cardiacă. Intervenția trebuie practică cu multă atenție, pentru că s'au înregistrat cazuri în cari, cu acest prilej, a fost lezat plămânul, formându-se astfel un pneumotorax).

3. *Histeria* asociată cu asfixia.

4. *Apoplexia* (cazuri puțin numeroase).

C. Pseudo-moartea aparentă

E vorba de acea stare de moarte reală în care persistă semne vitale și anume:

1. *Reacțiunea pupilară*. — De regulă îndată după moarte și, uneori, chiar în timpul agoniei, pupilele se dilată. Exceptional, însă, după o oră (*Marshall*) sau 2 ore (*Willer*) dela moarte se poate nota un început de contracțiune pupilară care se accentuează ușor în curs de 3-4 zile. Reacțiunea pupilară se mai poate provoca și artificial (experiențele lui *Marshall*) cu ajutorul *atropinei* (în primele 4 ore dela moarte) și cu acela al *eserinei* (în primele 2 ore dela moarte). După *Regnard* și *Lloye*, reacțiunea pupilară persistă la guilotinați, sub acțiunea luminii.

Incontestabil că această contractilitate, pe care *Hofmann* o atribuie slăbirii de tensiune a bulbului, e un fenomen caracteristic vital. Tocmai de aceea atragem atențiune asupra lui, ca nu cumva biziindu-se numai pe el, medicul vericator să conchidă la moartea aparentă.

De altfel însăși dilatarea pupilară nu e întotdeauna bilateral egală; ba s'au făcut observații cu absența dilatațiunii îndată după moarte (*Bohne, G. Strassmann*), indiferent dacă ochii rămân deschiși sau sunt închiși.

În ce privește inegalitatea dilatării pupilare, care, în absența informațiilor anamnezice, ar putea fi luată drept o contracțiune unilaterală, vom observa, pe temeiul studiilor făcute de *Schmeichler* și *Willer*, că inegalitatea pupilară preexistentă în viață persistă și după moarte. Uneori se poate nota fenomenul (observația lui *Schmeichler*) ca, după moarte, formula inegalității pupilare preexistente să se modifice: un paralic avea, în viață, pupila stângă mai dilată decât cea dreaptă; după moarte, pupila dreaptă era mai dilată decât cea stângă.

2. *Contractilitatea post-mortală a țesuturilor*. — Îndeosebi în ce privește țesutul muscular, partea auriculară dreaptă a miocardului e aceea în care proprietatea contracțiunii dispăre cea din urmă.

a. *Excitabilitatea mușchilor sub influența unui curent electric*. (Verificată de *Jeanselme* și *Drasche* într'un interval de 2 ore dela moarte; de *Näcke* într'un interval de 3-4 ore, iar de *Eppinger* într'un interval de 2-6 ore dela moartea confirmată).

b. *Pielea-de-găină*, care se observă și în viață, apare, independent de cauza morții, la câteva ore dela aceasta și poate persista, pe cadavrul mai mult sau mai puțin conservat, timp de câteva zile (G. *Strassmann*) sau chiar câteva săptămâni (*Haberda*).

c. *Mișcările epitelilor vibratoare* (observațiile și experiențele lui *Tirelli*, 1897), se pot înregistra până la cinci ore dela moarte, atunci când condițiunile exterioare — temperatura și umiditatea — precum și reacțiunea slab alcalină sunt prielnice.

d. *Mișcările pulsative ale miocardului* cari, experimental (cu animalele), au putut fi notate până la șase zile dela sacrificarea animalului (*Roffo*, 1928). — Dar această persistență a activității țesutului cardiac a fost înregistrată și la oameni, bine înțeles cu o durată cu mult redusă. Așa: *Aschoff* (1920) notează o contracțiune spontană a auriculului drept ori a ventriculului drept, deși ventriculul stâng începuse deacum să fie invadat de rigiditatea cadaverică. Cu 15 ani mai înainte, *Dennecke*, experimentând cu inima unui guilotinat (prin clătirea ei timp de două ore și jumătate), a putut să rețrezească o slabă activitate pulsatorie care a ținut timp de trei ore, când a început să se declare rigiditatea.

e. *Contractilitatea postmortală a aortei* a fost experimental demonstrată de *Ifoilvitzkaja*: câteva ore (uneori chiar 1-3 zile) contractilitatea aortei poate subsista; dar proprietatea aceasta slăbește pe măsură ce se accentuează modificările aterosclerotice (arterio-scleroza cu procese ateromatoase).

f. *Mișcările vibratorii ale uterului*.

g. *Mișcările peristaltice ale intestinului*.

3. *Mișcările spermatozoizilor* cari se pot prelungi timp de 24-30 ore, excepțional și mai mult la persoanele subit moarte.

4. *Digestiunea gastrică post-mortală*, observată și studiată de *Spallanzani* mai întâiu, iar ulterior de *Ferrai* și de *Merkel* (1922). Fenomenul acesta fiziologic se poate nota într'un interval de câteva ore (până la 5 ore la nouii-născuți deși, în timpul vieții, evacuarea alimentelor lichide se face în maximum 3 ore — *Vogt*, 1917). Durata digestiunii postmortale e îndeosebi mare în unele forme ale morții, precedată de o lungă agonie și atunci când temperatura corpului nu scade brusc.

5. *Proprietatea țesuturilor de a reduce oxigenul* câtva timp după moarte, până în momentul când se produce autoliza.

6. *Persistența funcțiunilor glicogenică și ureică a ficatului* timp de câteva ore după moarte.

7. *Persistența mișcărilor de deglutiție* (*Balthazard* a notat atari mișcări timp de mai bine de două ore într'un caz de moarte verificată, consecutivă unei anestezii cloroformice).

D. Probele de quasi-certitudine și de certitudine a morții aparente

În primul loc constatăm absența semnelor clasice ale morții reale: 1. faciesul cadaveric; 2. imobilitatea și atitudinea de relaxare musculară; 3. relaxarea sfincterelor; 4. răcirea corpului; 5. deshidratarea (pierderea din greutate, pergamentarea pielei, uscarea mucoaselor, dispariția transparenței corneei și formarea pânzei glo-roase, pata sclerotică, turtirea globului ocular); 6. lividitățile cada-

verice; 7. rigiditatea cadaverică și spasmul cadaveric; 8. pata verzuie a putrefacției; 9. mirosul cadaveric.

Apoi recurgem la diverse probe, al căror sens pozitiv sau negativ, — după cum e și rostul procedurii întrebuițat — ne indică ori nu persistența vieții la persoana examinată.

1. Semnele oculare. — Moartea e numai aparentă atunci când se constată:

a. Formarea unui chemosis conjunctival (fără subsecventa periclitare a ochiului), prin introducerea pe conjunctivă a unei porțiuni de pulbere de diocleină.

b. Colorațiunea în albastru a unei bandelele neutre de hârtie de turnesol, la câteva minute după fixarea ei sub pleopă.

c. Colorațiunea în verde a mijlocului ochiului, în urma injecției intra-musculare sau intra-venoase a unei soluțiuni alcaline de fluorescină (Semnul lui Icard).

d. Semnul lui Bouchut. — Dacă, servindu-ne de un oftalmoscop, constatăm că *papila optică se mai detașează sub relieful penelor retiniene, iar coroida e tot roșie, avem dovada că viața persistă în individ.*

2. Semnele tegumentare. — În ordinea valorii lor diagnostice avem:

a. Apariția unui icter intens (cu simultana colorație în verde a mijlocului ochiului, particularitate mai sus pomenită), în urma unei injecțiuni intra-musculare ori intra-venoase de 20 cc. dintr-o soluție alcalină de fluorescină: fluorescină 17 gr., amoniac lichid 14 gr., apă distilată 28 cc. (Procedul lui Icard). — Fenomenul acesta cutanat și ocular, care n'ar fi posibil fără absorbirea și vehicularea substanței de către sângele circulator, se produce aproape instantaneu în injecția intra-venoasă și mai lent în cea intramusculară, — până la 30 minute.

b. Cuta-reacțiunea fizico-chimică prin forcipresură. — Cu ajutorul unei pense cu forcipresură se comprimă viguros timp de 5 minute o cută a pielii, indiferent de zonă. După scoaterea pensei, se colectează picăturile seroase țâșnite din amprentele lăsate de diuții pensei. *Dovada morții aparente o constituie: 1. alca. linitatea lichidului; 2. reapariția aspectului normal al porțiunii lezate a pielii, după trecere de numai câteva ore dela încercarea probei.*

c. Absența acidității cadaverice din lichidul țesutului cutanat (semnul lui Icard): prin cuta cutanată, strânsă cu pensa, se trage cu acul un dublu fir de ață, firul, imbibat cu lichidul țesutului, e scos și tăiat în două; firele se presează între două foi de lakmus, una albastră și una roșie. Dacă rămâne o linie albastră pe hârtia roșie, e o dovadă de persistența vieții; dimpotrivă, formarea unei linii roșii pe hârtia albastră, e o confirmare a morții.

d. Urma lăsată de acid sulfuric pe piele (Semnul lui Chavigny-Simonin): se picură acid sulfuric pe piele; dacă individul mai trăiește, locul ars nu se pargamentează cu o ușoară colorație ambrată.

e. Prezența arcolei inflamatorii periferice la flictenele artificial provocate prin apropierea flacărei unei lumânări la o jumătate centimetru de extremitatea unui deget dela mână ori dela picior.

f. Semnul lui Laborde: se infixe un ac de oțel în țesutul cutanat și se lasă în loc timp de cel puțin o jumătate de oră; dacă pe acul extras notăm un strat de oxidare metalică, avem dovada că reacțiunea vitală mai există.

g. O variantă a acestui semn îl constituie procedul lui Fabroni (1929): injecția subcutanată a unei soluții apoase de 2% de albastru de metylen, la care s'a adăugat încet o soluție apoasă concentrată de hidrosulfid de natriu, până la complectă decolorare. Dacă în jurul locului de injecțiune se produce repede o

colorație albăstruiie pronunțată, avem dovada că persistă circulația care mai vehiculează oxigen.

h. Semnul nepergamentării cutanate: dacă, frecând cu un corp aspru pielea persoanei examinate, și, pe locul frecat, nu se formează o placă pergamentată, e o dovadă a reacțiunii vitale.

i. Semnul pozitiv al lui Magnus: dacă după legarea unui deget, la rădăcina lui, cu o sloară, *degetul se învinețește spre vârf*, e o dovadă de persistență a circulațiunii, care, din pricina piedicii ce o constituie ligatura, nu se mai poate produce și îndărăt.

j. Semnul pozitiv al lui Levasseur: apariția sângelui în urma ventuzei scarificate, aplicată în regiunea epigastrică.

k. Semnul lui Boudimir: aplicarea unei ventuze uscate pe pielea abdomenului. Dacă se notează o modificare a colorației pielei, e un semn că mai persistă circulația sauguină

3. Vitalitatea musculară se verifică prin următoarele procedee:

a. *Semnul pozitiv al lui Collongues*. — Auscultând, cu ajutorul dinamoscopului lui Collongues, dilatarea părți ale corpului, îndeosebi extremitățile degetelor persoanei examinate, regiunile precordială și epigastrică a acesteia, se percep în mușchi văjăituri „zgomotul rotatoriu al lui Collongues”. Dar proba se poate face și fără dinamoscop: aplicăm urechea pe regiunile precordială și epigastrică, ori ne introducem în ureche unul din degetele persoanei examinate.

b. Semnul lui Rebouillat: capacitatea țesutului muscular de a reține lichidul injectat. Dacă omul trăește, eterul pur din injecțiunea subcutanată rămâne în mușchi și nu mai reapare la suprafață — dovadă că pielea și-a păstrat elasticitatea și contractilitatea vitală.

4. Sensibilitatea specială se manifestă prin *reacțiunea* la: gâdilarea mucoasei nazale, apropierea amoniacului de nas. gâdilarea mucoasei faringelui cu barba unei pene. Dar această probă nu poate fi concludentă *atunci când e negativă*, pentru că anumite stări suprimă sensibilitatea sensitivo-sensorială fără ca moartea să fie reală.

5. Vitalitatea inimii se verifică prin următoarele procedee:

a. Akidopeirastia pozitivă a lui Middeldorf: capătul liber al unui ac fin și lung (de oțel ori de platină), înfipt în inimă prin peretele toracic la nivelul celui de al 5-lea spațiu intercostal, e agitat — o dovadă că inima continuă să bată. Dar chiar atunci când, imediat după moarte, akidopeirastia e negativă, proba poate fi reinovită în interval de câteva ore dela încetarea respirațiunii și a bătăilor inimii, pentru că auscultațiunea, adesea, nu poate înregistra bătăile imperceptibile ale cordului (observația lui *Andral*: soția unui medic a rămas timp de șase ore în stare de moarte aparentă, cu toate că, în tot acest timp, auscultația inimii a fost mereu negativă). — Mișcarea oscilatorie a capătului liber al acului e o indicațiune neîndoioasă de persistența contracțiunilor ventriculare.

b. Radioscopia (semnul lui *Piga*): examenul radioscopic, timp de câteva minute, a cavității toracice permite să se noteze bătăile cardiace, imperceptibile chiar la o auscultație prelungită.

c. Electro-cardiografia (semnul lui *Einhoven* și *Hugenholtz*): oprirea bătăilor inimii se traduce printr-o linie orizontală imprimată pe banda de hârtie (moarte reală).

6. Proba respiratorie. — Persistența sau încetarea funcțiunii respiratorii se demonstrează prin următoarele procedee:

a. Semnul negativ al lui Icard prin dovada nedegajării hidrogenului sulfurat prin orificiile respiratorii.— Proba se face astfel: în fața nărilor persoanei examinate se pune o bucată de hârtie albă pe care s'a făcut în prealabil o inscripție sau o figură cu un stilograf muiat într'o soluție de acetat de plumb (10 gr. la 20 cc. de apă distilată); inscripția sau figura, incoloră și invizibile înainte de probă, rămân tot așa și după îndepărtarea hârtiei dela nări. Dacă, dimpotrivă moartea e reală, hidrogenul sulfurat degajat transformând acetatul de plumb în sulfură de plumb, *inscripția sau figura se desinează în negru* („inscripția automată a morții de către însuș cadavrul“, după plastica expresie a lui Icard).

b. Stetoscopia (Semnul lui *Jablonowski*, 1927); cu ajutorul unui stetoscop flexibil, fără membrană de celuloid, se poate înregistra cel mai slab suflu pulmonar.

7. Reacțiunea alcalină a pulpei hepatice și splenice (*Semnul lui Brissmoret și Ambard*):

Câteva ore după moartea prezumată se face puncțiunea ficatului sau a splinei, exercitându-se cu pistonul siringei o puternică inspirație atât în timpul cât și după pătrunderea acului în visceralul ales. Pulpa extrasă se pune pe o foaie de hârtie de tursenol albastru. Dacă lichidul, care difuzează, nu produce o pată roșie vizibilă pe fața inferioară a hârtiei, avem dovada reacțiunii alcaline, care e vitală.

8. Radiografia cavității abdominale (semnul lui *Vaillant*): o imagine confuză, pe care nu se pot distinge viscerele cavității, e o indicație de persistența vieții.

9. Proba colorării urinei (semnul lui *Vigetti* 1928):

Se prepară următoarea soluție de 100 cc. în care intră: fenolftalein 0,6; soluție binormală de sodiu 0,84; soluție de clorură de sodiu 7,5⁰/₁₀₀, și la care se adăunează 0,15 soluție binormală de sodiu. După o injecție intravenoasă de 1 cc. din soluție (care conține 0,006 fenolsulfoftalein) și după trecere de 3—4 minute se poate indentifica fenolsulfoftaleină în urina alcalinizată prin hidratul sau bicromatul de sodiu. În injecțiunea intra-musculară timpul necesar reacțiunii e de vreo 20 minute. La *omul viu*, urina — colectată într'o eprubetă în care se află o soluție de bicarbonat de sodiu — are o colorație roșiatică (prezența fenolsulfoftaleinei), deci o dovadă de persistență a circulațiunii.

(Colectarea urinei, picătură cu picătură, se face prin cateterism).

III. MOARTEA REALĂ

Grosso modo singurul semn superficial al morții reale e acela al începutului putrefacției: pata verde-albăstrue depe abdomen. Vom vedea, bizuiți pe diversele faze ale mecanismului morții, că sunt o serie de indicațiuni, de o mai mare sau mai mică valoare diagnostică, cari, în ansamblul lor, îngăduie verficatorului să conchidă la încetarea definitivă a funcțiunilor esențiale ale vieții. În prealabil ținem, însă, să pomenim, că absența unuia singur dintre semnele confirmative ale suprimării celor trei mari funcțiuni vitale (aceea a centrilor nervoși, funcțiunea aparatului respirator și funcțiunea aparatului circulator) e o piedică pentru medic de a conchide la realitatea morții.

A. Semnele generale ale morții

Iarna, din cauza frigului, parte din semnele ce vom descrie apar mai târziu. De aceea, atât pentru a înlesni ivirea semnelor de suprimare a vieții, cât și spre a preveni ca un mort aparent să sucumbă acțiunii frigului, trebuie întreținută o temperatură moderată în încăperea în care se află persoana socotită moartă.

1. Răcirea corpului

În teză generală, o temperatură rectală de 25—30° e un semn al încetării funcțiunilor vitale. Luăm drept criteriu indicațiunea termometrică din rect, pentrucă temperatura acestuia scade mai încet decât chiar cea axilară.

În răcirea progresivă a corpului, ținut în condițiuni normale, micșorarea temperaturii se notează întâiu la față și mâni în 2—3 ore; apoi la trunchiu și picioare în 4—5 ore; în locul al treilea răcirea accentuată se înregistrează pe părțile laterale ale gâtului, pe epigastru și la subsuori; în cele din urmă răcește rectul.

Răcirea totală a corpului — care e un produs pe deoparte al încetării combustiei, iar pe de alta al evaporării transsudatei de pe suprafața tegumentară — reclamă un timp variabil, în funcțiune de anumite condițiuni. În medie, temperatura corpului se echilibrează cu aceea a mediului ambiant normal în 8—17 ore (*Casper*), 24 ore (*Guillemot*).

Răcirea începând de regulă în timpul agoniei și instalându-se progresiv, e firesc ca notațiunile termometrice să varieze după lungimea intervalului post-mortal la care s-a făcut examenul. Edificatoare în această privință a rămas statistica lui *Taylor* și *Wicks* pentru măsurătorile făcute la 4 intervale diferite dela încetarea principalelor trei funcțiuni vitale. Ei au notat temperaturile maxime și minime la 4 serii de cadavre examinate:

Intervalul dela moarte	2—3 ore	4—6 ore	6—8 ore	12 ore
Temp. maximă	34°44	30°	26°67	26°11
Temp. minimă	18°89	16°67	18°89	13°55

a. Factorii cari influențează alura răcirii corpului sunt:

1. *Temperatura ambiantă; temperatura anotimpului.*
2. *Locul în care se află cadavrul: într'un loc închis răcirea e mai lentă ca într'unul descoperit; în haznalele latrinelor, de exemplu, răcirea e mai înceată, ca în apa rece, unde se accentuează foarte repede.*
3. *Cadavrul gol sau îmbrăcat: îmbrăcat corpul răcește mai încet decât desbrăcat.*
4. *Așternutul (salteaua de lână, toalele, paiele, fânul. etc.) pe care zace corpul întârzie evoluția răcirii.*

5. *Vârsta individului*: corpul unui *nou-născut* sau al unui *copil mic* poate răci complet în 5—6 ore: corpul *bătrânului* răcește mai repede de cât acela al adultului în puterea vârstei.

6. *Constituția individului*: obezul răcește mai încet decât individul normal.

7. *Natura bolii*: corpul unuia care a murit de o boală cronică și cachectizantă răcește mai repede decât corpul celui care a sucombat unei leziuni sau unei afecțiuni acute: deasemenea răcirea e mai accelerată la individul mort în urma unei hemoragii, a degerării, uneori în moartea consecutivă opăririi.

b. Capriciile temperaturii: urcarea în loc de coborîrea acesteia, după moarte. — Atari abateri dela legea răcirii corpului după moarte se notează adesea într'un interval de 15 minute până la 1—2 ore.

Urcarea post-mortală a temperaturii, pentru întâia oară semnalată de *Wunderlich*, se înregistrează în următoarele cauze ale morții:

a. O boală infecțioasă (febra titoidă, scarlatina, difteria, variola, holera); *b. tetanosul* (o temperatură de 45° la 55 minute dela deces); *c. asfixia și intoxicația cu simptome asfactice sau convulsive*; *d. leziunile meningee și cerebrale, precum și cele medulare*; *e. alcoolismul* (temperatura, foarte joasă în agonia individului care sucombă în somnul beției, se ridică după moarte cu 5—10 grade); *f. insolația*.

În definitiv, medicul nu poate pune un preț deosebit pe semnul răcirii cadaverice, care nu numai că e inconstant, dar încă gradul lui variază după împrejurările expuse. Cel mult poate fi luat ca o indicație.

2. Atitudinea cadavrului

a) Tabloul obicnuit. — Odată abolită funcțiunea esențială de escitare a sistemului nervos, e dela sine înțeles că *ipso-facto* dispăre și proprietatea contractilității idio-musculare, în următoarea ordine: ventriculul stâng, intestinele, vesica, stomacul, uterul, ventriculul drept, esofagul, irisul, mușchii trunchiului, mușchii abdomenului, mușchii feței, acei ai membrelor, auriculele inimii.

Paralizia musculară imprimă automatic și întregului corp o atitudine corespunzătoare care, îndată după moarte, e de regulă următoarea: decubitusul dorsal; inclinațiunea laterală a capului, cu mandibula lăsată în jos, gura și ochii deschiși; semiflexiunea membrelor și cu vârful piciorului îndreptat în afară. În ce privește mâna, se face uneori o notațiune particulară: policele, adus spre rădăcina auricularului, e acoperit de celelalte patru degete lipite și recurbate înăuntru.

Totodată — nu însă constant — prin relaxarea sfincterelor se dilată orificiile glandelor lacrimale, cardia, anusul, orificiul uretrei și orificiul colului uterin; de aci, uneori, notațiunea postmortală a lacrimilor, a evacuării lichidelor din conținutul stomacului, a materiilor fecale, a urinei și a spermei.

b) Tabloul excepțional. — Precum am arătat la „pseudo-moartea aparentă”, există și o contractilitate post-mortală de o durată va-

riabilă, care uneori se traduce prin mișcări musculare, dela ușoare tresăriri până la adevărate sguduiuri, îndeosebi la holerici și la cei sucombați frigurilor galbene: mișcări ale degetelor, mișcări ale maxilarului inferior.

Această proprietate a contractilității post-mortale a sistemului muscular, unită cu existența unei contracțiuni din ultimele clipe ale vieții, poate imprima cadavrului o atitudine deosebită de cea obicinuită, mai sus descrisă. Atitudinea aceasta, care e însăși aceea pe care a avut-o persoana în momentul morții, se menține până la instalarea rigidității cadaverice care o consolidează.

5. Faciesul

În prealabil observăm că, numai în foarte rare excepțiuni, expresia feței oglindește lupta sufletească din ultimele clipe ale vieții, caracteristica faciesului cadaveric fiind aceea a absenței oricărei expresiuni determinate.

În general, fața e palidă, trasă, nasul subțiat și cu vârful ascuțit, gura închisă (prin relaxarea maxilarului inferior), buzele uscate și albicioase, uneori învinețite.

La cei morți de o boală cronică și cu o agonie dureroasă putem nota adevăratul facies hipocratic: pielea uscată, lividă ori pământie; fruntea încrețită, tâmpile intrate și sbârcite; ochii înfundați în orbite; nasul ascuțit cu un lizereu negricios, buzele atârănând, pometele intrate, bărbia sbârcită și întărită; urechile trase în sus; perii genelor și ai nărilor sunt presărați cu o pulbere albicioasă.

4. Ochii

a. Plcoapele se contractează, lăsând ochiul deschis, dar aceasta nu se produce constant: ochiul rămâne închis atunci când moartea ne surprinde în somn. Uneori, un ochiu e deschis, iar celalt închis.

b. Globul ocular. — Din chiar momentul morții ochii începe să se afunde; iar în interval de cel mult 5—6 ore, corpul vitros se lichiefiază, învelișurile se imbibă cu sânge, globul devine flasc, ca o pungă.

c. Pupila. — 1. *Dilatația*. În chiar momentul morții, cel mai târziu în interval de 3 ore, pupila se dilată brusc (cu un diametru de 5—7 mm). Această dilatație e și mai manifestă, atunci când, în perioada agonică, pupila a fost contractată.

Mărimea dilatațiunii pupilare — care poate fi inegală (îndeosebi în spânzurare, în moartea subită consecutivă unui traumatism al capului) — diferă după vârstă și sex (observațiile făcute de *Tamaru*—Japonia, 1928, asupra a 91 cadavre de copii, adulți și bătrâni, între 5 zile și 74 ani): foarte mic la copii, diametrul de dilatație crește până la 20 ani, apoi scade în raport cu vârsta, întocmai ca în timpul vieții; diametrul de dilatație e mai mare la cadavrul bărbătesc decât la cel feminin.

2. *Retracțiunea ulterioară.* — Dilatația pupilară nu ține decât câteva ore, după care notăm o recontractare: dela 5, 6 ori 7 mm. diametrul se reduce din nou la 4 și chiar 3 mm. Dar și retracțiunea se poate opera inegal și atunci avem iarăș o inegalitate pupilară. — Temperatura mediului în care se găsește expus cadavrul influențează modificările pupilare: frigul (0°) grăbește recontractarea; căldura (minimum 37°), dimpotrivă, favorizează dilatarea, în orice caz constituie o piedică serioasă la contractare.

d. *Opacitatea corneei.* — Uneori chiar în agonie (la tifici și holerici), întotdeauna după moarte, ochiul pierde din lucirea lui. Prin evaporare corneea se turbură până ajunge cu totul opacă: întâiu se depune pe membrană un strat constituit din resturi de epiteliu corneean ramolit și desprins, din substanțe albuminoase transsudate și din fire de pulbere constituind ceea ce se numește *pânză gleroasă*; apoi, fața superioară a corneei se sbârcește.

e. *Pata sclerotică* — semn ocular inconstant, deoarece excepțional poate lipsi — e o consecință a uscării acestui înveliș al globului, în contactul ochiului deschis cu aerul.

Mai întâiu se formează, pe latura externă a globului ocular, o mică pată neagră puțin aparentă, care apoi se mărește și de regulă are forma circulară ori ovalară, rar triunghiulară. După câțva timp se formează o a doua pată, în genere mai puțin pronunțată ca întâia, situată pe latura internă a globului, paralelă cu prima. În urmă, ambele pete se apropie și, împreună, constituie un segment de elipsă cu convexitatea în jos.

5. Pielea

a. În primul loc, consecutiv evaporării epidermei, pielea se usucă, iar indeosebi cea de pe degete și urechi devine opacă.

b. *Pergamentarea* se notează pe zonele cari, fie înainte de moarte, fie îndată după moarte (în manoperele de readucere la viață) prin frecare sau altfel au avut epiderma desprinsă. Pe cadavru pergamentarea se traduce printr'o placă uscată, groasă, gălbue, străbătută de arborizații vasculare de o nuanță mai închisă. — Observăm, că pergamentarea poate fi și vitală, atunci când se produce spontan pe pielea scrotumului (în viață e umedă, iar pe cadavru, zona, prin uscare, se întărește).

6. Pierdere a din greutate

E un semn de oarecare valoare diagnostică numai atunci când există însemnări precise asupra greutății corpului în prețuia morții.

Pierdere a din greutate — efect al deshidratării — care e mai accelerată vara decât iarna, e mai pronunțată în primele zile dela moarte, indeosebi în primele 24 ore (când, la adult, poate ajunge

până la 18 kgr.). Deasemenea, e mai accentuată la făt și la noul-născut, la cari media pierderii e de 8 gr. pe zi de fiecare kilogram al greutateii totale a corpului.

7. Prezența spermei în uretră

După cum am arătat și la examenul petelor de spermă (*vol. I, pag. 591*) prezența aceasta e un efect al contractării cadaverice a veziculelor seminale, ceea ce are ca urmare golirea acestora.

8. Bătăile inimii și pulsul

Incetarea circulației vitale se verifică, în primul loc, prin cercețarea pulsațiilor radiale.

Oprirea definitivă a bătăilor inimii e un semn patognomic sigur al morții. Se verifică prin auscultație. Dacă rezultatul auscultației, de o durată de cel puțin 5 minute, pe întreaga regiune precordială, e negativ, putem conchide la realitatea morții.

Dar, deoarece auscultația reclamă o ureche extrem de lină (reamintim cazul citat de *Tourdes*: o femeie la care auscultația cardiacă fusese negativă, a rămas totuș timp de 6 ore în stare de moarte aparentă), e necesar ca, în ce privește examenul inimii, să se recurgă la probele de control, pe cari le vom indica mai departe. Vom invoca și demonstrația experimentală a lui *Brouardel*: animalul expiră și nu i se mai percepe bătăile cardiace; pieptul e deschis și se vede inima cum bate.

Timp de câteva minute după moarte, mișcarea sângelui în inimă poate fi percepută sub forma unui zgomot ușor, dar acest zgomot nu trebuie confundat cu sunetul asemănător suspinului care se aude la examenul extern al cadavrului, în momentul întoarcerii acestuia (*Haberlandt, 1921*).

9. Respirația

Incetarea respirației e, netăgăduit, un semn de o deosebită valoare diagnosticală a realității morții. Dar procedeele obicinuite de verificare (așezarea unei oglinzi în dreptul gurii, a unui pahar plin cu apă pe apendicele xifoid ori pe coaste) nu pot fi concludente, deoarece se notează uneori contracțiuni diafragmatice post-mortale și cari simulează mișcările expiratorii vitale.

10. Rigiditatea musculară

a) Mecanismul. — Efect al coagulării miosinei musculare și deci al scurtării mușchiului, rigiditatea cadaverică e de o esențială valoare diagnosticală. Ea se manifestă prin înțepenirea treptată a întregului corp, procesul de contracțiune fiind îndeosebi accentuat la mușchii flexori, ceea ce dă loc la mișcări de flexiune ale trunchiului și ale membrilor cari simulează o reacțiune vitală. Odată cu

rigiditatea instalată, capul, cu fălcile strânse, e în extensiune pe trunchi; brațele, în semiflexiune, sunt lipite de torace; membrele inferioare sunt în extensiune.

Degetele dela mâni, cu policele și indexul lipite, se recurbează înspre palmă.

Pupila, dilatată în momentul morții sau puțin după aceea, se contractă progresiv de îndată ce începe rigiditatea cadaverică. *Placzek* a demonstrat că nici chiar acțiunea midriaticelor și a mioticelelor (cu excepția extrasului suprarenal al adrenalinei care întreține miosisul) nu sunt în stare să modifice aspectul pupilei în cursul rigidității.

Inima nu e nici ea cruțată; ba, miocardul e chiar primul mușchi supus contracturii cadaverice. *Aschoff* (1916) a găsit frecvent rigiditatea inimii la 30—45 minute după moarte; dar se poate întâmpla ca rigiditatea să se pronunțe abea după 1—2 ore și chiar mai târziu (*Meixner* a văzut-o după 12 ore dela moarte). În autopsia practică îndată după desăvârșirea rigidității, se găsește întotdeauna în inimă sânge fluid, care e agitat de mișcările pasive ale cadavrului.

Fibrele musculare, examinate, din transparente, elastice, excitabile la acțiunea curentului electric și cu reacțiunea alcalină *din timpul vieții*, devin opace, țepene, inexcitabile și dau o reacțiune acidă.

Frântă printr'o acțiune mecanică, rigiditatea nu se mai restabilește în regiunea interesată.

Vom încheea cu observația, că *rigiditatea nu trebuie confundată cu înghețarea cadavrului*; diagnosticul diferențial e acesta: rigiditatea nu se produce decât la sistemul muscular, congelarea nu cruță nici un țesut moale, inclusiv pielea care devine și ea dură.

b) Momentul debutului și intensitatea rigidității sunt în funcțiune de diverși factori:

1. Gradul de integritate vitală a mușchilor: cu cât mușchiul e mai puternic și mai intact, cu atât e mai târziu atins de rigiditate care, odată instalată, persistă și mai mult.

2. Vârsta individului. — Rigiditatea e mai precoce și de o intensitate mai mică la copii și bătrâni, decât la adulți în puterea vârstei.

3. Ultima boală. — Cu cât nutrițiunea generală a suferit mai puțin din pricina bolii de care a murit individul, *cu atât și rigiditatea e mai tardivă și mai intensă și de durată mai lungă*, ceea ce se poate îndeosebi nota în moartea subită (fără preexistența unei stări cachetice) și în moartea violentă. — Dimpotrivă, avem *rigiditate precoce, slabă și de scurtă durată* în bolile cronice cachetizante (ftizia, cancerul stomacului, etc), în afecțiunile epuizând în chip acut sau cronic sistemul muscular, în hemoragia abundentă.

Rigiditatea e *precoce* și în: moartea violentă precedată de convulsii generale, leziunea măduvei cervicale, intoxicațiile cu strichnină, atropină, veratrină pilocarpină, cu oxid de carbon (în unele cazuri, e chiar aproape instantanee), în anestezia cloroformică, în electrocuțiune, în insolație, în tetanos.

Bron-Séguard a observat debutul rigidității chiar în timpul agoniei, la unii muribunzi, în bolile infecțioase.

4. Temperatura exterioară: atât frigul cât și căldura sunt prielnice instalării precoce și intense a rigidității; cadavrele supra-încălzite capătă o rigiditate foarte tenace. De îndată însă ce se pronunță putrefacția, chiar și această rigiditate cedează.

În general, debutul rigidității se notează în primele 2—6 ore dela moarte, excepționl mult mai târziu, afară de rigiditatea miocardului (30—45 minute) și aceea a maxilarului inferior care uneori se instalează în interval de 50—60 minute.

Statistica lui *Niederborn* (pentru 105 observații) ne dă cifrele medii în ore pentru debutul rigidității:

La	2	ore după moarte	în	2	cazuri
"	5—4	"	"	"	45 "
"	5—6	"	"	"	24 "
"	7—8	"	"	"	18 "
"	9—10	"	"	"	11 "
"	11—15	"	"	"	5 "

Rezultă: timpul cel mai frecvent înregistrat e între 3—6 ore, iar cel mai rar notat e la 2 ore dela moarte și la 11—15 ore.

c. Mersul rigidității. — Necotropind năsprasnic întreg corpul rigiditatea se instalează în etape, după cum tot în etape și în aceeaș ordine dispare. Tipul comun al instalării e acela al propagațiunii *descendente*, în următoarea ordine: miocardul, vesiculele, seminale, maxilarul inferior, trunchiul, brațele și membrele inferioare. Tipul excepțional, descris de *Pellacani*, e cel *ascendent* caracteristic indivizilor slabi ori slăbiți de boală.

Dar nici unul din aceste două tipuri nu are o regularitate matematică: în unele cazuri, în forma *descendentă*, se poate nota întâiu rigiditatea picioarelor și în urmă aceea a brațelor.

Generalizarea rigidității se face, de regulă, în 3—4 ore dela moarte; uneori în 5—7 ore. Dar și după acest din urmă interval se pot. excepțional, găsi zone cruțate de rigiditatea musculară (câteva observații publicate de *G. Strassmann* în 1922).

d. Durata. — Rigiditatea, am spus-o, dispare în etape și tot în ordinea în care s'a generalizat.

Durata ei, întocmai ca și momentul debutului, e în funcțiune de diverși factori: *gradul de integritate vitală a musculaturii*; *natura ultimei boli*: *vârsta* (la copii durata e mai scurtă), *temperatura*: căldura. grăbind putrefacția, accelerează și disoluția rigidității; frigul, dimpotrivă, prelungește durata, cu condiție însă ca efectul congelării să se producă repede. — Dacă, în primele ore, dispare brusc dintr'o zonă oarecare, rigiditatea se reinstalează în aceeaș zonă până în momentul când îi vine rândul pentru dispariție.

Ca regulă, durata e în funcțiune de momentul debutului: cu cât acesta a fost mai precoce, cu atât mai scurt e și timpul rigidității (la holerici, de exemplu, debutul se pronunță la 2 și chiar 1 oră dela moarte, dar și durata e extrem de mică: 2 ore, 1 oră sau chiar numai 30 minute).

Durata mijlocie, la adult, e de 30 ore; dar sunt excepțiuni de dispariție completă, precoce și tardivă: în 20 ore dela debutul ei; 36—48—75 ore; în cazurile extrem de rare, după câteva săptămâni sau chiar și mai târziu (observațiile lui *Walz* — 1921, *Nippe* — 1923), când rigiditatea simulează un început de mumificare. Această durată excesivă, notată în desgropări, se explică prin natura terenului de inhumare, care favorizează desăvârșirea evaporării și uscarea, întârziind putrefacția. Dealtfel, și la unele cadavre putrefiate se pot găsi membrele inferioare cuprinse încă de rigiditate.

e. Absența parțială sau chiar totală a rigidității. 1. *Absența parțială*. — Rigiditatea cruță membrele sau numai segmente de ale lor: în disenteria cronică, s'au văzut cazuri cu brațele neînțepenite; deasemenea absența rigidității totale sau segmentare a membrilor se observă atunci când acestea au suferit leziuni foarte grave sau sunt atinse de gangrenă.

2. *Absența totală* e cu adevărat excepțională și de multe ori se interpretează ca atare o rigiditate insuficient pronunțată, ceea ce se poate observa în moartea consecutivă intoxicațiunii fosforice, otrăvirii cu ciuperci, proceselor septice, precum și în degenerarea parenchimatooasă a musculaturii.

La unii copii născuți-morți, rigiditatea lipsește, dar aceasta nu însemnează că n'a existat: s'a instalat în timpul prezenței fătului în cavitatea uterină și a dispărut cu mai mult sau mai puțin înainte de expulzare, după durata șederii cadavrului în uter.

f. Spasmul cadaveric sau rigiditatea cataleptică e o curioasă varietate a rigidității precoce, excesive: se produce, fără nici un interval liber, imediat după ultima contracțiune musculară vitală și, instantaneu, se generalizează sau se localizează pe corp, așa că acesta rămâne în poziția din ultima clipă a vieții.

Se deosebește însă de tipul comun al rigidității precoce prin următoarele caracteristice:

1. În spasmul cadaveric rigiditatea succede imediat celei din urmă contracturi vitale; în rigiditatea precoce, ca dealtfel în rigiditatea comună în genere, contractura vitală e urmată de un mai lung sau mai scurt interval de relaxare.

2. Spasmul cadaveric imprimă cadavrului ultima atitudine vitală a corpului, oricare ar fi fost ea; în rigiditatea precoce nu se poate întâmpla aceasta, atunci când pozițiunea cadavrului e contrară legilor greutateții.

Notat indeobște în cazuri de moarte consecutivă tetanosului, unei intoxicațiuni cu efect năprasnic sau unei morți fulgerătoare prin armă de foc, spijă de obuz, în explozii, trăsniiri, în urma fracturilor craniene și a leziunii centrilor nervoși, spasmul cadaveric, ma spus-o, poate fi generalizat sau localizat la anumite regiuni.

I. *Generalizată*, rigiditatea cataleptică imprimă întregului corp, ultima atitudine vitală. Aceasta ajută, în unele cazuri, la demonstrarea împrejurărilor în care s'a produs moartea.



Fig. 205. — Spasmul cadaveric generalizat. Cadavrul unui infanterist găsit de Roasbach pe câmpul de luptă. Rigiditatea cataleptică a surprins soldatul în poziția ce se vede, în momentul când ducea la gură, spre a bea, o ceașcă de apă; în aceeași clipă un obuz i-a retezat capul.

A. În toate războaiele, pe câmpul de luptă, au fost găsite cadavre de ofițeri și de soldați în poziția în care i-a surprins moartea: în cea de încărcare, în cea de înaintare și de retragere, cu picioarele desfăcute, etc. E clasică observația cu colonelul englez (în bătălia dela Inkermann): pe când se afla în fruntea regimentului său pornit la atac, a avut craniul zdrobit de o ghiulea; corpul, rămas încălecat, a fost readus la postul de comandă de calul rămas teafăr.

B. În sinuciderea prin arma de foc, mâna sinucigașului rămâne crispată pe revolver.

C. În caz de crimă, nu numai că victima rămâne în ultima pozițiune vitală, dar în mâinile ei înțepenite se pot găsi obiecte sau o suviță de păr aparținând ucigașului. Din bogatul material adunat de *Baumann și Lochte* cităm un caz deosebit de edificator, pentru că prin identificarea spasmului cadavric s'a putut identifica însuș asasinul:

Un bătrân fusese găsit mort în biuroul său. La ancheta judecătorească, fiul mortului dă următoarea explicație: în cursul unei certe, părintele său a scos un revolver și, după ce a tras în el fără să-l nimerescă, s'a sinucis, descărcându-și un glonte în tâmpla dreaptă și prăbușindu-se pe parchet, cu fața în jos.

Medicul expert, de față la cercetarea locală, face inspecțiunea exterioară, a cadavrului și notează, că nici pieptul, nici partea superioară a abdomenului nu atinge pardoseala. Întorcând cadavrul cu fața în sus, observă, în mâna dreaptă, tocul cu care decedatul scrisese la masă, în momentul morții: ceva mai mult mâna stângă avea poziția lirească a omului care scrie. Faptul că, culcat pe față, nici pieptul nici partea de sus a abdomenului nu atingeau pardoseala, indica poziția adusă în care se găsea corpul așezat la masa de scris, în clipa în care a fost fulgerat de moarte. Dacă rigiditatea cataleptică — pentru întâia oară descrisă de *Du Bois-Reymond* — nu s'ar fi produs, corpul, în căderea de pe scaun, s'ar fi destins și n'ar mai fi lăsat golul unghiului notat, iar tocul ar fi căzut din mână.

II. *Localizat* la o parte izolată a corpului, spasmul cadaveric se traduce prin următoarele forme: 1. conservarea ultimei expresii a fizionomiei; 2. conservarea unei atitudini, a unei mișcări parțiale

(gestul de apărare cu mâna, gestul sinuciderii cu revolverul în dreptul tâmplei, al frunței, al gurii); 5. păstrarea atitudinii de agresiune. etc., etc.

11. Lividitățile cadaverice

Petele acestea cadaverice, tocmai prin constanta lor notare (noi le-am înregistrat la mii de cadavre examinate la Institutul Medico-Legal din București), de îndată ce au fost suprimate funcțiunile vitale esențiale, au o reală valoare pentru diagnosticarea morții. Dar, ca unele ce în esență nu sunt decât produse hipostasice post-mortale, e natural ca excepțional — și anume în anemia extremă consecutivă unei hemoragii prea abundente — petele acestea să lipsească.

a. Mecanismul formării lor. — Îndată după instalarea morții, circulația vitală fiind întreruptă, sângele, ca orice corp greu, afluează spre părțile declive și profunde, străbate pereții vaselor și imbibă țesuturile. Se produce astfel un dublu fenomen: pedeoparte pălirea și mai mult a tegumentului în zonele înălțate (din cari s'a deplasat, total sau parțial, lichidul sanguin), pe de altă parte hiperemiarea congestivă a părților aplecate sau profunde, constituindu-se astfel hipostazele externe ale pielii și cele interne ale organelor.

Fenomen prin excelență post-mortal, petele acestea se pot excepțional nota și în agonie, în unele cazuri de moarte asfixică sau holerică.

Formarea hipostazelor tegumentare are efectul nu numai de a anemia pielea dar și de a face să dispară de pe ea eritemele vitale ale pojarului, scarlatinei și erisipelului. În schimb sunt cruțate alte manifestațiuni vitale: colorațiunile diverse (după vârsta lor) ale echimozelor, pigmențațiunile, tatuajul, roșeața periferică a ulcerelor vechi, colorațiunea icterică, cianoza asfixică a feței și a buzelor.

b. Forma și culoarea. — 1. La început, lividitățile cadaverice apar sub formă de pete rotunjite sau de dungi răzlețe, cari, ulterior, prin contopire, se grupează, constituind plăci mai mari, interesând zone întinse ale tegumentului.

2. Colorația petelor depinde atât de abundența sângelui cât și de vechimea lor. Debutând, deobiceiu, prin nuanța violacee, aceasta se închide treptat, putând face loc unei culori negricioase.

Colorația e în funcțiune și de eventualele modificări vitale ale sângelui: roșu deschis în intoxicația oxicarbonată, în degerare și în submersiune; cenușiu bătând în galben în intoxicația cu clorat de potasiu.

c. Repartiția petelor pe tegumente. — Am spus: lividitățile se formează pe părțile declive ale corpului. Repartiția lor e, însă, în funcțiune pe deoparte de poziția cadavrului, iar pe de altă parte de compresiunea prelungită ce eventual se exercită asupra uneia sau unora dintre regiunile acestuia.

1. Poziția cadavrului. — 1. În *decubitusul dorsal*, se văd pe: ceafă, spate și fețele laterale ale toracelui, fața posterioară și fețele laterale ale membrilor.

Nu se văd pe zonele fatal comprimate (omoplații, fesele și pulpele) și pe toată fața anterioară a corpului.

2. În *decubitusul facial*, adică în poziția cadavrului culcat pe abdomen, petele se văd pe: față, gât, piept, pe fețele laterale ale toracelui și abdomen (afară de partea comprimată), fața anterioară și fețele laterale ale membrilor.

Nu se văd pe toată fața dorsală a corpului și pe frunte.

3. În *poziția pe coastă*, lividitățile se văd pe declivitatea laterală, afară de zonele comprimate.

4. *Pe cadavrul unui spânzurat, rămas atârnat*, lividitățile acoperă jumătatea inferioară a corpului, pe toate fețele.

5. În *poziția laterală a capului* (în decubitusul dorsal) se poate nota această particularitate: o jumătate a feței e lividă, cu conjunctiva ochiului respectiv injectată, pe când cealaltă jumătate și conjunctiva ochiului acesteia sunt palide.

II. Compresiunea, care se manifestă prin plăci sau dungi palide, e de două feluri:

1. *Compresiunea pasivă*: a. cea exercitată de suprafața locului pe care stă întins corpul (pe fața comprimată se pot nota și deseneuri reproducând structura suprafeței comprimante); b. compresiunea exercitată de greutatea corpului pe fața laterală a brațului prins sub trup.

2. *Compresiunea activă*: zonele comprimate de îmbrăcăminte și încălțăminte. Îndeosebi de cutele acestora; cele comprimate de guler, fular, colier, panglică, centură, bretele, jaretiere, legătura strangulării și a spânzurării.

d. *Deplasarea petetelor*. — Înainte de a se produce hemoliza, lividitățile, prin modificarea poziției cadavrului, pot dispărea de pe zonele unde s'au format, spre a reapărea în partea opusă. De îndată însă ce imbibitiunea e înaintată, adică după cel puțin 3—4 ore dela începerea formării lor, petele nu se mai șterg cu totul în părțile odată interesate, dar se mai pot constitui pe fața opusă, după o trecere de 6—12 ore (o experiență demonstrativă a lui G. Strassmann, 1922); după trecerea de 24—30 ore dela constituirea lor, lividitățile pot păli, în schimbarea poziției corpului, dar e exclusă posibilitatea formării lor pe fața opusă. Deasemenea e exclusă constituirea de noi hipostaze chiar în modificarea precoce a poziției unui cadavru extrem de anemiatic.

e. *Debutul*. Inceputul formării lividităților depinde de următorii factori: 1. cantitatea de sânge rămasă în corp; 2. gradul de fluiditate a sângelui; 3. temperatura exterioară (căldura accelerează fenomenul cadaveric); 4. felul intoxicațiunii (arsenicul, strichnina îl întârzie); 5. septicemia e și ea un agent al precocității; 6. natura bolii (holera, tetanosul îl întârzie).

În funcțiune de acești diverși factori, debutul lividităților se poate nota într'un interval de 30 minute la 7 ore, sau chiar mai târziu (îndeosebi sub acțiunea paralizantă a frigului).

f. *Durata*. — Lividitățile își păstrează nuanța pronunțată până la a 12—15-a oră dela debut; apoi culoarea li se închide, iar putrefacția le comunică o nuanță verzue mai întăiu, negricioasă în urmă.

g. *Valoarea diagnosticală*. — O latură a valorii diagnostice ale lividităților e și aceea, că după repartiția lor se poate conchide

cu siguranță asupra poziției în care s'a aflat cadavrul; se mai poate demonstra dacă, în intervalul de 6—12 ore dela constituirea lor în poziția inițială, aceasta din urmă a fost modificată.

h. Diagnosticul diferențial. — După cum am arătat, vorbind despre echimoze, un examen superficial poate uneori da loc la o confuzie, luându-se drept fenomen vital cecece în realitate nu e decât efectul hipostazei postmortale. Diferențierea se face astfel: dacă, prin incizia practică pe sufuziune, nu se constată în țesutul celular subcutanat un focar de sânge extravazat, coagulat și imbibând ochiurile rețelei, avem certitudinea că ne aflăm în fața unei pete cadaverice.

i. Hipostazele interne se notează: pe *miningo*; la *gât* (subcutanate și intramusculare, pe peretele posterior al faringelui, esofagului și laringelui, în țesutul dintre esofag și coloana cervicală); pe *plămâni*; pe *stomac* și *intestin*; în țesutul interstițial al *pancreasului*; în *întregul țesut celular subcutanat* cași în *țesutul muscular* (după poziția cadavrului).

12. Pata verzue a putrefacției

E, precum am spus-o, singurul semn a cărui ivire nu mai îngăduie nici o îndoială despre realitatea morții.

Pata aceasta particulară, de un verde murdar și care succede lividităților cadaverice, apare de regulă mai întâiu în zona vintră dreaptă, de unde se întinde pe abdomen. Numai la înecați se ivește întâiu la nivelul sternului. Concomitent cu apariția ei pe față și pe partea superioară a corpului, colorațiunea aceasta caracteristică năpădește întreaga suprafață tegumentară. Această pată e un efect al acțiunii gazelor, generate de germenii din intestin, asupra materiei colorante a sângelui din peretele abdominal. Pata pornește dela fosa iliacă dreaptă și deacolo se întinde pe părțile laterale ale pântecelui. Ulterior, în putrefacția înaintată, pata aceasta atacă și gâtul, pieptul, spatele, membrele.

Incepând de regulă dela abdomen, indiferent de felul morții și de mediul în care se află cadavrul (aerul liber sau coșciugul), pata verzue poate avea excepțional și alt punct de plecare: după cum am arătat partea superioară a pieptului la cadavrul de înecat care plutește la suprafață (întotdeauna pe spate); tot pieptul în caz, de emfizem; în zona unei răni sau a unui ulcer.

Apare deobicei în faza de dispariție a rigidității, deci în interval de 24—48 ore (după cum e și temperatura exterioară mai ridicată sau mai scăzută). Îndeosebi repede se manifestă în flegmasiile viscerelor abdominale, în revărsările peritoneale și în febrele puerperale. — După 3—4 zile dela moarte, culoarea se nchide, iar pata se întinde pe tot abdomenul, cotropind și părțile genitale unde, la ambele sexe, are o nuanță brună-verde murdară. Pete verzui, mai mult sau mai puțin mari, acoperă gâtul, părțile laterale ale

pieptului, membrele inferioare. După 4—12 zile, petele verzui, închizându-se și mai mult, se lărgesc și, împreunându-se, acoperă întreaga suprafață tegumentară.

15. Desfigurarea

Pomenim numai în treacăt de acest semn exterior, pentru că el nu mai e numai o confirmare a morții, ci a însăși evoluției procesului de descompunere. Gazele putrefacției, pe măsură ce se dezvoltă, desfigurează fața, balonează abdomenul, scrotumul, vulva; epiderma, care din ce în ce se înegrește, se acoperă cu bule sau flictene umplute cu un lichid roșcat, apoi se ramolește cu tendința de a se desprinde. Pe suprafața membrelor se distinge desenul roșcat sau vânăt al rețelei vasculare subcutanate. Apoi încep să se desprindă și unghiile, părul capului și perii.

B. Semnele particulare ale morții

În absența petei putrefacției, cele mai multe dintre celelalte semne patognomonice sunt de ordin strict interpretativ. Pentru că după cum am arătat și la studiul morții aparente, unele indicațiuni, chiar asociate, pot induce în eroare.

Edificatoare, printre multe altele, e următoarea observație:

O femeie tânără se otrăvește cu morfină și veronal. A doua zi e socotită moartă: *corpul întens răcit, rigid, absența pulsului, a respirației, a reacțiunii pielii la picurarea de ceară roșie*. A treia zi e pusă în sicriu, dar curând se observă semne vitale: *un medic intervine și o readuce definitiv la viață, fără măcar urma unei pneumonii (Haberda, 1928)*.

Deaceea, la verificarea morții, se recurge la procedeele artificiale, pe cari în mare parte le-am descris și la dovada morții aparente:

I. Respirația. — 1. *Proba oglinzii*: dacă fața oglingioarei, ținută în dreptul gurii, nu se aburește (vapori de apă din aerul expirat), e intrucâtva un semn de suprimare a respirației. *Dar nu e concludent*, pentru că, am văzut, pedeparte funcțiunea respiratorie poate fi abolită în stare de moarte aparentă, iar pe de altă aburirea oglinzii se poate nota în contracțiunile postmortale ale diafragmei.

2. *Semnul lui Icard* (vezi: mijloacele de verificare a morții aparente) cu identificarea hidrogenului sulfurat degajat prin orificiile respiratorii. *Numai în moartea reală și înainte de apariția petei verzui a putrefacției se înregistrează la exterior prezența hidrogenului sulfurat*.

3. *Proba stetosopică a lui Jablonowski*, în deosebi pentru verificarea abolirii funcțiunii respiratorii în moartea consecutivă intoxicațiunilor, în care auscultația e de regulă negativă. Absența curentului expirator e o probă neîndoiasă a morții.

II. Circulația. — 1. *Absența oricărei pulsații a arterei radiale* e confirmată fie cu ajutorul oscilometrului lui Pachon, fie prin auscultația cu ajutorul sphigmotensifonului lui Vaguez și Laubri sau cu acela al fonosphigmometrului lui Lian. (*proba lui Balard San Pedro Anchochury*).

2. *Proba arteriotomie*, prin secționarea arterei radiale sau temporale: absența scurgerii sanguine e o dovadă de oprirea circulației vitale. Proba nu e însă în-

todeauna concludentă, pentru că sunt excepțiuni de supraviețuire (un holerici, care după rezultatul negativ al secțiunii arterei radiale, a mai trăit două ore — *Magendie*).

5. *Proba ventuzelor*: a. absența sângelui în ventuza scarificată aplicată în regiunea epigastrică — semnul lui *Levasseur*; b. absența oricărei modificări în colorația pielii abdomenului, prin aplicarea unei ventuze uscate pe abdomen — *Semnul lui Boudimir*.

4. *Proba ligaturii*: neinvinețirea degetului strâns legat cu o sloară la rădăcina lui — *semnul lui Magnus*.

5. *Verificarea absenței oxigenului în sânge* — proba lui *Fabroni* cu injecțiunea subcutanată a soluției apoase de albastru de metylen (*vezi: probele de confirmare a morții aparente*).

6. *Proba lui Icard*, pe cât de ingenioasă, pe atât de inofensivă (injecția subcutanată de fluorescină), e cea mai concludentă (*vezi: probele de confirmare a morții aparente*).

7. *Bătăile inimii*: proba *akidopeirastiei* (*Middleldorf*): proba electrocardiografiei a lui *Einthoven* și *Hugenholtz*; proba radioscopică a lui *Piga* (*vezi: procedeele de confirmare a morții aparente*).

8. *Proba ligaturii venelor*: absența circulației venoase, fatală în abolirea celei arteriale, e confirmată prin faptul că, în urma aplicațiunii unei ligaturi, venele nu se mai umflă.

III. Ochiul. — 1. Constatarea oftalmoscopică a *absenței sângelui din artera, centrală și din retină; dispariția parțială a sângelui din venele retiniene* cari se turtesc iar în lichidul sanguin rămas se notează la intervale bule gazoase; papila optică nu se mai detașează sub relieful vaselor golite, iar choroidea, din roșie, devine albicioasă, sîdfie sau cenușie ca plumbul murdar (*Semnele lui Bouchut*).

2. *Absența reacțiunii pupilare* sub influența luminei, a mydriasicelor și myosicelor. Semnul acesta e, însă, de o valoare diagnostică relativă: a. la morții holerică, reacțiunea subsită cățva timp; b. în primele 15 minute după moarte, atropina, eserina, cabarina își păstrează efectul pupilar.

3. *Modificarea formei pupilei prin presiunea exercitată pe globul ocular* — semnul lui *Silberstein* (1924).

IV. Sensibilitatea. — *Anestezia generalizată* pusă în evidență (în ordinea energiei mijlocului întrebuițat) prin absența reacțiunii la orice stimulent și la orice cauză de provocare a durerii: a. respirarea amoniacului, eterului; b. gâdilara mucoasei nazale și faringiene, precum și a tălpii piciorului; c. fricțiunile cu loțiuni iritante; d. sinapismele, ventuzele uscate; e. ciupirea cu degetele în zonele cele mai sensibile; f. flagelațiunea; g. acopunctura; h. ciupirea cu un clește dințat aplicat pe sfărul mamelei (proba lui *Josot*); i. opărirea cu apa în clocote sau cu uleiul fierbinte; j. cauterizarea cu acidul sulfuric, cu ceara roșie, cu fierul înșoșit în foc; k. inciziunea profundă.

Anestezia, chiar generalizată, nu e însă un semnu de certitudine a morții, pentru că ea se poate nota și în viață, la unii indivizi, după cum a demonstrat-o cel dintăiu *Charcot* pentru anumite forme ale histeriei.

V. Auzul. — Dacă organul a fost intact până în ultima clipă a vieții, individul, numai în stare de moarte aparentă, poate manifesta prin semne, uneori abea perceptibile, că aude când e strigat pe nume, lucru ce de altfel se obține în anestezia generală artificială.

VI. Musculatura. — 1. *Incapacitatea țesutului muscular de a reține lichidul injectat* (eter pur) care, prin canalul de înțepare, reapare la suprafața cutanată — semnul lui *Rebouillat*.

2. *Absența șgomotului rotatoriu al lui Collongues* — vâjăitul muscular (*vezi: probele de confirmare a morții aparente*). Dar, numai un șgomot intens e o dovadă de

persistență a vieții, pentru că, atenuat, vâjăitul subsistă câțva timp după moarte spre a se stinge cu totul într'un interval oscilând între 10 și 16 ore.

VII. Reacțiunile cutanate. — 1. *Placa pergamentată*, prin fricțiunea cu un corp aspru, într'un interval de cel puțin 6 și cel mult 12 ore.

2. *Semnele lui Icard*. — a. *Prin forcipresură* (vezi probele de confirmare a morții aparente): amprentele lăsate de dinți se pergamentează, iar, în reacțiunea chimică, lichidul picurat din înșepături e amfoter, dacă dela moarte nu s'a scurs decât 1—4 ore, și acid dacă dela moarte au trecut cel mult 5—8 ore (în moartea aparentă, am văzut, reacțiunea e întotdeauna alcalină). — b. *Proba firului dublu de ață tras cu acul prin cuta cutanată strânsă cu o pensă* (vezi confirmarea morții aparente): prezența acidului cadaveric se manifestă prin urma roșie lăsată de firul imbibat pe foaia de hârtie albastră de lakmus.

3. *Neoxidarea acului de oțel înșipt în piele și extras după cel puțin 30 minute* (semnul lui Laborde).

4. *Proba picăturii de acid sulfuric* (semnul lui *Chavigny* și *Simonin*): locul cauterizat capătă o ușoară colorație ambrată, se pergamentează și devine întrucâtva transparent.

5. *Arsuri de gradul II*, prin apropierea flăcării unei lumânări la 5 mm. de buricul unuia din degete: epiderma îngălbeneste, se crispează, se ridică formând un flicten gazos care, pleznind cu sgomot, poate stinge lumânarea.

VIII. Acidificarea viscerelor (proba lui *Brissemoret* și *Ambard*, prin puncțiunea pulpei hepatice sau splenice — vezi: probele de confirmare a morții aparente). Pulpa colectată prin aspirațiune și dispusă pe hârtia de turnesol albastru, din cauza acidității cadaverice, lasă o pată roșie vizibilă pe fața inferioară a hârtiei reactive.

Pata aceasta se identifică deadreptul dacă moartea datează de cel puțin 5—6 ore. Dacă, dimpotrivă, moartea e mai recentă (1—2 ore), aciditatea e mascată de alcalinitatea sângelui din fragmentul de pulpă și atunci, prin strămutarea substanței parenchimotoase pe o altă bucată de hârtie de turnesol, pata roșie apare în 4—5 minute.

Procedul nu dă niciodată greș, dacă se recurge la el înainte de debutul rigidității și mai ales înainte de apariția petei verzui a putrefacției.

IX. Imaginea radiografică a cavității abdominale. — Pe când la omul viu această imagine e indescifrabilă, la cadavru, din contră, e foarte clară, toate organele fiind bine conturate. Aceasta se explică pedeoparte prin imobilitatea, iar pe de alta prin fosforescența organelor.

În debutul putrefacției, sub acțiunea razelor X, se formează în corp emanațiuni sulfuroase.

X. Proba urinară (procedul lui *Vigetti* cu injecția intravenoasă sau intramusculară a soluției de fenolsulfoftealină — vezi: mijloacele de confirmare a morții aparente). Absența colorației roșiatice a urinei extrase cu sonda e o dovadă a morții reale.

XI. Starea sângelui — semnul lui *Donne*. — Proba aceasta, desăvârșită de *Corin*, e bazată pe absența proprietății sângelui intra-vascular și extra-vascular de a se coagula după trecere de cel mult 4—6 ore dela moarte. După acest interval, se deschide o venă și se colectează sângele pe o sticlă de ceas: a) dacă nu există sau nu se formează nici un chiag, e o dovadă că moartea datează de mai mult 4—6 ore; b) dacă găsim sau în timpul examenului se constituie un cheag, acesta spre a fi cadaveric, trebuie să putem nota la el următoarele particularități: filiform, cantitate redusă de fibrină, moale, rar, absența striurilor; și în atare caz moartea datează de mai mult de 4—6 ore.

C. Epoca morții

E de prisos să mai stăruim asupra importanței acestei laturi a expertizei medico-legale. De rezolvarea ei depinde nu numai posibilitatea determinării cel puțin a unora din împrejurările în cari a survenit moartea, dar și aceea a stabilirii succesiunii momentului morții la doi sau mai mulți indivizi sucombați cu acelaș prilej. Într'o atare eventualitate interesul justiției e de a se demonstra: *in penal*, care din două persoane găsite moarte a jucat rolul mai întâiu de agresor și apoi de sinucigaș; în civil, în ce ordine au murit persoanele între cari există legături de moștenire materială, spre a se hotărî care anume a putut fi ultimul testator.

În materie civilă, atunci când expertul nu se poate rosti cu certitudine, legea engleză statornicește că ultimul supraviețuitor e persoana cea mai tânără, deoarece se presupune că rezistența la acțiunea agenților morții e în funcțiune de vârsta individului.

Fie, însă, în penal fie în civil, problema e aproape insolubilă atunci când expertiza, din lipsă de elemente coroborante, e nevoită să conchidă, după aparențe, la simultaneitatea morții (otrăvire, accident, explozie, etc.).

Determinarea epocii morții poate fi cerută în două forme ale acesteia: imediat după deces și înainte de debutul putrefacției; după un interval mai mult sau mai puțin lung, într'una din etapele descompunerii caracterizate.

I. Înainte de debutul putrefacției

1. Utilizarea diverselor semne generale ale morții, ținându-se însă seama de toate variațiunile și excepțiile indicate: temperatura cadavrului, atitudinea acestuia, rigiditatea, lividitățile cadaverice, starea sângelui.

a. *Răcirea corpului* nu poate fi un element de apreciere decât în primele ore după moarte. Mai e de observat că, atunci când e vorba de un degerat sau de un înecat în apă rece, nu mai e cu putință nici o concluzie serioasă.

b. *Starea sângelui*. — *Coagularea sângelui* scos din cadavru e un semn de moarte foarte recentă.

Cu o mai mare sau mai mică aproximație se poate trage o concluzie din cercetarea simultană a câtorva din semnele generale:

I. Persistența unei temperaturi mai ridicate, coagulabilitatea sângelui extras din vase, absența rigidității și a petelor cadaverice indică o moarte foarte recentă.

II. Răceala cadavrului și debutul rigidității: moartea datează de mai puțin de 24 ore.

III. Răceala și rigiditatea desăvârșită, prezența lividităților dar fără pată verze a putrefacției: moarte de 2, 3 sau 4 zile.

2. Deducțiuni trase din acte fiziologice vitale: starea de digestiune a conținutului stomacal, crioscopia, docimazia hepatică.

a. *Conținutul stomacal*.— Pentru valoarea diagnosticală a examenului stării substanțelor alimentare găsite în stomac. vezi: „*Examenul conținutului stomacal*”, Vol. I, pag. 465—469. E, însă, de observat că, fără a i se tăgădui importanța, rezultatul acestui examen e susceptibil de erori de interpretare și aceasta din următoarele considerațiuni:

1. Digestiunea acelor-aș alimente nu se face în acelaș fel și în acelaș interval la toți indivizii.

2. Digestiunea post-mortală (vezi: „*Pseudo-moartea aparentă*”, vol. II).

* * *

Oricum: un conținut stomacal insuficient atacat de suclic gastric e o indicație de scurgerea unui interval scurt între ultima masă și moarte; un stomac gol (afară numai dacă se face dovada postirii) indică un interval lung între ultima ingerare de alimente și decesul.

b. *Crioscopia sângelui* prin procedeul lui Revenstorf (vezi: „*Crioscopia*”, vol. I, pag. 459).

c. *Docimazia hepatică* (vezi: vol. I, pag. 485—489) a cărei valoare diagnosticală asupra epocii morții a fost magistral pusă în evidență de *Etienne Martin*.

II. După pronunțarea putrefacției

Pentru determinarea aproximativă a epocii morții (câteva zile, săptămâni, luni, câțiva ani) ne servim de elementele trase din studiul putrefacției (vezi: „*Desgroparea — Epoca morții*”, vol. I, pag. 522: capitolul imediat următor consacrat „*Putrefacției*”).

Într'un studiu recent (1930), Profesorul *Nicolae Minoici*, în colaborare cu *Dr. Kernbach* și *Dr. Cotușiu*, conchide:

1. Examenul histologic simplu și cel bacteriologic nu pot contribui la determinarea datei morții, decât în primele zile ale putrefacției.

2. Metoda histo-chimică permite să se cunoască fazele succesive ale putrefacției în diversele organe: grație ei putem urmări: infiltrația grăsoasă și steatoza post-mortală, saponificarea grăsimilor preexistente, hidroliza sau autoliza materiilor proteice, precum și desaminarea produselor de degradare albuminoasă.

3. În pământ descompunerile parțiale ale cadavrului variază după organ.

4. Acizii grași, rezultând din saponificare, apar, în putrefacția în pământ, înaintea acizilor de origine proteică.

CAP. II

PUTREFACTIA

Corpul, odată intrat în stăpânirea morții, dacă nu e conservat prin îmbalsamare sau mumificare, e irevocabil menit distrugerii. Această nimicire e sau artificială sau naturală.

Artificială, distrugerea e opera incinerării.

Naturală, distrugerea e faza ultimă a unui proces de descompunere lentă — putrefacțiunea.

Studiul acestui proces de desagregare și de dispariție a materiei organice are o valoare capitală pentru medicina legală, pentru că, grație cunoștințelor dobândite, expertul e în stare de a determina, cu o mai mare sau mai mică aproximație, însăș epoca morții, indiferent de lungimea intervalului dintre momentul încetării vieții și acela al examenului cadavrului, desgropat sau încă neîngropat.

Dar în afară de acest element esențial al expertizei, dezvoltarea putrefacției mai îngăduie medicului legist: 1. să facă diferențierea unei leziuni vitale de una post-mortală; 2. să determine mediul în care a stat cadavrul neîngropat și descoperit numai în tâmplător sau în urma unui denunț; 3. să se rostească în chestiunile de otrăvire (inclusiv intoxicațiile alimentare) și îndeosebi în acele prin alcaloizi, ținând seama de generațiunea spontană a ptomainelor.

În treacăt vom observa că studiul putrefacțiunii e de o mare utilitate pentru aplicațiunile igienei profilactice, atât din punctul de vedere al descompunerii substanțelor alimentare, cât și din acela al focarului de contaminare ce-l constituie cadavrele pentru vecinătatea mediului în care se află (vezi: observațiunile noastre cu privire la cimitir).

I. Mecanismul putrefacției

Ingrădiți de cadrul fatal limitat al unui tratat general de medicină legală și trebuind să ne mărginim la aplicațiunea medico-legală, nu ne e îngăduit să dăm studiului putrefacției extensiunea din monografia ce i-am consacrat acum treizeci și unu de ani (*M. Minovici*, 1899: „Putrefacția din punct de vedere medico-legal și igienic“). În prezența expunere succintă vom trata chestiunea pe temeiul cunoștințelor acumulate și verificate în cursul unei îndelungate practice de cercetări în această direcție.

Fără a nesocoti lumina proiectată de lucrările unui *Orflia*, unui *Depergie*, unui *Casper*, trebuc să proclamăm, că marea, hotărîtoarea contribuțiune la desvăluirea științifică a tainei putrefacției au adus-o nemuritorul *Pasteur*,

prin cercetările lui asupra fermentațiunii. și progresele ulterior realizate în domeniul bacteriologiei.

Cu ajutorul acesteia din urmă — care a identificat și catalogat flora cadaverică. — și prin cunoașterea faunei cadaverice, putem să ne explicăm mecanismul fenomenelor putrefacției. în aproape imuabila lor lege de în-lănțuire.

În definitiv. putrefacția e descompunerea substanțelor organice azotate, îndeosebi a albuminoidelor. prin acțiunea microbiană și prin persistența fenomenelor chimice în organismul omenesc după moartea acestuia. Această definiție ne înlesnește și diferențierea putrefacției de fermentațiune: în putrefacție. fiecare dintre substanțele ce intră în compoziția corpului suferă o descompunere specială: pe lângă peptone, acizi și baze, intră în acțiune o înfinitate de micro-organisme. cari sunt adevărați agenți ai desagregării.

1. Agenții putrefacției

a. Acțiunea din timpul vieții

Cunoașterea mecanismului de distrugere a cadavrului e necesară, pentru că nu toate cadavrele se descompun în acelaș interval și în acelaș fel. Alura și aspectul putrezirii depinde de o serie de factori pe cari îi vom expune mai departe. Depe acum, însă, ținem să spunem — concluziune la care am ajuns în urma observațiilor făcute cu prilejul examinării a mii și mii de cadavre — că nu orice modificare pasivă interesând țesuturile sau organele cadavrului e neapărat produsă de acțiunea post-mortală a micro-organismelor. Am putut stabili că, și în timpul agoniei, *bacteriile patogene sau acele cari, în starea normală a organismului viu, se găsesc pe piele și în anumite organe și cavități (îndeosebi în tubul digestiv) și n'au nici un raport cu infecțiunea cauză a morții, pătrund, încă în timpul vieții, în sânge și țesuturi. pe cari le însemnătează.*

Ne găsim astfel în prezența a ceeace Malvoz a numit o adevărată floră a organismului viu.

Așa identificăm:

1. *Stafilococi și streptococi* cari se găsesc pe pielea sănătoasă, mai ales în plicele acesteia.
2. *Saprofiți* cari în mare cantitate se găsesc în gură; unii au un rol determinant în caria dentară.
3. *Microbi patogeni*. dintre cari micrococul pneumoniei și bacilul pseudo-difteric își au deasemenea sediul în cavitatea bucală.
4. *Streptococi și diplococi*, cari există și în cavitatea nazală, în mucusul laringean, trachean și bronhic.
5. *Colibacili*, cari din stomac trec în mediul mai prielnic pe care-l constituie intestinul subțire. Colibacilii aceștia întrețin, chiar la individul cel mai sănătos, un vast focar de putriditate. cu neîntrerupta transformare a peptoanelor în indol. scatol. etc.
6. *Micrococi, streptococi și stafilococi* cari își au sediul în cutele mucoasei vaginale. de unde pătrund până la colul uterin.

b. Acțiunea de după moarte

Deslănțuirea procesului evident al putrefacției e opera exclusivă a bacteriilor. Criptogamele și larvele de insecte, cari se depun pe tegumente, nu intervin mai târziu decât cu titlul de colabatori, pentru desăvârșirea destrucțiunii.

Am văzut că și în timpul vieții se găsesc în organism, în *intestin mai ales*, bacterii patogene, în special saprofiți, adică microbi înzestrați cu proprietatea de a descompune substanțele albuminoide. Aceasta ne și explică de ce putrefacția se pronunță întâiu la abdomen — pata verzue. Microbii aceștia, grație diastazelor lor, distrug celulele mucoasei, străbat tunicile și se răspândesc în ramificațiunile venei-porte și în limfactice, iar de aci în ficat. Alți microbi ajung până în cavitatea peritoneală și, înmulțindu-se, invadează mai departe splina, cavitățile pleurală și pericardică. În cele din urmă bacteriile pun stăpânire și pe vasele mari. Iar în timpul acestei invazii, germeii porniți din gură, din arborele respirator și din aparatul genito-urinar își fac drum până la organele vecine.

Insfârșit, pielea este și ea străbătută de microbii veniți de afară; penetrațiunea aceasta se face cu atât mai lesne cu cât e mai lezat tegumentul cutanat (rănile de tot felul, macerațiunea înnecaților).

În acțiunea microbială post-mortală deosebim două etape mari: faza microbilor *aerobi* care durcăză atâta vreme cât aceste micro-organisme găsesc, în organismul atacat, oxigenul necesar vieții și proliferării lor; faza microbilor *anaerobi* cărora le priește tocmai absența mediului oxigenat. În aceasta a doua fază sunt foarte activi și așa numiții *anaerobi facultativi*, adică micro-organisme cari se înmulțesc indiferent dacă mediul conține sau nu oxigen. Dar, deoarece oxigenul din organism se consumă repede, urmează că greul sarcinii de descompunere îl poartă anaerobii: aceștia atacă, reducând-o, constituția chimică a substanțelor albuminoide, cu care prilej se degajează în abundență produse gazoase ca acidul carbonic, hidrogenul sulfurat, amoniacul.

În adevărata putrefacție, în afară de *coli* și de o serie de microbi din această familie bacilară, intervin ca agenți activi, după cum a constatat *Babeș*, și bacili sporulați: bacilul subtilis și bacilul edemului malign.

În ce privește ordinea de apariție și de succesiune a microbilor putrefacțiunii, ea depinde: de temperatură, umiditate, presiunea și electricitatea atmosferică; de boala de care a murit individul; de modificarea continuă a reacțiunii, concentrării și compoziției substratului organic, în evoluția procesului putrid; mediul, la început favorabil unei specii de microbi, devine neprielnic și atunci locul ei e ocupat de o specie adaptabilă mediului modificat.

După lucrările de laborator mai recente (*Romanese-Tore*, 1927), în etapa anaerobă își face mai întâiu apariția bacilul perfringens, apoi bacili butirici

și în coadă bacilii din specia putrificans. Condițiunile exterioare grăbesc sau întârzie, dar nu modifică ordinea, care depinde de condițiunile mediului în care se dezvoltă microbii. Acestei succesiuni de anaerobi cu proprietăți diferite corespund fenomenele macroscopice ale dezvoltării gazoase și ale colicației. Perioadele emfizematoase și colicative ale putrefacției sunt indiciul macroscopic al activității predominante a uneia sau a celeilalte specii.

Fapt cert e că, la *adult*, putrefacția începe cu intestinul, după care intră în acțiune flora microbiană din gură, din căile respiratorii, din organele genitale și de pe piele, precum și microbii cari din intestin au pătruns în sânge și în organe. La *făt* și la *noul-născut* care n'a respirat — la cari flora microbiană nu se constituie decât abea după câteva ore sau chiar câteva zile dela expulzare — putrefacția pornește dela nivelul orificiilor naturale și al pielei.

Dar și la *adult* mersul putrefacției e înrăurit îndeosebi de factorul temperatură. Congelarea cadavrului împiedică dezvoltarea substanțelor putrede cari distrug țesuturile și dizolvă globulele roșii. Aceasta se observă nu numai la cadavrele conservate în aparatul frigorific, ci și la cele de indivizi degerați: în interval de 24 ore dela moarte nu se găsesc microbi în organele interne. Dimpotrivă, în cadavrele prost conservate în timpul verii, microbii (*coli comunis*, *proteus*, *stafilococi*, *streptococi*) invadează numai decât organele în următoarea ordine verificată de *Babeș*: beșica udului, rinichii, peritoniu, ganglionii mesenterici, apoi restul organelor și al țesuturilor.

2. Factorii cari influențează putrefacția

Nu la orice cadavru se observă întreaga gamă a procesului putrefactiv. Uneori descompunerea se oprește imediat după apariția primelor semne, alteori se poticnește la jumătatea drumului. Se mai notează o oprire, după care putrefacția ia un aspect particular: mumificarea uscată ori mumificarea grăsoasă — o adevărată degenerescență grăsoasă a tuturor țesuturilor.

a. Factorii interni

1. *Vârsta*. — E vorba, firește, de *făt* și de *noul-născut*.

1. *Fătul mort în uter*, înainte de plesnirea membranelor oului, e la adăpost de orice acțiune microbiană și de aceea notăm la el ori macerarea ori mumificarea (vezi: „*Avortul*“, vol. II). — Dacă, dimpotrivă membranele sunt deacum rupte, cadavrul fătului are aspectul unui *născut-mort*.

La *fătul* care n'a ajuns la termen, tegumentele cutanate, dacă sunt moi, constituie un nespun de prielnic teren de cultură pentru *saprofitii* veniți de afară: aceasta ne explică de ce feții de câteva luni, imediat după expulzarea lor, putrezesc foarte repede.

2. *Noul-născut la termen* (vezi: „*Pruncuciderea*“, vol. II). — Evoluția rapidă a procesului de putrefacție, în pruncucidere, e grăbită de faptul că în genere pruncul, gol sau înfășurat într'o cărpă, e aruncat în apă, latrină ori îngropat în băligar.

Dar diferențierea esențială între putrefacția noului-născut și aceea a adultului o constituie repartiția florei microbiene.

Microbii nu apar în tubul digestiv al noului născut decât abea după câteva ore, chiar câteva zile dela naștere. Dacă moartea se produce înainte de ivirea, în tubul digestiv, a lui bacterium coli și și a lui baccillus lactis aerogenes, putrefacția e opera acelor microbi cari pătrund de afară, prin piele și orificiile naturale (proteus, bacillus fluorescens lichefacens, bacillus subtilis, micrococi).

Indeosebi în ce privește noul-născut aruncat în latrină, e de observat că putrefacția e lentă (uneori atât de încet că întreg corpul se transformă în adipoceară), atunci când conținutul haznălei e format numai din materii fecale și din urină, fără intervenția apei de ploaie, a apei de canalizare ori a lăturilor. Într'o hazna conținând și apă sau într'una bine aerată, putrefacția se face foarte repede.

II. *Sexul*. — După toate probabilitățile, constituția mai limfatică a femeii e mai prielnică evoluției rapide a putrefacției. Fapt demonstrat, însă, este că întotdeauna și oricare ar fi felul morții, *cadavrul unei femei moarte după facere putrezește mai repede*.

III. *Constituția*. — Un cadavru gras, limfatic, se descompune mai repede ca unul slab, uscat, pentrucă putrefacția e favorizată de abundența lichidelor în organism. — Dăm ca exemplu una din numeroasele noastre observații: cadavrul de o slăbiciune extremă al unei fete de 17 ani, moartă de ftizie pulmonară, e desgropat după 26 zile; cadavrul e într'o perfectă stare de conservare, iar organele interne nu prezintă decât un început de putrefacție.

IV. *Condițiunile individuale*. — E vorba de flora microbiană intestinală care, încă din timpul vieții, variază dela individ la individ: dovadă mirosul asfixiant al scaunelor unei persoane cu aparența celei mai perfecte sănătăți. Un organism, deacum învadat în momentul morții de microbii veniți din intestin, putrezește mai repede decât un cadavru în care saprofitii tubului digestiv n'au depășit bariera din timpul vieții.

Faptul acesta prezintă un deosebit interes și pentru diagnosticul felului morții, când avem de examinat un cadavru ciopârțit: dacă, de exemplu, găsim trunchiul putrezit, iar membrele smulse, frânte sau amputate în stare de conservare, deducem că victima, în momentul morții, era în plină sănătate: pe când, dacă toate părțile trupului ciopârțit prezintă acelaș grad de putrefacție, e un indiciu că, în momentul morții, victima era bolnavă sau otrăvită, iar circulația postumă s'a stabilit înainte de deces. Apoi, putre-

facția va fi mai întârziată la cadavrul unui individ la care, înainte de moarte, intestinul a fost mai mult sau mai puțin evacuat prin diaree ori purgație; din contră, evoluția putridă va fi mai rapidă la individul mort cu o constipație sau o obstrucție intestinală. Prin influența condițiilor individuale se poate explica și faptul — pentru întâia oară notat de *Casper*, la examenul cadavrelor celor căzuți pe baricade cu prilejul unei răsvrățiri populare la Berlin: nu numai putrefacția nu avea acelaș aspect la toate cadavrele, dar unele din ele erau cu totul cruțate de procesul de descompunere.

V. Felul morții. — a) În *moartea subită* putrefacția e mai lentă.

b) În *moartea consecutivă unei boli acute sau cronice*, care a avut vremea să reducă vitalitatea și rezistența țesuturilor și a organelor, putrefacția e mult înlesnită.

c) În *moartea consecutivă unei boli infecțioase* putrefacția e îndeosebi de rapidă. — O observație: am desgropat, după 26 zile, cadavrul unei femei moarte de septicemie post-puerperală; putrefacția era foarte înaintată din pricina că organismul fusese încă din timpul vieții din belșug însemăntat cu saprofiți.

d) În *moartea consecutivă unei răni deschise sau unei plăgi contuze grave, unora dintre otrăvuri, asfixiei, insolăției, trăsuirii, electrocuțiunii, anasarcului, bolilor cu agonie lungă*, putrefacția e și mai grăbită și mai intensă.

e) Un rol în mersul putrefacției îl joacă și *cantitatea de sânge din organism, în momentul morții*: mai repede putrezește organul congestionat decât cel anemiatic.

f) Cadavrul unei *persoane cu puterile sleite după un lung surmenaj fizic ori intelectual* putrezește mai repede: în cursul efortului continuu se acumulează în organism o mare cantitate de produse de desasimilare cari nu se elimină în proporția necesară întreținerii vitalității organismului.

g) Un cadavru, *cu cavitățile deschise* (accident, autopsie) și în contact cu aerul putrezește mai repede decât cadavrul individului scos de sub un mal surpat, de sub un zid năruit, deoarece aerul n'a putut pătrunde așa ușor.

h) Corpul unui *înecat* expus la aer putrezește mai repede, dacă și condițiunile exterioare de temperatură sunt și ele prielnice.

i) La un *spânzurat*, cu toate modificările congestive ale organelor, înmulțirea microbilor se face într'un tempo moderat.

j) În *intoxicațiunile cu oxidul de carbon, cu acidul cianhidric*, mersul putrefacției e mai lent.

k) În *intoxicația arsenicală* greșit se crede că arsenicul stînghește procesul putrefacției: dacă într'o atare otrăvire se notează un oarecare grad de conservare a cadavrului, aceasta se explică

prin acțiunea disicantă a mediului în care se găsește corpul. Adevărat e numai că o otrăvire masivă cu arsenic poate prezerva stomacul de descompunere, nu însă și restul corpului la care, în condițiuni normale, putrefacția începe în intervalul obicinuit. Pentrucă arsenicul n'are absolut nici o acțiune asupra florei microbiene din intestin.

l) *Alcoolul*, mai ales când stomacul conține alimente, grăbește putrefacția.

m) Putrefacția e întârziată în cadavrele *din cari, la autopsie, s'au scos măruntaiele*.

În definitiv, la examinarea cadavrului intrat deacum în putrefacție. *expertul trebuie să stabilească, între altele, dacă, în speță, cauza morții e sau nu dintre acelea, cari, încă în timpul vieții, provoacă migrațiunea saprofitilor intestinali și invazia lor în organele cele mai profunde*. Aceasta îl va ajuta la determinarea aproximativă a datei morții.

b. Factorii externi

I. *Temperatura*. — 1. *Căldura* moderată accelerează putrefacția, pe când cea excesivă duce, dimpotrivă, la uscare. În teză generală, putrefacția comună nu e posibilă dincolo de 60°. Temperatura cea mai prielnică e între 18 și 22°. Vara, pe o atare temperatură și numai după două zile dela moarte, putrefacția e atât de înaintată, că autopsia se face anevoie. — 2. *Frigul*, din contră, întârzie putrefacția: la o temperatură de 5°—8°, sub zero, cadavrul rămâne conservat timp de 10—20 zile.

Dacă, la un cadavru ținut la o atmosferă sub + 12° găsim, la câteva zile după moarte, microbi în sânge, splină, etc., avem certitudinea că germenii existau deacum în corp în timpul vieții.

Căldura temperată, asociată cu umezeala, accelerează mersul putrefacției.

II. *Umezeala*. — Putrefacția, între altele, e favorizată de cantitatea mai mare de lichide organice. Aceste lichide se evaporază treptat, rupând mai întâiu tegumentele abdominale, apoi acele ale pieptului și în cele din urmă pielea capului. E dela sine înțeles că în măsura în care va interveni o mai largă cooperare a umezelii exterioare, cu atât mai grăbit va fi și mersul putrefacției. Din contră, dacă pierderea de apă, prin deshidratarea normală a cadavrului, nu e compensată prin umezeala exterioară, atunci putrefacția comună e repede oprită, spre a face loc mumificării.

c) *Mediul*.

Acesta, după împrejurări, e: aerul liber, solul, băligarul, gunoiul, apa, conținutul latrinei, etc.

1. **Aerul.** — Cadavrele expuse la aer putrezesc mai repede decât cele îngropate sau decât cele menținute într'un lichid (înneceții în apă, latrine, etc.). *Orfila* demonstrase deacum că putrefacția e mai rapidă în aerul umed ca în cel uscat, mai rapidă în bălăgar decât în apă, latrină sau în pământ; mai rapidă în apă decât în latrină: cea mai lentă e putrefacția în sol. Iar *Casper* ne dă această formulă, firește de o valoare relativă: o săptămână de putrefacție la aerul liber echivalează, la temperatura egală, cu două săptămâni în apă și opt săptămâni în pământ.

Mai avem de observat că, *gol*, cadavrul putrezește mai repede decât atunci când e îmbrăcat, că deci părțile rămase acoperite vor fi mai bine conservate decât cele desgolite (f. Un înnecat rămas numai cu cismele în picioare: gambele erau perfect conservate, pe când pe restul corpului epiderma era deacum desprinsă și căzută).

2. Cadavrul unui cocoșat rămas spânzurat: tot corpul era deacum în stare de putrefacție înaintată, pe când toracele, grație corsetului special, era oarecum bine conservat).

Referindu-ne la observațiunile făcute cu privire la acțiunea temperaturii și a umezelii, deducem în mod logic că un aer excesiv de uscat va paraliza mersul putrefacțiunii comune, deviind-o spre mumificare.

II. **Pământul.** — În primul loc atragem atenția asupra naturii solului (teren devorant și teren conservator — vezi: „*Desgro-pările*”, vol. I, pag. 524). Pentru că, după cum pământul este moale și poros ca nisipul, sau tare ca argila, putrefacția va fi mai grăbită sau mai întârziată. Intervenția umidității compensează neajunsul consistenței solului: pământul calcaros e mai uscat, iar cel argilos sau bogat în turbă e mai jilav.

Putrefacția e în funcțiune și de adâncimea gropii: cu cât profunzimea e mai mare, deci stratul deasupra cadavrului mai puțin permeabil pentru aerul atmosferic, cu atât procesul de descompunere e mai lent.

Cadavrul putrezește mai repede în groapa individuală decât în groapa colectivă.

Mersul putrefacției în pământ e în funcțiune și de contactul cadavrului cu terenul: cadavrul *gol* putrezește mai repede decât cel îmbrăcat ori cel pus în cosciug. Mai e de observat că mersul descompunerii corpului e în raport direct cu însăș repeziciunea putrezirii materialului din care e confecționat sicriul: putrefacția e mai rapidă într'un cosciug de brad decât într'unul de stejar, într'un sicriu necăptușit cu tablă decât într'unul căptușit sau într'unul de metal: într'un cosciug cu crăpături, decât într'unul bine încheiat și cu capacul ermetic închis. Într'o groapă zidită putrefacția e mult întârziată.

Substanțele pulverulente depuse în sicriu sau cele antiseptice cu cari a fost stropit cadavrul întârzie putrefacția.

Pentru ilustrarea celor expuse, dăm câteva din observațiile făcute cu prilejul desgropărilor practicate de noi:

1. Bărbat de 60 ani. Pământul umed până la cosciug, care deasemenea e imbibat de apă. La 55 zile dela moarte, cadavrul e macerat.

2. Bărbat de 50 ani. Pământul argilos și umed, dar goapa adâncă de numai 80 cm. La 41 zile dela moarte: putrefacția foarte înaintată.

3. Bărbat de 25 ani. Pământ humos, infiltrat cu apă de ploaie. Adâncimea gropii: 1.40 m. Cosciugul plin cu apă. La 65 zile dela moarte: tegumentele foarte macerate: pielea, împreună cu părul și unghiile, se desprinde în lamouri; pe alocurea mușchii au început să se transforme în adipoceară.

4. Fată de 15 ani. Pământul argilos, umed până la cosciugul de brad care e plin cu apă. La 8 zile dela îngropare: epiderma macerată se desprinde în lamouri, putrefacția înaintată. creierul e terciuit, toate organele interne în plină putrefacție gazoasă.

5. Copilă de 9 ani. Pământul foarte permeabil. Groapă adâncă de numai 1.10 m. Cosciug de brad. La 18 zile dela moarte: cadavrul redus în stare de schelet.

6. Bărbat de 25 ani. Adâncimea gropii de 80 cm. Temperatura exterioară, în tot timpul șederii în pământ, e ridicată. La 12 zile dela moarte, cadavrul desgropat e găsit redus în stare de schelet.

7. Bărbat de 60 ani. Mormântul boltit cu cărămidă, fundul pământ gol. Cosciug de stejar. La 50 zile dela moarte cadavrul e încă foarte bine conservat.

III. Bălăgarul. — Putrefacția e mai rapidă decât în pământ. Iarna însă, mersul descompunerii e mult întârziat, pentru că acțiunea frigului e înlesnită de permeabilitatea mediului.

IV. Apa. — Mersul și aspectul putrefacției în apă diferă de acelea ale putrezirii corpului la aerul liber ori în pământ. Deosebirea acestea sunt datorite următorilor factori:

1. *Temperatura.* — a. Întâiu e de observat, că, prins în masa de apă înghețată, cadavrul se conservă până la degheț. În ghețurile vecinice corpul rămâne indefinit la adăpost de atacul agenților putrefacției: la Muzeul din Moscova am putut vedea, pe vremuri, un hoit de mamut cu tegumentele moi, care stătuse mii de ani în ghețurile Siberiei.

b. Iarna, un cadavru scos după 10—20 zile din apa neînghețată dar a cărei temperatură nu trece de $+2^{\circ}$ — 6° , e încă bine conservat. *Vara*, din contră, apa având o temperatură de $+18^{\circ}$ — 20° , chiar numai după 5—6 zile, putrefacția e deacum declarată.

c. O altă considerațiune e aceea a temperaturii apei după adâncime: apa e mai rece în straturile inferioare decât la suprafață și în straturile mai apropiate de aceasta, pentru că razele solare o încălzesc în măsură inegală, pornind dela suprafață în adâncime. De aceea putrefacția e cu atât mai rapidă cu cât cadavrul se găsește mai aproape de suprafață.

d. Vara, când temperatura apei e mai ridicată, putrefacția se face repede, iar dezvoltarea gazoasă e atât de abundentă, că, după numai câteva zile, cadavrul reapare plutind la suprafață.

2. *In apele curgătoare* corpul fiind neîncetat spălat, e firesc ca mersul putrefacției să fie influențat.

3. *Lipsa de oxigenare a mediului* contribuie și ea la modificarea procesului de descompunere.

4. *Pătrunderea mai mult sau mai puțin repede a apei în marile cavități naturale ale corpului.* Dacă e bogată în microbi, apa va grăbi putrefacția. Apoi, pătrunderea apei în sânge grăbește și ea putrefacția, cu condițiunea însă ca temperatura mediului să nu fie prea scăzută.

5. *Scos din apă și expus la o temperatură superioară aceleia a mediului,* cadavrul se descompune cu o repeziciune proporționată gradului de căldură a atmosferei.

V. *Conținutul latrinelor.* — Variantă a putrefacției în apă. descompunerea în conținutul latrinei e mai înceată, pentru că mediul nu e prea prielnic dezvoltării, fermenților putridi. În schimb saponificarea e grăbită. (Vezi și capitolul „Pruncuciderea“, vol. II).

II. Mersul putrefacției microbiene

Momentul apariției putrefacției, am văzut-o, e în funcțiune de factori interni și de factori externi (mediul).

1. In aerul liber

A. Modificările exterioare

În general putrefacția devine manifestă îndată după dispariția rigidității cadaverice. — În ordinea cronologică notăm:

a) In primele 24—48 ore

I. *Schimbarea colorației pielii.* — Pielea unui cadavru expus la aerul liber devine albăstrue sau verzuc mai întâiu pe coaste, apoi pe abdomen, torace și restul corpului. Colorația nu e uniformă ci poate prezinta, după zone, diverse nuanțe: albastru, verde, roșu închis, pământiu.

II. *Apariția de pete mai mult sau mai puțin închise în părțile unde s'a produs imbibarea și transsudarea sanguină.*

III. *Pața verzuie* (vezi descripția ei la semnele morții reale).

IV. *Globul ochiului devine moale și cedează presiunii digitale.*

b) După 3—4 zile dela moarte

I. *Pața verzuie* (vezi colorația și întinderea ei la semnele morții reale).

II. Acțiunea gazelor. — Sub presiunea gazelor (de obicei hidrogenul sulfurat și fosforat, cari se dezvoltă în vase, în cavitățile seroase, în țesutul celular), pânțele se umflă, lichidul din vasele mari e împins spre periferie. Sângele, ale cărui globule sunt alterate, devine spumos, iar *spuma* aerată se scurge pe nas și gură. Se stabilește astfel ceea ce *Brouardel* a numit *circulația postumă* care, provocând ieșirea lichidului prin plăgile membrelor, dă leziunilor aspectul unor răni vitale. Circulația aceasta gazoasă difuzează micro-organismele în întreg cadavrul.

De aci notarea următoarelor apariții:

1. Pielea se întinde, fața e bugedă, pleoapele umflate, pieptul bombat, pânțele balonat, scrotomul și penisul voluminoase. Umflarea abdomenului poate merge până la plesnire și, în atare caz, microbii de afară pătrund în interiorul corpului și astfel procesul descompunerii e mult grăbit. *Vara*, după 3—4 zile, presiunea gazelor în cavitatea abdominală e atât de mare, că, în caz când cadavrul e închis ermetic într'un sicriu de plumb, se aude o explozie. Aceasta se poate înregistra și în cimitire, dacă permeabilitatea termenului o îngăduie.

2. Tot sub acțiunea gazelor se mai notează: împingerea conținutului stomacal spre esofag și faringe și revărsarea lui de aci în căile aeriene; împingerea spre exterior a mucoasei rectale și a celei vaginale; expulzarea fătului rămas în uterul femeii gravide.

3. Bulele și flictenele tegumentului cutanat, cari se produc sub acțiunea combinată a microbilor veniți din cavități și a saprofitilor din aer.

III. Mirosul cadaveric, datorit fermentației microbiene.

c) După 4—12 zile dela moarte

I. Petele verzui (pentru colorația și extensiunea lor, vezi semnele morții reale).

II. Gazele continuă să umfle corpul, al cărui volum poate crește chiar până la dublul celui din viață.

III. Cornea se turtește, devine concavă, dar culoarea ochilor se mai poate cunoaște.

IV. Sfincterul anal e foarte slăbit.

V. Culoarea roșie-murdară a desenului subcutanat al venelor în care au pătruns gazele (îndeosebi la gât, piept și extremități).

d) După 15—20 zile dela moarte

I. Pielea depe tot corpul e roșie-brună, epiderma e ridicată de o serozitate roșie-murdară. Pericraniul e desprins. Unghiile, mobile, se pot smulge cu mare ușurință.

II. Fața e atât de schimbată (pleoapele, nasul, buzele, fălcile

foarte umflate), că mortul nu mai e de recunoscut. Irisul și pupila ne mai fiind vizibile, culoarea ochilor nu se mai poate distinge.

III. **Organele genitale.** — Penisul, umflat, are dimensiuni enorme, iar scrotumul are volumul unui cap de copil.

IV. **Larvele de insecte.** — În anotimpul când muștele sunt încă vii, numeroase larve acoperă corpul mai ales la orificiile naturale.

E de observat că acest aspect al cadavrului se poate nota chiar numai după 4—8 zile, atunci când temperatura exterioară e de cel puțin $+16^{\circ}$ — 20° ; dimpotrivă cu o temperatură de numai 5° — 10° , modificările acestea apar abea după 40—50 zile.

e) După 1—5 luni

Cadavrul e verde, escoriat. Numai cu ajutorul altor elemente se poate determina epoca aproximativă.

f) După 4—6 luni

E faza de ramolire a țesutului: toate părțile moi sunt transformate într'un terciu.

I. **Tegumentele cavităților** (toracică și abdominală) plesnesc.

II. **Craniul:** adesea suturile acestuia cedează sub presiunea gazelor.

III. **Orbitele** sunt goale.

IV. **Oasele,** îndeosebi acele ale craniului și ale membrilor, sunt desgolite. Prin disoluția ligamentelor și a aponevrozelor, oasele membrilor sunt desfăcute la articulațiuni.

V. **Fața:** se poate spune că nu mai există.

VI. **Pieptul:** nu se mai poate preciza dacă e piept de femeie ori de bărbat.

VII. **Genitalele externe** fiind cu totul distruse, nu se mai poate determina sexul pe baza examenului exterior. Diferențierea se va face numai, la examenul interior, după prezența sau absența uterului.

Modificările acestea pot fi mai precoce, atunci când cadavrul e ținut într'un mediu cald și umed.

g) Putrefacția vitală

Numim astfel complexul de semne cari, mai mult sau mai puțin pronunțat, simulează pe acele ale putrefacției post-mortale.

I. Un membru sfacelat, falsele membrane cari acoperă farinģele, pereții desprinși ai unui abces vechiu, plăģile complicate, pleura și conținutul ei în pneumotorax, mucusul purulent în nări, pustulele confluențe în variolă, bubonii în ciumă, escarele și ulceretele intestinale în febra tifoidă, muco-puroiul acumulat în vesica bolnavă, resturile placentare într'un uter purulent și gangrenos. —

toate acestea pot constitui, pe omul viu, locul unei descompuneri cu fermentațiune amoniacală. Dar această putrefacție locală, legată de o stare determinată, nu poate fi confundată cu putrefacția post-mortală care atacă întreg corpul, cu apariții mai pronunțate în locuri de predilecție.

II. *Mirosul fetid* în gangrena plămânului, în secrețiunea bronhică (ftizia), în ozena, în variola confluentă.

III. *Gangrena*, mai ales atunci când mirosul fetid e însoțit și de ramolirea țesuturilor, simulează foarte bine descompunerea post-mortală. Dar, la omul viu, gangrena e circumscrișă, pe când, pe cadavru, putrefacția, care debutează cu abdomenul, nu e prin nimic îngrădită. Putrefacția post-mortală e în totdeanna o gangrenă umedă, o disoluțiune cu totul diferită de aceea care atacă părțile unui corp viu.

IV. *Petele cutanate, petechiile*, cari însoțesc scorbutul, febrele grave, histeria (în cazuri rare), septicemia. Experiența va ajuta pe expert să diferențieze numaidecât aceste pete (roșii, violete, vinete, negre) de primele semne ale putrefacției cadaverice.

V. *O mare echimoză abdominală, consecutivă unei contuziuni*. Ajunge să se facă o inciziune, pentru a se diferenția echimoza de pata verzue a putrefacției.

B. Modificările interioare

Structura histologică, cantitatea de sânge și umori, gradul de imbițiune, posibilitatea mai mare sau mai redusă a contactului cu aerul atmosferic exercită o influență netăgăduită asupra debutului descompunerii diverselor organe interne. Iată dar un criteriu de o deosebită valoare pentru diagnosticarea epocii morții.

În ordinea cronologică a începutului putrefacției notăm:

I. *Tracheea și laringele*. — La cadavrele proaspete sau la cele cu numai câteva pete verzui răzlețe pe abdomen, mucoasa tracheei mai are, pe toată întinderea ei până la ramificarea bronhiilor, culoarea albă ce o capătă imediat după moarte (afară de cazurile de moarte asfixică sau de moarte consecutivă unei laringite).

În stare de putrefacție mai înaintată a corpului, membrana mucoasă a tracheei e vișinie sau roșie-închisă și nici cu lupa nu se pot distinge vasele injectate. Mai târziu, mucoasa aceasta capătă o culoare măslinie, iar cartilajele tubului se separă unele de altele. Cu înaintarea putrefacției mai rezistă cricoidul, tiroidul și câteva inele tracheale, pentru a dispărea la rândul lor.

II. *Creerul noilor-născuți și acela al sugacilor* vine în al doilea loc, atât grație structurii delicate a organului cât și acțiunii aerului care pătrunde prin fontanelle.

III. *Stomacul*. — Ca aspect diferă dela cadavru la cadavru: mic ori mare, destins de gaze ori turtit, plin cu alimente ori evacuat prin acțiunea gazelor putrefacției.

Mucoasa, imbibându-se foarte lesne cu materiile colorante din conținutul

gastric. se prezintă când galbenă (pigmentul bilei, etc.) când înegrită (medicamente, fructe), când roșie (vin, etc.), violacee, ardoazată, verzuie. — Boala de care a suferit individul lasă și ea o urmă asupra mucoasei, al cărei aspect va diferi după cum e vorba de un catar, de o inflamație, o otrăvire cu o substanță caustică, etc.

Primele semne ale putrefacției stomacului se notează după trecere de 2-3 zile dela moarte: pete răzește de mărime inegală și colorate în roșu-murdar; petele acestea apar mai întâiu pe partea posterioară și apoi pe cea anterioară. În acelaș timp se constituie pe curbura mică niște dungi roșii.

În putrefacția înaintată culoarea roșie-murdară a petelor face loc uneia neagră bătând în cenușiu, iar țesutul organului se ramolește uniform în toate straturile lui; mucoasa e ridicată prin numeroase bule gazoase.

Stomacul, ramolit, se transformă treptat într'un segment cilindric, apoi într'o masă membranoasă uscată și în sfârșit într'o materie neagră.

IV. Intestinele. — Aceleași modificări cași la stomac. — Se mai notează în particular: imbihițiunea biliară a pereților în partea care vine în atingere cu beșica fierii; dela început interiorul intestinului e cotropit de gaze, apoi se formează un emfizem sub-mucos cu bule de mărime variabilă (uneori se produce o plesnire a intestinului). În putrefacția mai înaintată, pereții se usucă, se lipesc, iar masa intestinală se lipește de coloana vertebrală; cu timpul nu rămâne decât o masă membranoasă, uscată, reductibilă în filamente coroliforme.

V. Splina putrezește repede, transformându-se într'un terciu negricios.

VI. Epiploonul și mesenteretele. — Ganglionii mesenterici putrezesc mai repede la indivizii grași.

VII. Ficatul. — La începutul putrefacției se notează, în afară de o micșorare de volum, o modificare a colorației (devine verde) și constituirea unui emfizem. Cu timpul, organul se reduce la o masă turtită, uscată, transformată ulterior într'o materie moale negricioasă — *Vesicula biliară*, atunci când e plină, conține o bilă deasă, măslinie. Putrezește complet înaintea ficatului.

VIII. Creerul adultului se conservă mai bine ca acela al noului-născut ori al sugaciului, bineînțeles dacă n'au preexistat alterațiuni patologice cari grăbesc putrefacția. În descompunere, creerul, micșorat de volum, e mai întâiu ramolit, verzui iar apoi se transformă într'un terciu cenușiu bătând în verde sau galben. — *Cerebelul* e mai puțin rezistent ca encefalul.

IX. Pericardul e sediul unei abundente desvoltări gazoase și are o colorație roșie de imbihițiune.

X. Inima. — Se notează: endocardul imbibat, roșu-închis, cu fine granulații albicioase ca niște fire de nisip; vacuitatea cordului, datorită presiunii gazoase și transsudării; bule gazoase în interiorul inimii; ramolirea miocardului, a cărui colorație străbate toată gama de nuanțe dela violetul închis până la negrul deschis. Pe măsură ce putrefacția înaintează, inima se turtește, se reduce la o langhetă brună, spre a sfârși prin a se topi, nelăsând decât un strat negru, bituminos.

XI. Vasele: imbibarea tunicii interne cu serozitatea sângelui; vacuitatea. Marile trunchiuri arteriale rezistă mult putrefacției (*Orfila* a putut identifica aorta după 14 luni).

XII. Plămâni. — În momentul când începe putrefacția lor, se mai pot încă deosebi leziunile vitale sau post-mortale: dar chiar în descompunerea înaintată se pot identifica procese inflamatorii, bacilii tuberculozei, corpii streini. — Transsudația cadaverică dă naștere unui edem putred. Sub acțiunea

gazelor se dezvoltă bule subpleurale de mărime variabilă. În putrefacția înaintată, plămâni se turtesc și devin verzui, ardoazați, albaștrui; în ultimele faze se transformă într'o masă membranoasă negricioasă.

E de notat că plămâni edemațiați putrezesc mai repede; descompunerea e îndeosebi accelerată în zonele cari sunt sediul unei hepatizări lobare sau lobulare, ori al unei degenerescențe caseoase.

XIII. Pleurele, sediu al unui transsudat al serului sanguin, se ramolesc. Părțile scaldate de transsudat dispar repede, pe când cele cruțate se transformă într'o foaie foarte subțire.

XIV. Rinichii sunt mai întâiu îmbibați, roșietici sau vineți, iar capsula se desprinde lesne. În putrefacția mai înaintată, apar în țesut bule gazoase mici; cu timpul se produce ramolirea și transformarea într'un terciu negricios. *Capsulele supra-renale* putrezesc înaintea rinichilor.

XV. Vesica se poate recunoaște, numai după textură, la câteva luni dela moarte. În cele din urmă se retractează, se ramolește și dispare.

XVI. Limba, vălul palatului, faringele. — Mucoasa devine verzue și se rumolește; apoi culoarea se închide tot mai pronunțat. După câteva luni, limba nu se mai înfățișează decât ca un upendice membranos, uscat și subțire.

XVII. Esofagul. — Partea superioară se colorează mai întâiu în verde închis, pe când nuanța părții inferioare e bilioasă sau roșiatică. În putrefacția avansată, esofagul se ramolește și cu timpul dispare.

XVIII. Pancreasul. — Ramolirea e mai lentă atunci când individul a murit în perioada digestivă.

XIX. Diafragma se subțiază, se usucă, se înnegrește, se perforază și se reduce la o membrană brună, foarte subțire, care n'are nici forma nici textura mușchiului.

XX. Măduva spinării, îndată ce a început să se descompună, se și lichiefiază.

XXI. Nervii periferici opun o mare rezistență.

XXII. Organele genitale masculine. — După dispariția penisului și a scrotumului — cari, după ce au fost destinse de gaze, se transformă într'un terciu negricios — e atacată *prostatea* care, la rândul ei, dispare.

XXIII. Uterul, deși prin vagin e în comunicare directă cu aerul de afară, e cel mai rezistent la putrefacție. Uneori îl mai găsim aproape intact (cu excepția trompelor și a ovarelor) la o epocă în care toate celelalte organe interne au dispărut.

* * *

În ceea ce privește sângele, vom observa că putrefacția lui e rapidă în următoarea ordine: formarea de bule gazoase, lichiefierea cheagurilor de constituție post-mortală, transsudarea serului prin pereții vaselor, distrugerea progresivă a globulelor.

2. În pământ

Din cauza șederii într'un mediu atât de absorbant cum este în general pământul, soluția cadavrului e mai lentă și mai incompletă ca în aerul liber și această diferențiere va fi cu atât mai accentuată, cu cât corpul va fi îngropat la o adâncime mai mare și cu cât natura terenului va constitui o împotrăvire la acțiunea distrugătoare a germinăției aere și anaerobe. Putem asista chiar la o stagnare, urmată fie de transformarea cadavrului în adipo-

ceară, fie de mumificarea lui (forme despre cari vom vorbi deosebit).

A. Aspectul general al corpului

I. Capul

a) El se ține încă de coloana vertebrală și-și conservă toate raporturile sale, atunci când pleoapele sunt deacum subțiate și infundate din cauza distrugerii globilor oculari.

b) Într'o fază mai înaintată a putrefacției, găsim părul căzut, părțile moi ale nasului, buzele și o parte din pielea capului distruse: oasele craniului, desgolite, sunt acoperite cu un strat grăos negru. — Pe partea superioară a capului, între periost și os, se găsește o infiltrație subcutanată sero-sanguinolentă. Pe craniu și pe față se vede un mucegaiu verde sau albicios.

c) După 3—4 luni nu mai există părți moi pe față, ci numai câteva resturi membranoase în regiunile malare. Maxilarul superior se mai ține de temporal. O tracțiune ușoară ajunge pentru desprinderea capului de coloana cervicală.

d) La o epocă mai înaintată, cele două maxilare sunt atât de depărtate unul de altul, că se vede apofisa bazilară a occipitalului; capul abea se mai ține de coloana cervicală.

e) În faza ultimă, toate oasele cutiei craniene sunt desgolite, desarticulate și de culoare negricioasă.

II. Toracele

a) În primele trei luni nu se notează nici o modificare esențială în forma sau raporturile toracelui.

b) Mai târziu, sternul, care pare ca lipit de coloana vertebrală, se poate ușor desprinde cu mâna; unele coaste încep a se desface depe cartilaje: unele spații intercostale nu mai sunt ocupate decât de o membrană cenușie. La deschidere, interiorul toracelui, deacum gol, e căptușit de o membrană care seamănă cu o hârtie de culoarea cenușie murdară.

c) Într'o fază și mai înaintată a putrefacției coastele sunt complet desgolite, abea se țin de stern, care e înfundat, negru și acoperit de mucegaiu. Unele dintre cartilajele sternale sunt desfăcute de stern și coaste, iar acelea cari mai asigură legătura sunt negre, găurite, se rup lesne. Cavitatea toracică e căptușită cu mucegaiu, iar spațiile intercostale sunt goale.

d) Într'o nouă fază a putrefacției, sternul e complet desfăcut de cartilajele costale, ale căror resturi se văd în cavitatea toracică și în cea abdominală.

e) În faza ultimă, coșul pieptului e distrus: sternul, despărțit în două, ocupă cavitatea toracică; în ce privește coastele, ele sunt deslipite, culcate unele peste altele pe părțile laterale ale cadavrului și acoperite cu o materie neagră, iar interiorul lor e uscat și poros.

III. Abdomenul

a) Timp de 2—5 luni nu se notează nici o modificare esențială; abea după aceea, abdomenul se turtește, iar pereții lui tind să se apropie de coloana vertebrală.

b) *Mai târziu*, pereții abdominali sunt reduși la un strat membranos, subțiat, uscat (numai uneori umed), de culoare închisă și acoperit cu mucegaiu. Massa aceasta membranoasă e lipită de coloana vertebrală și chiar de basin; sub ea a dispărut masa membranoasă a intestinelor.

c) *Intr'o fază și mai înaintată* a putrefacției, pereții abdominali sunt reduși la câteva resturi tegumentare negre, cari aderă de coaste, pubis și de partea superioară a creștelor iliace. Aceste resturi sunt constituite de peritoniu și de părți din mușchii dreپți și oblici.

d) *In cele din urmă*, nu se mai găsește, pe laturile rachisului, decât o materie neagră, umedă.

IV. Membrele

a) *In primele săptămâni*, nimic deosebit; numai acolo unde brațele sunt lipite de torace și de abdomen, se notează o mucozitate lipicioasă, roșiatică.

b) *Mai târziu*, pe măsura putrezirii pielei și a mușchilor, se văd pe alocuri numai oasele, cari însă își păstrează raporturile, atâta vreme cât nu sunt distruse ligamentele. Părțile încă acoperite cu carne sunt impregnate de pământ și mucegaiu; învelișul acesta cărnos e constituit din elemente fibroase și aponevrotice. Alte ori părțile moi sunt reduse la un strat subțire și uscat, cenușiu, acoperit cu mucegaiu; pătura aceasta e constituită din două lame: cea superioară e formată din piele, iar cea inferioară din aponevroză.

c) *Intr'o fază și mai înaintată* a descompunerii, ajunge o mișcare cât de ușoară pentru separarea oaselor membrelor, cari nu mai sunt împreunate decât prin câteva filamente de părți moi.

d) *In faza finală*, odată cu dispariția oricărei legături, oasele sunt complect desfăcute unele de altele.

B. Modificările exterioare

1. **Pielea.** La început pielea e de culoare gălbuie bătând în roșu, cu răzlete pete verzui, violacee sau roșietice. E mai umedă pe partea posterioară a trunchiului.

Epiderma se acoperă cu flictene pline de o serozitate sanguinolentă și se desprinde în lambouri. La o epocă mai înaintată, epiderma nedesfăcută devine grăsoasă, lipindu-se de pământ sau de îmbrăcăminte. Mai târziu epiderma dispăre cu totul; numai dacă

în timpul vieții ea a fost ridicată de serozități, poate rezista putrefacției timp de câteva luni.

Cu timpul pielea (uneori acoperită cu mici granulațiuni constituite din fosfat de calciu) începe să se usuce, se subțiază, capătă o culoare portocalie sau se înegrește. Uscarea progresează până când pielea pare ca tăbăcită. Dacă facem o incizie, notăm o tendință spre saponificare, mai accentuată acolo unde țesutul celular subcutanat e mai gras. În cele din urmă, tot subțindu-se și uscându-se, pielea dispăre.

II. Unghiile se moaie, pierd din elasticitatea lor și iau o colorație cenușie. După 20—50 zile dela îngropare se pot smulge cu mare ușurință, iar după ce s'au uscat cad dela sine.

III. Părul rezistă putrefacției timp de ani. (Vezi: „*Desgroparea*“, vol. I, pag. 518).

IV. Ochiul. — După *câteva zile* dela îngropare corneea e turtită și întunecată, iar umoarea vitroasă și cea apoasă devin roșietice. — După *câteva săptămâni* turtirea e atât de mare, că orbita par goale. — În general, ochii întregi se regăsesc până în luna a doua; mai târziu, nu mai dăm decât peste membrane și cristaline, iar după un nou interval cavitatea orbitală nu mai conține decât o masă grăsoasă.

V. Țesutul celular, uscat și rezistent în partea anterioară a corpului, e infiltrat, moale, puțin rezistent în partea posterioară. Infiltrația e cu atât mai mare cu cât mai abundent e și lichidul din organism (îndeosebi în cazurile de anasarca). Cu timpul, în locurile unde grăsimea e mai bogată, țesutul celular se saponifică, ia o culoare albă-cenușie, devine filamentos; părțile rămase nesaponificate, după ce s'au uscat și înegrit, se distrug.

VI. Țesutul muscular. — Mușchii încep să se ramolească, devin verzui sau iau culoarea drojdiei de vin, se'mbibă cu un lichid sero-sanguinolent, se saponifică (la persoanele grase) sau se usucă (la cele slabe, cachetice). Fibrele musculare uscate se distrug și țesutul apare ca o foaie membranoasă cenușie.

VII. Aponevrozele și tendoanele conservă un timp destul de lung consistența și luciul lor. Mai târziu, după ce mai întâiu au îngălbenit, se înnegresc.

VIII. Ligamentele. — În primele luni ale putrefacției, articulațiile sunt menținute de ligamente, cari și-au modificat puțin numai culoarea. Mai târziu, ligamentele — cari nu au puterea de rezistență a tendoanelor — se ramolesc, îngălbenesc și, după un timp destul de lung, se distrug.

IX. Cartilajele articulare se conservă vreme îndelungată; mai târziu devin gălbui, se subțiază până dispar, nelăsând pe su-

prafețele articulare decât un suc grăsos. — Cartilajele costale își pierd elasticitatea, devin fragile și apoi dispar.

X. Tesutul osos poate rezista sute de ani. (Vezi: „*Desgro-para*”, vol. I, pag. 519). — In ce privește *dinții*, e de observat că rezistența lor e micșorată de: diatezele și bolile infecțioase; natura terenului (terenurile devorante), adâncimea gropii.

C. Modificările interioare

In ordinea cronologică a debutului putrefacției notăm:

I. Stomacul. — *La început* mucoasa e gălbuie, cenușie sau verzuie, uneori cu mici pete violacee; în apropierea pilorului, se vede o placă albăstrue, de mărime variabilă. *Mai târziu*, sub acțiunea gazelor, mucoasa, pe alocuri ridicată, devine violacee și e acoperită de un strat mai gros de lichid negricios. — *La o epocă și mai înaintată* a putrefacției, mucoasa e cenușie cu numeroase pete albastre; iar organul, din ce în ce mai ramolit, ia forma unui segment cilindric, până se transformă într-o materie neagră, lipicioasă, acoperită de mucegaiu. — In genere după *câteva luni* dela îngropare se mai pot desface cele trei tunici ale stomacului.

II. Intestinele. — *Mai întâiu* cenușii pe ambele fețe și numai câteodată puțin roșietice pe fața exterioară. Mucoasa poate însă avea și zone rozate ori violacee, acolo unde se aflau excremente gălbui. *Mai târziu*, canalul se îngustează și pereții, tot mai uscați și mai înnegriți, se apropie până se lipesc; intestinele formează o masă aplicată pe coloana vertebrală.

III. Splina se ramolește repede, se înnegrește tot mai mult și curând nu i se mai poate distinge structura normală, până se transformă într'un terciu negru ca noroiul care impregnează părțile vecine. In unele cazuri e atât de difluentă, că seamănă cu o masă de sânge descompus și nu se mai recunoaște decât după situația ce ocupă.

IV. Ficatul începe prin a se ramoli și înnegri. Membrana sa peritoneală se desprinde foarte ușor. După numai *câteva săptămâni* structura normală a organului nu mai e de recunoscut. — *Mai târziu*, ficatul e redus la o masă turfită (de grosimea unei jumătăți de deget), neagră, uscată, construită din foi între cari se află o materie solidă și brună. Câteodată, în loc de discare, asistăm la o transformare a organului într'o materie moale, neagră, cu un nucleu gălbui. — *Vesicula biliară*, îngroșată, de culoare măslinie, putrezește mai încet ca ficatul.

V. Creerul. — Timp de câteva săptămâni, *encefalul* își poate conserva aspectul și consistența; numai culoarea devine vânăată. După aceea substanța cenușie se ramolește, se contractează, devine verzuie, iar substanța albă capătă o nuanță cenușie. *Mai târziu*, encefalul e transformat într'un terciu de culoarea drojdiei de vin și cu un miros foarte fetid. La o *epocă mai înaintată* a putrefacției, mirosul acesta dispare, substanța cerebrală devine mai consistentă, însă atât de micșorată de volum că nu mai ocupă decât a 10-a sau a 12-a parte din cavitatea craniană. De îndată ce larvele de insecte au pătruns în craniu, creerul e total sau în cea mai mare parte consumat.

Cerebelul și măduva spinării suferă aceleași modificări.

Meningele se ramolesc, apoi se subțiază, se usucă, se înnegrese și dispar. — *Dura-mater* e mai rezistentă decât *pia-mater* și *arachnoidea*.

VI. Pericardul se colorează mai întâiu în roșu deschis și apoi în roșu închis, se înnegrește, se ramolește până la dispariție.

VII. Inima. — La câțva timp dela îngropare inima e ramolită, flască, violacee, foarte rar verzuie: culoarea, se închide tot mai mult până devine neagră. Goală sau conținând puțin sânge, parte fluid parte coagulat. Uneori valvulele prezintă pete brune; alteori se văd, pe fața externă a miocardului, niște granulațiuni albe și tari. *Mai târziu*, inima se turtește, se rupe în câteva locuri și seamănă cu o pungă dublă de elastic. *În cele* din urmă nu mai rămâne decât o pată neagră, bituminoasă, care, prin spălare, dispare.

VIII. Vasele sanguine. — La *două-trei luni* dela îngropare se găsește, fie în artere, fie în vene, o oarecare cantitate de sânge negru, fluid sau coagulat. În unele cazuri, însă, chiar numai după o lună, vasele sunt complet goale. Uneori, *după 8—9 luni* dăm în vase peste un lichid sanguinolent roșietic. Pereții vaselor se colorează mai întâiu în roz, apoi în roșu, violet-închis și brun. Aceste nuanțe sunt mai pronunțate pe fața interioară: în unele cazuri tunica internă e verzuie.

IX. Plămânii își conservă vreme îndelungată aspectul lor natural, dar devin emfizematoși. Structura lor se mai poate distinge după *câteva luni*, când se mai poate încă identifica o eventuală leziune patologică. — *Mai târziu* pierd mult din volum, capătă o culoare verde, se ramolesc, se rup lesne și conțin un lichid bituminos. Într'o *epocă și mai înaintată* a putrefacției, capătă înfățișarea unor membrane lipite de părțile laterale ale coloanei vertebrale și sfârșesc prin a nu mai constitui decât o masă subțire, compusă din mai multe foi negre și uscate, aplicate pe partea posterioară a cavității toracice. Mai trece puțin timp și dispar și aceste foi.

X. Tesutul seros. — *Pleura, peritoneul, etc.* devin mai întâiu cenușu, ramolite, apoi se subțiază uscându-se; mai târziu se innegresc și se distrug (*Orfila* a putut recunoaște pleura la 14 luni dela îngropare).

XI. Rinichii își pierd repede consistența: membrana externă se poate lesne deslipi: basinetele și calicele se mai pot recunoaște în momentul când substanțele corticală și tubulară sunt deacum amestecate. Cu timpul întreg organul se transformă într'un terciu negru, după care dispare.

XII. Beșica udului. — În *primele săptămâni*, în cele mai multe cazuri, nu se observă decât un emfizem sub-mucos. *Mai târziu* se retractează, se usucă, se innegrește, pereții se lipsesc și vesica dispare.

XIII. Cavitatea bucală, limba și faringele. — Mucoasa gurii, a vălului palatului, a limbii și a faringelui se ramolește și inverzește: nuanța se tot închide până devine aproape neagră. După *câteva luni* nu mai rămâne din *limbă* decât un apendice membranos, foarte subțire și foarte uscat.

XIV. Esofagul. — Mucoasa internă e la început verde în partea superioară și roșietică în cea inferioară. Mai târziu, esofagul se innegrește și se distruge la fel ca stomacul.

XV. Pancreasul suferă modificările notate la splină.

XVI. Diafragma. — După 6—7 *luni* dela îngropare se mai pot recunoaște centrul aponevrotic și fibrele musculare; mai târziu, diafragma se subțiază, se innegrește, se perforază și se reduce la o membrană brună foarte subțire în care nu se mai poate distinge textura musculară.

XVII. Organele genitale. — La *bărbat*, corpii cavernoși dispar repede. Mai târziu penisul se turtește și rămâne ca o simplă piele. Scrotumul se usucă tot mai mult, iar testiculele, din ce în ce mai retractate, se transformă în grăsime. — Cu timpul, în locul scrotumului și al testiculelor nu se mai găsește decât o masă moale, brună, cu răzlețe lambouri membranoase și acoperită cu un suc vâscos, negricios, plin cu larve de insecte.

La *femea*, organele genitale externe, după ce se ramolesc, sfârșesc prin a nu mai forma decât o masă informă, constituită din mai multe foi. Trom-

pele și ovarele dispar: numai uterul și ligamentele largi rezistă mai mult putrefacției.

3. În apă

(Vezi: „Innecul”, vol. II)

Am văzut că, în general, descompunerea în apă diferă de putrefacția în aerul liber și în pământ.

a) Pata verzuie apare nu pe abdomen ci la nivelul sternului. Aceasta s'ar datori prezenței saprofitilor în plămâni.

b) Aspectul corpului.—Pielea e ridicată de gazele îngrămădite în țesutul celular subcutanat, iar corpul capătă dimensiuni enorme, fața se umflă, ochii iese din orbite, iar buzele se'ntorc.

Transformarea grăsoasă a mușchilor începe la nivelul bărbiei, al obrazilor, al sub-suorilor, al vintrelor. Saponificarea e completă după 4—5 luni.

Incrustarea cu materii minerale începe la partea anterioară a coapselor, în a 4-a lună a șederii în apă.

4. Putrefacția incompletă sau zădărnicită

A. Adipoceara sau saponificarea

Corpul fiind lipsit de oxigenul aerului exterior, deci și de germeni aerobi — ceea ce se întâmplă în terenurile impermeabile și umede precum și în apă — mersul putrefacției e deodată oprit, pe întreg cadavrul sau numai pe o parte a lui. Se stabilește forma adipocerei sau a saponificării, fază care nu se mai modifică decât dacă ulterior se produce un contact cu aerul exterior.

I. Debutul transformării

Transformarea cadavrului în adipoceară — care e uneori în funcțiune și de condițiunile individuale, indiferent de natura terenului (obezii, alcoolicii, copiii) — se face de obicei în primele luni dela moarte, în nici un caz abea după un an (în apă) și 3 ani (în pământ) cum a crezut *Devergie*. Pentru că dacă în adevăr ar fi nevoie de un interval atât de lung, mersul normal al putrefacției,



Fig. 206. — Cadavrul, transformat în adipoceară, al unei femei scoasă după trei ani din haznaua unei privăși, în care fusese aruncată după ce a fost omorâtă.

coroborat cu acțiunea faucei cadaverice, n'ar mai lăsa să subziste întreaga materie susceptibilă de saponificare.

II. Natura adipocelei.

Adipoceara — care e un proces de autoliză, datorită fermențelor celulare — e transformarea mușchilor într'o massă albă (în apă) sau galbenă (în pământ). ceroasă, constituită din acizi grași dintre cari cei mai mulți sunt cristalizabili. — Moale, adipoceara se turtește sub presiunea digitală, iar la căldură se topește, degajând un miros asemănător cu acela al brânzeturilor. — Adipoceara tânără e vâscoasă; cea bătrână e tare și, strivită între degete, se fărâmițează.

În saponificarea în apă, grasul de cadavru e impregnat cu calcarul din sărurile în di-oluțiune în lichid.

Adipoceara are un volum și o greutate mai mare decât aceea a grăsimii ce posedă corpul.

III. Soarta viscerelor

În ce privește viscerale, în cadavru saponificat le găsim sau sub formă de resturi ale putrefacției comune, sau sub forma unor grămezi grăsoase (indeosebi hepatice și splenice; inima se prezintă uneori ca un bloc ceros).

IV. Soarta cadavruului saponificat

În primul loc trebuie observat că o saponificare ideală, adică una interesând întreg cadavruul, nu se observă mai niciodată; de regulă părți cadaverice suferă până la faza finală acțiunea putrefacției comune.

Cu timpul adipoceara se distruge: în pământ sub acțiunea apei de ploaie; în apă, sub acțiunea curenților cari smulg părți din masa saponificată. În cele din urmă, cadavruul e redus în stare de schelet.

Numai excepțional saponificarea durează foarte mult (cadavruul lui Washington, care a rămas saponificat timp de 40 ani).

B. Mumificarea

Un cadavru repede deshidratat sau un corp la care deshidratarea era deacum pronunțată în viață (o persoană excesiv de slăbită) nemai oferind florei microbiana aerobe terenul prielnic de dezvoltare, putrefacția comună va fi zădărnicită chiar dela început sau după un scurt interval dela moarte. De astădată modificările vor avea un caracter diametralmente opus aceluia al saponificării care, am văzut, e produsul șederii cadavruului în apă sau într'un teren umed și impermeabil la aerul exterior. Vom asista: la un fenomen de *uscare totală* a corpului, dacă acțiunea de deshidratare, fie că datează ori nu din timpul vieții, e favorizată imediat după moarte; ori la un fenomen de *uscare parțială*, dacă această acțiune, dintr'o împrejurare ori alta, intervine energetică la un moment dat al putrefacțiunii microbiana. E ceea ce numim mumificarea completă sau incompletă a cadavruului.

I. Aspectul mumiei

Corpul e conservat ca într'o imbalsamare durabilă; durata poate fi de sute și mii de ani (mumiile egiptiene, cadavrele desgropate din nisipurile arzătoare ale pustiului arab. etc.). Totuși o prea frecventă manipulare brutală a cadavrului sau intervenția unor insecte averse de țesuturi uscate, tăbăcite, poate distruge corpul mumificat.

Deosebirea între mumificare și imbalsamarea durabilă, astfel cum se practică astăzi, e că pe când în imbalsamare aspectul corpului e aproape acela din momentul vieții, în mumificare, disecarea pedeparte reduce volumul cadavrului, iar pe de alta imprimă tegumentelor și viscerelor adânci alterațiuni de consistență și de colorație.

Așa:

Pielea, foarte aderență de suportul osos, devine uscată, tare ca pergamentul, încrețită, parc'ar fi o piele tăbăcită. Are o culoare foarte închisă, afumată, ruginie.

Mirosul nu mai e cel cadaveric, ci acela pe care îl exală brânza veche.

Viscerele: unele din ele subsistă, însă transformate într'o masă negricioasă, uscată, cu consistența de iască; altele dispar, topindu-se sub acțiunea disicantă a aerului.

II. Agenții mumificării

Mumificarea — fie că se produce dela început, fie că e tardivă și deci numai parțială — condiționând neapărat o deshidratare vertiginoasă, urmează că ea nu va fi posibilă decât atunci când factorii exteriori — temperatura și mediul — și intrucâtva factorii individuali vor constitui o barieră de netrecut pentru dezvoltarea și opera florei microbiane. E dar dinainte exclusă puțința mumificării într'un mediu care pedeparte întreține umiditatea corpului, iar pe de alta îngăduie accesul micro-organismelor aerobe și anaerobe (apa și lichidele în general, terenul poros sau cel impermeabil și umed, expunerea la aer la o temperatură joasă sau la una moderată).

Agenții mumificării, în ordinea de frecvență sunt:

a) Aerul foarte cald, foarte uscat. — Reamintim că noi, numai prin expunerea la un soare dogoritor, am izbutit să mumificăm un cadavru (păstrat în Muzeul Institutului Medico-Legal din București).

b) Nisipul cald al deșerturilor.



Fig. 207. — Starea de mumificare a unui cadavru desgropat după 3 ani.

c) Acțiunea neîntreruptă a unui curent de aer uscat, care provoacă rapidă evaporare a lichidelor din organism.

d) Terenurile avide de umiditate și la adăpost de infiltrațiunea apoasă subterană sau superficială: umorile transsudate ale corpului fiind repede absorbite, putrefacțiunea gazoasă nu se mai poate instala.

e) Cosciugele ermetice închise, depuse în cripte sau cavouri, pot favoriza mumificarea. Dacă din capul locului cadavrul a fost sustras acțiunii de descompunere a aerului umed.

f) Uterul; cadavrul aseptice al fătului, mort și conservat vreme mai îndelungată în cavitatea uterină, se poate deasemenea mumifica. (Vezi: „Abortul”, vol. II).

g) Condițiunile individuale. — Deoarece s'a observat mumificarea, totală sau parțială, a unui cadavru depus într'un teren de altfel prielnic putrefacțiunii gazoase, trebuie să admitem și condițiunile individuale printre factorii mumificării. Așa, nu e exclus ca impregnarea, din timpul vieții, a corpului cu substanțe antiseptice (acțiunea cronică a unor anumite toxice în unele indoluențieri) să explice, de ce un cadavru nu e susceptibil de acțiunea florei microbiane.

F admis, deasemenea, că un copil e mai apt ca un adult de a se mumifica; o persoană slabă e mai aptă decât una grasă.

h) Sexul. Să notăm, în sfârșit, pentru memorie, că femeia e mai susceptibilă decât bărbatul.

III. Auxiliarii microbilor

Criptogamele și larvele de insecte, cari se depun pe piele, în orificiile naturale ori în cele provocate de leziunile vitale sau post-mortale, au o însemnată parte de contribuție la desăvârșirea operei de distrugere a cadavrului. Rolul de căpetenie îl joacă insectele; deaceia ne vom ocupa mai deaproape de fauna cadaverică.

E vorba de așa zișii viermi cari năpădesc cadavrul și cari nu sunt altceva decât larvele ieșite din ouăle depuse de diverse specii de diptere și coleoptere,

larve cari, la rândul lor, se transformă în insecte. Înmulțirea, pe calea depunerii ouălor, se face la infinit: ajung câteva insecte ca în scurt timp să se constituie o formidabilă armată de inamici cari, punând stăpânire pe cadavru, îl devorează. Proces atât de sugestiv caracterizat de *Linée*: „Trei muște consumă un cadavru tot atât de repede ca un leu”. Sub vechii Perși acțiunea aceasta devorantă a larvelor era utilizată ca pedeapsă cu moarte: condamnatul era închis între două albiș de mărime egală, nelăsând afară decât capul, mâinile și picioarele; fața, expusă la soare, era unsă cu miere: muștele, atrase de aceasta, depuneau ouă, iar larvele ieșite din acestea pătrundeau în cărnuri, consumându-le, (Mithridate a murit în chipul acesta; când, după 70 zile de expunere, s'a ridicat albia care servea drept capac, toate părțile moi ale cadavrului era deacum mânecate de înfinitatea de larve).

Cadavrul, prin gazele degajate de faza microbiană a putrefacției, exercită asupra insectelor atracțiunea care'i va deveni fatală: fiecare specie de diptere își alege, după miros, gazul mai prielnic progenerării respective — selecțiune pe care musca, numai mulțumită extremei acuități a simțului ei olfactiv, e în stare s'o facă dela o depărtare de zeci de kilometri.

Cel dintâiu care a întrevăzut utilitatea aplicațiunii medico-legale a studiului faunei cadaverice a fost *Orfila*. Cercetările lui au fost reluate de *Bergere*:

(1850) care, pe baza diferențierii generațiilor de insecte găsite pe cadavrul neingropat al unui nou-născut (ținut ascuns într'un coș unde, sub influența căldurii și a aerului uscat, se mumificase), a putut determina că moartea data de vre-o doi ani. Dar acela a cărui lucrare constituie contribuția cea mai hotărâtoare la fixarea științifică a rolului insectelor ca auxiliari ai putrefacției e *Mégnin*. Grație legilor stabilite de el și întemeiate pe cunoașterea obiceiurilor și fazelor de metamorfoză a insectelor, cu ajutorul entomologiei medicina legală poate astăzi să indice cu aproximație intervalul scurs între moarte și momentul examenului cadavrului sau a cecece a mai rămas din el.

1. Fauna cadaverică în aerul liber

Am spus că insectele, din înmulțirea fantastică a cărora se constituie armata distrugătoare a cadavrului, vin atrase de gazul putrid pentru care specia are o deosebită predilecție. Or, cum aceste gaze diferă după stadiile descompunerii microbiane, vom asista nu la un ospăț unic, ci la unul în serie, fiecare echipă fiind constituită după afinitatea gastronomică. Fiecare rând de meseni se înființează, cu o regularitate matematică, exact în momentul când emanațiunea gazoasă servește felul de bucate favorit. Vom avea astfel o succesiune nemodificată de invitați, cari se vor repartiza pe diversele perioade de distrugere a corpului, începând din momentul morții.

Mégnin a fixat opt echipe de insecte auxiliare ale putrefacției. Dar pe temeiul lucrării lui *Brumat*, *Balthazard* a putut, pe cale experimentală, nu numai să verifice două erori făcute de *Mégnin*, dar încă să demonstreze o a treia. Aceste greșeli sunt: 1) *musca domestică* nu-și depune niciodată ouăle pe cadavru; 2) *curtonevra stabulans*, care după *Mégnin* n'ar trăi decât la țară, trăește și la oraș, mai ales în grajduri și în preajma pietelor de desfacere a alimentelor; 3) *curtonevra* și *calliphora* sunt deopotrivă amatoare și de cadavrul proaspăt și de cel intrat deacum în descompunere. Aceste două specii de diptere nu sunt de obicei primele cari tabără pe cadavru; *lucilia* și *sarcophaga* par dotate cu un miros cu mult mai subtil și, îndată ce se găsește un cadavru expus la aerul liber, vin să-și depună ouăle pe locurile cari sunt mai prielnice viitoarelor larve. Dimpotrivă, în interiorul caselor, *sarcophaga* nu pătrunde niciodată, iar *lucilia* numai când i s'abate; terenul acesta e cu energie acaparat de *calliphora*.

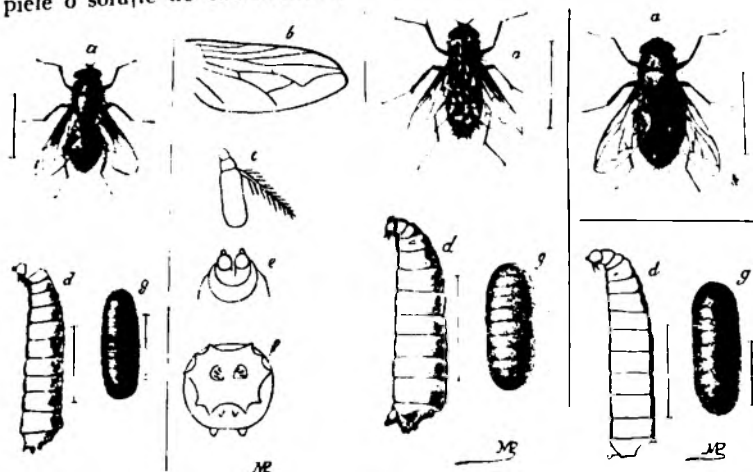
Și astfel *Balthazard* conchide la reducerea la 7 a numărului de echipe, prin contopirea primei echipe *mégnienne* cu cea de a doua.

Cele șapte serii sunt astfel constituite:

1. Echipa întâia e aceea în care găsim asociate dipterele din genurile *curtonevra*, *calliphora*, *sarcophaga* și *lucilia*.

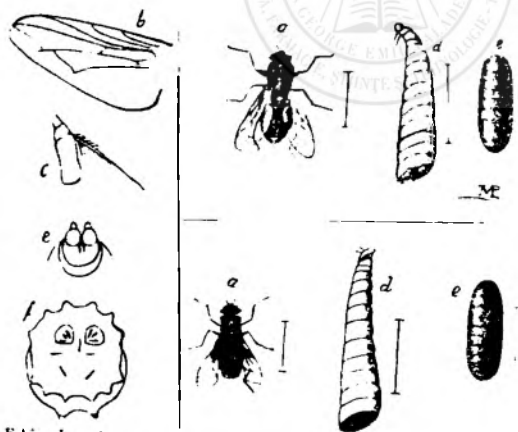
Indeosebi acestea își depun ouăle (direct larvele, cum face

sarcophaga carnaria care e vivipară) pretutindeni unde există pe piele o soluție de continuitate; în lipsa acesteia, însemnătarea se



Echipe I-a a faunei cadaverice — fig. 208, 209, 210, 211, 212 (dela stânga la dreapta): I. Fig. 208. *Lucilia caesar* (a) cu larva (d) și nimfa (g) — II. Fig. 209. *Lucilia caesar*: o aripă (b), o antenă (c), extremitatea anterioară a larvei (e), extremitatea posterioară a larvei (f). — III. Fig. 210. *Sarcophaga carnaria* cu larva (d) și nimfa (g) — IV. Fig. 211 (sus) *Calliphora vomitoria*. — Fig. 212 (jos) larva (d) și nimfa (g).

face în vecinătatea mucoaselor mai gingașe, pe buze, la orificiile foselor nazale și, de predilecție, în unghiul interior al ochilor. Lar-



Echipe I-a a faunei cadaverice — fig. 213, 214, 215. — În stânga, fig. 213. *Calliphora*: o aripă (b), o antenă (c), extremitatea anterioară a larvei (e), extremitatea posterioară a larvei (f). — În dreapta sus, Fig. 214: *Curtonera stabulans* cu larva (d) și nimfa (e). — În dreapta jos, Fig. 215: *Musca domestica* cu larva (d) și nimfa (e).

vele iese din ouă într'un interval de câteva zile; vara, durata aceasta poate fi scurtată la 48 și chiar la 24 ore. După vreo 10 zile, la o temperatură propice, larva e complet dezvoltată, iese la suprafața cadavrului unde se imobilizează și, înconjurându-se cu un înveliș chitinos, se transformă în nimfă. După o incubare, care poate

dura dela 6 la 30 zile, insecta desăvârșită iese din pupa ei și reințepe însemnătarea cadavrului, atâta vreme cât părțile moi n'au

foști transformate în adipoceară sau în substanță caseoasă, care nu-i prieste.

Cadavrele, păstrate în camera cu ferestrele deschise, nu sunt însemântate decât de *Calliphora vomitoria* și de *Lucilia caesar*.

Să mai notăm că *Lucilia caesar* își depune ouăle și la orificiile rănilor persoanelor cari și-au pierdut cunoștința.

Acțiunea echipei întâia e de regulă terminată după trei luni, numai excepțional, la cadavrele mari, intră și în al doilea trimestru; niciodată însă, nu înfruntă frigul.

Curtonevra stabulans, a cărei larvă nu prea poate fi deosebită de aceea a muștei domestice, odată adultă seamănă mult cu această dipteră. Diferențierea o înlesnește forma specială a nervurii aripioarei care, spre extremitatea posterioară se bifurcă divergent, pe când la *Musca domestica* ramurile bifurcațiunii convergează.

Calliphora vomitoria e musca mare, albastră, depe carne și care poate avea o talie de 13 mm.

Sarcophaga carnaria e musca mare, cenușie (14—16 mm.) al cărei semn particular îl formează dungile negre dela piept. Vivipară, sarcophaga depune pe cadavru nu ouă, ci larve lungi de 1,5 mm. și groase de 0,55 mm.

Lucilia caesar: muscă verde, cu reflexe lucioase și cu pete albe deoparte și de alta a frunții, lungimea ei e de 7—9 mm.



Fig. 216. — *Dermestes frischii* (a) cu larva (b) — echipa II-a a faunei cadaverice.

Fig. 217. — *Dermestes lardarius* (a) cu larva (b) — echipa a II-a a faunei cadaverice.

II. Echipa a doua e constituită din coleopterele indeosebi amatoare de materiile grase ale cadavrului în faza fermentației acide: *dermestes* și *aglossa*.

Dermestes lardarius (a cărui larvă are o lungime de 10 mm., cu inele de un brun roșcat și garnisite cu peri lungi) e o coleopteră cu talia de 7 mm.; semnul ei particular îl formează trei puncte negre așezate pe jumătatea anterioară a elitrelor colorate în roșu deschis.

Dermestes Frischii (7 mm.) negru peste tot; *dermestes undulatus* (6 mm) cu pete cenușii pe elitre.

Aglossa pinguinalis își depune ouăle în Iulie. Omidă e cilindrică, albă, cu inele umflate, cu trei perechi de picioare anterioare solzoase și 5 perechi de picioare posterioare membranoase.

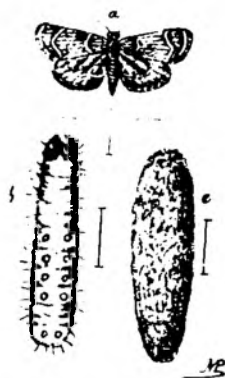


Fig. 218. — *Aglossa pinguinalis* (a) cu larva (b) și coaja (c) — echipa a II-a a faunei cadaverice.

Echipa a doua își isprăvește opera în 5—4 luni.

III. Echipa a treia e aceea în care intră diptere și coleop-

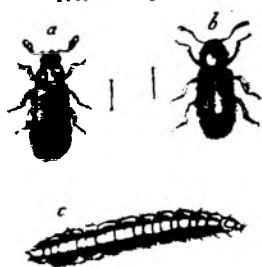


Fig. 219. — a. *Corynetes ruficollis*, b. *corynetes coeruleus*; c. nimfa (echipa a III-a a faunei cadaverice).

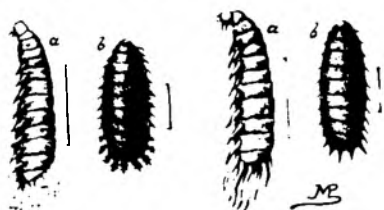


Fig. 220. — Larve și nimfe de *anthomya* (echipa a III-a a faunei cadaverice).

tere indeosebi amatoare de produsele fermentațiunii caseoase a albuminoidelor din cadavru: *pyophila* și *anthomya* (diptere); *corynetes* (coleoptere).

Pyophila petasionis e o musculiță cu talia de 4 mm. Larva ei are particularitatea de a se mișca prin salturi.

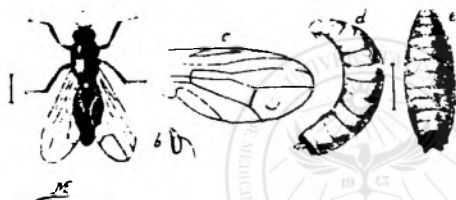


Fig. 221. — a. *Pyophila petasionis*; b. antena; c. o aripă; d. larva; e. nimfa (echipa a III-a a faunei cadaverice).

Anthomya vicina e o dipteră cu corpul mai subțiat ca al muștelor (talie 3 mm.). Larva prezintă prelungiri stiliforme sau ramificate.

Corynetes coeruleus (5 mm.) are culoarea unui albastru bătând în cenușiu și lucitor. — *Corynetes ruficollis* are un brâu roșu.

IV. A 4-a echipă e constituită de insectele cari, în al doilea an dela moarte, sunt atrase de emanațiunile amoniacale ale terciului negricios rezultând din transformarea țesuturilor cari au rămas cruțate de echipele precedente. Avem a face cu două legiuni: aceea a dipterelor *tyreophora*, *lonchea*, *ophyra* și *phora* (musculițe foarte mici, a căror talie nu trece de 5—6 mm.); aceea a coleopterelor din familia sylphidelor (*necrophorus*, *sylpha*, *hister* și *saprinus*).

Dintre diptere, *phora aterrina* (a cărei talie maximă e de 2 mm.) e cea mai des întâlnită. Larva și nimfa ei, cu țepi bonți, au forma unei prisme triunghiulare.

În ce privește coleopterele, găsim speciile:

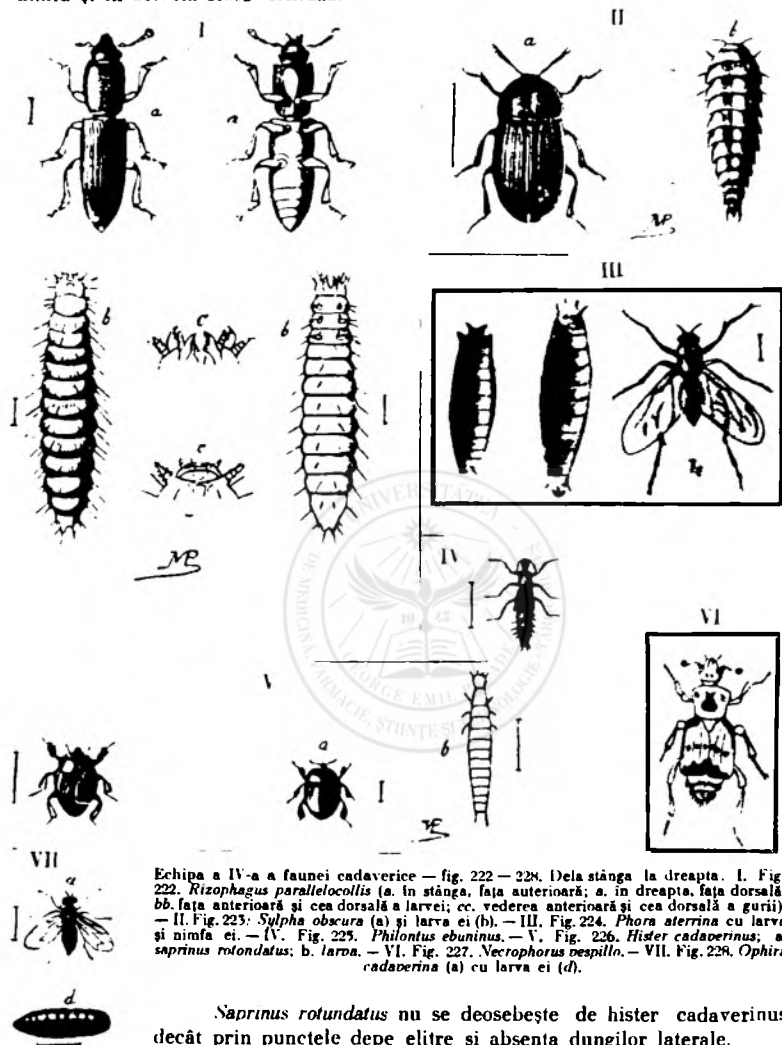
Necrophorus fossor numit astfel pentrucă e amator și de animale mici sub cadavrele cărora sapă pământul, spre a le îngropa.

Sylpha littoralis (talie 2.5 cm.) neagră peste tot. Larva, neagră și ea și cu danteluri laterale, e formată din 12 inele.

Sylpha obscura (talie 1.5 cm.) neagră peste tot. Larva seamănă cu aceea a sylphei precedente.

Hister cadaverinus (talie 6 mm.), de un negru lucitor, are corpul aproape

pătrat. Larva trăiește câteva luni și se afundă în pământ unde se transformă în nimfă și în această stare ierneză.



Echipele 3 și 4 sunt active timp de 4—8 luni.

Echipele 3 și 4 sunt active timp de 4—8 luni.

V. A 5-a echipă e aceea a acarienilor cari, fără a mai aștepta ca seria precedentă să-și fi isprăvit masa, pătrund sub piele și în țesutul muscular spre a se adăpa lacome din umorile ce au mai rămas, uscând astfel complet cadavrul. Întâiu vin uropozii și tyroglyphineii cari acaparează massa umorală și numai după ce s'au săturat, se'ndură să cedeze glycephagilor urmele acesteia.

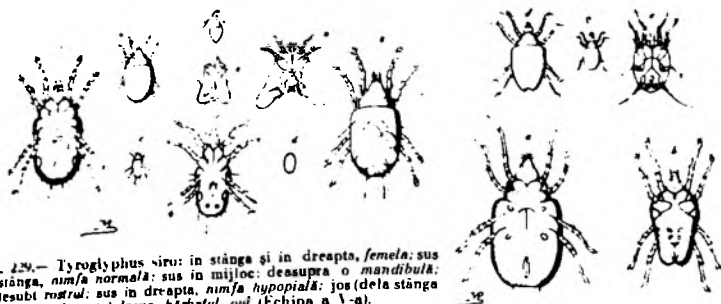


Fig. 229.— *Tyroglyphus viro*: în stânga și în dreapta, femela; sus în stânga, nimfa normală; sus în mijloc, deasupra o mandibulă; dedesubt rostrul; sus în dreapta, nimfa hypopycna; jos (dela stânga la dreapta) larva, bărbatul, oul (Echipa a V-a).

Fig. 233.— *Serrator necrophorus*: sus (dela stânga la dreapta); nimfa normală, larva hexapodă, nimfa hypopycna; jos în stânga: femela; jos în dreapta, bărbatul. (Echipa a V-a).

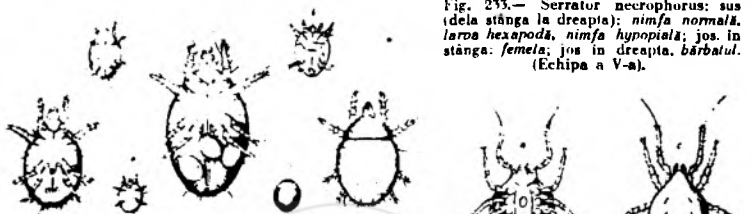


Fig. 230.— *Coepophagus echinopus*: jos în stânga, nimfa normală; sus în dreapta, nimfa hypopycna; jos (dela stânga la dreapta): fața abdominală a bărbatului, larva hexapodă, femela, oul, fața dorsală a bărbatului (echipa a V-a).

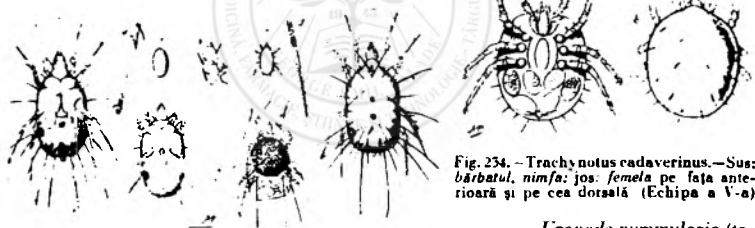


Fig. 234.— *Trachynotus cadaverinus*.— Sus: bărbatul, nimfa; jos: femela pe fața anterioară și pe cea dorsală (Echipa a V-a)

Fig. 231.— *Glycephagus cursor*: în stânga și în dreapta, femela; jos în stânga, bărbatul; jos în dreapta, kint de conservare; sus, dela stânga la dreapta: tarse, ouă, stigmat, larva, peri, (echipa a V-a).

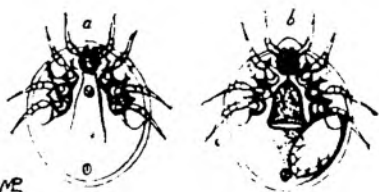


Fig. 232.— *Uropoda nummularia*: a, bărbatul; b, femela (Echipa a V-a).

Uropoda nummularia (talie 0,7 mm.); *trachynotus cadaverinus* (talie femelei 1,1 mm.; talie masculului 0,7 mm.); *glycephagus cursor*; *tyroglyphus viro*, ale cărui nimfe se agață de labele muștelor cari le transportă pe cadavru în curs de disicare; *histicostoma necrophaga* (0,5 mm.).

VI. Echipa a 6-a e constituită din coleoptere mari amatoare de tendoane, aponevroze,

ligamente, peri și păr și cari, zorite să se așeze la masă, nici nu

așteaptă plecarea lui *histiostoma necrophaga* care figurează ca ariergardă a întregii legiuni din seria a 5-a. Prevăzute cu mandibule solide,

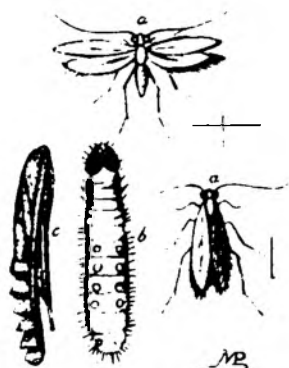


Fig. 235. — Sus: *Tineola biselliella*. — Jos: nimfa (c); larva (b), starea perfectă (a) — echipa a VI-a a faunei cadaverice.

coleopterele acestea rod țesuturile obiect al poftei lor. Sunt fluturași din genurile *aglossa*, *tineola*, *attagenus* și *anthrenus*.

Aglossa cupreali e inrudită cu *aglossa pinguinalis* din echipa a 2-a.

Tineola biselliella e un fluturaș și mai mic, a cărui omidă se înfășoară cu o teacă

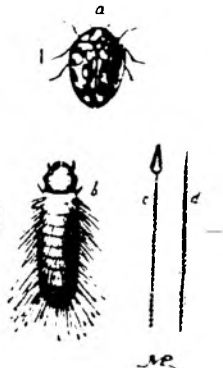


Fig. 236. — *Anthrenus muscarum* (a), larva (b), peri (c) și (d) — echipa a VI-a a faunei cadaverice.

formată din propriile ei excremente.

Attagenus peltia — distrugători de peri. — *Attagenus muscorum* are corpul rotunjit și talia de 2,5 mm. Larva e acoperită cu peri lungi galbeni.

VII. Echipa a 7-a, atunci când se instalează, nu mai găsește, în locul țesuturilor (afară de oase), decât o pulbere fină, constituită din excrementele coleopterelor din echipa a 6-a și câteva rare resturi neglijate de aceasta. E constituită din coleoptere din genul *tenebrio obscurus* (15—20 mm.) a cărui larvă seamănă cu aceea a lui *tenebrio molitor* (viermele de făină), și genul *ptinus bruneus* (talia de 2 mm.) al cărui cap e acoperit de un corselet foarte bombat.

Echipele a 5-a, a 6-a și a 7-a lucrează timp de 2 ani și jumătate.



Fig. 237. — *Tenebrio obscurus* (a) cu larva ei (b) — echipa a VII-a a faunei cadaverice.



Fig. 238. — *Ptinus bruneus* — echipa a VII-a a faunei cadaverice.

2. Fauna cadaverică sub pământ

În genere, fauna cadavrului îngropat e aproape aceeași ca și a cadavrului expus la aer. Abundența ei, în tot cazul mai mică decât aceea a faunei aerului liber, depinde de gradul de permeabilitate a terenului și de starea de conservare a coșciugului. — De observat, însă, că însemnarea cu larvele de insecte din prima echipă nu e inevitabilă, chiar atunci când moartea s'a întâmplat în timpul verii; aceasta se poate nota la cadavrul care, înainte de înhumare, a fost ținut în casă, cu ferestrele și ușile închise, sau că

până și fața era acoperită, astfel că musca albastră n'a putut să-și depună ouăle. (Pe cadavrul unei femei moarte în Iulie și desgropat după 14 luni, *Balthazard* n'a putut să dea măcar de urma vreunei diptere din seria I-a).

După trecere de 12—18 luni, când albuminoidele sunt deacum, total sau parțial, transformate în substanță caseoasă, muște din echipa a 4-a. atrase de emanațiunile putride, își depun ouăle pe mormânt. Larvele, folosindu-se de canalurile săpate de răme, își fac drum în jos până la sicriu și, prin acesta, până la cadavrul putrefiat. Putem astfel identifica larve, nimfe și adulți de diptere ca *ophira cadaverina* și *phora atterina*, precum și omizi și adulți de coleoptere ca *philolonthus ebeninus* și *rhizophagus paralleolocolis* (care trăește în iarba cimitirelor).

3. Fauna cadavrelor de înnecați

Sucesiunea seriilor entomologice nu începe decât din momentul în care cadavrul, fie prin ridicarea lui la suprafață, fie prin scoaterea lui din lichidul de imersiune, a fost pus în contact cu aerul.

Dar, în afară de echipele descrise, cadavrele cari au stat în apă mai pot avea pe ele animalculele din fauna aquatică.

IV. Epoca morții

Studiul putrefacțiunii, în aplicațiunile medico-legale, e necesar nu numai pentru deferențierea târzie a leziunilor vitale de cele postmortale, pentru identificarea otrăvurilor și deosebirea lor de alcaloizii cadaverici, cu un cuvânt pentru diagnosticul cauzei morții; studiul acesta ne înlesnește și fixarea cu aproximație a epocii morții la un cadavru în descompunere (putrefacția gazoasă, saponificarea), macerat sau mumificat, deci la un cadavru expus la aer vreme îndelungată, la unul scos din apă, la unul desgropat ori extras dintr'un cavou. La aceasta ne vor ajuta pedeparte cunoștințele despre mersul putrefacției gazoase, combinată cu acțiunea faunei cadaverice, iar pe de alta datele cu privire la procesul de saponificare, macerare și mumificare.

A. Putrefacția gazoasă

Am văzut că debutul ei diferă după acțiunea factorilor externi și interni. Am arătat, pentru diversele medii, ordinea de succesiune atât în putrezirea tegumentară cât și în cea viscerală; ținem însă să observăm, că această cronologie e mai mult sau mai puțin ideală, pentrucă ajunge ca un singur agent să-și modifice intervenția sau să lipsească, pentruca ordinea să fie mai mult sau mai puțin pronunțat răsturnată.

a. Cadavrul în aerul liber

Avem de făcut deosebirea între un cadavru expus în timpul fixat de lege pentru autorizarea înmormântării sau incinerării și un cadavru găsit neîngropat.

Pentru eventualitatea întâia am indicat, la studiul morții în general, cari sunt indiciile de orientare pentru determinarea epocii morții.

Atunci când e vorba de un cadavru părăsit, ne servim, pe deoparte de elementele trase din mersul putrefacției, din examenul bacteriologic și histologic, iar pe de alta de faza destrucțiunii prin cooperarea echipelor din fauna cadaverică.

În teză generală știm, că debutul putrefacției gazoase, al cărei semn caracteristic e pata verzuie, se notează într'un interval de 24—48 ore. Am semnalat și cauzele de precocitate ori de tardivitate.

Pentru semnele exterioare corespunzătoare intervalului de 15—20 zile, ținem să atragem atenția că ele nu sunt absolut caracteristice acestei epoci: în adevăr, starea aceasta de descompunere poate rămâne neschimbată, timp de câteva săptămâni sau chiar luni, astfel că nu putem afirma cu certitudine că un atare cadavru e al unui individ mort de o jumătate de lună sau de 1—4 luni.

Un element important, susceptibil de a modifica aprecierea epocii, îl constituie natura terenului (terenurile devorante și terenurile conservatoare).

Atunci când cadavrul e redus la starea de schelet, ne orientăm după greutatea specifică a oaselor care, se știe, scade pe deoparte din cauza distrugerii materiei organice, iar pe de alta din pricina disicării care e în funcțiune de timpul scurs între moarte și descompunerea totală. E aceasta o aplicațiune a experiențelor întreprinse de *Adolphe Carnot* — aplicațiune foarte anevoioasă însă.

Criteriul cel mai bun ni-l oferă notațiunile făcute în ce privește fauna cadaverică. Observăm, însă, că această faună nu e uniformă, deoarece ea diferă nu numai dela țară la țară, dar și dela regiune la regiune, în hotarele aceleiași țări. Va trebui deci ca, în prealabil, recurgând la nevoie la concursul unui entomolog, expertul să determine cât mai exact fauna dipteră și colepteră a locului unde a fost găsit cadavrul.

Expertul trebuie să mai știe că, dată fiind complexitatea procesului putrefactiv, surprizele nu sunt excluse: ne izbim de capricii ale putrezirii, de intervenția nebănuită a unor factori cari, prin acțiunea lor, pot paraliza opera de distrugere a echipelor morții și să modifice ordinea lor de succesiune, creând soluțiuni de continuitate în cronologia-tip.

Oricum, fauna cadaverică e cel mai sigur îndreptar, pentru că ea ne înlesnește să determinăm atât anotimpul cât și vremea aproximativă scursă între moarte și faza putrefactivă din momentul examenului. (Vezi și vol. I, pag. 417 și 522—525).

Așa, prezența reprezentanților primei echipe (ouă, larve, gogoși, insecte) e o dovadă indiscutabilă că moartea datează din timpul verii. Dimpotrivă, absența acestor vestigii e un indiciu că moartea s'a produs iarna.

Servindu-ne de concluziunile cercetărilor mai recente ale lui Guiart, putem alcătui următorul tablou sinoptic pentru determinarea epocii morții la un cadavru expus la aer:

1. Moartea datează de cel puțin 1-6 luni, atunci când pe cadavru notăm prezența următorilor reprezentanți ai faunei cadaverice: *curtonevra stabulans*, *calliphora vomitoria*, *lucilia caesar*, *sarcophaga carnaria*.

2. Moartea datează de cel puțin 6-9 luni: *dermestes lardarius*, *aglossa pinguinalis*.

3. Moartea datează de cel puțin 10 luni: *pyophyla petasionis*, *anthomya vicina*, *corynetes caeruleus*.

4. Moartea datează de 1-2 ani: *tyreophora cynophila*, *lonchea nigrimana*, *ophyra cadaverina*, *phora aterrina*, *necrophorus fossor*, *sylpha obscura*, *hister cadaverinus*, *saprinus rotundatus*.

5. Moartea datează de 2-3 ani: acarienii (uropozii, tyroglyphineii și glycephagii).

6. Moartea datează de 3-4 ani: *tenebrio obscurus*, *ptinus brunneus*.

b. Cadavrul îngropat

În genere, pentru determinarea anotimpului, se admite drept criteriu prezența sau absența reprezentanților echipei întâia.

Prezența acestora e un indiciu de moarte într-o atmosferă călduroasă. Nu trebuie să se deducă numai decât că e vorba de anotimpul călduros și aceasta pentru considerațiunea, că *musca albastră* poate învia iarna în camera încălzită și astfel să-și depună ouăle pe cadavru, chiar când afară e ger mare.

Absența ouălor, larvelor, gogoșilor de diptere sau a dipterelor adulte din echipa întâia nu trebuie neapărat folosită în sprijinul interpretării că moartea s'a produs iarna. Aceasta, pentru că, după cum am relevat și la studiul seriilor din fauna cadaverică, nu e exclus ca, în momentul morții, întâmplată vara, să se fi luat precauțiuni pentru ferirea cadavrului de pângărirea muștelor.

Tabloul sinoptic nu prea diferă de acela al cadavrului expus la aer.

Pentru perioada de cel puțin un an. *Guia*t dă următoarele date:

1. Moartea datează de cel puțin 3-4 luni: prezența pe cadavru a gogoșilor de *curtonevra*, *calliphora*, *lucilia*, *sacophaga*.

2. Moartea datează de cel puțin un an: *rhizophagus parallelcolis*, *ophyra cadaverina*, *phora aterrina*.

c. Cadavrul a stat în apă

Aspectul lui — deci și criteriile de apreciere a epocii morții — diferă după cum cadavrul e examinat în chiar momentul scoaterii lui din apă sau mai târziu; după cum cadavrul, în momentul când a fost scos, plutea la suprafață, ori se mai găsea între două ape sau chiar la fund. Pentrucă, după cum am arătat, cadavrul plutitor se descompune sub acțiunea aerului și a razelor solare, iar cadavrul scos și pus în contact cu aerul se descompune mult mai repede: în atare caz putrefacția face progresele pe cari le-am fi putut nota dacă am fi scos cadavrul abea după 6—8 zile.

În ce privește determinarea epocii, ne referim la cele expuse la studiul morții prin înecare (vol. II), unde, în afară de mersul macerării, arătăm și fazele putrefacțiunii gazoase și debutul procesului de saponificare. Aci ne vom mărgini să rezumăm, după observațiunile făcute de *Devergie*, indicațiunile capabile de a constitui o orientare pentru aprecierea epocii, după forma putrefactivă:

1. **Inceputul putrefacției verzi** — fața ușor bugedă, cu pete roșii, pata verzuie care ocupă mijlocul sternului: a 3-a zi *vara*; 12—15 zile *iarna*.

2. **Putrefacția cafenie** — fața de un roșu bătând în cafeniu; o pată de aceeaș culoare, înconjurată de o nuanță verzuie, pe partea anterioară a pieptului: 10—12 zile *vara*; 30 zile *iarna*. — Atunci când fața, tumefiată, are o nuanță cafenie mai închisă, iar părul începe să cadă, putem atribui putrefacției o durată aproape dublă: 15—20 zile *vara*; 60 zile *iarna*.

3. **Inceputul saponificării** — colorația în roșu a țesutului celular subcutanat al gâtului; saponificarea parțială a obrazilor și a bărbiei, saponificarea superficială a mamelelor, a vintrelor și a părții superioare a coapselor: 25 zile *vara*; 75 zile *iarna*.

4. **Faza destrucțiunii parțiale a tegumentelor** — distrugerea unei părți din pielea capului, a pielei depe frunte, pleoape, nas, buze, clavicule, stern; saponificarea feței, a părții superioare a gâtului și a vintrelor; corозиunea și distrugerea pielei pe diverse părți ale corpului; dispariția epidermei dela mâni și picioare, căderea unghiilor: 30—35 zile *vara*; 100 zile *iarna*.

5. Faza accentuării saponificării — saponificarea aproape totală a feței, a gâtului, a vintrelor și a părții anterioare a coapselor; începutul saponificării părții anterioare a creierului; începutul incrustațiunii calcare pe coapse (transformarea săpunului anionic în săpun calcar): distrugerea celei mai mari părți a pielii capului: 40–45 zile vara; 4 luni—4 luni și jumătate iarna.

6. Saponificarea totală, după un timp variabil în funcțiune de temperatura apei și de condițiunile individuale.

7. Distrugerea articulațiunilor: în faza finală a descompunerii în apă, care se face în jumătatea timpului necesar pentru putrezirea totală în pământ.

Primăvara și toamna durata necesară pentru fiecare din fazele putrefacțiunii e ceva mai mare decât vara. Dar nici indicațiunile pentru putrezirea în timpul verii și al iernii nu sunt fixe, pentrucă durata depinde în primul loc de gradul de temperatură a mediului.

d. Alte criterii pentru determinarea începutului putrefacției gazoase

1. Examenul histologic. — I. Degenerescenta granuloasă a celulelor ficatului și a rinichilor, la 24 ore dela moarte.

II. Incetarea activității leucocitelor după maximum 11 ore dela moarte — *Bellusi*, 1928.

2. Examenul histo-chimic permite să se cunoască diversele faze ale putrefacției în organele examinate. Acest examen poate evidenția: migrațiunea grăsoasă post-mortală, steatosă post-mortală, saponificarea grăsimilor preexistente, hidrolisa sau autoliza substanțelor albuminoase. Acizii grași rezultând din saponificare apar. în putrefacția în pământ, înaintea acizilor cari își au originea în albumină (*N. Minovici, Kernbach, Cotuțiu* — 1930).

B. Saponificarea, macerarea, mumificarea

Pentru saponificare, vezi indicațiunile dela studiul acestei forme a putrefacției și punctele 6 și 7 dela putrefacția cadavrului în apă.

Pentru macerațiune vezi cele expuse la „Pruncucidere” și „Innec”.

În ce privește mumificarea, nu se poate determina epoca morții. atunci când cadavrul e deacum complet uscat. În cazul însă că mumificarea e numai în mers, această epocă se fixează. cu o mai mare sau mai mică probabilitate, după gradul de disicare și după faza putrefacției gazoase, dacă aceasta a preexistat procesului ulterior al mumificării.

CAP. III

MOARTEA SUSPECTĂ: NATURALĂ ORI VIOLENTĂ?

E o diferențiere ce expertul — indiferent de alura morții (lentă, rapidă, fulgerătoare) și indiferent de faptul dacă decesul s'a produs în plină sănătate aparentă sau în cursul unei boli acute ori cronice — e chemat s'o facă în trei conjuncturi:

1. Leziunea e hotărît mortală, *dar nu e exclusă posibilitatea ca ea să se fi produs în chip spontan, să fie congenitală sau să apară ca o complicațiune a leziunii sau a bolii inițiale.*

2. Leziunea putea fi mortală, *fără însă a fi de natură a pricinii neapărat moartea.* Expertul cercetează, *dacă o stare patologică preexistentă n'a grăbit moartea sau chiar a provocat-o, independent de faptul medical incriminat.*

3. *Nu există nici o leziune aparentă în legătură cu faptul medical care constituie punctul de plecare al acțiunii judiciare.* În cazul acesta expertul are sarcina: *fie de a demonstra posibilitatea unei corelațiuni, așa disproporționată cum se prezintă ea, între efect și cauză; fie de a evidenția că moartea are drept cauză unică o stare patologică pronunțată sau latentă și brusc deslănțuită cu desnodământ fulgerător.*

Diferențierea aceasta, de o însemnătate capitală, se poate face: a) numai prin simplul examen macroscopic; b) prin examenul macroscopic completat de cel histologic și bacteriologic; c) prin aceste două examene asociate cu analiza chimică; d) prin examenul histologic și cel bacteriologic, singure sau asociate cu analiza chimică (atunci când expertului nu i se pun la dispoziție decât organe izolate sau chiar numai fragmente organice).

Înainte de a procedea la examen, expertul cântărește valoarea elementelor de informațiune anamnezică, inclusiv datele observațiunii clinice, pentru că adesea poate găsi în ele nu numai o orientare, dar și indicațiuni prețioase cari îi ușurează sarcina.

A. Traumatismul e neîndoios, dar leziunea e spontană sau congenitală

Referindu-ne la expunerea făcută atât la examenul somatic general și la cel psihic, cât și la localizarea leziunilor și afecțiunilor în marile segmente ale corpului, ne vom mărgini aci să mai dăm câteva exemple edificatoare:

I. Ruptura spontană a inimii fără nici o legătură cu traumatismul. — Pe baza observațiilor făcute, *Locke* (1927) conchide că o atare leziune e în deosebi frecventă la indivizii cari au trecut de 60 ani, ca o complicație a unei infecțiuni cronice a arterelor coronare: o tromboză a acestor vase provoacă o ocluziune subită și completă a lor, ceace are de urmare un infarct al cordului cu o ruptură pornind dela centrul infarctului.

II. Tromboze post-operatorii, cu sediul de predilecție la vasele gambelor și ale basinului fără a putea fi imputate medicului. — Explicația se găsește în predispoziția individului, după constituție, vârstă, sex și leziunea care a necesitat intervenția chirurgicală: 1. persoanele corpolente cu mare adipozitate și cu picioarele groase, cu inima îngrășată și cu turburări circulatorii; 2. indivizii între 50 și 80 ani; 3. predispoziția femeilor; 4. infecțiunile locale și prezența de tumori în zona acestor procese preexistente (30% din cazuri-*Schultz*, 1929) 5. preexistența unei endocardite murale lente (*Torres*, 1929).

III. Insuficiența valvulară. — *Babeș* a demonstrat că o anomalie congenitală, cum ar fi, de exemplu, absența uneia din cele 3 valve ale tricuspidei, poate cauza moartea, prin insuficiența valvulară, deși până la pubertate individul a putut suporta această insuficiență.

IV. Hemoragia tardivă: Intervenție chirurgicală pentru extragerea unui os din esofag. După 6 zile, o subită urcare a temperaturii urmată de o hemoragie (300 cc. sânge) și moarte. *Autopsia*: inima și toate vasele mari intacte. — *Diagnosticul*: inima, consecutiv unei infiltrațiuni mediastinale, a încetat de a funcționa și astfel s'a produs o acumulare venoasă care a provocat plesnirea unei vene mai mici (*Jacques-Grimaud* — 1928).

V. Compresiunea și hemoragia cerebrală consecutive unor anomalii vasculare în cavitatea craniană — demonstrația lui *Babeș*.

B. Traumatismul e neîndoios, dar moartea a fost grăbită sau nemijlocit provocată de o stare patologică preexistentă

() atare eventualitate se poate explica prin:

I. Infecțiunea răni poate fi datorită unui focar purulent preexistent în corp și care s'a propagat prin vehicularea limfatică și sanguină.

II. Tetanosul. — Dacă între trism (primul lui semn) și momentul producerii răni au trecut mai puțin de 2 zile (limită inferioară minimă pentru incubare), atunci moartea nu e de atribuit complicațiunii leziunii.

III. Atrezia congenitală a esofagului, înosebi la nouii-născuți, e incompatibilă cu viața. Moartea se poate produce tardiv, în interval de câteva zile (moartea unui copil după 12 zile dela naștere — *Ziemke*).

IV. Ascarioza. — *Autopsia* unei fete de 10 ani: adeziuni peritoneale, peritonită purulentă, perforațiuni intestinale, prezența a 315 ascarizi de diverse mărimi în intestin. Perforațiunile intestinale datorite ascarizilor (*Doralle*, 1928).

V. Hemoptizie mortală datorită sifilisului. — *Autopsia*: procese sifilitice întinse și cicatrizate ale mușchilor și țesutului interstițial din partea stângă a gâtului, cu modificări caracteristice ale arterelor mici și ale venelor; o ocluziune veche a venei jugulare, eroziunea carotidei în punctul ei de bifurcare, un hematom plesnit în părțile moi din vecinătate. Hemoragie în esofag (*Loewenthal*, 1928).

VI. Hemoragia cerebrală la persoane mai tinere (30—50 ani, *Marburg*, 1928). Cauza lor: o leziune toxică sau infecțioasă a vaselor, grefată pe o slăbire congenitală a pereților vasculari.

C. Absența oricărei leziuni direct consecutive traumatismului

Faptul medical al morții se poate explica prin:

I. Moartea prin inhibiție, pe care o vom studia separat mai pe larg.

II. Preexistența unui proces de paralizie cerebrală și în putrefacția avansată, chiar dacă moartea datează de 1—2 ani. Dovada o fac depozitele pigmentare perivasculare a căror identificare se face prin reacțiunea ferică (*Schrader, 1929*).

III. Degenerarea fibroidă a capilarelor cerebrale notată în numeroase observații, la indivizii de 58—78 ani (*Prevođt, 1929*), deși macroscopiceste creierul apare normal. Pereții vaselor se îngroașă regulat ori neregulat, lumenul se strâmtează sau e chiar complet obliterat.

IV. Embolia pulmonară complicațiune a sarcinei. — *Bungell (1927)* a notat 4 cazuri mortale de embolie pulmonară în primele luni ale sarcinei.

V. Edem pulmonar acut consecutiv dilatației și îngrășării inimii și stenozei mitrale: Fată de 16 ani. La 11 seara se culcă sănătoasă. După o oră, o soră a ei, care dormea în aceeaș cameră, e trezită de un horcăit. Moare după două ore, în intervalul căror medicul constată: cianoză, răcirea trupului, scurgerea unui lichid edemațios pe gură și nas (*Posel, 1927*).

VI. Gripă supra-acută: Un medic de 30 ani moare subit în somn, fără nici un simptom premergător. *Autopsia*: edem pulmonar bilateral. E posibil ca la isbucnirea acestei gripe extrem de toxice să fi contribuit de departe o leziune pulmonară căpătată în războiu, o pneumonie cu un an anterioară morții și, poate, o cardiopatie constituțională (*Bernard, 1929*).

I. Examenul macroscopic

Atunci când caracterul mortal al rănii e evident, cum ar fi, de exemplu, o rănire cu arma de foc, o strivire, o mutilare, o leziune interesând un organ a cărui funcțiune e indispensabilă vieții, examenul macroscopic e suficient pentru demonstrarea corelațiunii între traumatism și moarte.

II. Examenul histologic și bacteriologic

Singură leziunea nu e suficientă spre a evidenția corelațiunea căutată: cheia de deslegare a problemei ne-o dă atunci examenul histologic și bacteriologic.

Fără a voi să scădem meritele cercetătorilor străini (*Baumgarten, Beck, Canon, Petruschky, Wurtz, Hermann, Lesage, Maligne, Morfan, Gillbert, Bouchard, Chwostek, Egger, Achard, Phulpin, etc.*), trebuie să relevăm îndeosebi strălucita contribuție a lui *Babeș* la soluționarea chestiunilor medico-legale. Grație scūpărilor geniale ale nemuritorului șef al școalei bacteriologice românești, lumina se face în morțile suspecte în cari examenul macroscopic și chiar analiza chimică rămân neputincioase. Pentrucă nu numai în bolile specifice și în piemie, dar și în septicemie fără

focare limitate se poate evidenția, pe cadavrul bine conservat, cauza microbiană a morții.

Atunci, însă, când cadavrul e putrefiat, dovada o căutăm în constatări de domeniul histologiei patologice. Examenul histologic, completat cu cel bacteriologic, permite uneori, chiar dacă putrefacția a distrus o bună parte din țesuturi, nu numai să se diferențieze o leziune vitală de un proces de descompunere post-mortală, dar chiar să se demonstreze preexistența unei infecțiuni congenitale sau dobândite, fără nici o legătură cu cauza incriminată.

Atari demonstrațiuni au fost făcute de Babeș pentru infecțiunile hemoragice (cari simulează moartea violentă prin asfixia mecanică) — infecțiuni cari își pot avea originea sau în sifilisul ereditar, sau în boli contractate după naștere (pătrunderea unui microb hemoragic prin plaga ombilicală a copilului), sau în intoxicațiile alimentare.

Îndeosebi în ce privește intoxicațiile alimentare, e de observat că tabloul lor clinic e asemănător cu acela al holerei și al tifosului. De aceea examenul bacteriologic permite identificarea bacililor din cele patru forme ale intoxicației: bacillus *B. paratyphicus*, bacillus enteritidis, bacillus botulinus, bacillus proteus vulgaris (din grupa protozoarelor).

O altă infecțiune generală, capabilă, prin rapiditatea fenomenelor clinice, de a simula o asfixie și o intoxicație, e infecțiunea cărbunoasă (forma apoplectică a cărbunelui). — 1. Un bărbat de 30 ani. Imediat după masă se îmbolnăvește, cu vărsături și dureri stomacale, și moare. *Autopsia*: echimoze întinse pe corp, o congestie a meningelor, laringelui și plămânilor; echimoze în regiunea pilorului; plăci hemoragice pe intestinul subțire. Bacilul cărbunelui a fost identificat în sânge, în vasele ficatului și ale splinei. — 2. Un bărbat de 37 ani. La 40 ore dela apariția simptomelor unei apoplexii cerebrale, moare. *Autopsia*: în afară de pete cadaverice de culoare închisă, o congestie a conjunctivei, echimoze intense și pete hemoragice recente în zona posterioară a pericraniului. Identificarea bacilului cărbunelui în sânge și în mucoasa stomacală. — 3. O femeie tânără moare subit. Leziunile apărute: câteva echimoze pe față, cap și pleură, o congestiune pulmonară. *Examenul bacteriologic*: identificarea bacilului cărbunelui — 4. Moartea rapidă cu fenomene cerebrale apoplectice și un flegmon difuz hemoragic la mână. *Examenul microscopic al creierului*: bacili cărbunoși diseminați în spațiul limfatic și în vasele dilatate.

Examenul bacteriologic se face asupra sângelui (prelevat din inimă, dintr-o venă periferică) și asupra sucului splenic sau glandular.

Rezultatul lui are o valoare diagnosticală certă, atunci când putem identifica un microorganism specific infecției capabile de a determina moartea.

Dar concluzia e condiționată de următoarele restricțiuni:

1. Rezultatul să concorde cu datele examenului bacteriologic al sângelui și al sucurilor din țesuturi, făcut în timpul bolii. Aceasta, pentru că în viață, în stare normală sau în bolile cronice, se găsesc în unele organe (plămâni, intestinale) bacterii cari, fără a avea vreun raport cu infecțiunea cauză a morții, pătrund în sânge și

în țesuturi, unde sunt găsite și după moarte. Apoi sunt și invaziuni microbiene post-mortale.

2. Trebuie ținut seama de: durata agoniei, starea de cachexie sau nu a țesuturilor înainte de moarte, starea de digestie sau de vacuitate a tubului digestiv. Cu cât agonia a fost mai lungă, cu atât mai mare e invaziunea microbială din organism; totodată, însă, în agonia lentă, îndată după moarte, microbii dispar în cea mai mare parte (*Chwostek*).

În ce privește demonstrarea existenței sau absenței unui raport de cauzalitate între infecțiune și faptul medical incriminat, concluziile examenului bacteriologic sunt întemeiate pe intervalul de incubare.

I. Meningita. — Agenții ei patogeni se caută în puroiu, sânge, în lichidul lombar, în mucusul nazal și faringean. Examenul bacteriologic face dovada, dacă bacteriile găsite în puroiul meningelor sunt identice cu acele din focarul primar de supurare.

II. Septicemia: se examinează sângele și puroiul unui focar local.

III. Pneumonia. — Pneumococul și pneumobacilul se caută în sânge, în suctul pulmonar și splenic, în spută.

IV. Tuberculoza. — Bacilul se caută în spută, puroiu, în lichidul lombar, în granulațiunea tuberculoasă, în fecale și în urină. (Bacilul e foarte rezistent putrefacției: la 4 luni după desgroapare, *Palmieri*, grație metodei colorante a lui *Bozzelli*, a putut să identifice în plămân agentul patogen).

V. Intoxicațiile alimentare: se examinează conținutul intestinal și sângele.

VI. Difteria. — Bacilul se caută în secrețiunile peretelui posterior al faringelui, în mucoasa laringelui, în secrețiunea care acoperă amigdalele și în membranele eliminate prin tuse.

VII. Gonoreea (vezi: vol. I pag. 591—594 și „Atentatul la pudoare“, vol. II).

VIII. Sifilisul: se caută în secrețiunea organelor imbolnăvite, în sânge (circa 10 cc.) pentru reacțiunea Wassermann.

IX. Șancrul moale. — Bacilul se caută în suctul țesutului din adâncimea umflăturii.

X. Tifosul. — Bacilul se caută în sânge, fecale, urină; în ganglionii limfatici și în splină.

XI. Holera asiatică. — Se examinează fecalele, eventual conținutul intestinului subțire: indeosebi flocoanele de mucus.

III. Analiza chimică

Vezi: „*Technica expertizei*“, vol. I, pag. 415—416; *Foarea de examen metodic* (vol. I, pag. 654—671); *Studiul general al intoxicațiilor* (vol. II).

MOARTEA SUBITĂ

E o moarte ca oricare alta și singurele ei elemente de caracterizare sunt pedeoparte alura rapidă sau chiar fulgerătoare, pe de alta surpriza. Dinainte cunoscută ori nu, demonstrată ori nu prin examenul necropsic. *cauza există* și ea rezidă neapărat în suprimarea năprasnică a uneia din cele trei funcțiuni esențiale ale vieții (respirația, circulația sanguină, incrvarea).

Cauza aceasta sau e preexistentă sau se ivește brusc, deslănțuind procesul de disoluțiune a vieții — nemijlocit ori într'un interval mai mult ori mai puțin scurt (câteva secunde, câteva minute, câteva ore, după cum e și starea constituțională a individului).

Preexistentă, cauza poate fi *lentă și evidentă*, ori *latentă* — în ambele cazuri cronică sau acută. În plus, un nou element causal, indiferent de însemnătatea lui intrinsecă, grăbește momentul catastrofei care, în orice caz, trebuia să se producă mai curând ca la un individ cu sănătatea nesdruncinată.

Fortuită, cauza e *inhibiția centrală* (oprirea respirației) ori *periferică* (oprirea inimii, paralizia tunicilor vasculare).

A. *Predispoziția*. — În ambele forme există și o stare de *predispoziție particulară* de ordin *neuro-endocrino-umoral*, — chestiune cu o rară competență și o convingătoare argumentare tratată în raportul întocmit de *Héger-Gilbert, Laignel-Lavastine* și *De Laet* și dezbătut la Congresul de medicină legală ținut la Paris în Iunie 1929.

Această predispoziție, — la a cărei caracterizare aduce o luminoasă contribuție și *Dupoir* („*Mécanisme de la mort subite*“, 1929) — poate fi:

- a) *Constituțională*: vagotonia obicinuită; diminuarea rezervei alcaline.
- b) *Fiziologică*: perioada digestivă a zilei, cu modificările ei neuro-vegetative și umorale.
- c) *Patologică*: copiii limfatico-thimici.
- d) *Accidentală*: inhibițiunea respiratorie la indivizii decalcificați; sincopa adrenalino-cloroformică.

B. *Susceptibilitatea* la moartea subită mai e în funcțiune și de alte elemente: *vârsta, sexul, felul alimentației, anotimpul*.

a) *Vârsta*. — În teză generală moartea subită își recrutează victimele de predilecție la cele două extremități ale curbei vieții: copiii și bătrânii. Dar asta nu înseamnă că tinerii și adulții în puterea vârstei sunt imuni (*Cristeaux* publică o statistică de 154 observațiuni de soldați, deci oameni găsiți perfect sănătoși în momentul recrutării, loviți de moartea subită în

timpul serviciului sub arme). — Procentul cel mai mare l-ar da vârsta de 60—70 ani și aceea dela naștere la 15 ani; cel mai mic e al vârstei de 20—40 ani.

b) *Sexul*: femecea e mai puțin expusă ca bărbatul; procentul acestuia din urmă e de 65—75% din cazuri.

c) *Ereditatea*: cazuri rare.

d) *Felul alimentației*: excesul de alimente azotate; excesul alcoolic.

e) *Anotimpul*: frigul, brusca schimbare a temperaturii și a presiunii atmosferice, gradul higrometric al aerului (la persoanele cu nervii vasculari îndeosebi excitabili).

Procentul maxim de morți subite îl dau lunile Noembrie și Ianuarie; cel minim, lunile Septembrie, Octombrie și Decembrie.

C. Cauzele secundare, cari găsim în starea morbidă preexistentă sau în predispoziție un teren prielnic pentru precipitarea șcenei finale, pot fi:

1. *Un mare efort fizic* — plesnirea arterelor bolnave.

2. *Surmenarea circulației*: coitul la bătrâni — rupturi arteriale; scremutul defecației la cardiaci — rupturi vasculare; beția — congestia pulmonară, hemoragiile meningec.

3. *Turburările cauzate de menstruație*.

4. *Replețiunea stomacului cu chim*.

5. *Durerile mari provocate de colici hepatice și colici nefrolitiasice* la cardiaci.

6. *Provocarea reflexului lui Hering* prin excitația electrică a nervului ori prin tracțiunea mecanică a carotidei.

7. *Intervențiunile medicale*: anestezia clorofornică, spălăturile pleurei, cystoscopia, esofagoscopia, etc.; orice explorare chirurgicală; accidentele terapeutice ale injecțiunilor intravenoase, îndeosebi acele ale cristaloizilor, cari provoacă șocul.

8. *Șocul prin iritațiunea psihică de origine emotivă* (spaimă, bucurie escesivă, supărare prea mare) care provoacă congestiunea sau anemiarea creierului.

9. *O baie prea ferbinte ori prea rece*.

10. *Un curent electric* de o tensiune cât de neînsemnată.

11. *O insolație* cât de ușoară.

D. Definiția. — În lumina celor expuse până aci ne va fi foarte lesne să dăm o definiție cât mai apropiată acestui fel de moarte:

Înainte de toate naturală, demonstrată sau cel puțin prezumată ca atare, deci fără intervenția contemporană a unui traumatism (fizic ori psihic) verificabil, moartea subită e încetarea neașteptată a vieții, precedată ori nu de semne premonitorii de scurtă durată, indiferent dacă individul era în stare de perfectă sănătate aparentă, sau cu leziuni și afecțiuni organice cronice ori acute, evidente ori latente și ignorate, dar cari nu comportau o brutală suprimare a funcțiunilor vitale esențiale.

Această definiție ne ajută să diferențiem o moarte subită caracterizată de ceea ce numim *pseudo-moartea subită*, consecutivă unui traumatism verificabil, deși urmele acestuia sunt sau abea perceptibile sau chiar nu sunt deloc aparente (șocul inhibitoriu), ori consecutivă unei intoxicații supra-acute.

E. Fenomenele morbide, ce eventual se pot nota în moartea subită, sunt uneori: 1) *vărsături* cari pot avea ca origine o leziune cerebrală; 2) *convulsii* — manifestarea unei iritații cerebrale; 3) *leșinul, pierderea cunoștinței, coma*; 4) *dilatarea pupilară* — simptomul ruperii unui anevrism al arterei bazilare, cu hemoragie intermeningee; 5) *durerile abdominale* cari traduc uneori ocluziunea intestinală; 6) *cefaleele, vertijul* — hemoragia intermeningee.

I. CAUZA PREEEXISTENTĂ

E demonstrată prin prezența unor leziuni anatomice sau a unor malformațiuni congenitale ori dobândite și notate la autopsie. Și moartea, grăbită de noua cauză, pipăibilă ori nu, nu e decât rezultaanta procesului de desagregare ce, lent dar neîntrerupt, s'a desăvârșit în organism, care trăește sub tirania dependenței interorganice: slăbirea funcțională a unui organ are de urmare surmenarea altuia care i sare în ajutor; la rândul său, acesta din urmă se uzează și abuzează de concursul unui al treilea; treptat funcțiunile organice, în totalitatea sau numai în majoritatea lor, sunt interesate și astfel izbucnește paralizia funcțională sau dezechilibrul vital.

A. Leziunile evidente ale unei singure sau ale mai multor afecțiuni cronice sau acute asociate

Indicăm leziunile mai frecvent notate la diversele organe, în morțile subite.

I. Meningele

I. Hiperemia și edemul piei-mater și al arachnoidei.

II. Meningitele acute pot evolua aproape complet în stare latentă (observațiile lui *Olivier, Tardieu, Vibert*).

a) *Meningita supurată*, consecutivă unui vechiu traumatism, cauzează moartea subită într'un interval de 5—24 ore, cu sau fără simptome premonitorii (moarte subită după 20 zile dela o irido-cyclită traumatică fără gravitate — *Villard*).

b) *Meningita nesupurată*: moartea subită înainte de dezvoltarea procesului inflamatoriu.

c) *Meningita tuberculoasă* e adesea, în intervalul agonic de câteva ore, precedată de delir și convulsii.

d) *Meningita cerebro-spinală* se poate dezvolta latent.

e) *Meningita sifilitică*.

III. *Ingroșările meningelor*, localizate la lobii frontali, pot indica paralizia progresivă.

IV. Hemoragiile intermeningee sunt obicinuît consecutive ruperii spontane a anevrismelor arterelor bazale.

Mărimea anevrismului, care e sau saciform sau pedunculat, e variabilă: gămălie de ac, grăunte de muștar, bob de mazăre, alună, cireasă. *Szekely* (1928) a făcut 157 observațiuni: frecvența, după vârstă și sex — bărbați de 50-60 ani, femei de 60-70 ani numai 4 cazuri până la 20 ani; patogenia, în ordinea frecvenței, e arterio-scleroza (indeosebi la bătrâni), hipertrofia cordului, atrofia rinichilor, sifilisul. — Hemoragiile intermeningee se localizează la pendurculul creierului și sunt mai atenuate pe suprafețele laterale ale acestuia. Hemoragiile intermeningee consecutive pustulei maligne, sau acoperă întreg creierul sau se localizează în concavitățile emisferelor cerebrale.

a) *Pachimeningita hemoragică a durei-mater* poate persista ani de zile fără să se traducă prin vreun simptom oarecare (cefalee, compresione cerebrală). La *autopsie*: un cheag roșietic, gros, pe fața inferioară a membranei. La bătrâni, alcoolici, alienați. (Moartea subită a unui alcoolic, de 67 ani; la autopsie: pachimeningită — *Minocici* 1926).

b) *Hemoragia supra-dur-merienă* consecutivă rupturii arterei meningee mijlocii.

c) *Hemoragia subarahnoidiană*: ruptura anevrismului unuia din arterele bazei. La sifilitici.

2. Encefalul

I. Comprimarea creierului prin sudura timpurie a oaselor craniului, ceea ce are de efect o strâmtare a cavității.

II. Hiperemia și edemul creierului e manifestarea unei auto-intoxicații de origine intestinală, indeosebi la copii și adolescenți.

III. Congestiunea activă ori cea pasivă (cazul unui individ care, în plină digestiune, s'a îmbăiat în apă rece).

Congestiunea apoplectiformă manifestată e sifilisului cerebral.

IV. Anemia cerebrală poate fi consecutivă unei simple treceri brusce dela poziția crizantă la cea verticală a corpului, ceea ce facilitează comoția și agravează efectele acesteia (*Paulescu*).

a) *Anemia consecutivă unei dureri bruște și violente*.

b) *Anemia cerebrală consecutivă unei puternice emoții*.

V. Encefalita. — a) *Encefalita acută convulsivă* ca manifestată tardivă a unui vechiu traumatism, prin reacțiunea unui focar de infecție latentă (3 cazuri de apariție la 6 luni dela traumatism — *Pierre Marie*; un caz la 15 luni dela traumatism — *Jumentie-Sentis*). Debutul e brusc și moartea se produce în câteva ore.

b) *Encefalita fără origine traumatică îndepărtată* e produsul unei intoxicații endogene, al surmenajului intelectual.

VI. Emboliile și trombosele arterelor cerebrale. — *Trombozele sinusale*, urmate de ramolire hemoragică, frecvente indeosebi la copii; excepționale sunt cazurile de ramolire trombotică în regiunea punții.

VII. Hemoragiile subit mortale sunt desnodământul unor alterațiuni arteriale: anevrismele miliare; periarterita cu infiltrație sub-endarterică a celulelor rotunde și degenerescența tunicilor arteriolelor: arterita sifilitică, periarterita sclero-gomoasă; hipoplazia arterelor cerebrale; atheromul în plăci gliomul (la tineri), eclampsia gravidelor; hemofilia (la tineri).

Sediul lor: ventriculele, nucleii cenușii centrali, protuberanța, bulbul, cerebelul.

Etiologia: vârsta mai înaintată, sifilisul, accesul de mânie, emoția covârșitoare, infiltrația hemoragiilor meningee

Fulgerătoare în apoplexia consecutivă inundației ventriculare, îndeosebi în ventriculul al 4-lea, hemoragiile encefalice cauzează de regulă moartea într'un interval de 1—12 ore.

VIII. Abcesele cerebrale. — La autopsie se notează uneori un abces de mărimea unui ou de porumbiel sau chiar a unui ou de găină, și cu toate acestea evoluția lui latentă a rămas ignorată. Aceasta pentru că infecția unei plăgi, care se face prin propagațiunea limfatică sau venoasă, provoacă foarte des o supurație cerebrală tardivă, care abea atunci se manifestă prin simptome morbide. (O observație de infecțiune latentă: la câțiva ani dela rănirea cu arma de foc, s'a extras, din părțile profunde ale creierului, proiectilul cu microbi ce au putut fi cultivați — *Villard*).

Moartea se produce fulgerător sau într'un interval de câteva ore dela apariția simptomelor.

Abcesele cerebrale pot avea ca origine: a) o plagă, mai însemnată sau nodulă, a pielii capului; b) *pecinățata* unui focar septic (osteita, osteo-mielita craniană; supurația urechii și a mastoidei); c) *metastaza olitică* în lobul frontal sau în cel occipital; embolia septică, bronșita fetidă, bronchiectasia, tuberculoza.

IX. Tumorile cerebrale, întocmai ca abcesele, pot evolua latent și atunci, fulgerător sau în câteva ore (cefalee, vărsături, turburări oculare), să declanșeze moartea. La autopsie se găsesc localizate în creierul mare, în cerebel (bulb, zona ponto-cerebeloasă), în meninge.

a) *Gliomul* (cu sau fără hemoragie recentă), *tuberculi solitari*, *gomele*, prin compresiunea cerebrală și prin turbarea circulației, provoacă edemul cerebral mortal.

b) *Hidauța*; *vesiculele cisticeice* (în ventriculele 3 și 4).

c) *Hidrocefalul cronic intern* notat în sinostoza prematură a suturei craniene la tineri.

X. Bolile nervoase și mintale. — a) *Epilepsia*. Moartea, care se produce aproape exclusiv în cursul unui mare atac convulsiv, e datorită unei rupturi a vaselor encefalice, a inimii, a aortei; unor complicațiuni cerebrale (congestie, hemoragie); unei hemoragii subcutanate, viscerale și subseroase; unui edem pulmonar; asfioxiei pasive prin constricțiunea mușchilor glotei (noaptea, în somn în presiunea feței în pernă; înec în baie; refluxul conținutului stomacal în faringe și în căile respiratorii). — Diferențierea de o moarte violentă: Moartea subită în epilepsie putând simula o moarte violentă (asfizie mecanică), mai ales când se notează leziunile externe, elementele de diferențiere le constituie: caracterul agonic sau post-mortal al leziunilor externe accidentale; mușcătura sau mușcăturile limbii; scleroza, unilaterală sau bilaterală, a hipocampului corpului calos; îngustarea și întărirea hipocampului; echimozele punctate ale gâtului, umerilor, conjunctivelor; echimozele subpleurale și sub-pericardice; spuma tracheo-bronchică; uneori leucocitoza.

b) *Histeria* e numai excepțional cauză de moarte subită. O atare origine nu poate fi admisă decât numai pe temeiul unui amănunțit examen anatomopatologic, îndeosebi acela al creierului și al sistemului nervos al funcțiunilor vegetative (respirația, deglutiția, circulația sanguină, asimilarea, eliminarea; reproducerea). Moartea histerică e rezultatul cooperării a doi factori: o turbare profundă preexistentă a funcțiunilor vegetative; un șoc ocazional.

c) *Paralizia progresivă* dă un procent de 5% de moarte subită. Moartea e consecutivă hemoragiilor punctiforme ale nucleilor nervoși bulbari și ale pneumogastricului colapsului datorită unei hemoragii în capsulele supra-renale (*Costéodat*, 1929).

3. Căile aeriene

Moartea subită își are originea în șocul laringean, prezența de corpi streini o compresiune exercitată pe trachee, un edem al glotei.

I. Edemul glotei în : angina Ludovici; amigdalita purulentă; nefrita; defectul cardiac necompensat.

II. Difteria faringelui și difteria primară a laringelui

III. Strămtarea, obturarea intrării laringelui prin: bolul alimentar care provoacă șocul laringean; compresiunea tracheei ramolite pe inelele cartilaginease; compresiunea exercitată de o tumoră (epiteliom al bazei limbei, kist pedunculat, dermoid); abcesele peri-laringee.

IV. Aspirarea conținutului stomacal în laringe. — Să nu se uite însă, că prezența acestui conținut poate fi și un fenomen post-mortal: gazele putrefacției împing materiile din stomac spre faringe, de unde trec, spontan sau în timpul transportului cadavrului, în trachee și laringe.

V. Prezența de ascari lumbricoizi în bronhii. (Observație făcută la Institutul Medico-Legal din București: Fată de 14 ani. Noaptea e apucată de un acces de sufocare și după câteva minute moare. *Autopsia*: un ascari lung de 11 cm., călare la bifurcația bronhiilor; infarctus, edem pulmonar).

VI. Ocluziunea laringelui prin ascari. (Fetiță de 8 ani și jumătate. Subit apnee și moarte. *Autopsia*: în laringe, 2 ascari mari incolăciți, obstruând complet laringele. Alți 3 ascari au fost găsiți: unul în stomac și doi în intestinul subțire — *Dixey*, 1929).

4. Pleurile

I. Pleurezia, nu numai că poate fi suportată zile în șir fără suferință, fără întreruperea indeletuicirii, dar poate fi și ignorată de individ, deoarece revărsarea se face puțin câte puțin și nu se manifestă decât printr'o ușoară îngreuiare a respirației. *La autopsie* se notează unul din următoarele fenomene morbide: deplasarea inimii, embolie, congestia cu nucleu apoplectice pe plămânilor sănătoși, miocardită.

a) *Pleurezia acută abundentă supurată ori nu*: moartea e de regulă consecutivă unui efort, unei mișcări bruște.

b) *Pleurezia veche, cu simfiza pleurală mai mult sau mai puțin completă*: moartea e datorită șocului neuro-endo-crin-umoral, — șoc favorizat prin faptul că, în acea zi, individul se găsește în una din pomenitele stări fiziologice sau accidentale predispozante. Așa: o simplă explorare a cavității pleurale, thoracenta provoacă moartea.

II. Aderențele pleurale de peretele pectoral, mai ales cele bilaterale, sunt o cauză de moarte subită prin stingherirea activității funcționale a plămânilor și turburarea circulației. Și mai justificată e moartea subită, atunci când, la autopsie, se găsește și aderența pericardului de miocard. Atunci când aderența pleurală e unilaterală, aceasta e mai frecventă la stânga (80% din notațiunile necropsice).

III. Transdatele, exudatele mai mari, serul în cavitatea pleurală sunt frecvent o cauză a morții subite.

5. Plămâni

I. Hemoragia pulmonară, consecutivă ruperii arterei pulmonare, deschisă în peretele cavernei, în prima perioadă a tuberculozei.

II. Congestia pulmonară idiopatică e o excepție (în cazurile de însolație); în marea majoritate a cazurilor e asociată fie cu edemul pulmonar, fie cu o leziune tuberculoasă, cardiacă sau renală (notațiuni obicinuie făcute la autopsia morților subite în congestia pulmonară).

III. Emfizemul pulmonar rar e idiopatic; la autopsie se găsește, de obicei, fie o bronșită cronică, fie o hipertrofie a ventriculului drept al inimii.

IV. Edemul pulmonar mortal nu e idiopatic (izolat e numai edemul pur agonic), ci concomitent fie cu o aortită cronică, fie cu o nefrită scleroasă fie cu leziuni hepatice (la alcoolici), fie însăfârșit cu o leziune a centrilor nervoși.

Moartea, precedată de dispnee progresivă, de tuse quintoasă, raluri pulmonare și de o expectorație spumoasă, aerată, albuminoasă, se produce într'un interval dela câteva minute la câteva ore. La autopsie: în edemul fulgător: gura, tracheea, laringele, bronchiile sunt pline cu spumă, iar plămânii, pe secțiune, exudează o serozitate în care nu există nici sânge nici bule de aer; în edemul acut sau subacut congestiv (dela 20 ani în sus), spuma e sanguinolentă, iar exudatul din secțiunea plămânului e și el o serozitate sanguinolentă, îndeosebi pe secțiunile dela nivelul bazelor („submersiunea internă a lui Rensault”).

Edemul infecțios generat fie direct de agentul infecțios, fie indirect, prin mijlocirea sistemului nervos. (Un student în medicină, atins de o gripă foarte ușoară, care nu-l stingherește să-și facă serviciul de stagiar, mănâncă seara și se culcă. A doua zi dimineața e găsit mort, rece și rigid. *Autopsia*: edem pulmonar nu prea pronunțat și o ușoară hipertrofie a splinei; moartea consecutivă unei septi-neurite cu localizare nervoasă viscerală, interesând mai ales inima — *Duvour*, 1929).

V. Gangrena pulmonară consecutivă fie unei vechi contuzii toracice (fără plagă ori fractură), fie apendicitei purulente.

VI. Catarul sufocant, care provoacă moartea prin acumularea de mucus lichid și spumos în căile aeriene, e consecutiv sau frigului exterior sau înghițirii unei băuturi prea reci, sau însăfârșit acțiunii unui gaz deleter degajat de haznalele latrinelor (La Institutul Medico-Legal din București s'a autopsiat o serie de cadavre de curățitori de latrine morți succesiv în aceeași hazna).

VII. Pneumonia, chiar cea supurată, poate avea o evoluție latentă, în deosebi la bătrâni, la alcoolici, alienați și la gravide. Pneumonia ignorată poate uneori ajunge până în stadiul hepatizării cenușii, cu propagațiune la endocard și la meningele creierului. La adulți, numai excepțional pneumoniile lobulară și lobară au la bază o bronșită și moartea e datorită toxinelor produse de micrococul cataral.

VIII. Embolia pulmonară provoacă moartea subită într'un timp foarte scurt, în câteva minute sau într'o oră sau două. Femeea e mai expusă ca bărbatul; frecvența mai mare se notează în lunile cu clima inconstantă. Semnul premonitoriu e urcarea inegală a temperaturii, fără însă să se noteze o modificare a pulsului și a respirației.

Patogenia emboliei arterei pulmonare:

- a) *Flebitele varicoase; flebitele profunde* cu o vechie origine traumatică.
- b) *Flebitele puerperale*.
- c) *Flebitele discrasice* ale gutoșilor, chloroticilor, cancerozilor.
- d) *Flebitele focarelor purulente* (sinusite, flegmoni).
- e) *Emboliile post-operatorii*, în medie în a 11-a zi dela intervenția chirurgicală (*Farr*, 1929) și cu frecvența mai mare la vârsta de 35—65 ani, îndeosebi după: apendectomie, ablațiunea prostatei, consolidări de fracturi osoase, histerectomie (fibrom, kist al ovarului, neoplasm malign al organelor pelviene), după intervențiunea la rect, căile biliare, după curele obliterante ale varicelor.

f) *Tromboza ventriculului drept al inimii*. La autopsie: în artera pulmonară ori în ramificațiunile ei, un embolus cilindric, uscat, aspru, friabil, striat pe secțiune, infipt ca o jintă; el se adaptează perfect de trombusul venos dela care s'a

desprins. — Se diferențiază de embolusul agonic sau post-mortal, prin aceea că acesta din urmă e roșu, moale, elastic.

IX. Pneumotoraxul unilateral atunci când există sinechia celuilalt plămân.

X. Abcesul pulmonar metastazic are ca origine sau o embolie sau o supurație a focarelor de bronchopneumonie.

XI. Tumorile plămânului. — a) *Cancerul plămânului* caracterizat prin accese de sufocație și o expectorație de o colorație particulară.

b) *Kistul hidatic*. — În multe cazuri, din cauza absenței dispneei, poate fi cu totul ignorat. Singurele fenomene morbide nedefinite sunt turburările inflamatorii ale bronhiilor sau plămânilor. Moartea subită e cauzată de ruptura spontană a kistului care și goleşte conținutul fie în bronhii, fie în pleură, sau în ambele simultan.

XII. Tuberculoza pulmonara poate fi cauză de moarte subită în:

a) *Ruptura unui abcesism al lui Rasmussen, urmată de o hemoptizie fulgerătoare*.

b) *Embolia pulmonară, consecutivă unei flebite*.

c) *Tromboza arterei sau a venelor pulmonare*.

d) *Vomic* — concentrațiunea purulentă cărată de vărsături — care înăbușe bolnavul.

e) *Sincopă consecutivă unei acțiuni reflexe, anemiei bulbare, degenerescenței grăsoase a miocardului, sensibilității nervului laringean superior, unei leziuni a capsulelor supra-renale fără sindrom addisonian*.

6. Inima

Moartea subită, care se produce prin oprirea inimii, e precedată ori nu de o complicațiune pulmonară. În 50—75 % din cazuri, leziunea sau afecțiunea cardiacă e asociată cu o leziune renală.

Paralizia inimii are drept cauză: fibrilațiunea ventriculară, fibrilațiunea auriculară (care se manifestă în viață prin aritmia perpetuă a pulsului), încetarea sistolelor fără fibrilațiune, oprirea impulsunii sistolice în sinus (în administrarea quinidinei) sau la nivelul fasciculului lui His (crize epileptiforme).

Ruptura spontană are ca origine leziuni locale ori repercursiunea unei leziuni interesând un alt organ sau repercursiunea unei afecțiuni generale.

Dacă moartea a fost sincopală, ventriculul stâng e dilatat și plin cu sânge; în moartea asfixică ventriculul acesta e gol, iar cel drept e dilatat și umplut cu sânge.

Tipurile de moarte subită prin inimă:

I. Simfiza cardiacă, mai ales când, dacă nu e totală, interesează cel puțin o mare parte din suprafața inimii.

II. Simfiza pericardică e întotdeauna latentă și e asociată cu leziuni cronice cardio-vasculare.

III. Pericardita sero-fibrinoasă poate avea o evoluție latentă de câteva zile.

IV. Tamponarea pericardului prin hemopericard (Un caz de perforare a ventriculului — *Marenholtz*, 1927).

V. Miocardita cronică provoacă de regulă insuficiența progresivă a circulațiunii sau, în unele cazuri, o paralizie bruscă a mușchiului — „inima forțată”. Moartea sau e fulgerătoare (sincopă) sau se produce în interval de câteva ore (dispnee, lipotimie).

VI. Inima acoperită cu grăsime.

VII. Degenerescența grăsoasă sau ciroasă, cu focare recente de miomaliacie, e numai rare ori o cauză a morții subite. (Dintre cazurile mai recente

semnalăm două înregistrate la Institutul Medico-Legal din București: unul în 1928 și altul în 1929, la doi alcoolici).

VIII. Leziunile interstițiale ale miocardului.

IX. Insuficiența valvulară.

X. Hipertrofia și atrofia inimii.

XI. Gome pe miocard.

XII. Kistul hidatic (La un băiat de 17 ani un kist hidatic al ventriculului stâng *Minocici*).



Fig. 239. — Un kist hidatic al ventriculului stâng al inimii, notat la autopsia unui băiat de 17 ani (moarte subită).

XIII. Corpi streini în cavitatea inimii.

XIV. Leziuni asociate: miocardită, scleroză și tromboză coronară (*Le Count Rukstinat*, 1929): sifilisul aortei, insuficiența valvulară, aritmia absolută, embolia grăsoasă în ventriculul stâng, cari toate au colaborat la provocarea fibrilațiunii ventriculare terminale (*Weber*, 1927); hipertrofia inimii, modificări ale mitralei, dilatația aortei, în plus tuberculoza pulmonară și o tumoare a splinei (*Wachholtz*, 1929); hipertrofia inimii și scleroza coronară (*Jaffe*, 1928).

XIV. Diminuarea cantității de sânge readus la inimă (în șocul anafilactic).

XV. Ruptura sponană a inimii, mai frecventă la bărbat decât la femeie, e consecutivă unei emoții puternice, unui efort, digestiei. Unică de regulă, ruptura are ca sediu de predilecție fața anterioară a ventriculului stâng. Desăvârșită, dintr'odată sau într'un interval dela câteva minute până la câteva ore, ruptura cauzează o moarte fulgerătoare sau una rapidă. Această din

urmă formă e precedată de dureri anginoase, dispnee, sincopă.

Ruptura spontană are ca origine:

a) *O septicemie gangrenoasă* (*Sorel*, 1927).

b) *Scleroza miocardului*.

c) *Focare de necroză și de ramolire în miocard* (generată de scleroza coronară sau de infarcti vindecați).

d) *Ruptura septului interventricular* (cu moartea subită la 12 zile după accidentul primitiv — *Rucso*, 1950).

e) *Hemopericardul* care, precum am arătat, provoacă perforarea ventriculului stâng, în miomalacia recentă.

f) *Anevrismul ventricular* (doi bătrâni — unul de 76 și celalt de 77 ani — *Kernbach* și *Colușiu*, 1929).

g) *Degenerarea grăsoasă a miocardului cu infiltrații gomoase difuze* (*Thomas-Tattersall*, 1927).

h) *Arterio-scleroza, arterita cronică*.

i) *Diabetul mellitus* (*Buckley*, 1928).

7. Arterele

Moartea subită e consecutivă fie unor modificări morbide, congenitale sau dobândite ale acestor vase, fie rupturii lor.

Modificările sunt: arterio-scleroza (de origine sifilitică la indivizii mai tineri), endarterita cronică deformantă.

Rupturile — aneurismale ori nu — ne notează în endarterita cronică, sau chiar la vasele cari nu prezintă decât o simplă placă ateromatoasă, la arterele

cu strâmtarea congenitală a lumenului, la cele cu pereții subțiați și transparenți.

Neanevrismală, ruptura interesează, în marea majoritate a cazurilor, numai aorta, arterele centrilor nervoși, excepțional artera abdominală.

Anevrismală, ruptura mortală interesează iarăși mai numai aorta și are drept cauză ocazională un șoc emotiv, coitul, un efort. Unele aneurisme se deschid în afară, altele în interior (în bronhii, în pleură, în canalul medular).

E de observat: deși putând ajunge la o mărime considerabilă, punga aneurismală rămâne adesea ignorată în tot timpul evoluției ei. (Statistica lui *Key Aberg* pentru 63 rupturi de aneurisme: 7 cât o alună, 6 cât un ou de porumbiel, 6 cât un ou de găină, 16 mărimea unei portocale, 10 mărimea pumnului, 18 cât un cap de copil).

Se notează uneori curiozitatea, că un aneurism mare nu se rupe, iar unul de volum cu totul neînsemnat plesnește.

I. Aorta. — Moartea subită în:

a) *Stenosa aortică* e, în imensa majoritate a cazurilor, congenitală. Circumferința vasului, după *Viérodot*, oscilând între 2,8 cm. și 7,2 cm., nu e rar ca indivizi cu o circumferință aortică de numai 3 cm. să trăiască până la adânci bătrânețe. Stenoza — care poate fi un produs al unei boli — e în funcțiune nu numai de circumferință, ci și de gradul de elasticitate anormală și de extensivitatea în lungime a vasului. (1. Moartea subită a unui băiat de 18 ani, la autopsia căruia s'a notat o ruptură a aortei ascendente stenozate, consecutivă febrei tifoide — *Minopici*. — 2. Un caz de stenoză a istmului aortic în urma rupturii unui aneurism cerebral — *Weber*, 1927).

b) *Insuficiența aortică* are drept cauză originară o bruscă pareză a inimii hipertrofiată, consecutivă unui efort sau unui șoc emotiv, sau unei rupturi a valvulelor.

c) *Rupturile* se notează cel mai frecvent pe aorta descendentă. Statistica lui *Peacock* pentru 55 observații: 24 rupturi la aorta descendentă, 2 la originea trunchiului brachio-cefalic, 5 la crosă, 2 la aorta ascendentă, 1 la aorta abdominală și 1 la bifurcația aortei).

Moartea poate fi: 1. *fulgerătoare*, în ruptura bruscă și completă sau într-o ruptură inițială urmată de o stabilizare temporară (5—4 zile) după care ruptura se produce din nou, dar de astă dată complet; 2. *rapidă*, în câteva ore. — Moartea cu intervalul de remisiune se produce astfel în doi timpi: întâiu ruptura tunicii interne (care se exteriorizează printr'o durere violentă cu prăbușirea individului), apoi ruptura tunicii medii și a celei externe (după trecerea celor 3—4 zile).

Atunci când se produce la crosă sau pe segmentul toracic, ruptura aortică provoacă un hemotorax; revărsarea se poate localiza chiar în plămân, dacă aneurismul e fixat în acesta.

Ruptura aortică are drept cauză: *arterio-scleroza*; *o placă ateromatoasă*; *o erodare* (pornind dela esofag, prin fixarea unui corp străin — os de peste, placă de dantură falsă înghițită, etc.); *stenoză istmului*; *necroza de origine sifilitică a tunicii medii*; *hipoplazia*; *degenerarea țesutului vascular* (disoluția fibrelor elastice), ceea ce are de urmare mai întâiu dilatarea și apoi ruptura; *aortita acută* (un caz de septicemie streptococică — *Schaechtelein*, 1928).

II. *Coronarele*. — Moartea subită, de regulă fulgerătoare, are sau forma sincopală sau aceea a sindromului anginei de piept (dureri violente, paloare, vărsături, uneori hemoragie). Ea e consecutivă coronaritei, adică unei strâmtări a arterelor, cu formarea de plăci ateromatoase fie la orificiile ambelor vase, fie numai la orificiul unuia din ele. Dar numai excepțional singură coronarita e cauza morții; în marea majoritate a cazurilor, coronarita e asociată cu aterumul

aortei, cu insuficiența aortică, cu hipertrofia ventriculului stâng și cu leziunile de nefrita interstițială cronică.

Coronarita nu omoară întotdeauna brusc: moartea e uneori precedată de semne premonitorii, într'un interval de câteva zile sau chiar câteva săptămâni (simptome de pericardită ori de miocardită).

III. Arterele intra-craniene. — Ruptura lor provoacă hemoragia cerebrală.

IV. Artera pulmonară. Stenoza acesteia asociată cu un defect cardiac (Moarte subită în timpul lucrului la un bărbat de 29 ani. *La autopsie*: stenoza dobândită a arterei pulmonare cu insuficiența valvulei tricuspide — *Jannoni-Sebastianini*, 1928).

8. Venele

Moartea subită de origine venoasă propriu-zisă e o excepție — și atunci se notează în:

a) *Ruptura spontană* interesând: vena-porta, vena cava inferioară, venele coronare, venele pulmonare, venele azygos.

b) *Ruptura spontană a varicelor* provocând o hemoragie mortală mai frecvent în puerperalitate. (Hematemesă mortală consecutivă rupturii unei varice esofagiene, comunicând cu aorta toracică — *Violato*, 1929).

c) *Pătrunderea aerului în vene* consecutivă unei intervenții chirurgicale sau unei simple injecțiuni intra-venoase.

d) *Flebita* provocatoare a emboliei pulmonare.

9. Sângele

Héger Gilbert, Laignel-Lavastine și De Laet (în raportul lor comunicat congresului de medicină legală dela Paris, din 1929) admit, cu titlu excepțional, moartea subită ca o consecință directă, imediată a unei afecțiuni a sângelui, cu *restricția însă ca ea să fi fost prevăzută* pentru o epocă nedeterminată. Pentru că nu e de conceput ca o anemie sau o leucemie să rămână ignorate și totodată să evolueze până'n gradul de a determina brusc moartea. Totuș, împreună cu *Dupoir* (1929) credem în posibilitatea unei *leucemii acute* cauzatoare a morții subite.

* * *

După statistica lui *Key-Aeberg*, procentul de mortalitate subită, dat de diversele părți ale aparatului circulator, e următorul:

Paralizia cardiacă 71,1%; ruptura inimii 2,4%; ruptura anevrismală 8,7%; ruptura aortei 2,5%; ruptura arterelor intra-crauiene 15,3%.

10. Rinichii

Pe baza statisticei Institutului Medico-Legal din București putem susține, fără exagerare, că proporția de moarte subită, consecutivă unor leziuni sau afecțiuni renale, e de cel puțin 50%. Pe deoparte, pentru că instalarea năprasnică a morții se poate nota nu numai în leziunile renale recente, dar și în cele vechi, fie că au mai rămas urme sau au dispărut cu totul: febra, infecțiunea și erupțiunea toxică agravează leziunea evidentă sau trezesc cea aparent vindecată și deslănțuie șcena finală. Pe de altă parte, pentru că dependența inter-organică, semnalată ca o explicație a mecanismului morții subite, e indeosebi accentuată în ce privește raporturile dintre rinichi și inimă, dependență asupra căreia *Traube* a stăruit cel dintâiu: dacă rinichii sunt bolnavi, ventriculul stâng se hipertrofiază și se produce o leziune cardiacă; dacă afecțiunea primară interesează inima, rinichii se congestionează ori se inchircesc, iar funcțiunea lor de eliminare a toxinelor e stingherită.

I. Aspectele. — Moartea subită de origine renală se poate prezenta sub următoarele aspecte:

a) *Nefrita acută și sub-acută* (insuficiența renală acută) se traduce prin anurie (nu întotdeauna), paralizia inimii, simptome cerebrale (numai uneori), edem al gâtului (excepțional).

b) *Nefrita cronică* (rinichiul contractat, mic), frecvent asociată cu hipertrofia inimii și arterita cronică, provoacă paralizia cordului, hemoragia cerebrală sau ruptura spontană a aortei, edemul pulmonar.

c) *Colicele nefritice*.

d) *Rinichiul polikistic*.

e) *Obstacolele extrinsece și intrinsece la scurgerea urinei*.

f) *Retențiunea în sânge a ureei, a acidului uric, a acizilor organici și morganici*.

g) *Dilatația congenitală a arborelui urinar*.

h) *Tumorile renale cauzează moartea prin embolia arterială pulmonară*.

i) *Compresiunea exercitată asupra ureterelor de tumorile voluminoase ale bazinei*.

j) *Infiltrația glicogenică a epitelilor renale în diabetul mellitus*.

II. *Uremia* — care în examenul superficial, simulează până la complectă confuzie o intoxicație alimentară ori una anesteziantă — e semnul final, pecetea morții subite în nefrita acută sau cronică. Criza năprasnică e deslănțuită de frig, oboască, de excesele alimentare sau alcoolice, de o emoție puternică. — Deosebim:

a) *Forma broncho-pneumonică*: dispnee, edem pulmonar.

b) *Forma gastro-intestinală*: diaree abundentă, seroasă, uncori sanguinolentă; vărsături; răcirea corpului, simptomele holerei. Simulează otrăvirea cu arsenic.

c) *Forma nervoasă*: toropeală, delir, cefalee, crampe, nevralgii, prurit, hemiparesie transitorie, turburări vizuale, miosis. E de obicei consecutivă unui abuz de băuturi alcoolice tari și simulează intoxicația prin strichnină.

d) *Forma comatoasă* simulează otrăvirea cu opium și se produce în interval de câteva ore.

e) *Forma trăsnoitoare* (în interval de câteva minute, maximum o oră) e caracteristică în morbul lui Bright.

11. Capsulele supra-renale

Examenul lor e de o însemnătate capitală, pentru că de multe ori ne dă cheia enigmei în moartea subită fără alte leziuni anatomice proprii a explica suprimarea bruscă a vieții. E de notat că putrefacția transformă substanța medulară a capsulei într'un kist cu lichid roșiatic, care nu trebuie confundat cu hematumul capsular.

Moartea subită, fulgerătoare sau rapidă, are următoarele cauze:

I. *Insuficiența capsulară acută*. La *individul sănătos* ea se manifestă prin ictus apoplectiform, turburări epileptiforme, sincopa urmată de coma. La *individul bolnav* (meningita, scarlatina, febra tifoidă, paraliză progresivă) e datorită unei *hemoragii bilaterale* și se manifestă prin violente dureri abdominale, turburări digestive, răcirea corpului. *La autopsie*: sau un hematom de mărimea unui ou de porumbiel ori a unui ou de găină, sau o hiperemie generalizată a capsulei mărită de volum (12—15 gr.).

II. *Șocul, sincopa consecutive acțiunii cloroformice, injecțiunii intracardiace de adrenalină* (care sporește efectul cloroformului). Se explică prin hipersensibilitatea capsulei la acțiunea anestezicului.

III. *Sindromul lui Addison, la indivizii cachetici*. — La *autopsie*: tuberculi caseoși, mase canceroase ale substanței corticale și ale substanței medulare a capsulei. *Tabloul clinic* simulează pe acela al intoxicației, al peritonitei supra-acute sau pe acela al holerei.

IV. Hipoplazia congenitală sau dobândită a substanței medulare în legătura cu status thymo-lymphaticus; la femei, după cesariana.

V. Hemoragia în substanța medulară: mai rară.

12. Vesica

Ruptura acesteia fără existența unei leziuni a tegumentelor.

13. Organele genitale

I. Infecția uretrei (de natură blenoragică) poate fi originea morții subite prin complicațiuni cardiace.

II. Străntările uretrei (mai ales de origine blenoragică) cauzează uneori leziuni grave ale rinichilor cari se traduc prin moartea subită. O tentativă de cateterism poate declanșa un acces brutal al febrei urinoase.

III. Infecția blenoragică a prostatei și a vesiculelor seminale.

IV. Adenomii, carcinomii prostatei.

14. Ficatul

Moartea subită, mai mult sau mai puțin rapidă, e provocată de:

I. Colica hepatică e rareori cauză a morții năprasnice. Sunt două tipuri:

a) *Forma inhibitorie*: calculii provoacă o iritare violentă a plexului solar (La o autopsie făcută la Institutul Medico-Legal din București: în canalul distic, în prelungirea acestuia, în lobul stâng, prezența a 5 calculi poligonali, de o mărime variind dela aceea a bobului de linte la aceea a bobului de porumb: în canalul choledoc, foarte destins, doi calculi galbeni-roșiatici de mărimea unei alune).

b) *Forma perforantă*: calculul, perforând canalul choledoc, pătrunde în cavitatea peritoneală.

II. Ruptura unui kist hidatic al ficatului și golirea lui în peritoniu, provocând astfel sau o intoxicație hidatică sau o peritonită supra-acută. — Moartea rapidă în interval de 2—3 ore și precedată de tabloul clinic al otrăvirii, se produce fie sub influența unei emoțiuni a unei iritațiuni violente (o femeie moare în urma unei certe cu soțul ei), fie sub aceea a unui efort, indiferent de importanța lui (moartea unui individ în timpul coitului — *Dévé*).

III. Hemoragia canalelor biliare putând avea ca origine o formațiune canceroasă în canalul choledoc (o observație recentă—*Strauss*, 1929).

IV. Sifilisul hepatic. — Icterul grav.

V. Ciroza ficatului provoacă moartea sincopală, atunci când e însoțită de un epistaxis abundent.

VI. Modificări neînsemnate ale ficatului (aparținând tabloului clinic al eclampsiei, indiferent dacă în prealabil se produc ori nu convulsii) omorâie aproape fulgerător în timpul sarcinei.

15. Splina

Moartea subită e datorită revărsării hemoragice în peritoniu, consecutivă unei rupturi spontane a splinei, sub influența unui șoc emotiv sau a unui efort anodin.

Ruptura splenică se notează în:

I. Malaria. Splina, foarte mărită de volum (un caz: 560 grame), e excesiv de friabilă: în plus se adaugă circumstanța aderențelor create de perisplenita cronică (ruptura splinei la unul în momentul când se întoarce în pat: ruptura la o femeie cu ocazia mișcării de restabilire a echilibrului unui coș pe care-l purta pe cap).

II. Paralizia progresivă în timpul tratamentului malaric.

III. Tifosul. — Ruptura — notată în cursul săptămânii a treia sau la in-

ceputul convalescenței — e favorizată de prezența unor abcese splenice, de infarctus, amiloza splinei, leucemia mieloidă; de anevrismul arterei splenice, de varicele venelor splenice.

16. Pancreasul

Moartea subită, mai mult sau mai puțin rapidă (câteva ore sau 1—3 zile), e provocată de *pancreatita hemoragică acută, forma pură sau însoțită de steato-necroza*. Deoarece indeobște se mai notează fie congestie pulmonară, fie colici hepatice, nu e riscat de a se afirma că pancreatita hemoragică nu e cauza esențială a morții, ci una concomitentă.

Indeosebi frecventă e forma *steato-necrotică*. Moartea rapidă e precedată de un sindrom peritoneal: facies gripat; dureri în zona ombilicală, epigastrică și hipochondrică, vărsături, prostrație, tendință la sincopă, hiperestezia abdominală generalizată, meteorism abdominal, constipație; pulsul mic și rapid (tabloul „dramei pancreatice”, descrisă de *Dieulafoy*). Moartea, aproape fulgerătoare, oferă tabloul clinic al apendicitei, al ocluziunii intestinale, al unei intoxicații.

La autopsie se notează leziuni caracteristice: pancreasul, cu volumul mărit, e presărat cu hemoragii interstițiale, cu pete superficiale de steato-necroză.

17. Glanda thyroïdă

Hipertrofia acestei glande, cu sau fără atrofia și ramolirea cartilajelor tracheei, e cauza morții subite: asfixia prin paralizia respirației, consecutivă comprimării nervilor laringieni.

18. Thymusul și glandele limfatice

După cum am arătat la capitolul „Pruncuciderea” (moartea naturală a copilului), persistența sau mărirea excesivă a thymusului (una din observațiile noastre mai recente se referă la un tânăr cu un thymus de 72 gr.) nu credem să constituie o cauză esențială a morții subite la adulți. Cel mult — și aceasta e și părerea lui Richter — *status thymicus, status lymphaticus, status thymo-lymphaticus* constituie pentru organism o cauză de *minoris resistentiae* la influențele externe și la infecțiuni.

În toate cazurile în cari aceste stări au fost observate (thymusul mărit, glandele limfatice umflate, sporirea țesutului limfatic al limbii, al spațiului naso-faringean) s'au notat totodată și grave leziuni sau afecțiuni viscerale și vasculare: splina mărită de 375 gr. (*Sheldon*, 1928); splina mărită și hipoplazia arterelor (*Anderson-Cameron*, 1927).

19. Faringele

Moartea subită e explicabilă numai în două eventualități:

I. O stomatită benignă brusc complicată, grație celulitelor lympho-epitice ale lui Sëbilleau, cu o septicemie supra-acută și hipertoxică (adesea fără febră mare).

II. O angină brusc complicată cu adeno-flegmoni, edem al glotei și septicemie.

20. Esofagul

Moartea subită e consecutivă unei abundente hemoragii esofagiene, care poate avea ca origine:

I. Dilatația esofagului în timpul deglutiției.

II. Perforarea peretelui de un ulcer care ani în șir poate rămâne ignorat. Perforarea bruscă provoacă o hemoragie fulgerătoare. Uneori perforarea ulcerooasă a esofagului e urmată de un pneumothorax unic sau dublu.

III. **Varicele esofagiene**, cu sediul obișnuit la nivelul segmentului inferior, sunt o consecință prin repercursiune a cirozei sau a sifilisului ficatului, ori a unor leziuni ale stomacului și intestinelor. Ruptura varicoasă se produce



Fig. 240. — Un thymus (mărime naturală) de 72 gr. găsit la autopsia unui băiat de 15 ani mort într'un accident de traumă. Cu tot acest thymus hipertrofiat — care, după autori, ar fi trebuit să-l predispună la moartea subită, nici măcar nu i-a creat o stare de *minoris resistentiae*, deoarece n'a suferit niciodată de turburări respiratorii.

îndeosebi în efortul vărsăturii ori în acela al deglutiției unui bol alimentar voluminos.

21. Stomacul

Moartea subită are următoarele cauze:

I. SÂNGE ÎN STOMAC provenind dela căile aeriene și pătrunzând prin esofag: sângele mai poate proveni dela o varice plesnită a esofagului ori dela un anevrism aortic care a străbătut prin acesta din urmă.

II. OCLUZIUNEA STOMACULUI, CU SUBSEQUENTA DILATAȚIE, NECROZARE ȘI PERFORARE, se produce în urma unei mese copioase.

III. REPLEȚIUNEA ȘI INDIGESTIA cauzează moartea prin stingherirea circulației, ceea ce are de urmare fie o congestie cerebrală, fie una pulmonară. Dacă individul e cardiac, avem moartea sincopală.

IV. ABCESELE ȘI FLEGMONII DIFUZI AI STOMACULUI; moartea fulgerătoare sau rapidă. în urma unei mese copioase sau a unor excese alcoolice.

V. TUMORILE, provocând latent erodarea și perforarea. cauzează moartea. Aceasta poate fi datorită și eroziunii și perforării unui vas din vecinătate (artera splenică).

VI. ULCERUL GASTRIC e cea mai frecventă cauză de moarte subită priu stomac și pare a avea o predilecție pentru femei. Evoluând latent, cu simptome mai mult sau mai puțin pronunțate (dureri, vărsături, hemoragii) ori complet ignorat, ulcerul gastric se manifestă virulent prin șcena finală care e aceea a unei hemoragii intra-stomacale sau aceea a unei perforări cu peritonită ori cu septicemie, prin revărsarea conținutului stomacal.

Moartea subită poate fi datorită aderențelor cu vasele mai importante. cari s'au constituit sub ulcere vechi cunoscute ori nu, în care caz se notează uneori o perforare gastro-aortică ori una gastro-portală.

Sunt trei tipuri de ulcere:

1. Ulcerul simplu, care se deosebește de ulcerul generat de o intoxicațiune cu o substanță caustică, prin aceea că prezintă o ridicătură caracteristică, iar fundul îi este neted și lucios (Un caz de moarte precedată numai timp de câteva ore de subite și violente dureri lombo-abdominale — *Mayrac*).

2. Ulcerul rotund — ulcus ventriculi (ulcerul lui Cruveilhier) evoluează aproape ignorat (Femeie de 22 ani. Suferă de un an de insuficiență mitrală. Subit: hematemeză și melena. La *autopsie*: un ulcer rotund, de mărimea unui bob de linte, în peretele posterior al stomacului, iar în adâncimea ulcerului o ramificațiune arterială erodată și un trombus obstruant — *Naumann*, 1928).

3. Ulcerațiunile secundare pot avea ca origine:

a) *Un traumatism epigastric* fără urmă exterioră: strivirea mucoasei și distrugerea capilarelor provoacă o ulcerație cu gastroragie fulgerătoare.

b) *Complicațiunea unei interoenții chirurgicale*, indeosebi în cazurile septicice.

c) *Ulcerafia prin simpatie*, datorită cirosei sau sifilisului hepatic. Moartea prin hemoragie stomacală.

d) *Flebitele sistemului portal* provoacă și ele indirect ulcerația gastrică.

e) *Ulcerațiile consecutive unei intoxicații mai mult sau mai puțin vechi* (sare de mercur, arsenic).

f) *Ulcerațiile consecutive unei boli infecțioase*.

22. Duodenul

Ignorat până în momentul catastrofei, ulcerul duodenal, unic sau multiplu, se manifestă fie printr'o hemoragie fie printr'o perforare cu peritonită.

Dar ulcerul duodenal mortal — pe care am avut prilejul să-l notăm în peste 100 cazuri de moarte subită — poate avea și un caracter acut (moartea aproape fulgerătoare, consecutivă perforării ulcerului duodenal multiplu, la 8 zile după o intervenție ginecologică urmată de parametrită — *Katz*).

De regulă, moartea se produce sub influența unui efort mai mare sau e precedată de o prea mare tensiune intraduodenală consecutivă unui exces alcoolic.

23. Intestinele

Moartea subită are drept cauză volvulus sub toate formele:

I. Ocluziunea acută. — Moartea e precedată, într'un scurt interval, de: violente dureri în zona ombilicală; vărsături mai întâiu alimentare, apoi bilioase și fecaloide; meteorism abdominal cu unde peristaltice; puls mic; hipotermie (La autopsia unui vier, făcută la Institutul Medico-Legal din București, am extras din intestine 4 kgr. de sămburi de cireșe).

II. Ocluziunea cronică. — Moartea e precedată de dureri abdominale, vărsături rare, meteorism; *Socquet*, la Paris, a extras din intestinele unui mort nu mai puțin ca 8 kgr. de substanțe ingerate.

III. Apendicita, ale cărei simptome brusece sunt uneori confundate cu acele ale unei infecțiuni a anexelor.

IV. Ulcerațiunile intestinale formate în cursul disenteriei, tuberculozei, al cancerului intestinal și al emboliilor arterelor mesenterice.

V. Herniile.

24. Anusul

Moartea subită se notează numai în cazul imperforațiunii anusului, defecațiunea făcându-se printr'o fistulă care, la un moment dat, se închide cu materii fecale tari (observația lui *Brouardel*).

25. Cavitatea abdominală

I. *Diafragma: ruptură spontană și bruscă* sub influența unui efort violent.

II. *Revărsarea sanguină abundentă consecutivă:* unei rupturi a ficatului, splinei; ruperii unui anevrism al aortei abdominale; plesnirii arterei mesenterice; rupturii unui ou extra-uterin; plesnirii unui folicul ovarian.

III. *Revărsarea conținutului stomacal și intestinal în urma perforării* stomacului, duodenului și intestinelor (ulcer gastric și duodenal; tumori tuberculoase; gangrena unor segmente ale peretelui intestinal strangulat; prezența de corpi streini perforanți).

IV. *O peritonită incipientă* cauzând un șoc peritoneal sau o paralizie intestinală (după perforarea unui ulcer stomacal sau intestinal: în invaginarea intestinală; în apendicită: în afecțiunile inflamatorii ale genitalelor feminine interne).

V. *Strangularea epiploonului* (o observație a lui *Bulyginschy*, 1928).

26. Afecțiunile ginecologice, sarcina și puerperalitatea

I. În timpul sarcinei moartea subită poate avea drept cauză:

a) *Eclampsia:* în cursul unei crize sau posterior acesteia, din cauza unei hemoragii a nevraxului. Se notează: fie hemoragii meningece, fie hemoragii protuberanțiale, fie inundări ale venticulelor creierului.

b) *Hemoragia placentară* (placenta praevia, în secțiunea cervicală a placentei).

c) *Vărsăturile incoercibile*, mai ales cu prilejul avortului provocat.

d) *Molul hidatiform*. — *Tuberculoza* (hemoptizia mortală). — *Icterul*, *Gripa*. — *Gușa dispneizantă* (insuficiența acută a inimii).

e) *Ruptura sarcinii ectopice* („hematocelul cataclismic“ al lui *Barnes*) care provoacă inundăția peritoneală.

f) *Despoltarea tumorilor benigne ale uterului* (fibromul, fibro-myomul).

g) *Un traumatism al peretelui abdominal, în deosebi în regiunea sub-ombilicală* cu desprinderea placentei și cu toxemia gravidică secundară.

h) *Dilatarea brutală a colului uterin cu ruptura arterei uterine.*

i) *Gangrena masivă a uterului consecutivă injectării unui lichid caustic,* în manoperele abortive. În atare caz se poate nota și un complex de accidente: șoc, hemoragie, septicemie, peritonită supraacută.

j) *Edemul pulmonar acut* al cardiopatelor, al brighiticelor.

k) *Toxemia gravidică* la gravida cu o pareză a miocardului.

l) *Embolia pulmonară,* provocată de placenta praevia.

m) *Acțiunea reflexă* în manoperele abortive.

n) *Ruperea varicelor din zona genitală* (internă sau externă).

o) *Pătrunderea de aer în vene* (în manoperele abortive și în practica obstetricală).

II. *În timpul facerii.* — a. *Eclampsia; hemoragia retro-placentară; gripa; icterul.*

b) *Inserțiunea vicioasă a placentei.*

c) *Ruptura colului sau a corpului uterin în cursul manoperele obstetricale.*

d) *Mărirea volumului glandei tiroide.*

e) *Hemoragia meningee.*

f) *Paralizia cardiacă.* Accidentele cardiace datorite hipertensiunii ca efect al contracțiilor uterine.

g) *Șocul obstetrical* într-un interval de câteva ore dela ușurare. Se notează numai la parturientele cari suferă de turburari cardiace, renale și hepatice. de intoxicație gravidică.

h) *Embolia pulmonară* (cazuri excepționale).

i) *Embolia gazoasă consecutivă desprinderii manuale a placentei foarte aderente.*

j) *Hemoragiile clasice ale ușurării.*

k) *O infecțiune acută.*

l) *Ruptura varicelor din regiunea clitoridiană.*

m) *Șocul și hemoragia în inversiunea uterină nedagnosticată.*

n) *Ruptura diafragmei, a inimii, a splinei.*

III. *După facere.* — *Ocluziunea intestinală, dilatația stomacului* chiar dela a doua zi dela expulzarea copilului.

b) *Embolia precoce consecutivă unei flebite cunoscute sau ignorate; embolia tardivă* după vreo zece zile dela facere. Și una și alta au drept cauză o mișcare sau o deplasare. Embolii ale inimii și ale arterelor pulmonare.

c) *Ruptura spontană a uterului* în urma unei injecții intra-uterine: moartea se produce prin acțiune reflexă.

d) *Tuberculoza:* moartea subită imediat sau a doua zi după facere.

e) *Afecțiunile cardiace:* asistolia în 5—5 zile dela ușurare; miocardita.

f) *Hemoragia consecutivă* atoniei uterului, rupturii colului sau a corpului uterului; hemoragia consecutivă retențiunii placentare (totală sau parțială); hemoragia consecutivă rupturii ficatului, a splinei, a pancreasului; hemoragia gastrică în ulcus ventriculi.

g) *Scleroza, stenoza, ruptura aortei.*

h) *Apoplexia cerebrală,* indeosebi în eclampsie.

i) *Nefrita acută.*

j) *Trombusul abdomino-pelvic.*

k) *Peritonita supra-acută.*

l) *Edemul pulmonar acut,* care se notează numai la cardiacele pure.

27. Afecțiuni și leziuni diverse

I. *Alcoolismul.* — Deosebim două tipuri de morți subite: 1. moartea pur alcoolică; 2. moartea în care otrava a jucat rolul unui factor de pregătire a te-

renului prielic complicațiilor și precipitării desnodământului în evoluția unor leziuni și afecțiuni preexistente și agravate.

a) *Moartea subită pur alcoolică* e deslănțuită pe deoparte de desoxigenarea sângelui — de unde lipsirea organismului de elementul generator al combustiei (deci al întreținerii căldurii necesare vieții) și al regulării funcțiilor respiratorii: pe de altă, de răcirea bruscă a corpului prin eliminarea excesivă a căldurii centrale pe calea radiației (*Laborde* și *Bourneville* au notat 24° grade în temperatura rectală a unui cadavru proaspăt de alcoolic).

b) *Moartea subită prin leziuni create și prin complicarea leziunilor preexistente.* — 1. Alcoolul nu cruță nici un organ: îndeosebi susceptibile la acțiunea-i desorganizatoare sunt creierul, inima, plămânul, stomacul, rinichii. Această acțiune distrugătoare se exercită în perioadă de depresiune consecutivă intoxicației acute, și cu atât mai vârtos în tot cursul intoxicației cronice.

2. În intoxicația acută, alcoolul provoacă șocul fatal care paralizază brusc una din funcțiile vitale esențiale anterior slăbită (circulațiunea, centrul nervos, respirațiunea). Catastrofa se produce la orice temperatură a mediului ambiant, dar e cu deosebire grăbită de frigul exterior.

3. În intoxicația cronică, otrava favorizează evoluția lentă a unor grave leziuni existente interesând organe a căror funcționare normală e indispensabilă vieții: la un moment dat al suprasaturației, se produce cataclismul (meningita, pneumonia, nefrita, ciroza ficatului, cancerul metastazic, accesul de delirium tremens, etc.). — La *autopsie*, în afară de leziunile anatomice proprii celorlalte organe deacum bolnave, notăm o retracțiune a stomacului, cu pete echimotice presărate pe mucoasa lui.

II. *Coma diabetică.* — La *autopsie* se notează modificări pancreatice: atrofia, ciroza, degenerarea grăsoasă a glandei; în plus un puternic miros de acetone al organelor interne îndeosebi al creierului.

III. *Febra tifoidă* în evoluția ei clandestină, ignorată și de individ și de cei din jurul lui. Moartea (mai frecvent observată la indivizii de 20—25 ani) se produce astfel, în plină sănătate aparentă, prin paralizia inimii.

IV. *Angina tonsilară sau lacunară* e cauză de moarte subită numai în caz de preexistență a unor modificări morbide ale inimii, consecutive acțiunii toxinelor din febră.

V. *Leziunile măduvei: a. morbul lui Pott*, în stadiul incipient (un efort violent provoacă ruptura coloanei vertebrale și concomitent ruptura sau strivirea măduvei); b. *deschiderea subită a unui abces în canalul rachidian* (observațiuni făcute la Institutul Medico-Legal din București).

VI. *Guta*: atrofia rinichilor, aderențe hepatice, arterio-scleroza.

VII. *Necrozarea țesuturilor adipoase* — la indivizii grași.

VIII. *Perforarea timpanului* în moartea subită prin submersiune.

IX. *Encefalita rabică*, foarte rar notată, cauzează moartea subită prin leziuni bulbare, identificate de examenul microscopic (Edificatoare e următoarea observație: Tăran de 67 ani. Mușcat de un câine turbat în regiunea fesieră dreaptă. Neglijeză. După 5 săptămâni își dă seama de slăbirea puterii brațelor. Pornește spre Cluj, dar în drum e apucat de vărsături și moare în tren. La *autopsie*: nici o leziune macroscopică de natură a explica moartea. — Examenul histologic al creierului și al măduvei. *Măduva*: un intens proces de mielită, cu infiltrațiuni perivasculare și libere în țesut și în nodulii lui Babes; mielita e mai accentuată în zonele dors-ale și cervicale; în *bulbul rachidian, procesul inflamatoriu e foarte intens.* — *Creierul*: infiltrațiuni din porțiunea bazală: absența infiltrațiunilor în scoarța convexității. — *Concluziunea*: o turbare paralizică și liniștită — *Urechia-Kernbach*, 1950).

Bobeș a notat un caz de moarte după trecerea de numai 24 ore delu infecțiunea rabică.

X. **Obezitatea**, prin grăsimea inimii și degenerescența arterială, e susceptibilă de: hemoragia cerebrală, ruptura inimii, edemul pulmonar acut.

XI. **Diateza artritică**. — **Discraziile acide**.

XII **Menstruația**, cu capriciile ei, poate fi, e drept excepțional, o cauză certă de moarte subită. În privința aceasta cităm următoarea observație recentă, făcută la Institutul Medico-Legal din București:

Fată de 19 ani, fizicește debilă. Ereditate nulă. Menstruată la 15 ani. La fiecă eocă menstruală (fluxul catamenial redus la câteva picături), grozave dureri abdominale, cari o sileau să stea nemișcată în pat timp de 2—3 zile; durerile acestea, cari nu cedau nici unei intervențiuni, se 'ncehiau printr'o epuizare nervoasă. La ultima eocă menstruală, durerile obicinuite se exacerbează și în cursul lor fata moare pe neașteptate. — *Autopsia* (făcută imediat după deces): nici o urmă de violență: fața și extremitățile cianozate; hiperemie generală meningo-encefalică cu edem; hipofisa, puțin mărită, e și ea hiperemiată; sânge lichid pretutindeni; corpul tiroid micșorat; ușoare aderențe pleurale; câțiva infarcti pulmonari și puțin emfizem; bronhiile pline cu un lichid spumos fin; pe pericard câteva echimoze; cordul în sistolă; thymusul cântărește 19 gr.; stomacul, gol, are câteva sufuziuni sub-mucoase; sistemul ganglionar hiperemiat; ficatul congestionat, 1450 gr.; splina 130 gr.; rinichii (ambii) 320 gr.; capsulele suprarenale ușor mărite și foarte hiperemiate; uterul, puțin mărit (8; 4,5; 3,5 cm.) e violaceu; mucoasa uterină, îngroșată, e de un roșu spălăcit; ambele ovare, atinse de degenerescență kistică, pline cu lichid sero-sanguinolent; în ovarul stâng se găsește un corp galben în plină evoluție, de mărimea unui bob de fasole. — *Examenul histologic* al diverselor organe n'a dat nici un rezultat apreciabil.

B. Absența unor leziuni evidente, dar existența unei stări predispozante ori a unei cauze secundare

Rezultatul autopsiei e complet sau aproape nul. În atare caz căutăm elemente de documentare și de demonstrare în:

I. **Starea predispozantă** de ordin constituțional, fiziologic, patologic și accidental: susceptibilitatea particulară izvorând din: vârstă, ereditatea, felul alimentației, anotimpul (vezi: vol. II, pag. 940).

II. **Cauzele secundare** identificate prin anamneză: efortul fizic, surmenarea circulației (coitul, mai ales în stare de beție), menstruația, replețiunea stomacului cu chim, provocarea reflexului lui Hering, intervențiunile medicale, șocul emotiv, o baie prea fierbinte ori prea rece, un curent electric de mică tensiune, o insolație ușoară.

II. IMPOSIBILITATEA VERIFICĂRII CAUZEI

Autopsia cu examenul histologic și cu cel bacteriologic, precum și analiza chimică nu pun în evidență nici o leziune, nici o urmă cât de neînsemnată care să ne îndrumeze întru determinarea mai mult sau mai puțin precisă a cauzei morții. În plus, nu dispunem de

nici un element anamnezic concludent. Pentru că sunt foarte multe cauze de moarte necunoscute, precum sunt numeroase substanțe toxice cari omoară fără a lăsa nicio urmă pe cadavru.

Două eventualități:

1. **Cadavrul e încă proaspăt ori în stare de putrefacție incipientă:** ne putem afla în fața unei otrăviri cu o substanță care nu numai nu lasă urme caracteristice, dar ea însăși se volatilizează într'un scurt interval; ori se descoperă, în doză nesuspectă, urme ale uneia din acele substanțe toxice cari normal se găsesc în economia organismului.

2. **Cadavrul e în stare de putrefacție înaintată.** — Nici examenul histo-bacteriologic nu mai permite nici o identificare, dar nici chiar analiza chimică nu mai poate pune în evidență acele substanțe toxice cari după un timp determinat se elimină complet.

* * *

Mai e de ținut seama, pentru ambele eventualități, de marea taină a unora dintre alterațiunile insesizabile cauzate de glandele cu secrețiune internă.

În absența oricărei indicațiuni, expertul conchide pe deoparte prin mărturisirea imposibilității materiale în care se află de a demonstra cauza morții, iar pe de altă prin emiterea ipotezei unei morți prin inhibiție, de cauză externă sau internă — șocul emotiv (oprirea reflexă a bătăilor inimii ori a respirației).

III. MOARTEA SUBITĂ LA COPII

Dat fiind ușurința suspiciunii de pruncucidere și de libericid, consacram un studiu aparte chestiunii morții subite la copii. Cu atât mai justificată e această circumspecțiune, cu cât e stabilit că, în cazurile de moarte rapidă ori fulgerătoare notate în intervalul dela naștere și până la adolescență, procentul cel mai mare îl dau copiii până la 2 ani.

Dacă la autopsie nu găsim nici o cauză primară ori secundară preexistentă — *ceeace se notează mult mai frecvent la copil decât la adult* — trebuie să conchidem, întocmai ca la adult, la moartea prin inhibiție sau la o pseudo-moarte subită.

După leziunile și afecțiunile locale ori generalizate notate în observațiunile făcute, moartea subită la copii poate avea ca origine:

1. Meningele și creierul

E de observat că, datorită extremei lui impresionabilități, sistemul nervos infantil reacționează brusc la orice infecțiune, auto-intoxicație ori iritație reflexă. Forma banală a acestei reacțiuni e convulsivitatea.

1. Meningitele, în general, sunt consecutive unei infecțiuni metastazice, pornită dela nas ori dela ureche, sau unei bronșite ori bronco-pneumonii.

a) *Meningita tuberculoasă*: în cursul evoluției lente isbucnesc pe neașteptate simptomele (vărsături, convulsii, coma) cari cu numai câteva ore preced morții.

b) *Meningita cerebro-spinală*, în forma-i fulgerătoare, omoară copilul într'un interval de 6—36 ore. — *Meningococemia*.

c) *Meningita pneumococică acută* poate avea și ea uneori o evoluție latentă și brusc să suprimă viața copilului.

d) *Hemoragia meningeă* subită, foarte frecventă la nouii-născuți, se întâlnește și la copiii până la 2 ani. (Copil de 4 săptămâni. Rachitic. Moarte subită. La *autopsie*: rachitism florid cu o soluție de continuitate a temporalului drept, iar la nivelul acesteia un hematom — *Kernbach*).

II. Creerul. — a. *Hiperemia și edemul cerebral* consecutive auto-intoxicației de origine intestinală.

b) *Encefalitele infecțioase*. — *Encefalita epidemică*: moartea rapidă în hipertermie: 42°5 (caz înregistrat de *La Fèvre de Arric*, 1950).

c) *Hemoragia ventriculară și focarele de ramolism cerebral* sunt produsul unor tromboze ale sinusurilor durei-mater și ale venelor encefalice.

d) *Tumorile* (tuberculii) creierului și ale cerebelului provoacă moartea în mijlocul unor convulsii pe neașteptate isbucnite.

e) *Abcesele intra-craniene*, îndeosebi abcesele cerebeloase de origine otitică, cauzează moartea, fără convulsii, într'un interval de două ore.

2. Inima

I. Defectele congenitale capabile de a provoca moartea subită, îndeosebi în primele săptămâni ale vieții:

a) *Dilatația bi-ventriculară cu o ușoară hipertrofie cardiacă* (inima are forma globulară). Ajunge o boală intercurrentă pentru ca moartea să se producă năprasnic.

b) *Dilatația ventriculară unilaterală* în rachitism (*Meixner*, 1929).

c) *Inima grasă* (observațiuni de moarte subită făcute întâiu de *Brouardel*).

d) *Ingroșarea tumefiantă a endocardului*.

e) *Tumefierea straturilor interioare ale miocardului* (ventriculul stâng).

f) *Embolia gazoasă a inimii* în momentul nașterii. E notată mai ales în placenta praveia ori în desprinderea operatorie a placentei.

g) *Endocarditele infecțioase acute*, primitive sau secundare. *Endocarditele maligne subacute*.

h) *Pericardita purulentă cronică; simfisa reumatismală a pericardului*.

i) *Miocarditele* datorite unei infecțiuni uterine (febra tifoidă, difteria, scarlatina, reumatismul articular al mamei).

j) *Leucemia acută*. — *Hemofilia*.

k) *Unele forme ale purperei*.

II. Leziunile secundare ale miocardului au de efect paralizia inimii și sunt consecutive unei infecțiuni sau unei intoxicațiuni: boli exantematice; eczema cutanată mai mult sau mai puțin difuză; bronșita febrilă cu emfizem pulmonar; auto-intoxicația de origine intestinală, inclusiv cea datorită coprostazei.

3. Vasele

I. Leziunile orificiale ale aortei: *strâmtarea și insuficiența*, foarte des asociate.

II. Aneurismul aortei cu sediul frecvent la crosă, uneori și la segmentul abdominal.

III. Placa atheromatoasă cauză a rupturii aortei.

4. Sângele

Toxemia consecutivă unei boli infecțioase: difteria, scarlatina, febra tifoidă, pojarul, eczema, tusea mângărească, sifilisul ereditar.

5. Aparatul respirator

I. Spasmul gotei în perioada de incubare a unei febre eruptive, în abcesele retro-faringiene.

II. Congestia pulmonară cu evoluția vertiginoasă de o zi sau chiar de numai câteva ore.

III. Asfixia prin obstrucția congenitală sau accidentală a căilor aeriene: obstrucția orificiilor; prezența de corpi streini în căile aeriene (pătrunderea prin aspirație a chimului, a ascarilor lombicoizi); ruptura și golirea în căile aeriene a conținutului caseos al unui ganglion degenerat tracheo-bronhic.

IV. Asfixia intra-uterină a noului născut; asfixia în timpul expulzării.

V. Pleurezia e excepțional o cauză de moarte subită la copii. Atunci când se notează ea poate avea ca origine: a) o răceală complicată cu o otită (West); b) scarlatina (revărsare pleurală dublă la un băiat de 8 ani, în a 23-a zi a boalei); c) pojarul complicat cu otita (la o lună de zile — Comby); d) pneumonia în a 10-a zi — Russel).

VI. Edemul pulmonar supra-acute consecutiv nefritei scarlatinoase.

VII. Apoplexia pulmonară: moartea subită în hemoptizia fulgerătoare.

VIII. Gangrena pulmonară consecutivă prezenței unui corp strein în căile aeriene. Moartea subită se produce aproape fulgerător după o hemoptizie abundentă (Saint-Philippe-Nourrit).

IX. Pneumonia cu evoluția vertiginoasă în câteva ore (Hench, Comby). — Bronco-pneumonia.

X. Adenopatia tracheo-bronhică începe consecutiv hemoptiziei și deschiderii unui ganglion caseos în bronhii. — Moartea subită se produce în:

a) Perforarea bronhică, urmată de hemoptizie.

b) Comunicarea unei caverne ganglionare cu o ramificație a arterei pulmonare.

c) Ulcerarea tracheei sau a bronhiilor printr-un ganglion caseos.

d) Comprimarea unui nerv din vecinătatea ganglionului tracheo-bronhic.

XI. Granulia (ftizia acută) e excepțională în cazurile de moarte subită (Brouardel, Comby).

XII. Tuberculoza pulmonară: a) Hemoptizia fulgerătoare; b) sincopa consecutivă unei degenerări a miocardului.

XIII. Bronșitele. — Bronșita acută sau bronșita capilară, frecvent asociate cu catarul intestinal, omoră subit copilul, mai ales în primele luni ale vieții. Procentul de mortalitate e de peste 50%. La noul-născut ea are ca origine aspirarea, în timpul expulzării, a unei substanțe infecțioase din vaginul mamei. Sugaciul moare în câteva ore, uneori după absorbițiunea unei porțiuni inofensive, ori e găsit mort în leagăn, pat, etc. — Șcena finală e caracterizată prin asfixie ori prin paralizia inimii cu degenerescența grăsoasă a miocardului și cu mici echimoze subendocardice. La autopsie se mai notează: congestie, atelectazie, nucleee de bronco-pneumonie, echimoze subpleurale; din bronhiile mici, pe secțiune, picură puroiu sau muco-puroiu; puroiu ori muco-puroiu se găsește și în trachee și laringe.

La sugaci de câteva zile, să nu se confunde cu mucusul bronșitic conținutul stomacal aspirat în timpul vărsăturilor, în care caz plămâni sunt foarte balonați, iar din bronhii și bronchiole se scurge, pe secțiune, materii din conținutul stomacal, cari se identifică la microscop.

6. Rinichii și capsulele supra-renale

I. Nefrita scarlatinoasă. — Nefrita albuminoasă în eczema sugaciului.

II. Leziunile capsulelor: — a. *Hemoragia acută în substanța medulară*, îndeosebi la sugaci cu diateză hemoragică. La *autopsie*: capsulele, cu volumul mărit (uneori de mărimea unui ou de găină) pot fi și de o greutate care poate atinge 15 gr. de capsulă — Moartea e fulgerătoare sau rapidă (până în 24 ore), când e precedată de simptome simulând otrăvirea: febră, diaree, vărsături, dureri abdominale, convulsii, colaps.

La *noul-născut*, hiperemia obișnuită a capsulelor favorizează hemoragia care se poate produce la câteva minute de viață extra-uterină, iar în scurtul interval se înregistrează dispnee ori convulsii.

b) *Morbul bronzat al lui Addison*.

7. Tubul digestiv

I. Stomatita flegmonoasă: septicemie sau embolie septică.

II. Infecțiunile glandelor salivare.

III. Edemul luetei: asfixia.

IV. Abcesele retro-faringiene. — Moartea subită se produce sau în momentul inciziei abcesului, sau într-o fază a evoluției acestuia când, deschizându-se spontan, abcesul goleşte conținutul în căile aeriene. Mecanismul morții e una din următoarele eventualități: hemoragia consecutivă ruperii unui vas important; asfixia supra-acută prin spasm al gotei; oprirea inimii printr-o acțiune reflexă; sincopa datorită unui reflex de origine laringo-faringiană.

V. *Sânge în stomac* provenind, prin deglutiție, din cavitatea nazală și din căile aeriene.

VI. Ulcerul stomacului (o fetiță de 10 ani — *Minopici*, 1922).

VII. Enterita acută foarte des asociată cu bronșita acută. Moartea e precedată sau nu de o diaree neînsemnată, vărsături și convulsii. — La *autopsie*: pete sau dungi de hiperemie a mucoasei intestinale; hipertrofia plăcilor lui Payer și a foliculilor închiși; depozit de mucus pe mucoasă; conținutul intestinal e lichid, cenușiu, uneori verde, cu floconi mucoși; miocardita (inconstant). — *Cauzele predispozante*: eredo-sifilisul, rachitismul, eczema.

VIII. Gastro-enterita care dă un foarte mare procent de morți subite

IX. Ulcerul duodenului: foarte rare cazuri de moarte subită infantilă.

X. Obstrucțiunea și invaginarea intestinală dau și ele un contingent al morții subite.

XI. Infarctus hemoragic al peretelui intestinal consecutiv trombozei și emboliei vaselor mesenterice.

XII. Tuberculoza intestinală cronică.

XIII. Flatuozitatea stomacului și a intestinului: numeroase observații de moarte subită la copii.

XIV. Apendicita. — În cursul unei crize, moartea se produce prin embolie cardiacă sau pulmonară.

XV. Ascari. — Formarea unui ghem de limbrici în intestinul subțire provoacă moartea subită, prin convulsii reflexe. (Fetiță de 9 ani. Imbolnăvire subită cu cefalee progresivă, vărsături și pierderea cunoștinței; moartea după 6 ore. — *Autopsia*: un glămățuc de 38 ascarizi în jejunum, la 80 cm. de pilor — *Lewinski*, 1929).

8. Thymusul și starea limfatică

I. Hipertrofia thymusului (vezi: cap. „Pruncuciderea”. vol. II. pag. 486; „Moartea subită la adulți” vol. II. pag. 953) poate provoca moartea subită a copilului (mai frecvent între 2 și 9 luni), în următoarele eventualități:

a) *Compresiunea evidentă pe organele vecine, îndeosebi pe trachee* (care

e găsită turtită) și pe *bronchiile*. Uneori hipertrofia thymică e asociată cu aceea a glandei thyroide. (O fetiță de 5 ani — *Minopici*, 1950; un sugaciul la care thymusul a exercitat o compresiune asupra tracheei și laringelui — *Minopici*, 1929; un copil de 5 ani — *Minopici*, 1928).

b) *Compresiunea inimii* (auriculele) sau a *oaselor* (trunchiul venos brachio-cefalic).

c) *Compresiunea nervilor*: aderență între nervul frenic stâng și thymusul hipertrofiat; pneumogastricul stâng încolăcit pe lobul stâng al thymusului mărit.

d) *Thymusul hipertrofiat* e originea unei auto-intoxicații (*Palttauf*).

e) *Moartea sincopală*, fără semne premonitorii (dispnee și ciroză) cu aspect tetanic.

II. *Starea limfatică* e un teren îndeosebi prielnic morții subite infantile.

III. *Status thymico — lymphaticus* e considerat ca o cauză generatoare a hipoplaziei arteriale și a athero-sclerozei juvenile.

9. Ficatul

I. *Ciroza infantilă a lui Hutinel*. Moartea subită (în 75% din cazuri) se produce fulgerător și are forma sincopală.

II. *Icterul infecțios al noului-născut*, consecutiv unei infecțiuni a plăgii ombilicale.

10. Leziuni și afecțiuni diverse

I. *Eczema*. Moartea subită se produce într'un moment de infecțiune paroxistică, a cărei origine e pielea. Copilul e într'o stare de auto-intoxicație cronică și deci expus la septicemie, îndeosebi pe terenul prielnic al stării limfatice. La *autopsie* se notează: bronco-pneumonie, miocardită, tromboza sinusului, ulcerul duodenului.

Se deosebesc două tipuri de moarte subită eczematoasă:

a) *Eczema subită virulentă*: șcena finală se produce năprasnic într'un moment de infecțiune paroxistică.

b) *Eczema e suprimateă* grație tratamentului administrat și totuși moartea se produce pe neașteptate, în forma asfixică. Catastrofa se explică prin reținerea toxinelor în organism, cari nu mai pot fi eliminate de pielea care, ne mai supurând, e acum uscată. Deaceea se poate afirma că un tratament prea activ vindecă la suprafață, spre a ucide mai lesne în profunzime.

II. *Pemphigusul* nouilor-născuți omoară subit, fără ca la autopsie să se noteze leziuni interne caracteristice (Trei atari cazuri — *Minopici*).

III. *Sifilisul congenital*. — a) *La noul născut* se notează, la autopsie, zone atelectazice ale plămânului și gome miliare ale ficatului; hipertrofia ficatului și a splinei.

b) *În primele zile după naștere*. La *autopsie*: în afară de notațiunile precedente, se înregistrează și leziuni sifilitice cardio-vasculare.

IV. *Hemoragiile*: epistaxis, omfaloragie, gastroragie, enteroragie, hemoragie în parenchimul plămânului și al ficatului.

V. *Hidropisia generalizată congenitală* e frecvent cauză de moarte subită.

VI. *Peritonita consecutivă*, în primele zile dela naștere, unei infecțiuni ombilicale sau unui catar intestinal.

VII. *Insuficiența sistemului adrenal* a fost demonstrată drept cauză a morții subite la copii.

VIII. *Diabetul*. — Moartea subită se produce după câteva săptămâni sau chiar după numai câteva zile dela apariția primelor simptome ale bolii.

IX. *Pojarul* (rugeola hemoragică sau rugeola sufocantă) cauzează excepțional moartea subită, prin albuminurie, anasarca, hemoragia difuză a stomacului.

X. *Varicela gangrenoasă*: moartea subită (rară) prin colaps cardiac.

XI. Scarlatina. — Moartea subită se poate produce în orice stadiu al bolii (a 4-a zi dela erupțiune — *Ductos*; a 10-a zi — *Klose*). fie prin escesul toxinei scarlatinoase în organism. fie printr'o complicație: hemoragia, tromboza sinusală, revărsarea pleurală; amigdalita ulceroasă perforatoare a peretelui unui vas mare — de unde hemoragia buco-nazală: adenopatia sub-maxilară sau cervicală.

XII. Tusea măgărească.—Excepțională. moartea subită se notează în momentul unei quinte sau consecutiv unei complicațiuni a accesului quintos (hemoragia meningee: o dilatație cardiacă acută: spasmul glotei). Se notează mai ales la sugaci

XIII. Difteria. — Cazuri foarte frecvente. Moartea năprasnică e consecutivă unei leziuni a cordului sau unei leziuni a sistemului nervos (nervii cardiaci, centrul nervoși). Procentul maxim îl dă starea predispozantă a copiilor limfatici. Momentul variază: între a 6-a și a 30-a zi a bolii (mai frecvent între a 6-a și a 15-a zi, îndeosebi de frecvent în a 10-a zi); uneori se poate nota moartea subită a copilului chiar după vindecarea anginei, într'un interval până la 6 săptămâni.

Moartea subită în difterie se notează, în marea majoritate a cazurilor, în boala de loc diagnosticată sau la începutul nediagnosticat al infecțiunii.

În cazurile de difterie diagnosticată, moartea rapidă se notează în angina malignă fulgerătoare, în sindromul secundar al acesteia, în difteria complicată cu endocardita infecțioasă ori cu tromboza cardiacă.

XIV. Febra tifoidă: moartea subită de predilecție în a 6-a sau a 7-a zi a bolii; la autopsie se găsește și hemoragie meningee.

XV. Sincopa e o formă a morții subite notată: în primele zile dela naștere, ca o consecință a leziunilor, aparente ori nu, suferite în timpul expulzării; în sifilisul ereditar; în turburările glandelor endocrine: în hipertrofia ganglionilor mesenterici; în șocul reflex inhibitoriu.

XVI. Bolile nervoase. — a) *Epilepsia*: în cursul unui atac ori se produce o ruptură cardio-vasculară, ori asfixia e consecutivă pătrunderii prin aspirație, în căile aeriene, a unei părți din conținutul stomacal.

b) *Choreea*: moartea subită e consecutivă unei hemoragii cerebrale, unei endocardite sau unei embolii pulmonare.

c) *Convulsiunile*.

MOARTEA PRIN INHIBIȚIE

Inhibiția e *întreruperea trecătoare* (pierderea cunoștinței) sau *abolirea definitivă* a funcțiunilor vitale esențiale, sub acțiunea unui traumatism mai mult sau mai puțin neînsemnat, fizic ori psihic, sau chiar a unui simplu șoc emotiv fără influență exogenă directă. — *Centrală*, inhibiția e efectul unei excitațiuni transmise prin conductorii centripetei (oprirea respirației în urma excitării fibrelor centripete ale pneumogastricului). *Periferică*, inhibiția succede unei excitații a conductorilor centrifugi (oprirea inimii prin excitarea capătului periferic al pneumogastricului; paralizia tunicilor vasculare în urma excitării vaso-dilatatorilor). — Cu un cuvânt, utilizând și elementele din definiția lui *Brown-Séguard*, inhibiția e fenomenul, morbid sau letal, consecutiv unei iritațiuni a sistemului de inervare, iritațiune al cărei punct de plecare e mai mult sau mai puțin îndepărtat de zona de localizare a efectului.

Putând să se traducă nu numai prin moarte ci și printr'o simplă depresiune funcțională pasageră, inhibiția va fi *complectă* în cazul întâiu și *incomplectă* în a doua ipoteză. Inhibiția e *complectă* și atunci când, deși își recapătă cunoștința, cu mișcări respiratorii, victima sucombă totuș după 50 secunde, maximum o minută.

Incomplectă inhibiția se traduce sau prin crearea de fenomene morbide, sau prin abolirea trecătoare a unor atari fenomene. În categoria întâia avem: sincopa cardiacă, sincopa respiratorie, oprirea nutrițiunii, congestia unui organ. În a doua categorie: întreruperea tusei, a sughitului, căscatului, strănutului, a tremurărilor, a durerilor nevralgice.

Moartea e efectul fulgerător al inhibiției complete, fie că aceasta interesează în bloc funcțiunile respiratorie, circulatorie și cea a schimburilor nutritive de natură fizico-chimică, fie că interesează numai una din aceste funcțiuni.

Ca să putem conchide la moartea prin inhibiție pură, trebuie ca la autopsie să nu constatăm nici o leziune organică de natură a explica scena finală, adică diagnosticul să fie unul de eliminare a oricărei cauze de ordin anatomo-patologic. Deci, trebuie să ne găsim în prezența unui astfel de traumatism ca efectul lui, la examenul necropsic, să nu se traducă nici prin hemoragie, nici prin distrugerea unui organ important, nici măcar printr'o rană

exterioară de oarecare importanță (*Mina Minovici*: „Etude médico-legale de la mort par inhibition, à la suite des coups sur l'abdomen et le larynx”, Paris 1888). De exemplu: un individ, cu preexistente leziuni cardio-vasculare, moare fulgerător în urma unui ușor traumatism fizic. E de netăgăduit că inhibiția a deslănțuit șocul care a suprimat viața; dar șocul acesta, în atare caz, nu e numai de natură nervoasă ci și de una psihică, pentrucă nu numai excitațiunea pneumogastricului sau a unui alt nerv sensibil a provocat oprirea inimii și a respirației, ci și *comotiunea psihică (spaima)*. Și, de vreme ce, la autopsie, am notat și vechile leziuni cardio-vasculare, moartea nu mai e pur inhibitorie, ci una pe care trebuie s'o considerăm ca o pseudo-moarte subită.

Dacă, în speță, individul nu era un cardiopat, se putea foarte bine ca inhibiția să fie *definitiv incompletă* și astfel efectul să fie o simplă sincopă pasageră, de o durată de câteva minute.

Am subliniat *definitiv incompletă*, pentrucă se prezintă cazuri în cari, deși dintr'untâiu pasager, efectul devine catastrofal după un mai scurt sau mai lung interval liber. Avem atunci o *inhibiție incompletă cu efect letal tardiv, după trecere de câteva ore și chiar 1—2 zile*. (O observație recentă de moarte tardivă consecutivă inhibiției incomplete: cade de pe bicicletă și se zdreleşte la un genunchiu; în noaptea următoare moare; la autopsie, o veche leziune cardiacă — *Naville*, 1928. Avem aci o *pseudo-moarte subită*).

Explicația:

În acest gen de inhibiție incompletă, părțile zguduite își reciau temporar funcțiunile. capilarele se dilată, circulația se restabilește, dar nu mai e normală ci exagerată. Și, în chipul acesta, anemiei inițiale îi urmează o congestie, plămânul e interesat și se constituie pneumonia (Demonstrația experimentală cu animalele: moarte tardivă prin inhibiție, 24—72 ore; la autopsie, o pneumonie, în majoritatea cazurilor dublă, interesând vârfulurile plămânilor, mai rar partea centrală și baza — *Minovici*, 1888). La om, pneumonia poate fi complicația unui ușor traumatism cerebral: inhibiția provoacă o paralizie vaso-motrice care nu rămâne localizată la arterele centrilor nervoși, ci, prin repercursiune, se produce și la vasele parenchimelor, îndeosebi la acele ale parenchimului pulmonar, unde se constituie staza sanguină și deci congestia pulmonară.

La o moarte tardivă, consecutivă inhibiției incomplete, vom ține seama nu numai de vechile leziuni organice ci și de fenomenele morbide instalate după traumatismul inhibitoriu: răcirea, resorbțiunea substanțelor toxice la nivelul leziunii traumatice, o septicemie supra-acută.

Caracteristica esențială a morții prin inhibiție pură e inima destinsă, fără cheaguri sanguine în cavități.

I. Definiția

Mărginindu-ne numai la noțiunea timp, inhibiția realizează tipul ideal al morții subite. Sub raportul interpretării legale, însă, moartea prin inhibiție e de cealaltă parte a baricadei: caracterul esențial al morții subite pure e de a fi, dacă nu dovedită, cel puțin prezumată naturală; caracteristica morții prin inhibiție e aceea de a fi consecutivă unui traumatism fizic ori psihic, deci *condiționată de o violență exogenă neîndoioasă*. Moartea se produce în momentul exercitării traumatismului sau imediat după încetarea lui; iar, *spre a avea pecetea specială a inhibiției, trebuie ca traumatismul să nu cauzeze leziuni de acelea cari, prin însăși gravitatea lor, să explice întrucâtva suprimarea vieții*.

Am putea adăuga: *atât în sensul patologic cât și în înțelesul legal, moartea prin inhibiție e o formă a pseudo-morții subite*.

II. Starea predispozantă

Deoarece efectul inhibitoriu nu e constant pentru aceiaș cauză, urmează că și morții prin inhibiție — moarte subită prin excelență — trebuie să-i atribuim o stare predispozantă individuală, vădită ori tainică, accidentală sau constituțională — predispoziție analizată la studiul morții subite în general.

Predispoziția explică, de exemplu, moartea subită în apă, care, după *Petersen* (1928), e consecutivă unei puternice presiuni expiratoare. Această presiune provoacă, *îndeosebi la persoanele cu inima mică*: o întrerupere a circulației pulmonare și o acțiune în gol a ventriculului stâng: dispariția pulsului; anoxemia creierului și pierderea cunoștinței, sau o bradicardie extremă prin excitația pneumogastricului care are de urmare turburarea circulației periferice.

Predispoziția *copiilor* rezidă în modificările cauzate de rachitism, de status thymo-lymphaticus. La *adolescent* și la *adult*, predispoziția trebuie căutată în status hypoplasticus.

Vom releva în deosebi rolul glandelor endocrine: *glanda thyroidă* (moarte prin inhibiție în morbul lui Basedow); insuficiența sau brusca suprimare a funcțiunii parathiroidiene; insuficiența funcțională și afecțiunile hemoragice ale capsulelor suprarenale.

Starea predispozantă poate fi și cu repetiție: *Haberda* citează moartea succesivă a câtorva copii ai aceleiaș femei, pe nedrept acuzată și urmărită pentru libericid.

III. Mecanismul

Traumatismul material, de regulă neînsemnat, unic sau repetat, sau traumatismul psihic provoacă moartea prin singura

zgoduire a echilibrului funcționii de inervare. Aceasta și explică de ce inhibiția poate suprima năprasnic viața unui om perfect sănătos, a cărui autopsie să dea un tablou absolut nul sau de mică însemnătate (edem și congestiune pulmonară neaccentuată, câteva echimoze sub-pleurale).

Centrală sau periferică, inhibiția mortală, am spus-o, își are originea într-o excitație locală delimitată, îndeosebi a unor zone de susceptibilitate particulară, despre cari vom vorbi la expunerea eventualităților în cari se poate produce acest fel de moarte. Să mai notăm că inhibiția nu e numai efectul unei excitații a inșiși nervilor din zona traumatizată; ea se poate produce și pe cale reflexă: de exemplu, excitarea capetelor nervului laringean superior cauzează oprirea respirației.

1. **Inhibiția periferică** nu dă mai niciodată greș, pentru că excitația periferică a nervului e aceea care poate atinge maximum de intensitate (legea lui Claude Bernard). Inima se oprește nu în chiar clipa excitației pneumogastricelor, ci în momentul următor, prin influența ce fibrele dela extremitățile acestora o exercită asupra celulelor excitomotrice ale aparatului ganglionar al cordului.

2. **Inhibiția centrală** se notează întotdeauna când iritarea interesează pneumogastriul. Funcțiunea respiratorie e suprimată în chiar momentul în care se produce excitația, adică fie în inspirație, fie în expirație (*Paul Bert*). Odată cu respirația sunt paralizate și mișcările generale ale corpului, ceea ce explică absența aproape totală a oricărei convulsii. Moartea nu e nici asfictică, nici sincopală; e vorba de o adevărată siderare a centrilor nervoși.



Dar, în moartea subită prin inhibiție se poate uneori nota suprimarea simultană a funcționii aparatului circulator și a funcționii respiratorii, indiferent dacă excitația pneumogastriului e numai periferică sau numai centrală. Urmează deci că, *alături de vagus, există și alți nervi sensibili, susceptibili de a deveni inhibitori*. Experiențele cu animale au demonstrat, că o durere intensă și neașteptată e capabilă de a opri brusc și în același timp bătăile inimii și mișcările respiratorii.

Însfârșit, moartea prin inhibiție mai poate fi consecutivă unei brușce paralizii vaso-motrice, într-o subită dilatațiune sau conștricțiune a pereților arteriolelor și venulelor, din ansamblul organismului, provocând astfel mărirea sau micșorarea lumenului lor. Și astfel se explică sincopele reflexe cari, prin durata lor, omoară întotdeauna.

În definitiv, din punctul de vedere al excitabilității neuro-vegetative, după clasificarea lui *Laignel-Lavastine* (1929) indivizii pot fi grupați în următoarele patru categorii:

- a) **Vagotonicii puri:** cu reflexul oculo-cardiac exagerat și reflexul solar normal.
- b) **Hiper-ortho-simpatici:** reflexul oculo-cardiac negativ și reflexul solar accentuat pozitiv.
- c) **Hipersimpatici** cu toate reflexele vegetative accentuat pozitive.
- d) **Hipersimpatici** cu toate reflexele vegetative pronunțat negative.

În ciclul de 24 ore, hiperexcitabilitatea vagală e maximă în primele ore ale zilei, în somn și pe stomacul gol.

Curba excitabilității vagale arată și influența factorilor cosmici: așa.

cu apariția petelor solare coincide și frecvența morții subite și a turburărilor paroxistice în afecțiunile cronice.

IV. Verificarea morții prin inhibiție

Datorită unei excitații sau unei leziuni a nervilor sensitivi, moartea prin inhibiție se poate uneori demonstra prin semne particulare notate la examenul cadavrului. E vorba de observațiunea, pentru întâia oară făcută de *Brown-Séquard*:

1. În moartea subită prin iritarea energică a pneumogastricului, a măduvei cervicale sau a marelui simpatic abdominal, *proprietățile vitale de inervare și de contractilitate ale țesuturilor durează o vreme mai îndelungată ca după celelalte feluri de morți* (indeosebi moartea prin asfixia evidentă și confirmată ori prin hemoragia violentă).

2. *Rigiditatea cadaverică* apare mai târziu și e de o durată mai mare ca în moartea precedată de o luptă agonică.

Dar aceste două proprietăți nu se mai pot constata, de îndată ce s'a scurs un prea lung interval între momentul morții și acela al expertizei medico-legale.

În genere, elementele hotărâtoare pentru diagnosticarea morții prin inhibiție sunt: a) *anamneza* pentru individul al cărui examen necropsic e, în ce privește leziunile organice, complet negativ; b) *prezența unor leziuni organice, independent de gravitatea lor*, grație cărora șocul inhibitoriu a putut juca rolul agentului de deslănțuire catastrofală, prin oprirea circulației și a respirației.

Prin anamneză căutăm să stabilim dacă moartea a fost precedată de: un traumatism cât de neînsemnat interesând peretele exterior al laringelui; o sincopă la începutul anesteziei generale ori numai locale; respirarea gazelor delezere din haznalele latrinelor; un cât de neînsemnat traumatism în regiunea abdominală sau epigastrică; o intervenție ginecologică, manopere abortive cari n'au lăsat urme; un traumatism interesând genitalele masculine, sfinterul anal; un puternic traumatism psihic; starea de digestiune în momentul în care individul a murit subit în apă.

Fie că sunt ori nu elemente anamnezice, autopsia sistematică și completă e cel mai prețios îndreptar al expertului. Examenul cadavrului ne permite să stabilim, dacă înainte de moarte s'a practicat asupra individului o injecție proteină sau cristaloidă, care ne dă cheia șocului anafilactic, peptonic sau hemoclastic. (Cu prilejul unei desgropări în județul Gorj, grație identificării urmei unei injecții intravenoase la îndoitura cotului — înțepătură al cărei caracter vital a fost demonstrat — am putut conchide la moartea prin inhibiție consecutivă șocului anafilactic — *Minovici*, 1928).

Pe de altă parte, se poate, de exemplu, nota: *stigmatetele para-*

liziei progresive (în care inhibiția e consecutivă unei zguduiri a bulbului, efect prin repercursiune al traumatismului interesând gaura occipitală, arcu atlasului, apofiza odontoidă); *tabesul, maramul senil, hidrocefalul senil, arterio-scleroza, hipertrofia prostatei, hemoragia cerebrală* (ventriculară și cerebeloasă) la bătrânii poliscleroși, *persistența sau hipertrofia thymusului*.

Se examinează pe rând:

1. **Capul și cavitatea craniană.**

2. **Gâtul (examenul *in situ*):** laringele, tracheea-arteră, esofagul, pachetul vasculo-nervos, vertebrele. O plesnitură cât de mică poate fi explicația unui edem laringean instantaneu, cu asfixie fulgerătoare.

3. **Toracele și cavitatea toracică:** iritația mucoaselor căilor respiratorii superioare (prin aspirația conținutului stomacal, obturarea incompletă a tracheei); excitația pleurei (thoracenteză, pneumotorax); starea inimii, starea sistemului vascular (dilație, strâmtare, hipoplazie congenitală, tromboze, embolii).

4. **Sângele:** resorbțiunea substanțelor septece.

5. **Abdomenul și cavitatea abdominală.** — Deschiderea trebuie practică ca pentru ovariectomie: se incizează strat cu strat; cele două foi, succesiv desgolite, sunt inspectate cu mare atențiune. — Examenul organelor din cavitate se face în ordinea următoare: *stomacul* (se caută o echimoză cât de neînsemnată), *ficatul, splina, intestinalele, epiploonul, rinichi* (*rinichiul mic granulos* ajunge spre a explica moartea năpranică; ceasemenea nefrita interstițială cronică); *leziunile capsulelor supra-renale; leziunile genitalelor*.

V. Regiunile susceptibile

Fără a contesta impresiabilitatea particulară a laringelui, a epigastrului și a organelor genitale, trebuie să relevăm că observațiunile făcute în ultimii patruzeci de ani, atât la Institutul Medico-Legal din București cât și în practica medico-legală din străinătate, arată o înmulțire a numărului zonelor corporale prielnice șocului inhibitor, constituind astfel tot atâtea noduri vitale. Vom trece în revistă toate aceste regiuni pentru cari există observațiuni concludente:

1. Laringele și căile aeriene superioare

Punctul de plecare al morții prin inhibiție e întotdeauna unic: o iritație sau o excitație nervoasă consecutivă traumatismului și în general dureroasă care, prin depresiunea funcțională cauzată, provoacă desnodământul catastrofal. Inhibiția omoritoare mai poate avea ca sursă prezența, în laringe și în căile aeriene superioare, a unor corpi străini *exogeni* (un bol alimentar, o fasolă, un sâmbure de fruct, o monedă, etc.) sau *endogeni* (ascarizi, segmente de tenia pe glotă, edem al cutelor orificiului laringean, membrane diferite pe orificiul glotei, sânge în faringe, laringe și trachee, gusa). E absolut indiferent dacă incriminatul corp străin e capabil ori nu să oblitereze căile respiratorii. (*Paul Bert* a demonstrat experimental.

că un câine poate să respire timp de două ore printr'un tub de sticlă de calibrul 2 mm.).

Urmează dar, că numai excitarea centripetă a pachetului de nervi din căile aeriene e singură vinovată de moartea năprasnică, iar nici decum starea asfxică mai mult sau mai puțin pronunțată. Tot prin iritarea mucoasei căilor aeriene superioare se explică moartea subită în unele cazuri de înec.

Cel dintâiu *Maschka*, prin demonstrația sa într'un caz judiciar, a afirmat posibilitatea morții subite prin șocul inhibitor provocat de un neînsemnat traumatism, unic sau repetat, în regiunea laringee. — La examenul cadavrului nu se notează adesea nici o leziune, externă sau internă. Pentrucă ajunge o lovitură mică, o constricție ușoară a gâtului, o simplă presiune digitală sau o altfel de excitație, exterioară sau interioară, în zona laringee și a căilor aeriene superioare, cu o extrem de bogată rețea nervoasă, pentru ca spasmul glotei să explice moartea. Aceasta mai poate fi consecutivă unui edem glotic, dar numai atunci când acesta e o complicație catastrofală a unei laringite acute, a unei arsuri, a unei umflări a extremităților în variolă, a anasarcului în scarlatină. E de observat, însă, că moartea prin edemul glotei e precedată de: dureri violente, slăbirea vocii până la afonia completă, dispneea mai mult sau mai puțin accentuată, îndeosebi inspiratorie.

În literatura medico-legală cauzele de moarte fulgerătoare prin inhibiția căilor respiratorii superioare sunt relativ destul de numeroase. Spicuum:

a) Ișbit cu gâtul de marginea unei bănci, moare în câteva secunde (*Maschka*).

b) Un băiat de 12 ani și o fetiță de 12 ani mor instantaneu în urma lovirii cu o pietricică în regiunea laringelui (*Maschka*).

c) O bătrână, lovită în glumă, cu degetul, pe mărunul lui Adam, moare pe loc (*Tardieu*).

d) O femeie moare în momentul unui simulacru de strangulare, tot ca efect al unei glume.

e) O femeie moare subit în momentul în care medicul îi atinge laringele cu amoniac.

f) O fată de 16 ani, preparată pentru extirparea amigdalelor, moare subit la 8 minute după hadijonarea locală cu o soluție de cocaină 3%. La *autopsie*: status thymo-lymphaticus și modificarea premenstruală a uterului și a ovarelor (*Meșianu-Nandriș — 1929*).

g) Bărbat de 68 ani. În cădere se lovește ușor pe cartilajul tiroid și moare pe loc (*Minovici — 1928*).

h) Femeie de 35 ani. Moare subit în momentul introducerii canulei, în traheotomie (*Llerena Benito, 1928*).

2. Epigastrul și hipogastrul

Mecanismul morții e același ca în inhibiția pornind dela regiunea laringee. Observațiunile sunt mai numeroase decât pentru zona laringeană, pentrucă regiunea abdominală e și mult mai mare ca întindere impresionabilă. O aluzie la o astfel de moarte subită o

găsim deacum în „La vie de Gargantua et de Pantagruel” a lui Rabelais; dar primele demonstrații au fost făcute de Casper, Hofmann, Maschka, Brouardel și Vibert.

S'a pus însă întrebarea, dacă starea de replețiune a stomacului constituie o stare predispozantă pentru deslănțuirea catastrofei. *Răspundem afirmativ*, pentrucă în mai toate autopsiile făcute la Institutul Medico-Legal din București, în atari cazuri de moarte prin inhibiție, am găsit stomacul plin (în perioada de activitate digestivă organul e extrem de bogat în sânge, mucoasa gastrică pare injectată, cu rețeaua vasculară foarte pronunțată).

Inhibiția de origine abdominală mai e favorizată de o afecțiune viscerală preexistentă, nervii organelor splanchnice devenind de o mare hipersensibilitate, sub a cărei egidă se constituie nevralgii hepatice, renale, gastrice, intestinale, etc.

Mai e de notat că în genere impresionabilitatea feței externe a viscerelor — adică fața expusă iritațiunii exogene — e mai mare decât susceptibilitatea feței interne a acestora, adică a mucoasei organului respectiv.

Indeosebi în ce privește regiunea epigastrică, moartea prin inhibiția pură e rezultanta fulgerătoare a iritării și excitării plexusurilor nervoase dela nivelul acestei regiuni: pe cale neflexă se produce oprirea inimii și a respirației, o strâmtare a arterelor creierului și ale măduvei prelungite.

Observațiile verificate și concludente sunt numeroase. Spicuum din literatura streină:

a) Doi băeți se încerau: unul din ei primește o lovitură de pumn în abdomen și cade trăsnit, expirând după câteva minute. *Autopsia* negativă (*Maschka*).

b) Un birjar voinic e lovit cu latul unei vâște la nivelul stomacului: se prăbușește și moare în câteva secunde. La *autopsie*: numai o minimă revărsare sanguină, de mărimea unei vechi piese de 5 lei, cu sediul în plexusul solar (*Maschka*).

c) În cursul unei certe, un căruțaș e lovit cu coada unei sape în regiunea epigastrică; moarte instantanee. *Autopsia* nulă; nici măcar urmele contuziunii pe tegumente (*Maschka*).

d) *Brouardel*, deși constată la un cadavru leziuni destul de grave (fractura maxilarului inferior și luxația coapsei drepte), dar insuficiente spre a explica moartea năprasnică, nu ezită să conchică, numai din faptul că substanțele alimentare din stomac erau pe cale de digestiune, că sfârșitul letal e datorit exclusiv loviturii primite în regiunea epigastrică.

e) Un tânăr de 17 ani sucombă instantaneu unei lovituri căpătate la nivelul cecumului. *Autopsia*: o mică revărsare sanguină în regiunea lombară (consecutivă căderii corpului pe spate) și două echimoze mici pe cecum — singura leziune anatomică datorită direct traumatismului înhăbitor (*Vibert*).

f) O femeie sucombă sincopei consecutive unei lovituri pe abdomen. *Autopsia*: stomacul în plină digestiune (*Marévéty*).

g) O infirmieră, cu stomacul plin, se lovește ușor de clanța unei uși, în

regiunea epigastrică. Cade ca trăsniță. *Autopsia*: o mică echimoză subcutanată (*Marévéty*).

h) Un plugar, pe când ridică o greutate, e lovit în glumă cu latul palmei la nivelul stomacului. Moarte instantanee. La *autopsie*, nici o leziune consecutivă violenței (*Astley Cooper*).

i) În vreme ce se jucau, un băiat de 12 ani dă tovarășului său (de 14 ani) o lovitură de picior pe epigastru: moarte fulgerătoare. La *autopsie* nici măcar o echimoză pe peretele abdominal (*Brouardel*).

j) O puncțiune peritoneală cu evacuarea prea rapidă a revărsării ascitice, provocând o durere bruscă și violentă, poate cauza moartea sincopală, prin anemia acută.

k) Ingerarea unei mari cantități de băutură foarte rece, pe stomacul gol și cu trupul încins (după un mare efort fizic, alergare, etc.) poate, prin iritarea mucoasei gastrice, să provoace inhibiția mortală.

* * *

Dintre observațiunile făcute la Institutul Medico-Legal din București, cităm numai pe cele mai recente:

1. Copil de 11 ani. E lovit cu o piatră în abdomen. Moarte trăsnițoară. *Autopsia*: stomacul plin: nici o leziune organică.

2. Băiat de 14 ani. În încăerarea cu un alt băiat e lovit cu piciorul în pantece și moare instantaneu. Absența oricărui antecedent. *Autopsia* (atât examenul extern cât și cel intern) negativă; stomacul conține resturi alimentare

3. Un tânăr viguros de 21 ani e lovit cu o piatră în abdomen; nu mai are vreme decât să ducă mâna la epigastru și cade trăsniț. *Autopsia* negativă: stomacul plin.

4. Un băiat de 15 ani. În timpul jocului, un alt băiat îl lovește peste abdomen. Moare pe loc. *Autopsia* negativă (1929).

5. Adult. Lovit cu o piatră pe epigastru. *Autopsia* negativă (1930).

6. Băiat de 12 ani. O lovitură de pumn în abdomen. Nici o leziune anatomică (1926).

7. Moartea în câteva minute prin tracțiunea violentă a ventuzei aplicate pe abdomen. *Autopsia* negativă (1928).

3. Organele genitale

1. La bărbat. — a) Un traumatism interesând testiculele poate ori nu cauza moartea subită prin inhibiție, care e în funcțiune nu numai de intensitatea durerii ce provoacă, dar și de starea constituțională a individului. Așa, e observația clasică a lui *Vidal*: un individ, cu unul din testicule aproape complet strivit de o violentă contuziune, poate totuși chiar de a doua zi să reia lucrul.

Dar avem și observații concludente, făcute la *Institutul Medico-Legal din București*, dintre cari semnalăm următoarele:

1. Bărbat de 50 ani. În timpul unei certe cu soția sa, aceasta îl lovește cu un băț pe testicule. Cade trăsniț și moare pe loc. *Autopsia*: hemoragie în bursa testiculară care nu prezintă nici o rană; nici o altă leziune anatomică mai recentă ori mai vechie.

2. Adult. Lovit cu piciorul în testicule (1922). Alt adult (1927). Nici o leziune anatomică.

3. Tânăr de 21 ani. În urma unei loviri cu un băț peste testicule moare pe loc. Nici o leziune anatomică (1924).

b) Moartea subită prin inhibiție se poate nota și în cateterismul uretrei (moarte tardivă prin inhibiție, cu simptome febrile, la câteva ore după cateterismul forțat al unei uretre strâmte — *Richter*).

II. La femeie. — a) La o femeie, însărcinată ori nu dar cu leziuni ale uterului sau ale anexelor, simpla explorare vaginală făcută de medic poate determina moartea fulgerătoare prin inhibiție.

b) O injecție în uterul unei femei (gravidă ori nu) poate provoca inhibiția mortală, prin pătrunderea lichidului în sistemul circulator (se produce hemoliză, intoxicație) și prin pătrunderea aerului în țesutul celular parametrian (embolie gazoasă).

c) O simplă injecție vaginală, făcută cu o prea mare presiune și cu un lichid ori prea cald ori prea rece, poate cauza accidentul inhibitoriu.

d) Simpla atingere a colului uterin poate, cauza, pe cale reflexă, moartea fulgerătoare.

Cu prilejul examinării unei femei, la scoaterea speculumului colul uterin a fost prins între cele două valve. S'a produs o inhibiție trecătoare de o durată foarte mare: a fost nevoie de două ore pentru readucerea la viață a femeii (*Minooici*).

e) Practicile abortive, chiar cât de anodine, pot provoca șocul mortal, manifestat prin leșin și pierderea cunoștinței.

4. Ceafa

a) Observația clasică a portarului din Aberdeen: studenții, ca să-l sperie, l-au legat la ochi și, ducându-l într-o cameră întunecoasă, i-au anunțat că i-a sunat ceazul din urmă. După ce-l așezară cu gâtul pe un trunchiu de lemn, unul din studenți, făcând pe călăul, l-a lovit în ceafă cu muchia unei linii. Gluma avu un sfârșit tragic: portarul, care trecuse printr-o spaimă ușor de conceput, muri imediat după aplicarea anodinei loviturii.

b) Băiat de 15 ani. Lovit pe ceafă cu un băț. Cade cu fața în jos și rămâne mort. *Autopsia*: nici o urmă de violență nici chiar în regiunea ceafei; nici o leziune organică, inclusiv cordul. Peste tot sânge lichid. Ischemie cerebrală (*Institutul Medico-Legal din București*).

c) Țărăncă. În cursul unei certe cu bărbatul ei, acesta o lovește cu pumnul în ceafă. Se prăbușește și moare. *Autopsia*: nici o urmă de violență; nici o leziune anatomică. (*Minooici*, 1929).

d) Femeie. O lovitură de pumn în ceafă (*Minooici*, 1924). O altă femeie (*Minooici*, 1928). *Autopsia*: nici o leziune anatomică.

e) Femeie. Lovită cu pumnul în occiput și ceafă. *Autopsia*: *nicio leziune anatomică* (*Minooici*, 1923).

5. Mamelele

Un caz de moarte prin inhibiție înregistrat în 1929 la Institutul Medico-Legal din București.

Țărăncă voinică, însărcinată în a 5-a lună. Lovită cu pumnul în mamele stângă, cade și moare pe loc. Ereditatea și antecedentele personale nule. *Autopsia*: nici o urmă de violență exterioară: nici o leziune organică. Cordul în diastolă.

6. Toracele

- a) Adult. O lovitură de pumn (*Minovici*, 1926).
 b) Copil de 10 ani. Lovit cu mingea în regiunea precordială (*Minovici*, 1927).
 c) Adult. O lovitură de pumn în regiunea xifoidă (*Minovici*, 1929).
 d) Copil. Lovit cu o peatră în piept. Moartea în 5 minute (*Minovici*, 1929).
 e) Adult. O lovitură de picior în coaste (*Minovici*, 1950).

7. Fața

- a) Un băiat primește o pereche de palme; se prăbușește și instantaneu moare. *Autopsia*: nici o leziune anatomică (*Wacholtz*).
 b) Beat. Cade și se lovește la frunte. La *autopsie*: nici o leziune anatomică. (*Minovici*, 1926).

8. Anusul

Femea de 31 ani. Fisuri anale. E așezată pe masa de operație și, în momentul în care i se introduce speculumul anal, are o sincopă mortală. Nimic ereditar; absența antecedentelor personale. *Autopsia*: nici o leziune organică (*Institutul Medico-Legal din București*).

9. Puerperalitatea

Moartea prin inhibiție în timpul cloroformizării. La *autopsie* nu se găsește nici o leziune anatomică.

10. Intervenția chirurgicală

- a) Cazuri de moarte prin inhibiție în cursul *tracheotomiei*: sincopă cardiacă sau bulbară (*Merceli*, 1927).
 b) Caz de moarte prin inhibiție cu ocazia *apendectomiei* (*Steinthal*, 1927).
 c) În *puncția lombară*, evacuarea prea rapidă a revărsării, provocând o durere bruscă și violentă. poate cauza o sincopă.

11. Gura, nasul

Din cauza impresionabilității deosebite a capetelor nervului trigemen, șocul inhibitoriu se poate produce în unele cazuri.

12. Urechea

Adult: Lovit cu brațul peste urechea stângă. — *Autopsia*: nici o leziune anatomică (*Minovici*, 1929).

13. Alcoolismul

Orice regiune a corpului e susceptibilă ca, sub influența alcoolului, să devină loc prielnic inhibiției.

Cazuri de moarte prin inhibiție cauzate de traumatisme ușoare interesând toracele, capul și restul corpului, inclusiv membrele; chiar numai punerea cătușelor și a lanțurilor pot cauza, la un alcoolic în stare de delirium tremens, colapsul, moartea.

14. Comoția cerebrală

- a) Zdruncinarea dela distanță, produsă de o explozie, are de efect o adevărată percuțiune a elementelor nervoase cerebrale și

provoacă astfel șocul inhibitoriu, fără ca în schimb să se noteze vre-o leziune anatomică externă sau internă.

b) Comoția inhibitoare rezultând din decompresiuinea atmosferică (la persoanele cari lucrează sub apă, la revenirea lor la suprafață): moartea e pur inhibitoare *atunci când, la autopsie, nu se notează nici o leziune anatomică.*

15. Traumatismul psihic

Spaima, iritația cauzată de o amenințare, pot pricinui moartea năprasnică. Rară la tineri, inhibiția catastrofală devine tot mai frecventă pe măsură ce crește și vârsta; femeia e mai susceptibilă decât bărbatul: îndeosebi susceptibile sunt persoanele predispușe la nevroză sau psihopatii, vagotonicii. — Moartea în inhibiția psihică se produce prin oprirea inimii, consecutivă unei excitațiuni excesive a nervilor acesteia și unor reacțiuni motrice (sporirea tensiunii arteriale) și umorale (hiperglicemie și hiperadrenalinemie).

I. Observațiuni din literatura medico-legală streină

a) Moartea instantanee a unui copil la vederea unei stafii imaginare — un om travestit ca atare (*Taylor*).

b) Moartea fulgerătoare a unui om în momentul când *gardistul îl surprinde defecând în stradă* (*Hofmann*).

c, Frica pricinuită de *apropierea agresivă a unui alcoolice ucide o femeie* (*Hofmann*).

II. Observațiuni făcute la Institutul Medico-Legal din București

Dintre cele mai recente, cităm:

a) Mai mulți copii culegeau frunze într'o pădure al cărei acces era interzis. *Apare pădurarul care, amenințător, se'ndreaptă spre ei.* Copiii o iau la goană: ca la o sută de metri, o fată de 15 ani se prăbușește și moare pe loc. — La autopsie: nici o leziune macroscopică interesând inima, plămânii, ficatul, splina, rinichii.

b) Femeie de 45 ani, necăsătorită. La 21 Mai 1929 s'a înțepat la indexul stâng: s'a format un panariciu care, grație tratamentului, mergea spre vindecare. În ziua de 26 Mai se duce la medic pentru schimbarea pansamentului; în timp ce doctorul își căuta instrumentele, femeia își desface singură vechiul pansament: deodată i se face rău și se prăbușește moartă. — *Autopsia negativă.* Nimic ereditar: absența antecedentelor personale, atât că era o fumătoare pătimășă.

c) O fată de 17 ani. Spaima cauzată de acostarea unui grup de derbedei (1924).

d) Adult. Groaza pricinuită de înaintarea vertiginoasă a unui automobil, în vremea când traversa străca (1930).

16. Cauza mixtă (traumatism fizic și șoc psihic)

Observație făcută la Institutul Medico-Legal din București:

Fată de 16 ani, inteligentă și cu studiile secundare aproape terminate. Constituție robustă, bine dezvoltată. N'a fost nici odată bolnavă. Primul copil al unor părinți perfect sănătoși. Menstruată la 13 ani și de atunci period normal (2—3 zile).

Intr'o zi varsă din nebăgare de seamă, pe mâna stângă, acid fenic concentrat: arsuri profunde pe întreaga mână. E apucată de dureri atroce, constricțiuni ale gâtului, spasm al glotei; nu mai poate respira, nici vorbi și moare în câteva minute.

Autopsia: în afară de semnele asfixiei acute cu edem al glotei, nici o altă leziune anatomică.

Moartea, după părerea noastră, a fost consecutivă inhibiției mixte: durerea violentă a arsurii și spaima.

VI. Pseudo-moartea subită

Un loc intermediar între moartea subită caracterizată și moartea prin inhibiție pură îl ocupă o formă care, prin elementele ei necropsice, se apropie de moartea subită, iar prin împrejurările în cari se produce aduce cu moartea prin inhibiție. E ceea ce numim pseudo-moartea subită:

1. are caracterul năprasnic al morții subite, dar îi lipsește caracteristica esențială — *nu e o moarte naturală*;

2. are caracterul inhibitoriu (*existența neîndoioasă a traumatismului*), dar *nu* îndeplinește condițiunea esențială de a *nu* se fi produs pe un teren dinainte slăbit: *preexistă leziuni anatomo-patologice*.

Vom califica dar pseudo-moarte subită *orice moarte aparent inhibitorie, provocată la un individ la al cărui examen necropsic notăm leziuni anatomice vechi susceptibile de moartea subită*.

Să documentăm această definiție prin câteva din observațiunile făcute:

1. Băiat de 17 ani. Jucând cu alții capra, cade, se lovește pe abdomen și moare pe loc. — La autopsie: un kist hidatic al inimii stângi.

2. Adult. Lovit cu o trăgătoare peste abdomen. La autopsie: o degenerescență grăsoasă a inimii.

3. Fetiță de 7 ani. În alergare, cade și se isbește pe abdomen. Imediat e apucată de greață, vărsături și dureri abdominale. Până s'o culce mama ei în pat, moare. *Autopsia:* nici o urmă exterioară a contuziunii suferite: ruptura unui kist hidatic al ficatului de mărimea unui ou de găscă; peritoniu foarte puțin injectat, iar în seroasă numeroase hidatide și vreo 50 cc. de lichid citrin (*Minopici*, 1929).

4. Un bărbat voinic, de 50 ani, e înțepat la față de o viespe: moare în câteva minute. — La autopsie: o dilatare a inimii și adipozitate generală (*Huguenin*, 1927).

5. Adult. Alcoolic. O palmă peste față îl doboară. — La autopsie: scleroza generalizată, aterom al aortei descendente și al crossei aortice (*Minopici*, 1923).

6. Adult. Moartea pe loc în urma unei palme peste față. — La autopsie: arterio-scleroză generalizată, miocardită (*Minopici*, 1930).

7. Un automobil, în care se găsea o pereche, e oprit pe șosea de doi indivizi înarmați cu revolvere. Femeea, de spaimă, moare. — La autopsie: rinichi kistici, degenerare grăsoasă a inimii (455 gr.), hipertrofia ficatului — 2.100 gr. (*Etienne Martin*, 1929).

8. Fetiță de 7 ani. Cade cu fața în jos și se lovește pe pântece. — *La autopsie*: din doi echinococi prezenți pe ficat, unul s'a spart iar lichidul s'a evacuat în cavitatea peritoneală, provocând un șoc nervos care a cauzat moartea în câteva minute (*Minovici*, 1923).

9. Sătean de 65 ani. *In cursul unei certe violente cu un consătean și fără a fi lovit*, se prăbușește și moare. — *La autopsie*: simfiza cardiacă totală.

10. Bărbat de 47 ani. Beat, cade și se isbește de o piatră: o rană de 4 cm., interesând numai o parte din grosimea pielii și cu o sufuziune sanguină, la frunte, deasupra sprincenei drepte și paralelă cu aceasta. — *La autopsie*: afară de această rană nici o altă leziune externă: pericardul plin cu sânge încheșat; inima încărcată cu multă grăsime; miocardul, de culoarea frunzei veștede și mărit de volum, prezintă pe partea anterioară a ventriculului stâng o ruptură în apropiere de vârful. — *Examenul histologic* — degenerescența grăsoasă a miocardului (*Minovici*, 1929).



PARTEA III-a

DUPĂ MOARTE

INMORMĂNTAREA ȘI INCINERAREA

Vorbind despre verificarea morții, am arătat că, înainte de scurgerea primelor 56 ore, nu e îngăduită nici o intervenție a mâinii omului asupra cadavrului. În tot acest interval sunt interzise: mularul, îmbalsamarea, autopsia și înmormântarea sau incinerarea; dar și după trecerea termenului regulamentar, nici una din aceste operațiuni nu poate fi practică fără o autorizație specială.

1. În ce privește autopsia, nu mai revenim, pentru că ea e pe larg tratată în volumul I al tratatului.

2. **Îmbalsamarea**

Aceasta are de obiect fie conservarea trecătoare, fie una îndelungată a cadavrului. Ea consistă în injectarea corpului cu soluțiuni antiseptice și insecticide, în spălarea tegumentelor cu atari soluțiuni, în astuparea orificiilor și umflarea cavităților cu vată muiată în lichide desinfectante (soluții de acid fenic, acid salicilic, etc.).

a) *Provizorie*, îmbalsamarea are de scop numai preîntâmpinarea dezvoltării gazelor putrefacției înainte de înhumare sau incinerare, amânând din diverse considerațiuni.

b) *Definitivă*, îmbalsamarea asigură conservarea prelungită a cadavrului — durată cu atât mai mare cu cât mai conservativă e soluția bactericidă și insecticidă întrebuințată și cu cât mai desăvârșită e pricepera operatorului.

Pentru că, ținem să se știe că îmbalsamarea, ca orice specialitate a medicinei, e și ea o artă. Nu ajunge să posezi o diplomă de medic și o formulă, pentru ca să fii capabil de a efectua personal sau de a conduce o îmbalsamare. Din nenorocire nu numai la noi, dar și în străinătate lumea încă nu s'a pătruns complet de acest adevăr: de aci cazurile atât de frecvente de împuțire a cadavrelor injectate în țară sau cari ne sunt aduse de peste graniță.

Îmbalsamarea nu se reduce la simpla spălare, injectare și introducerea de tamponi, — de unde uneori ușurința de a se încredința operația unui simplu servitor de spital.

În îmbalsamare, pe care am putea-o numi terapeutică mortului, trebuie să se țină seama de numeroși factori de natură a zădărnici efectul urmărit: conservarea. Și, dintre acești factori, cităm: vârsta, sexul, condițiunile constituționale fizice, boala de care a murit individul, gradul de epuizare, prezența leziunilor vasculare, prezența de cheaguri cari, prin obstrucția lor, împiedică difuziunea lichidului antiseptic, etc., etc. Cu alte cuvinte, înainte de a proceda la îmbalsamare, trebuie să supui cadavrul la un examen amănunțit, spre a stabili gradul lui de susceptibilitate la intervenția conservatoare, spre a lua măsurile de precauțiune necesare și spre a doza substanțele din formula adoptată.

Practica îmbalsamării e îngredită de următoarele restricțiuni:

I. Nici o îmbalsamare nu e permisă înainte de constatarea neîndoioasă a cauzei morții, fie pe baza unui simplu examen extern concludent, fie pe temelul constatărilor făcute în urma unui complet examen necropsic.

II. Imbalsamarea va fi făcută personal de un medic sau de un ajutor al său, însă sub directa lui supraveghere și după indicațiunile date de el.

III. Medicul, care a practicat sau a condus operația îmbalsamării, e obligat ca, pentru eventualitatea unei expertize ori contra-expertize medico-legale, să conserve, pecetluite, părți din substanțele utilizate. Printre aceste substanțe nu pot, în nici un caz, figura arsenicul, zincul, mercurul (vreuna din sărurile acestor toxice). O cantitate din soluția antiseptică întrebuințată la îmbalsamare se va pune, într'o sticlă ermetic închisă, în cosciug, tot în vederea unei eventuale expertize ori contra-expertize.

5. Mumificarea — prin uscarea cadavrului — este și ea formă a conservării indefinite (Muzeul Institutului Medico-Legal din București posedă un cadavru mumificat la Institut).

4. Transportul cadavrului

a) Când e vorba numai de *transportul dela domiciliu la cimitir* (în localitate sau în comunele din apropiere), putrefacția e întârziată prin depunerea, pe fundul cosciugului, a unui strat de rumegătură de lemn, stropită cu acid fenic.

b) Atunci însă când e vorba de transportat un cadavru în cuprinsul aceluiaș județ, dintr'o plasă în altă, e nevoie de autorizația scrisă a prefectului districtului. — Cadavrul urmând să fie adus într'un oraș, e neapărat necesară o incuviințare din partea consiliului de igienă al localității unde s'a produs decesul.

c) Nici un cadavru nu poate fi transportat *dintr'un județ în altul, din România în altă țară sau din străinătate în România, fără un pașaport special*, în care să se arate precis cauza morții.

d) Nu se permite *ieșirea din sau intrarea în țară* a cadavrelor cari n'au fost în prealabil îmbalsamate și așezate în sicrie ermetic închise.

e) Sieriul. — I. E formal oprit de a se transporta cadavrele în *coscuțe cari n'au fost închise* înainte de scoaterea morților din locul de expunere.

Dacă individul a murit de o *boală epidemică*, cadavrul se va desinfecța, înfășurându-l în cearșafuri ori pânză muiată într'o soluție fenicată. Capacul sieriului va fi țintuit.

II. La transportarea unui cadavru *în cuprinsul aceluiaș județ*, sieriul va fi ermetic închis și căptușit cu un strat, gros de 3 cm., de bumbac sau câlți îmbibați cu o soluție concentrată (5%) de acid fenic: un strat la fel va acoperi cadavrul; e preferabil ca sieriul să fie căptușit cu tablă.

III. Transportarea unui *cadavru dintr'un județ într'altul* nu e îngăduită decât cu prealabila injectare și numai în sicriu masiv căptușit cu zinc sau tablă și ermetic închis. Sieriul va fi legat și pecetluit de serviciul sanitar al localității de pornire.

IV. Cadavrul îmbalsamat, care urmează să iasă din țară, va fi neapărat pus, într'un sicriu dublu: cel interior va fi de metal, cu capacul și toate încheieturile bine lipite. — Sau: cadavrul e așezat într'un sicriu de stejar ermetic închis, pus la rândul lui într'o ladă solidă de lemn, căptușită cu zinc și legată cu cercuri de fier. — În nici un caz nu e îngăduit să se bată cuie cari, perforând sieriul metalic sau căptușeala metalică a lăzii fac ca sieriul să devină permeabil pentru aer.

f) Vehiculul. — Cadavrele nu pot fi transportate decât cu dricuri sau

trăsuri speciale. — Indeosebi în orașe, e riguros interzis de a se transporta cadavrelor în căruțe, cară, camioane, trăsuri, taximetre sau autobuze.

Trăsurile speciale vor fi astfel construite, ca preotul și presoanele cari însoțesc sieriul să nu vie în direct contact cu acesta.

I. Inhumarea

1. Termenul

Dispozițiunile legale cu privire la înmormântare sunt cuprinse în *art. 105* al legii actelor de stare civilă din 21 Februarie 1928; în *art. 5—12* al regulamentului de înhumare și în *art. 284—286 c. p.*

I. Nici o înmormântare nu se poate face înainte de scurgerea termenului de 36 ore dela moarte, fără o prealabilă verificare a decesului (vezi: vol. I, pag. 179) și fără autorizația scrisă a ofițerului stării civile. Formalitățile acestea sunt de rigoare și pentru copiii născuți-morți.

II. Înainte de împlinirea celor 36 ore e interzisă: îmbrăcarea corpului, acoperirea feței (afară de o gază foarte străvezie și permeabilă la aer), legarea sub fălci.

Iarna se va face foc în soba din camera în care zace corpul, spre a se grăbi apariția semnelor putrefacției, care constituie dovada indiscutabilă a morții reale. Dimpotrivă, tot iarna, nu se vor deschide ferestrele, ca nucumva, sub acțiunea frigului, eventuala moarte aparentă să facă loc celei reale.

Dacă moartea e datorită unei boli infecțioase, înmormântarea se poate face înainte de 36 ore, însă cu avizul conform al serviciului sanitar al localității și pe baza atestațiunii medicului verificator c'a înregistrat semnele neîndoioase ale morții reale.

Înmormântarea unui cadavru nedeclarat sau necunoscut și chiar intrat deacum în putrefacție nu se poate face decât cu încuviințarea parchetului, după ce (*conform art. 45 c. pr. p.*) se va fi procedat la autopsia medico-legală. De o atare încuviințare e neapărată nevoie și ori de câte ori moartea pare suspectă.

În comunele rurale unde nu există medici verificatori, primăria locului nu trebuie să elibereze autorizația de înmormântare decât după apariția petei verzi a putrefacției.

Cu privire la intervalul dintre moarte și înmormântare (eventual incinerare) care la noi e de 36 ore, avem de observat că pe când în Franța e redus la 24 ore, în Germania, dimpotrivă, e mărit la 48—72 ore. În Spania și Portugalia mortul e îngropat chiar înainte de a prinde să se răcească deabinelea: în 6—8 ore. Aceasta a făcut pe un călător francez să facă reflecția: „Dans ces pays il ne faut pas dormir trop longtemps”.

În antichitate intervalul era de câteva zile: 6—7 zile la Roma, 11 zile în Grecia, 14 zile în Egipt.

2. Groapa

a) Fiece cadavru trebuie pus în groapă separată. Între gropi

se lasă un spațiu liber de cel puțin 40 cm. pe laturi și 50—60 cm. la cap și picioare.

b) Adâncimea gropii, indiferent de e vorba de cadavru unui adult sau de acela al unui copil, trebuie să fie de cel puțin 1,50 m.

Pentru adult, lungimea trebuie să fie de cel puțin 2 m., iar lărgimea de minimum 80 cm. Pentru copii, lungimea și lărgimea variază după talia cadavruului.

c) Odată sicriul coborât în groapă, pământul aruncat peste el trebuie bine bătut.

3. Cimitirul

Inhumarea nu se poate face decât în cimitire, situate la o depărtare de cel puțin 200 metri dela marginea orașului sau a satului și pe cât posibil într'o regiune ridicată și plantată. E oprită înmormântarea în interiorul bisericilor, templelor, sinagogilor sau în curțile acestora; excepțiunea se face numai pentru ctitorii a căror voință e de a fi îngropați în curtea bisericii.

a) Sunt cimitirele focare de infecțiune? — În trecut au fost foarte mulți higieniști și sunt și astăzi, partizani ai cremațiunii, cari au denunțat cimitirele ca un pericol permanent de infecțiune. S'a susținut și se mai susține, însă cu mai puțină tărie, pedeoparte că emanațiunile gazoase ale cimitirelor pot determina epidemii în vecinătate, pe de alta că, pe calea infiltrațiunii subterane, pot contamina izvoarele.

Nu vom contesta că nu e exclus ca emanațiunile de acid carbonic și de hidrogen sulfurat, provenind din fermentațiunea putridă, să provoace sporadic accidente. În nici un caz însă nu poate fi vorba de epidemii, cari nu s'au înregistrat nici odată, decând se respectă, pentru groapă, adâncimea minimă de 1,50 m. Dela o atare adâncime, produsele gazoase ale fermentației nu ajung niciodată până la straturile superficiale ale terenului (experiențele pe vremuri făcute de *Ogier* și *Bordas*).

Să presupunem, totuși, că microbii din cadavru ar putea ajunge la suprafață. Fi-vor infectate cimitirele? — Întâiu se știe că numărul germeilor cari *trăesc* suspendați în atmosferă e foarte mic, iar dintre aceștia foarte puțini sunt patogeni: aceasta, pentrucă lumina solară împiedecă dezvoltarea micro-organismelor. *Arloing* și *Duclaux*, reluând experiențele lui *Downes* și *Benut*, au demonstrat: 1) că moartea tuturor microbilor e cu atât mai rapidă, cu cât insolațiunea e mai intensă; 2) microbii mor mai repede chiar sub o acțiune solară slabă, decât în obscuritate sau la lumina difuză. Moartea microbilor nu e datorită căldurii solare, ci razelor chimice ale spectrului cari determină fenomene de oxidare (*Janowski*).

Cât despre pericolul legat de desgroparea cadavrelor de persoane moarte de o boală infecțioasă, el nu e real decât în exhumările

făcute în primele luni sau în primele săptămâni, dacă e vorba de o boală cu microbi cari fac spori.

Fără temei e și teama de contaminare a puțurilor și izvoarelor din vecinătatea cimitirului, prin apa de infiltrație a acestuia. Cercetările făcute de *Boucharlat, Guérard, Faure, Brun, Flech, Carnot, Ogier* (pentru apa din apropierea cimitirelor din Paris, Bordeaux, Geneva, Dresda) au demonstrat că apa din vecinătatea cimitirelor, chiar acolo unde terenul e calcaros, e inodoră, foarte bună la gust, lipsită de materii animale, de oarece materia organică, atunci când străbate până la puț sau izvor, nu se mai prezintă decât în ultimul grad de descompunere posibilă, adică în stare de nitrați. Pentru că, în definitiv, cum *Schloesing* cel dintâiu a formulat-o, nu există materie organică, oricât de impură ar fi ea, care, sub acțiunea combustiei lente, din interiorul pământului, să nu fie redusă în acid carbonic, vapori de apă și azot: ceva mai mult, combustia subterană e mai perfectă decât cea vie, dat fiind că ea oxidează, arde și azotul, ceea ce focul nu poate realiza.

Dar chiar admitând că, în cazul când cadavrele se găsesc îngropate în imediata apropiere de izvoare și astfel produsele solubile ale putrefacției, grație naturii prielnice a solului, au posibilitatea să ajungă până la stratul de apă de băut, această apă nu trebuie considerată decât cel mult ca suspectă. E cu puțință, anume, ca apa să conțină germeni provenind dela un focar de descompunere și în chipul acesta să devină un mediu favorabil dezvoltării ulterioare a germenilor patogeni.

În concluzie vom face următoarele observațiuni cu privire la pericolul infecțiunii prin îngroparea cadavrelor:

1. Boala nu este un fenomen vag, datorit unor materii putride banale, ci este un fenomen specific, produs al unui micro-organism particular fiecărei boli infecțioase. Acest micro-organism nu provine din materia organică moartă, care s'ar descompune și organiza spre a naște o ființă vie: nu există generațiune spontană în natură; microbul incriminat e ieșit dintr'un germene de aceeași specie și înzestrat cu aceleași proprietăți.

2. Materia organică, lăsată chiar la suprafața pământului, devine numai decât prada microbilor aerobi cari o distrug, transformând carbonul din ea în acid carbonic, azotul în nitriți și nitrați, iar hidrogenul în amoniac și vapori de apă. Acidul carbonic, generat de germenii aerobi, constituie un mediu gazos neprielnic acestor microbi. În plus, lumina, prin razele ei chimice, grăbește oxidarea materiilor organice. Însfârșit, temperatura pământului e și ea ne-

prielnică unor specii de microbi patogeni (experiențele lui *Fraenkel* pentru bacilul lui Koch și bacilul lui Eberth).

5. Recunoaștem însă, că emanațiunile putrefacției, în anumite condițiuni, pot favoriza o boală infecțioasă determinată: *Malvoz* demonstrase deacum că bacteriile obicinuite ale putrefacției, atunci când pătrund în organism odată cu microbii patogeni specifici, sunt capabili de a agrava infecțiunea și de a grăbi catastrofa. Acest pericol există atunci când emanațiunile putride conțin microbii virulenți ai febrei tifoide și ai holerei, cari sunt foarte rezistenți la acțiunea acidului carbonic generat de aerobi (fapt experimental demonstrat de mult de *Di Mattei* și *Canalis*).

4. În schimb, există agenți ai putrefacției cari paralizează acțiunea unor microbi patogeni: există specii de saprofiți cari întârzie dezvoltarea germenului cărbunelui (*Pasteur*).

Cu rezerva dela punctul 4, putem încheia cu însăș concluzia lui *Duclaux* („Le microbe et la maladie“): „Microbii sunt marii și aproape unicii agenți ai igienei globului; ei fac să dispară, mai repede de cum o fac câinii din Constantinopole și fiarele, cadavrele a tot ce a fost insuflăit. Microbii ocrotesc pe cei vii față de morți: ba au un merit și mai mare: dacă mai există ființe vii, dacă viața s'a putut atât de ușor perpetua în cursul sutimilor de secole decând pământul e locuit, aceasta tot acțiunii microbiene se datorește“.

b) Saturarea terenului? — S'a mai invocat, în contra înhumării și pentru cremațiune, o pretinsă saturare a solului cu materii organice, ceea ce cu timpul l-ar face impropriu putrefacțiunii cadavrelor. Argument inoperant în urma experiențelor făcute de *Schuetzenberger* și cari au dus la concluziunea că, într'un teren permeabil pentru aer, combustionea totală a materiilor organice se face în cel mult 5 ani.

Cadavrele trebuie îngropate astfel ca, între ele și nivelul cel mai ridicat al eventualei mase de apă subterană, să existe o distanță de cel puțin 2—5 metri. Aceasta, pentru că un teren umed împiedică descompunerea totală, favorizând transformarea părților moi în adipoceară. Pe când într'un pământ uscat și permeabil, descompunerea se poate termina în 2—5 ani. Cu cât cadavrul va fi mai în contact cu aerul, prin faptul permeabilității pământului și al porozității sicriului, distrugerea va fi mai repede și mai completă, ca una ce e realizată de germenii aerobi, de insecte și de criptogame.

Însfârșit, trebuie evitat contactul direct al cadavrului cu rumegătura de lemn, cu bumbacul ori cărpe stropite cu antiseptice sau aromatice, cu foi de cauciuc, de carton bituminat, tablă de zinc sau de plumb, pentru că astfel se împiedică înmulțirea germenilor aerobi și deci se întârzie procesul putrefacției.

II. Incinerarea

Până la noua orânduire pentru actele de stare civilă (legea din 1928), legal nu era recunoscută și reglementată decât înhumarea. Numai cu titlul de excepțiune, în caz de mari epidemii și pe câmpul de luptă, ca măsură igienică, arderea cadavrelor, prin stropirea cu petrol, putea fi încuviințată de serviciul sanitar.

Abea prin noua legiuire (art. 103) incinerarea e pusă pe picior de egalitate cu îngroparea, fixându-se pentru ea acelaș termen (56 ore dela moarte).

Durata necesară pentru acțiunea focului depinde pedeoparte de sistemul cuptorului, pe de alta de puterea calorică a combustibilului întrebuințat: cu un foc intens, distrugerea se desăvârșește într'o oră și ceva; atunci când cuptorul e încins cu lemne, incinerarea durează 5—4 ore, iar cenușa rămasă cântărește, după talia și constituția individuală, între 1,5—2,5 kgr.

Principial, firește, nu putem lua pozițiune contra unui mijloc practic de distrugere excesiv de rapidă a corpului. Un procedeu care nu numai realizează maximul de condițiuni igienice, dar încă dă satisfacție înaltului postulat de libertate în ceea-ce privește dreptul de a dispune de corpul tău după moarte. Drept respectat și în antichitate, încetățenit de civilizația modernă și pe care-l găsim expres formulat, între altele, de legea franceză din 1887 (art. 5): „Majorul sau minorul emancipat poate să determine modul înmormântării sale“.

1. Garanțiile

Fără a ne opri la scrupurile atât de respectabile de ordin sentimental și religios (*Credo ressurectionem mortuorum*) și neexaminând chestiunea decât sub unghiul științei și acela al intereselor societății, nu putem subscrie la cremațiune decât cu crearea tuturor garanțiilor de control din partea justiției.

La noi, deocamdată, incinerarea nu e legiferată decât principial. Ne lipsesc dispozițiunile de aplicare, spre a se evita ca flacăra să șteargă până și urma faptelor medicale în morțile ulterior denunțate ca suspecte. Și nu e vorba numai de bănuiala de otrăvire ci și de cazurile în cari viața e suprimată pe altă cale, iar cei interesați isbutesc să obțină autorizația de ardere a corpului, fără o prealabilă expertiză medico-legală.

Această expertiză nu trebuie să îmbrace altă formă decât aceea a unei autopsii complete, urmată de examenul histologic și bacteriologic, precum și de analiza chimică. Pentrucă, fără a ne gândi să suspectăm știința și bună-credința eventualului medic curant și ale medicului verificador al decesului, sunt, se știe, atâtea forme de moarte violentă cari simulează până la absolută confuzie moar-

tea naturală. Și, de vreme ce cremațiunea ne lipsește de orice posibilitate de cercetare ulterioară, socotim că e în interesul justiției ca, atunci chiar când rezultatul autopsiei e negativ, să se conserve organele necesare în vederea unor cercetări ulterioare.

În consecință și numai din grija de a salvagarda interesele societății, nu subscriem la incinerare decât cu stricta respectare a următoarelor dispozițiuni, dintre cari unele sunt în vigoare în țările în cari cremațiunea e reglementată:

1. *In nici un caz să nu fie îngăduită arderea unui corp neidentificat.*

2. *O dublă atestațiune medicală (aceea a medicului curant sau, în lipsa acestuia, aceea a unui medic desemnat de justiție, coroborată cu constatările medicului verificator al decesului), că nici simptomele din timpul vieții, nici semnele exterioare notate după moarte nu dau loc la nici o bănuială de moarte violentă nestabilită prin ancheta judecătorească.*

3. *Autopsia completă, cu conservarea organelor necesare investigațiilor medico-legale (examenul histologic și bacteriologic, analiza chimică).*

4. *Autorizația de incinerare nu va fi eliberată decât pe temeiul concluziunilor conforme ale raportului medico-legal.*

2. Căutarea otrăvurilor în cenușă

Îndeosebi atunci când e vorba de bănuială de otrăvire, partizanii libertății neîngrădite a cremațiunii au obiectat că justiția e înarmată, prin aceea că poate oricând ordona analiza chimică a cenușii. Argumentul e inoperant, din două considerațiuni: 1) nu toate otrăvurile lasă urmă și în cenușă; 2) urmele eventual găsite nu ne pot da decât o orientare calitativă, nu însă și cantitativă.

Din grupul întâiu fac parte toate substanțele toxice de origine organică, la cari se adaugă arsenicul, fosforul și sărurile de mercur. — Din grupul al doilea reținem sărurile de cupru și de plumb.

Astfel că întotdeauna vom fi în neputința absolută de a mai identifica o vastă categorie de otrăvuri.

Ni se va obiecta că sunt substanțe cari rezistă focului până la o anumită temperatură: arsenicul, de exemplu, care nu se sublimază decât dela 500° în sus. Foarte adevărat, dar se uită că, în cuptoarele din crematoriile sistematice, temperatura e cu mult superioară acestei limite de sublimare: 900°—1.500°.

Stăruim în prima noastră concluzie: **singurul mijloc eficace de control nu este și nu poate fi decât o desăvârșită expertiză medico-legală.**

PARTEA IV-a

DIAGNOSTICUL ETIOLOGIC AL FAPTULUI MEDICAL

Crima, imprudența, sinuciderea, accidentul, reale sau simulate, leziunea spontană

Odată constatată leziunea, afecțiunea, moartea și după ce s'a determinat cauza acestora, expertiza medico-legală mai are un obiectiv nu mai puțin important: acela de a lămuri justiția întru



Fig. 241. — Topografia locului crimei: Desen înfățișând schița fotografică a încăperii în care, la 13 Iunie 1886, s-a săvârșit în Călea Moșilor (București) un sextuplu asasinat. Se văd locul și poziția ocupate de cele șase cadavre, precum și dispoziția diverselor obiecte din cameră (Ucigașul sau ucigașii nici până astăzi n'au putut fi descoperiți).

calificarea juridică a faptului medical. Cu alte cuvinte, pe temeiul informațiilor, al cunoștințelor și interpretărilor științifice va diferenția, în măsura posibilității, crima de imprudență, accident ori

sinucidere, reale sau simulate, precum și de leziunea spontană și moartea naturală. Pentru că nu o dată se întâmplă ca organele judiciare, în lipsă de elemente certe, să stea nehotărâte: leziunea, moartea au ele în adevăr originea pe care o indică declarațiunile celor interesați, mărturiile mai mult sau mai puțin vrednice de crezare, aparențele mai mult sau mai puțin concordante? Ceeace, la prima vedere, se prezintă ca o crimă ar putea nu mai puțin să fie un caz de sinucidere, accident, urmarea unei imprudențe sau chiar o leziune spontană, o moarte naturală. Sau vice-versa. Precum nu e exclus ca de fapt să ne aflăm în prezența unei simulări (înșcenare de atentat, sinucidere, accident). Omul artei — precum o arată și exemplele cari ilustrează expunerea tehnicii expertizei. *vol. I, pag. 552—576* — are chemarea ca, examinând cu atenție locul și faptul medical, să dea cheia enigmei: fost-a cu puțință ca, date fiind împrejurările de fapt, considerațiunile de ordin fizic și moral, crima, sinuciderea, accidentul să fie neîndoioase?

I. Crima

La descrierea leziunilor și afecțiunilor, la studiul asfixiilor mecanice și al otrăvirilor, precum și la studiul morții, am indicat posibilitățile de caracterizare a unei crime. În teză generală, oricâte ori ne aflăm în fața unei persoane, lipsită de libertatea mi-



Fig. 242. — Poziția cadavrului pândarului asasinat de un soldat și căruia acesta îi pusese în mână pistolul găsit nedescărcat (vezi pag. 990).

șcărilor și de puterea de a rezista, cu un cuvânt o persoană la a cărei sănătate și viață se putea atenta prin surprindere, prin superioritatea fizică ori prin ascendența morală, teza crimei, până la proba contrarie, e plauzibilă.

Pentru diferențierea crimei de sinuciderea simulată, vezi examenul diverselor leziuni. Ca exemplu de interesul deosebit ce-l prezintă examenul minuțios atât al răni cât și acela al corpului și al instrumentului vulnerant, ne referim la una din observațiile ce figurează în archiva Institutului Medico-Legal din București și în care se văd notate elementele de diferențiere a crimei de încercarea de mistificare printr'o pretinsă sinucidere.

Un soldat, înarmat cu o pușcă Mannlicher, surprins pe când fura struguri dintr'o vie, descarcă arma în pândar, omorându-l pe loc. În scopul de a face să se creadă în sinucidere, ucigașul așază victima în poziția indicată de fotografie, cu pistolul între mâinile puse pe piept. Examinând rana, am stabilit că ea e făcută de proiectilul unei puști militare. Examinând și pistolul, am constatat că era cu cocoșul ridicat, dar cu eapsa intactă. — Concluziunile raportului de expertiză au înlesnit justiției să descopere pe ucigaș.

* * *

Aci vom stăruii numai asupra crimelor ale căror victime sunt copiii.



Fig. 243. — Cadavrul unui copil schilodit de tiganii

1. Pruncuciderea

Chestiunea e pe larg tratată la capitolul special din prezentul volum.

2. Cruzimile contra copiilor. — Libericidul

E vorba de copiii cu o viață extra-uterină de mai mult de trei zile, adică despre acei copii a căror naștere a fost deacum declarată la ofițerul stării civile, așa că orice atentat la sănătatea și viața lor nu mai intră în sfera noțiunii de pruncucidere, ci, după legea penală, e socotit crimă ordinară. Noi suntem pentru o înăsprire a sancțiunilor, pentru că legiuitorul trebuie să țină seama de considerațiunea că făptașul, abuzând fie de ascendentul moral, fie de superioritatea fizică, domină întotdeauna victima incapabilă de a se apăra. Înțelegem ca legea să creeze cât mai mari garanții pentru sănătatea și viața copilului, nu numai în cazurile de escese săvârșite de streini, ci și față de abuzul pe care ascendenți de sânge îl

fac de dreptul lor de control asupra educației minorului. E de datoria societății constituite de a lua, în această privință, măsuri de ocrotire efectivă și cât mai elicace cu putință, ca să se stârpească odată pentru totdeauna concepția ruginită despre dreptul părinților, educatorilor, patronilor de a administra corecțiuni corporale ființelor nevolnice a căror formațiune le e încredințată.

E adevărat că art. 277—279 din codul penal în vigoare se ocupă de protecția copilului mai mic de 7 ani, dar aceasta numai în caz de lepădare a acestuia într'un loc singuratic ori nu. De apărarea, oricât de iluzorie, a minorului până la pubertate nu se pomeneste, precum nu se pomeneste de maltratarea copilului sub acoperământul aceluia care-i dă adăpost. Nici proiectul modificator al codului penal (art. 468) — care totuși constituie un progres, pentru că nu mai limitează vârsta victimei la 7 ani — nu sancționează cruzimile în general exercitate asupra copilului. Ne trebuie o dispoziție precisă, cum e cea cuprinsă în partea adițională a art. 512 din codul penal francez (introdusă prin legea din 19 Aprilie 1898) și care sună: „Oricine, în mod conștient, prin lovituri pricinuește leziuni unui copil care n'are 15 ani impliniți, sau, în chip conștient, îl lipsește de hrană ori îngrijiri, e pedepsit cu 1—5 ani închisoare și o amendă de 16—1.000 franci. Dacă maltratarea e durabilă, cu gândul de a omori, autorii sunt pedepsiți pentru asasinat sau tentativă de asasinat“.

a) Etiologia, — I. *Autorii* cruzimilor contra copiilor și ai li-



Fig. 244. — Scheletul copilului schilodit de țigani (vezi clișeu no. 243)

bericidului pot fi: părinții legitimi, părinții naturali, părinții adoptivi, frații, rudele (bunic, unchiu), doica, dădaca, educatorii publici sau privați, patronul, cu un cuvânt oricine, sub o formă sau alta, are un ascendent moral sau material asupra minorului.



Fig. 245. — Copil cu o tăietură mare și adâncă în gât.

II. *Mobilul*: concepțiunea sălbatică despre autoritatea părintească; pornirea dușmănoasă, aversiunea ce unii părinți au pentru unul din copii; concepțiunea barbară a educatorilor (institutor, profesor, director, supraveghetor de institute de educație); dorința de câștig (schilodirea copilului spre a se servi de el la cerșit); impulsunea sadică.

b) *Forma*. — E toată gama faptelor medicale cari pot face obiectul unei expertize și pe care le-am expus la studiul somatic și psihic al persoanei examinate.

Ca ilustrațiune ne vom margini să spicuiem, în materialul adunat la Institutul Medico-Legal din București și în literatura medicală, câteva din cruzimile tipice:

1. Copil cu o falcă ruptă în urma unei lovituri de pumn.
2. Copil cu coastele rupte, în urma unei lovituri cu piciorul.
3. Copil desfigurat în urma lovirilor cu palma, pumnul, piciorul.
4. Copil cu capul spart în urma izbirii de un perete, de o mobilă din casă, de un stâlp într'un atelier, fabrică, etc.
5. Copil cu grave leziuni multiple căpătate în trântirea lui la pământ și călcarea cu picioarele.
6. Copil cu nasul, urechea mușcate, cu părul smuls.
7. Copil cu un ochiu umflat sau chiar scos.
8. Copil cu sternul, șira spinării rupte.
9. Copil cu trupul numai o vânătae în urma lovirilor cu mâna înarmată cu un băț, o nuiă, o curea, o franghie, o cravașă, etc.
10. Copil cu degetele strivite, cu brațele ori picioarele frânte.
11. Copil cu gâtul răsucit.



Fig. 246. — Copil mort depe urma unor multiple și grave leziuni faciale

12. Copil cu lovituri de corpuri contondente aplicate la cap, piept, spinare.
13. Copil cu tăituri ori înțepări.
14. Copil împușcat ori otrăvit.
15. Copil cu arsuri făcute cu un corp solid incandescent ori cu o substanță caustică.
16. Copil opărit cu un lichid fierbinte sau prezintând arsuri cauzate de un metal topit.
17. Copil cu rănile ulterior stropite de călăii săi cu oțet, spirt de amoniac, acid azotic.
18. Copil expus la frig sau căldură.
19. Copil supus la eforturi fizice peste puterile lui.
21. Copil sechestrat într-o încăpere întunecoasă, în pivniță, pod, la-trină, etc.
21. Copii ținuți în genunchi peste un strat de grăunțe de porumb.
22. Copii culcați goi peste urzici, spini, scaeți.
25. Copii insuficient hrăniți sau cu hrana periodic total suprimată.
24. Copii ținuți în murdărie, neprimeniți, că ajung să fie mâncați de vermină
25. Copii înebuniți de teroarea morală sub al cărei imperiu au fost ținuți.
26. Un copil cu ligatura penisului.
27. Copil cu un dop în rect.
28. Copil silit să mănânce burueni, rădăcini țărănă sau excremente.
29. Copil constrâns să mănânce la un loc cu câinii ori porcii.
30. Copil legat cu o frânghie sau ferecat în lanțuri.
31. Dintre cazurile de maltratări complexe vom cita pe cel semnalat de *Parisol-Caussade* (1929): copilul își primea în fiecare zi porția lui de lovituri, complectată cu următoarele rafinamente de cruzime: pe nemâncate era silit să inghită boabe de piper: în prezența vecinilor, adunați ca la panoramă, i se poruncea să se masturbeze; după aceea i se dedea cu o linie câteva lovituri peste penis și testicule, pentru ca în cele din urmă să fie legat burduf și închis într'un coteț.

Ne oprim. Pomelnicul acesta ajunge spre a zgudui nu numai nervii dar și conștiințele.

II. Sinuciderea.

(Vezi și „*Sinuciderile la minori*“, vol. II).

Codul penal canadian (*art. 270*) consideră încercarea de sinucidere drept o infracțiune, pedepsind-o cu închisoarea corecțională până la doi ani. Iar sancțiunea nu e numai o amenințare, pentru că, după cum arată o statistică recentă, 80% dintre persoanele arestate pentru tentativă de sinucidere au fost condamnate.

Această intervenție a societății, spre a îngădi dreptul utopic pe care-l are individul de a dispune de zilele ce-i e dat să trăiască, poate fi eficace numai față de două categorii de sinucigași: 1) acei cari, sub imperiul unei obsesiuni-impulsiuni *trecătoare*, aten-tează la propria lor viață; 2) acei cari, din anumite considerațiuni

mai mult imorale decât morale, simulează sinuciderea fie pentru a exercita un șantaj, fie pentru a mistifica.

Sabia suspendată a Justiției, din contră, nu impresionează pe acei la cari gândul sinuciderii e de mult cuibărit în mintea lor zdruncinată care le-a strămbat judecata, slăbind ori anihilând voința sănătoasă. Ce efect poate să aibă amenințarea unui paragraf al codului penal față de un individ subiect de studiu al psihiatriei? Spectrul pedepsei nu va paraliza pornirea sinucigașă la un nenorocit cu grave tare ereditare, la un dement precoce ori senil, la un alcoolic inveterat. După cum va nesocoti perspectiva închisorii acela care, în urma unei grave lovituri a destinului — lovitură pe care o socoate ireparabilă — e încredințat că și-a încheiat menirea pe pământ, căutându-și refugiul în neant.

Oricum, cași crima, sinuciderea are și ea determinismul ei, e și ea un produs al factorilor de corupțiune a liberului-arbitru, o minus-valoare creată de cusururile structurii sociale, o boală a crizei de dezvoltare, a zguduirilor de ordin economic.

a. Etiologia

1. Cauzele sunt, în marea majoritate a cazurilor, o boală somatică sau o psicho-nevroză. Statistica Institutului Medico-Legal din București ne oferă, sub raportul cauzalității, următoarele date:

I. Bolile psihice și nervoase: alienația mintală caracterizată, mania persecuției, epilepsia, histeria, neurastenia, insomnia, melancolia, o mare depresiune psihică, delir, psichoza puerperală, pelagra, alcoolismul, urmările intoxicațiilor cu stupefiante, paralizia, turbarea, sifilisul.

II. Ciclul menstrual. — Cel mai mare contingent de sinucigașe îl dă faza dintre epoca premenstruală și vârsta de 30 ani, care e perioada cea mai activă a vieții sexuale a femeii: 70% dintre femeile cari își curmă firul vieții. Dar la mai toate aceste sinucigașe există un factor predispozant: neuropatii ereditare, turburările menstruației (menoree, dismenoree, metroragii), boli venerice și infecțioase (salpingite, metrite, ovarite, anexite, sifilis), tumori și modificări anatomo-topografice ale organelor genitale (fibrom, flexiuni și versiuni ale uterului, degenerarea sclero-kistică a ovarelor, etc.). Apoi avem de înregistrat un important număr de sinucigașe în criza creată de menopauza precoce.

III. Boli somatice: cardiopatiile, tuberculoza, diabetul, diversele boli cronice, colita, gastrita, o gravă boală de ochi, desfigurarea, o diformitate fizică, o mutilare, nefrita, boala venerică, cancerul.

IV. Stări de depresiune morală ori de surexcitare: dragoste contrariată, moartea unei ființe scumpe, ceartă în familie, gelozia, adulterul, divorțul, mizeria, pierderea situației sau a averii, declararea în stare de faliment, pierderea unui proces important, deflorarea, rușinea de a fi rămas însărcinată, căderea la un examen ori concurs, rușinea arestării și a condamnării.

V. Situație disperată: dat afară din slujbă, prins asupra unui fapt pedepsit de codul penal (delapidare de bani, fals în acte publice și private, escrocherie, etc.), urmărit de justiție, dezertarea din armată.

VI. O turburare mintală consecutivă unui traumatism cranian accidental.

VII. Duelul american.

VIII. Contagiunea: sunt epoci în cari se înregistrează adevărate epidemii de sinucidere.

IX. Sugestiunea.

2. **Vârsta și sexul.** — Statistica Institutului Medico-Legal din București pe intervalul 1895—1916:

până la 20 ani: 88 bărbați și 54 femei; *20-30 ani:* 148 bărbați și 64 femei; *30-40 ani:* 91 bărbați și 37 femei; *40-50 ani:* 108 bărbați și 27 femei; *50-60 ani:* 78 bărbați și 17 femei; *60-70 ani:* 50 bărbați și 9 femei; *dela 70 ani în sus:* 18 bărbați și 2 femei.

3. **Starea civilă:** celibatarii și văduvii de ambele sexe dau un contingent mai mare decât persoanele căsătorite.

4. **Indeletnicirea** (cifrele aceleiași statistici a Institutului Medico-Legal din București):

muncitori și servitori: 98 bărbați și 60 femei; *funcționari publici și privați:* 105 bărbați și 4 femei; *meșteșugari:* 90 bărbați și 15 femei; *menajere:* 64; *negustori:* 34 bărbați și 1 femeie; *studenți și elevi:* 24 bărbați și 6 femei; *profesiuni libere:* 15 bărbați și 4 femei; *vânzători, băieți de prăvălie:* 18; *militari:* 12; *sergenți de oraș:* 7; *agricultori:* 15; *proprietari:* 2; *samsari, precupești:* 96 bărbați și 7 femei; *indeletniciri nedefinite:* 18 bărbați și 3 femei; *fără profesie:* 33 bărbați; *prostitute:* 39.

5. **Naționalitatea** (după aceeași statistică):

Români: 360 bărbați și 124 femei; *Evrei:* 43 bărbați și 7 femei; *Austriaci și Unguri:* 85 bărbați și 41 femei; *Germani:* 20 bărbați și 15 femei; *Italieni:* 10 bărbați și 2 femei; *Greci:* 7 bărbați și 2 femei; *Sași:* 8 bărbați; *Bulgari:* 7 bărbați și 1 femeie; *Armeni:* 6 bărbați; *Ruși:* 4 bărbați și 2 femei; *Elvețieni:* 5 bărbați; *Cehi:* 5 bărbați și 1 femeie; *Polonezi:* 2 bărbați și 2 femei; *Sârbi:* 4 bărbați; *Francezi:* 2 bărbați și 1 femeie; *Albanezi, Englezi, Belgieni, Olandezi:* câte 1 bărbat; *fără naționalitate cunoscută:* 11 bărbați și 5 femei.

6. **Lunile anului** (aceeași statistică):

Ianuarie: 45 bărbați și 17 femei; *Februarie:* 46 bărbați și 12 femei; *Martie:* 52 bărbați și 19 femei; *Aprilie:* 58 bărbați și 16 femei; *Mai:* 55 bărbați și 21 femei; *Iunie:* 71 bărbați și 19 femei; *Iulie:* 49 bărbați și 17 femei; *August:* 41 bărbați și 10 femei; *Septembrie:* 39 bărbați și 24 femei; *Octombrie:* 52 bărbați și 13 femei; *Noembrie:* 32 bărbați și 19 femei; *Decembrie:* 41 bărbați și 19 femei.

b. Felul sinuciderii

Statistica Institutului Medico-Legal din București ne procură următoarele date (în ordinea frecvenței):

Arma de foc: 225 bărbați și 30 femei; *spânzurarea:* 178 bărbați și 46 femei; *otrăvirea:* 57 bărbați și 75 femei; *aruncarea înaintea trenului:* 45 bărbați și 13 femei; *asfixia prin oxidul de carbon:* 17 bărbați și 15 femei; *instrument tăios și înțepător:* 25 bărbați și 2 femei; *înec:* 20 bărbați și 7 femei; *arsuri cu petrol, benzină:* 4 bărbați și 8 femei; *aruncarea dela înălțime:* 4 bărbați și 3 femei; *aruncarea într'un puț părăsit:* 1 bărbat și 2 femei; *aruncarea înaintea tramvaiului:* 2 bărbați; *diverse feluri de sinucidere:* 5 bărbați și 2 femei.

I. Arma de foc: revolverul, pistolul, pușca de vânătoare, pușca militară, arme improvizate (o bucată de țevă, o chee mare

transformată în pistol, o țevă de alamă montată pe o scândură; proiectil de ocazie (un fragment dintr'o bucată de plumb, o mică greutate de cântărit, pietricele, etc.).



Fig. 247.—Siucidere prin descărcarea simultană a două revolvele.

Un siuucigaș, spre a avea siguranță că descărcarea armei nu va greși ținta, și-a fixat în regiunea precordială o bucată de țevă, prin care a trecut proiectilul — *Hofmann-Haberda*. — O femeie și-a dăscărcat un toc de revolver în vagin — *P. Fraenkel*.

II. Spânzurarea, strangularea și sufocarea. (Vezi formele descrise la asfixiile mecanice vol. II).

III. Otrăvirea. — Statistica Institutului Medico-Legal din București:

Sublimatul corosiv: 8 bărbați și 21 femei; *esența de oțet*: 9 bărbați și 19 femei; *acidul fenic*: 7 bărbați și 8 femei; *fosforul*: 7 bărbați și 4 femei; *arsenicul*: 4 bărbați și 6 femei; *strichnina*: 6 bărbați și 4 femei; *sulfatul de cupru*: 5 bărbați și 4 femei; *morfina*: 4 bărbați și 2 femei; *spirtul denaturat*: 1 bărbat și 4 femei; *cianura de potasiu*: 5 bărbați și 2 femei; *acidul azotic*: 5 bărbați; *amoniacul*: 1 femeie; *atropina*: 1 bărbat; *laudanum*: 1 bărbat.

* * *

Date mai recente din literatura streină: *salicilatul de metil*, *sulfatul de dimethyl* (5 cazuri semnalate de *Strothmann*-1929); *bichromatul de calciu* (*Olbricht*-1929). *veronalul*; *veronalul asociat cu paraldehida* (*Schneider*, 1929); *ginergenul* (*Nielsen*, 1928).

IV. Aruncarea înaintea trenului, tramvaiului, a automobilului.

V. Aruncarea dela înălțime: pe fereastră dela etaj, dintr'un turn, din vârful unui monument, depe un pod ori viaduct, într'o prăpastie.

VI. Cu substanțe explozive: și-a umplut gura cu praf de pușcă și apoi a dat foc (*Casper*); cu un cartuș de dinamită fixat în piept: cu un cartuș de dinamită pus în buzunarul vestei (*Wachholtz*); s'a așezat peste cartușul de dinamită căruia apoi i-a dat

foc (*Olarin*); un farmacist a pus nitroglicerină într'un mojar ținut între picioare și apoi a izbit cu pistilul.

VII. **Corpuri contondente:** se izbește cu capul de zid, de o mobilă, de marginea trotuarului; își dă în cap o lovitură de ciocan, de topor (cu muchia).

VIII. **Contondente-tăioase:** lovitură violentă în cap sau pe membre cu toporul, secură, satârul, sabia, etc. (1. O femeie și-a dat cinci lovituri de topor în cap. — 2. Unul și-a dat cu o secură 17 lovituri la frunte și calotă — *Schauenstein*).

IX. **Asfixie:** cu oxid de carbon, într'un spațiu confinat cu aerul suprasaturat de gaze asfixiante.

X. **Arsuri:** cu petrol, benzină, etc.

XI. **Corp tăios:** tăierea gâtului (uneori până la coloana cer-

vicală); spintecarea abdominală (un mandarin chinez și-a sfâșiat pânțele cu unghiile sale lungi și apoi și-a strivit măruntaiele — *Salaud*); tăierea vinelor dela mâni. Unul și-a tăiat beregata cu ciobul gâtului spart al unei sticle.

De observat că nu sunt rare cazurile în cari se notează tăieturi multiple:

1. O femeie, după ce și-a tăiat tracheea, și-a mai dat o lovitură de cuțit în antebrațul drept — *Porter-Warum*. — 2. O femeie, după o tăietură transversală a gâtului, și-a apucat laringele cu mâna și l-a excizat — *Szigeti*. — 3. Un medic, în baie, după ce și-a tăiat vinele dela ambele mâni, și-a mai deschis și arterele temporale — *Hofmann*. — 4. O femeie și-a făcut tăieturi la ambele coaste, la încheeturile mânilor, câte una sub fiecare mamelă și o tăietură pe malcola interioară stângă — *Lesser*. — 5. O femeie, după ce și-a tăiat vinele dela îndoitura genunchiului, și-a dat o lovitură de topor în cap.



Fig. 248. - Sinucidere prin trei tăieturi adânci la gât.

XII. Instrument înțepător: o alienată și-a înfipt perpendicular acul dela o broșă în spațiul intercostal stâng, provocându-și moartea prin tamponada inimii, consecutivă ruperii unei ramuri a arterei coronare — *Canuto*, 1928.



Fig. 249. — Sinucidere: o tăietură la gât cu un cuțit care a ajuns până la coloana cervicală.

Destul de frecvent se notează răni multiple, nu numai în partea dreaptă ci și în cea stângă a corpului:

1. Un sinucigaș și-a dat 10 lovituri paralele și foarte apropiate una de alta, în regiunea precordială (dintre cari 9 au atins ventriculul) și 3 la gât — *Piga*, 1924.

2. Un alientat și-a făcut, cu un cuțit de bucătărie, 145 înțepături la cap, gât, piept, abdomen, coapse și brațe.

3. Un alt alient și-a dat 23 lovituri de cuțit.

XIII. Curentul electric: cazuri exteme de rare; în toată literatura medicală nu sunt cunoscute mai mult de vre-o 50.

XIV. Înghițirea de corpi streini. — Sinuciderile acestea se înregistrează mai ales la alienați, epileptici, histerici, deținuți:

1. O epileptică, după ce a luat fosfor și o soluție de potasă caustică, a înghițit câteva ace de siguranță și croșete — *Schwarz-mald*.

2. Un tânăr de 21 ani a înghițit 26 cuișe de diverse mărimi, dintre cari unul de 11 și altul de 13 cm. — Un altul a înghițit 75 corpi streini; fragmente dintr'o țevă, bucăți dintr'o lingură, cuișe de dimensiuni diferite; un fragment de lingură era de 11,5 cm., iar un cuișe de 8 cm. — *Aszalos*, 1929.

3. *Straus* a găsit, la o autopsie, 60 corpi streini de natură diferită.

4. *Rosenstein* a găsit, între altele, o bucată de sârmă de 22,8 cm., o vergea de fier de 15 cm., bucăți de lemn.

5. *Buerger* a găsit, în intestinul unui spânzurat, bucăți de piele și de postav, bucăți dintr'un ciorap.



Fig. 250. — Sinucidere: vederea tăieturii făcute cu un briciu.

XV. **Criptomania-claustromania:** o dementă precoce, internată, s'a furișat de patru ori în pivniță unde, de ultima dată, s'a ascuns timp de aproape o săptămână, cu gândul de a se lăsa să moară de foame și de lipsă de aer priment (*Barrancos, 1928*).

XVI. **Tentative repetate:**

1. O Americană a încercat de 26 de ori și în diferite feluri să se sinucidă. — 2. O Vineză, într'un singur an, a luat de 8 ori otravă (*Haberda*).

XVII. **Sinucideri cu forme combinate.**—Literatura medico-legală abundă în observații de atari sinucideri:

1. Și-a tăiat gâtul și apoi s'a aruncat în apă — *Schwarzacher, 1929*. — 2. întâiu a luat cianura de potasiu și apoi s'a împușcat — *Belohdracky*. — 3. Un alcoolic, după ce și-a făcut cu un șnur 10 circulare în jurul gâtului, s'a stropit cu petrol, și-a dat foc și apoi s'a aruncat pe fereastră de la o mare înălțime — *Fog, 1927*. — 4. O tânără femeie, după ce și-a făcut o tăietură la gât, s'a sufocat prin băgarea unei mânuși în gură — *Haberda*. — 5. După ce și-a retezat mâna, s'a spânzurat — *G. Strassmann, 1921*. — 6. Într'un acces de febră delirantă, se aruncă pe fereastră, iar jos, cu un ciob de sticlă, își face tăieturi la articulațiile membrelor — *Haberda*. — 7. Unul își taie gâtul și apoi își trage un foc în gură. — 8. Un alienat își face o tăietura la incheetura mâinii stângi, își dă o lovitură în inimă și apoi își descarcă un foc de revolver în tâmpla dreaptă. — 9. După o lovitură de sabie în cap, mai are puterea să-și tragă un glonte în gură — *Blumenstock*.



Fig. 251.— Sinucidere: secționarea gâtului cu un cuțit.

c. **Sinuciderea care simulează crima**

Numeroase sunt observațiile dintre cari spicuim pe cele mai edificatoare:

1. Unul își face cu briciul două tăituri la ceafă — *Hofmann*. — 2. Cu cuțitul își dă o lovitură puternică în ceafă (adâncă de 12 cm.), cu desfacerea articulației cervicale și retezarea măduvei — *Flintger*. — 3. Un plutonier, cu patul puștii rezemat perpendicular de perete și cu gura țevii lipită de spate, își descarcă un glonte — *Tovo*. — 4. O lovitură de cuțit în spate — *Munck, 1926*. — 5. Se strangulează cu o sârmă care face 10 circulare în jurul gâtului — *Marx, 1928*. — 6. O femeie, aplecând tare capul pe piept, își dă o lovitură de topor în occiput — *Langer*. — 7. Un alienat, cu o sârmă, își găurește scrotumul; apoi cu unghiile își mărește ruptura și smulge un testicul. Ingrijit, e vindecat; după câteva luni își sfâșie scrotumul cu unghiile și smulge al doilea testicul — *Haberda*. — 8. Unul se aruncă pe o spadă imobilizată perpendicular pe pardoseală — *Wachhotz*. — 9. Două cazuri de femei însărcinate cari și-au spintecat

pânțele, scoțându-și copilul — *Haberda, Sury.* — 10. Unul se împușcă lipind țeava revolverului sub omoplatul stâng — *Carrara, 1928.* — 11. Un bătrân alienat și-a bătut 5 cuie în cap — *Cissel.* — 12. Un altul și-a bătut un cuiu de 8 cm., în tâmplă — *Lepit, 1925.* — 13. Unul și-a bătut în cap cuiu, pe cari apoi le-a scos, iar pe găuri și-a băgat ace în creier — *Angelstein.* — 14. Un alienat și-a bătut cu o cărămidă un șurub în parietal și un alt șurub în frunte — *Haberda.*

d. Sinuciderea multiplă

Etiologia acestei forme a sinuciderii diferă după numărul sinucigașilor în tovărășie.

1. Sinuciderea în doi are drept cauză mai frecventă: dragostea fără nădejde; boala fără leac a unuia din soți care nu poate concepe viața fără prezența lângă el a ființei îndrăgite; aberațiunea a două femei sugestiv botezate „prizoniere“.

2. Sinuciderea în grup are, în cele mai multe cazuri, drept



Fig. 252. — Sinucidere colectivă (familia Filinovic): parte din cele 10 cadavre găsite culeate în jurul mangelului (în stânga, doi dintre băieții mai mici; în dreapta, cele două surori).

împulsiune unică mizeria. S'au înregistrat și atari sinucideri multiple, având drept cauză o boală ereditară care n'a cruțat pe nici unul dintre membrii familiei. Se mai poate ca, soțul, văzându-și

viitorul compromis. să pună la cale cu soția, asupra căreia exercită un mare ascendent, sinuciderea în comun cu copiii, sau omorirea în prealabil a acestora și apoi sinuciderea părinților.

Dar marea, hotărâtoarea cauză e desnădejdea, obnubilarea minții de mizeria actuală sau de perspectiva apropiată a lipsei complete.

O ilustrațiune groaznică de ravagiile catastrofale ce le poate face îndemnul obsedant al mizeriei, e cazul sinuciderii colective a familiei Filipovici din București (10 persoane), — caz care ne oferă o icoană puternic conturată de ceea ce numim *nebulia comunicată*.



Fig. 255. — Sinucidere colectivă (familia Filipovici). — Cadavrele celor 5 băieți minori (dela stânga la dreapta): Grigore, Alexandru, Vasile, Ștefan și Dimitrie.

Bătrânul Ion Filipovici, capul unei familii de 15 persoane, ademenit de perspectiva unui traiu bun și îmbielșugat, cu care unul din fiii săi, Nicolae, fire pe cât de aventuroasă pe atât de lipsită de scrupule, știuse să-l amețească, se hotărăște să-și desfacă gospodăria dintr'un târg din nordul Moldovei și se mută la București. Banii lichizi, realizați din bruma de avut imobiliar ce-l avea acolo, îi încredințează lui Nicolae care, prin ascendentul uzurpat, devenise ade-văratul spiritus rector al comunității familiale.

Curând întregul angrenaj de expediente — singura bază a viitorului de aur cu a cărui viziune Nicolae Filipovici orbise întreaga familie — se smintește, castelul de Spania se năruie; iar după risipirea norului de praf nu rămâne decât o neagră mizerie materială asociată cu o nu mai puțin pronunțată mizerie morală. Singur Nicolae își stăpânește nervii și, cu un diabolic sânge rece, concepe și pune în execuțiune planul de a se descotorosi de povara strivitoare ce constituiau pentru el celelalte douăsprezece guri de hrănit.

Asigurându-și complicitatea fratelui imediat mai mic ca el, Gheorghe, explică restului de unsprezece, că unica soluție a catastrofei materiale e sinuciderea. Și n'a avut mult de lucru spre a-i convinge, pentrucă terenul patologic era cât se poate de prielnic:

1. Ion Filipovici, 65 ani: un alcoolic inveterat (edem meningeu, degenerescența organică a alcoolismului cronic).

2. Maria Filipovici, 45 ani, mama: alcoolică și ea, o debilă mentală dăruită pedesupra cu un cancer al uterului, în plus degenerescenta organică a alcoolismului cronic.

3. Ana Dippel, 67 ani, bunica după mamă, o hipocondriacă, ținea isonul lui Nicolae: singura ușurare numai în moarte trebuie căutată.

4. Ana Filipovici, 20 ani fata mai mare, fire romantică, se împacă lesne cu gândul morții năprasnice.

5. Elvira Filipovici, 18 ani, o melancolică, aștepta cu resemnare sărutul morții, pe care o cărturăreasă i-l prezisese cu doi ani mai înainte.

6. Grigore Filipovici, 16 ani, un slab de ingeri.

7. Alexandru Filipovici, 12 ani (criptorchidie bilaterală). Era încredințat că „osânda morții fusese rostită de însuș Domnul din Ceruri”.

8. Vasile Filipovici, 10 ani (criptorchidie bilaterală).

9. Ștefan Filipovici, 9 ani (monorchidie stângă).

10. Dimitrie Filipovici, 7 ani (monorchidie dreaptă).



Fig. 254. — Sinucidere colectivă (familia Filipovici). — Cadavrele celorlalți 5 membri ai familiei (de la stânga la dreapta): Ion Filipovici, Maria Filipovici, Ana Dippel, Ana și Elvira Filipovici.

Ultimii trei (Alexandru, Vasile și Ștefan), copii în cea mai nevinovată vârstă și sugestionabili de ceilalți, nici nu erau în stare să facă deosebirea între lumina vieții a cărei cale abea li se deschidea și bezna morții care-i imbia cu făgăduința raiului.

Singura care a scăpat a fost Silena Filipovici, o imbecilă, tratată și maltratată ca o slugă, fată din prima din cele trei căsătorii succesive ale bătrânului. Și a fost cruțată, pentrucă restul familiei, în cap cu tatăl și mama vitregă, n'au socotit-o vrednică să fie părtașă la cinstea morții în comun.

Nicolae, ca un impecabil regisor, luase asupra sa pregătirile, chit ca, în clipa hotărâtoare, el, împreună cu complicele său Gheorghe, să se eschiveze. Le-a organizat ospățul morții: slănină și bere (aceasta din urmă fiind destinată să frângă vreo eventuală veleită de rezistență din partea copiilor). La sfârșitul mesei, Ana Filipovici le-a ținut un patetic logos de îmbărbătare pentru urcarea calvarului, în vârful căruia îi aștepta mântuirea năcazurilor lumești. Și, extatici, cu câte o perniță pentru cap sub braț, în cap cu mama

purtătoare a unei icoane și a unei candelă, pornesc unul după altul, pe scara ce ducea la pod. Aci toate crăpăturile fuseseră dinainte bine astupate, iar în jurul unui mangal aprins erau dispuse 10 culcușuri (saltele sau zdrențe îngrămădite), pregătite de bunica (Ana Dippel).

După ce, pentru ultima rugăciune cu toții ingenunchiază în jurul unei măsuțe pe care mama pusese icoana Maicii Domnului și candela, se întind fiecare pe culcușul destinat și se afundă în somnul vecinicii sub mângăierea vaporilor de cărbune. A doua zi, autoritățile, înștiințate, sparg ușa pe dinăuntru zăvorâtă a podului și dau peste tabloul a zece cadavre, în cerc în jurul mangelului.

Incheerea medico-legală:

1. Sinuciderea colectivă sub imperiul nebuniei comunicate.
2. Teren indeosebi propice macabrei sugestii (indemnul scleratelului Nicolae); tare trupești, psicho-nevroze, inconștiența copiilor.
3. O pronunțată nuanță de misticism religios.

e. Diagnosticul sinuciderii

Am văzut, la studiul diverselor leziuni și al felurilor de moarte, cum se diferențiază o rană vitală de una post-mortală, o moarte naturală de una violentă. Ne rămâne să dăm numai câteva indicațiuni pentru confirmarea sau infirmarea tezei sinuciderii, pentru anumite leziuni.

În prealabil ținem să atragem atenția asupra câtorva particularități cari, ignorate sau nesocotite, pot vicia concluziunea finală a expertizei:

A. Intervalul de supraviețuire a sinucigașului fără apel menit morții. — Otrăvitul, oricât de rapidă ar fi moartea, mai are puțința să arunce eventualul rest de otrăvă ori să distrugă urmele materiale trădătoare ale actului său.

O rană mortală, făcută cu un instrument tăios, tăios-înțepător, tăios-contondent, cu arma de foc nu suprimă cu totul nici posibilitatea deplasării nici judecata; sinucigașul e capabil să arunce ori să ascundă arma, spre a nu putea fi identificată. Am citat, în această privință, exemple edificatoare, când am vorbit despre supraviețuire. Vom completa cu următoarele trei observații: o femeie, după ce-și taie carotida și jugulara într-o parte a gâtului, aruncă instrumentul vulnerant și mai face vreo douăzeci de metri; un individ, după ce, pe câmp își face o tăitură mortală la gât, aruncă briciul, se târăște până la un șopron unde rămâne peste noapte, iar a doua zi face câțiva kilometri până la oraș, și mai supraviețuiește 14 zile la spital; un sinucigaș, cu laringele și faringele tăiate până la coloana vertebrală, a mai putut vorbi.

Numai când e vorba de tăituri, înțepături, multiple, dintre cari cel puțin două răni mortale, atunci cu mare probabilitate se poate exclude sinuciderea. Dimpotrivă, două sau chiar mai multe răni mortale cu arma de foc nu exclud posibilitatea sinuciderii (unul și-a tras trei gloanțe în cap — *Corin-Héger Gilbert*). Sinucigașul

își păstrează cunoștința după întâiul și al doilea foc, dacă proiectilele n'au atins zone susceptibile de a deslănțui numaidecât comotia cerebrală. dacă nu s'a produs nemijlocit o hemoragie cerebrală, dacă nu s'a lezat un centru dela care să pornească imediat o paralizie. Deasemenea, chiar după prima rană mortală în inimă. sinucigașul mai poate face uz de armă și să mai descarce încă unul, două, trei focuri, chiar fără a avea ambele mâni înarmate cu câte un revolver.

B. Sinuciderea poate fi confundată cu un accident: aruncarea dela înălțime, aruncarea din trenul în mers, aruncarea într'o prăpastie, înecarea, spânzurarea, strangularea, căderea peste un instrument tăios, descărcarea automată a armei din nebagare de seamă atinsă, explozia neașteptată a unei substanțe explozive.

C. Simularea crimei în scop de răzbunare (auto-mutilarea)

D. Simularea morții subite: în mijlocul mai multor persoane și. în clipa când nu e observat. înghite o otrăvă care ucide fulgerător.

E. Sinuciderea într'un loc tănuț; fie cu gând de răzbunare, spre a lăsa să planeze bănuiala crimei asupra unei persoane pe care o și indică în scris, pe un petec de hârtie găsit asupra cadavrului; fie spre a preîntâmpina o eventuală împiedecare în ultimul moment.

F. Sinuciderea e neîndoioasă și cu toate acestea aparențele sunt ale crimei: sinucigașul se desfigurează singur turnându-și pe față o soluție caustică: familia descoperă sinuciderea (otrăvire) și, de teama bănelii (vecinii știau de existența unui conflict) spânzură cadavrul.

G. Dispariția urmei sinucigașului: se împușcă. își taie beregata, se otrăvește și apoi se aruncă în apă.

* * *

Să trecem acum la examenul leziunilor particulare asupra căroră am spus că vom să insistăm:

1. **Tăitura dela gât.** Ea poate fi făcută și cu o mână și cu cealaltă. Dreptaciul își face de obicei o rană puțin oblică, de sus în jos și dela stânga spre dreapta. Stângaciul: rana, tot puțin oblică, tot de sus în jos, dar de astădată dela dreapta spre stânga. Rar se pot vedea tăituri orizontale. Se mai poate întâmpla să dăm peste o tăitură oblică de jos în sus (dela stânga spre dreapta — *dreptaciul*, dela dreapta spre stânga—*stângaciul*): în cazul acesta sinucigașul a aplicat instrumentul pe gâtul aplecat în dreapta pentru dreptaciul și în stânga pentru stângaciul.

Tăitura pătrunde între faringe și osul hioid, adesea atinge faringele, rareori tracheea: foarte rar se vede deasupra osului hioid. — E posibil ca sinucigașul să ajungă cu cuțitul (brițul, etc.)

până la artera vertebrală (*Lacasagne—Jobert*). — Direcția tăiturii se mai poate determina după adâncimea cozilor răni.

Sinucigașul, de regulă, își desgolește gâtul; pe când criminalul lovește peste gâtul în parte acoperit de gulerul cămășii, care nu e cruțat.

Excepțional tăitura dreptaciului poate fi dela dreapta spre stânga (*Dufour*).

De regulă transversală, tăitura poate fi uneori și longitudinală.

2. Lovituri în alte regiuni ale corpului. — Dacă sinucigașul și-a făcut mai multe răni, de regulă mâna în care a ținut instrumentul (cuțitul, briciul, etc.) e pătată cu sângele scurs pe mâner.

3. Sinuciderea cu arma de foc. — I. *Regiunea*, firește — date fiind observațiile publicate la „Sinucidere care simulează crima” — nu are o valoare deosebită pentru diagnosticarea crimei sau a sinuciderii. În marea majoritate a cazurilor însă — ceea ce nu e *ipso facto* și pecetea sinuciderii — sinucigașul își alege ca țintă *capul* (fruntea, tâmpelc, de regulă: uneori gura, urechile, nările, ochii, sub bărbie) și *regiunea precordială*. — În ce privește capul, nu e exclus ca un dreptaciu să tragă în tâmpla stângă, iar un stângaciu în cea dreaptă. S'a înregistrat și o sinucidere cu arma descărcată în vagin.

Cât despre linia capricioasă a canalului — despre care am vorbit la răniurile cu arma de foc — ea se poate, firește, întâlni și în sinucidere. O observație interesantă e următoarea: orificiul de intrare la parietalul drept: un prim orificiu de ieșire la bărbie, apoi proiectilul și-a continuat drumul prin trunchiu, pătrunzând în fosa jugulară și, străbătând inima, s'a oprit în abdomen (*Canuto, 1926*).

II. *Rana* are întotdeauna caracterul aceleia al tragerii dela o distanță minimă sau cu gura țevii lipită de regiunea vizată.

III. *Pata de negreală și leziunile* dela mâna care a tras sau dela mâna cu care sinucigașul a ținut țeava lipită de trup.

IV. *Prezența armei în mâna sinucigașului* nu e un indiciu întotdeauna concludent: 1. sinucigașul a mai avut putere să se întoarcă sau chiar să se deplaseze și să arunce sau să pună arma pe un obiect din preajma lui; 2. se poate să fie crimă și arma a fost pusă în mâna victimei înainte de a se fi produs spasmul cadaveric; 3. în caz de agresiune, mortul ține mâna încleștată pe armă, înainte chiar de a fi avut vreme să răspundă la primul foc descărcat de agresor.

III. Accidentul

Fără a mai vorbi de accidentul de muncă (sub forma traumatismului fizic și psihic și aceea a bolilor profesionale), ori de

accidentele de ordin medical, vom observa, în ce privește accidentul în genere, că nu odată expertul e chemat să lămurească justiția, atât în penal cât și în civil, dacă nu e locul ca, pe cale de eliminare, să se conchidă că, neexistând certitudinea nici de crimă, nici de sinucidere, nici de producere spontană a leziunii sau a morții, cu foarte multă probabilitate faptul medical își are originea într'un accident.

A. Faptele medicale și bolile profesionale

Posibile sunt toate leziunile traumatice (de ordin fizic sau psihic), toate efectele intoxicațiilor.

1. Capul. — a. Mai nu e leziune craniană care să nu se poată explica printr'un accident. — b. *Meningele și creierul*: aceeaș observație. Un exemplu de importanța leziunilor cari, superficial examinate, pot părea suspecte: la autopsia unui lucrător, care murise aproape numai decât după ieșirea lui dintr'un cheson instalat sub apă, s'au găsit focare hemoragice în creier; e astăzi stabilit că prin decompimarea aerului, asemenea fenomene se pot produce.

2. Pielea. — Toate leziunile și afecțiunile tegumentare pot avea ca origine accidentul. Să exemplificăm prin câteva observații:

a) *Chelia (tonsura)* și *cărnușirea localizată* efect al purtării repetate și prelungite a unei greutăți mai mari pe cap: coș, legătură, etc. (cazuri notate de *Microz*, 1927).

b) *Erupții cutanate* în mănuierea preparatelor industriale cu bază de arsenic.

c) *Cancerul* dosului mâinii și al degetelor, consecutiv acțiunii razelor X (la radiologi). Cancerul feței (inclusiv buzele și pleoapele) la cei cari manipulează smoala.

d) *Dermatoze*: acne, foliculoză, hiperchromia, hiperkeratoza, negii la persoanele cari vin în contact cu păcura, uleiurile minerale, bitumele.

e) *Eczemele* consecutive manipulării cimentului (o femeie de 27 ani, care lega sacii cu ciment, capătă o eczemă caracteristică a pavilioanelor auditive și a apofiselor mastoide; un lucrător de 58 ani prezintă o eczemă generalizată pe întregul corp, cu plăci ulcerose și sângerânde: trei lucrători ai unei fabrici de tuburi de ciment au ulcerații rotunde la degete).

f) *Pustula maligna* consecutivă inoculării unei excoriații cutanate, în contactul cu pielea dela un animal care a murit de dalac.

g) *Flegmonul* inoculat printr'o înțepătură septică.

3. Alterarea sângelui și leziuni vasculare consecutive intoxicației profesionale cu vaporii de benzol (*Landé*, 1928).

4. *Gangrena* consecutivă unei intoxicații industriale și care are ca semne prodromice: iritațiunea locală, paloare, cianoză, edem și tromboză. Gangrena aceasta a fost notată mai ales la persoane în vârstă de 20—40 ani (*Zangger*, 1929).

5. *Necroza maxilară*: la 3 lucrători ai unei fabrici de chibrituri s'a observat recidiva necrozei fosforice a maxilarelor după trecerea de 9, 12 și 16 ani.

6. *Fieatul*. — a) *Atrofia galbenă* — la doi lucrători ai unei fabrici de încălțăminte, cari manipulau cleiul cismăresc în compoziția căruia intra tetracloridul de acetilen (*Schibler*, 1929).

b) *Icter și leziune hepatică* de pe urma saturnismului industrial. Icterul seamănă sau cu cel hemolitic sau cu cel cataral (*Leroin*, 1928).

c) *Necroza ficatului și icterul* consecutive acțiunii hidrocarburelor clorate din industrie.

7. *Ochii*. — a. *Leziuni ale conjunctivelor și corneei* în industria mătasei artificiale (Colrat, 1929), în contactul cu hidrogenul sulfuros, cu aulfura de carbon și acidul sulfuric.

b) *Leziunile cristalinului* la lucrătorii din industriile metalurgice și din orice industrie cu o mare acțiune a focului.

c. *Leziuni oculare* la lucrătorii cari manipulează sulfurul (Mita, 1929).

8. *Anemia*. — a. *Anemia plastică* datorită acțiunii corpurilor radioactivi.

b) *Anemia plastică hemoragică* prin intoxicația benzenică profesională (o fată de 19 ani, care lucra într'o fabrică de impermeabile, prezintă: epistaxis, melena, metroragie, mici hemoragii cutanate, ulcere mici cu aspect scorbutic la gingii și buze, clonus pedestral bilateral; moartea — Laignel-Lavastine, 1928; o observație analoagă a lui Vercelotti — 1928 la o lucrătoare de 25 ani, tot dela o fabrică de impermeabile).

c) *Anemia pernicioasă* consecutivă acțiunii razelor X, a radiumului și a toriumului (E. Weil, 1926).

9. *Leucemia* consecutivă acțiunii corpurilor radioactivi.

10. *Hemoragiile*. — a. *Hemoragia mortală la un hemofil* după ridicarea unei greutatei mari (hemoragie retro-peritoneală în dreptul corpului osului iliac; moartea după 8 zile — Kissinger, 1928).

b) *Hemoragie mortală consecutivă benzolismului*: epistaxis bilateral, hemoragie gingivală, sufuziuni sanguine la membre, albuminurie.

11. *Turburări digestive*. — *Intoxicație profesională cu tetraclorură de carbon* (o gastro-enterită cu forma de cholera nostras, cu icter și simptome uremice, cu moartea după 12 zile la un lucrător care a manipulat tetraclorura de carbon ca antideparazitar — Hausmann-Helly, 1929).

12. *Acidoza* consecutivă intoxicației alimentare (mai ales la copii).

13. *Hernia* consecutivă unui efort.

14. *Tetanosul* consecutiv acțiunii infecțioase a țărânei, excrementelor animalelor domestice, fecalelor umane. Victimele acestui accident se recrutează de predilecție printre muncitorii agricoli, paznicii de vite, vizitii, lucrătorii dela întreprinderile barometrice, etc.

15. *Sifilisul*. — a. *Contaminarea suflătorului din fabricile de sticlă*, care duce la gură tubul mai înainte întrebuințat de un alt lucrător, sifilitic.

b) *Contaminarea prin înțepătura anatomică*: 1. Un autopsier, la tăierea cadavrului unui sifilitic, s'a înțepat la un deget. Rana a fost socotită drept panariciu și ca atare tratată; după 6 săptămâni s'a declarat un exantem, iar la un an s'au produs simptomele mielo-meningitei sifilitice. — 2. Un neurolog, la autopsia cadavrului unui copil eredo-sifilitic, s'a înțepat la policele mâinii drepte; s'a declarat șancru, exantem și paralizie urmată de moarte — Erich Hoffmann, 1929.

16. *Avortul* consecutiv unei intoxicații profesionale (hidrargirism, benzinism, etc.).

17. *Organele genitale*. — a. *Cancer al scrotumului* la persoanele cari lucrează în rafinăriile de petrol, în fabricile de țesături de bumbac.

b) *Cancer al scrotumului, testiculelor și penisului* la coșari.

18. *Impotența redusă sau totală* în intoxicațiile industriale (saturnism, hidrargirism, arsenicism, fosforism).

19. *Sterilitatea*: acțiunea corpurilor radioactivi, acțiunea razelor X.

20. *Aparatul respirator*. — a. *Dispneea cronică* datorită petrolismului.

b) *Tuberculoza* are drept cauze accidentale: oboseala, intemperiiile, insuficiența primenirii aerului, insuficiența luminii, inhalarea pulberelor

iritante (cioplitorii în piatră, strungarii, polisorii, lucrătorii din fabricile de tutun, din industria de transformare a oaselor și a coarnelor, din fabricile de sief, minerii, cărbunarii, lucrătorii cuptoarelor de ars varul, vărarii, lucrătorii din fabricile de vopsele, etc. etc.).

c) *Cancerul pulmonar*, debutând prin catar bronhic, la lucrătorii din mine.

21. *Cardiopatiile foarte frecvent datorite unui surmenaj fizic.*

22. *Rinichii.* — a. *Degenerarea grăsoasă* cu albuminurie în arsenicismul cronic.

b. *Atrofia în saturnism*; în acțiunea prelungită a acidului cromatic, a fosforului; în inhalarea vaporilor de alcool metilic; în turnătoriile de metal.

c) *Hemoragii* la lucrătorii fabricelor de porțelan.

d) *Nefrita cronică* la lucrătorii întrebuințați la extragerea thaliului din reziduuri de sulf.

e) *Cancer al rinichiului* la lucrătorii cari manipulează vopselele cu bază de anilină.

25. *Căile urinare.* — a. *Prezența mercurului în urina dentiștilor și a tehnicienilor dentiști.* Intoxicația se face prin inhalarea vaporilor mercurici (0,0272—0,948 mgr. de metru cub de aer) din atmosfera încăperii.

b) *Neoplasme papilare* (benigne și maligne) în industria anilinei.

c) *Cancerul vesiceii* la persoanele cari manipulează vopselele cu baza de anilină

24. *Efecte tardive.* — a. *Saturnism* într-o fabrică de capsule de staniol.

b) *Intoxicația clorică* la persoane cari lucrează într-o fabrică de hârtie (clorul fiind întrebuințat la albirea hârtiei).

c) *Arsenicism* la foști lucrători într-o fabrică de oțel (*Muehlberger*, 1928).

d) *Intoxicația cu culorile întrebuințate la confecționarea cadranelor fosforescente*: 15 cazuri mortale, în interval de 1—7 ani după părăsirea fabricii (*Martland*, 1929).

e) *Hidrargirismul dentiștilor și al tehnicienilor dentari*: la 70 dentiști și tehnicieni examinați s'a găsit mercur în urină și fecale, iar ca tablou clinic: stomatită, salivatie abundentă, turburări digestive și limfocitoză (*Boniski-Fischer*, 1928)

25. *Afecțiunile psihice și nervoase.* — a. *Psychoze toxice* (delir anxios, halucinații vizuale, depresione) la lucrătorii din fabricile de mătase artificiață (*Tommasi*, 1927).

b) *Epilepsia consecutivă benzenismului profesional* (*Stiegler*, 1928).

c) *Insomnie, coșmaruri, astenie, cefalee, tremurături* în forma cronică a intoxicației profesionale cu tetraetilul de plumb (*Heim de Balsac, Agasse-Jafont, Feil*, 1928).

d) *Polineurita urmată de un sindrom medular* în intoxicația saturnină profesională (*Levin-Treu*, 1927).

e) *Paralizia nervilor faciali* la schimbarea masei depurative a unui generator de acetilen (*Gerbis*, 1928).

f) *Sindromul lui Parkinson* în intoxicația profesională cu sulfura de carbon (*Gianotti*, 1929).

g) *Paralizia ambelor picioare, paralizia sfincterului anal și pareza antebrațelor*, consecutive intoxicației cu clorura de sulf, la un lucrător al unei fabrici de elastic (*Adler-Herzmark*, 1929).

h) *Neurastenia, paralizia piciorului stâng și a vesiceii* la un lucrător întrebuințat la gudronarea șoselelor (*Mc Cord*, 1929).

i) *Turburări vizuale, tremurul limbii și al mânilor*, consecutive intoxicației profesionale cu clorura de sulf (*Adler-Herzmark*, 1929).

j) *Cefalee, vertij, delir, turburări ale vorbirii, convulsiiuni*, uneori și moartea, ca efect al benzolismului.

B. Accidentele de muncă (bolile profesionale)

Vorbind, la examenul individului, despre incapacitatea de lucru consecutivă unui traumatism fizic ori psihic, acțiunii unei substanțe toxice, pedeoparte am definit această incapacitate, iar pe de alta am arătat mecanismul determinării și aprecierii ei. E firesc ca o atare expertiză să se producă oridecâte ori e vorba de un accident de muncă, pentrucă în atare caz e angajată răspunderea pecuniară a întreprinderii sau, *cum e la noi*, aceea a Casei speciale a Asociațiunii patronale, administrată de Casa Centrală a meseriilor și asigurărilor sociale. Pentrucă, la noi, nu există o lege propriu-zisă a accidentelor de muncă; prevederile, in această privință, sunt cuprinse în „Legea pentru organizarea meseriilor, creditului și asigurărilor muncitorești“, pentru aplicarea căreia s'a hotărît în mod expres suprimarea art. 998—999, 1001—1005 c. c.

1. Diagnosticul

Deoarece expertul e chemat, nu numai să constate faptul medical, ci și în măsura putinței să demonstreze existența unui raport direct cu îndeletnicirea persoanei examinate (vie ori moartă), socotim util să dăm și o definiție a accidentului de muncă, pe care n'o găsim nici în legislația românească nici în cea streină. Vom considera drept accident de muncă orice turburare funcțională, orice leziune care, din cauza ori în timpul lucrului, pricinuește fie o incapacitate de muncă parțială sau totală, trecătoare sau permanentă, fie moartea.

Dar nu ajunge ca faptul medical să se fi produs din cauza ori cu prilejul lucrului, ci trebuie pedeoparte să se facă dovada, că întreprinderea a ignorat starea particulară a salariatului (beția, de exemplu) sau starea lui predispozantă (o afecțiune cronică incompatibilă cu felul de lucru), iar pe de alta să se determine.

I. *Dacă faptul medical, în forma în care se prezintă, e datorit exclusiv accidentului, sau el a fost numai agravat de acesta.*

II. *Dacă gravitatea faptului medical corespunde gravității accidentului* (de exemplu: o rană, relativ neînsemnată, la un diabetic, necesită amputarea unui membru).

III. *Dacă faptul medical a putut ori nu să fie o consecință directă a accidentului* (moartea subită, moartea prin inhibiție).

IV. *Dacă faptul medical e real și nesofisticat, adică nu e exagerat, sau e pur și simplu simulat ori închipuit*, deoarece, am spus-o, vorbind despre incapacitatea de lucru, că unii lucrători reclamă indemnizația sub imperiul „sinistrozei“ sau a „nevrozei rentei de invaliditate“.

Așa dar, expertul, înainte de a-și formula concluziile, în cari va indica și gradul de incapacitate sau cauza morții, va cântări toate elementele trase atât din anamneza stării anterioare accidentului (bolii profesionale) cât și din examenul stării prezente.

* * *

De aceleași norme se conduce expertul și când e vorba de examinat o persoană vie sau cadavrul unui asigurat contra accidentelor — *asigurare contractată la o societate particulară*.

2. Expertiza

a) **Incapacitatea temporară.** — Art. 114 al legii prevede că ajutoarele bănești se acordă numai dacă există o incapacitate de lucru mai mare de 5 zile. Iar art. 119 prescrie internarea accidentatului în spital, chiar fără consimțământul lui, dacă medicul găsește că boala necesită o îngrijire ce nu se poate avea în familie, ori dacă boala e contagioasă. Art. 124: plata ajutorului bănesc pentru boală se calculează pe baza certificatului scris al medicului corporației. (Sanctiunea pentru certificatele mincinoase: amendă și închisoare de 8 zile până la 5 luni). — Art. 125: dacă boala sau rănirea e pricinuită din beție, accidentatul pierde dreptul la ajutorul bănesc.

b) **Incapacitatea permanentă.** — Art. 142: renta pentru invaliditatea totală e de $\frac{2}{5}$ din salariu, iar pentru invaliditatea parțială se reduce în proporție de Casa Centrală a asigurărilor muncitorești. — Art. 145: dacă invalidul total are trebuință de îngrijirea permanentă a altei persoane, renta poate fi ridicată la întregul salariu. — Art. 170: asigurații vor primi o pensie de invaliditate, fără condiție de vârstă, dacă se constată că sunt în neputință permanentă de a lucra. — Art. 172: asiguratul n'are dreptul la pensia de invaliditate, dacă și-a pricinuit-o cu intenție. — Art. 177 prevede revizuirea accidentatului pensionar: pensia de invaliditate încetează, dacă invalidul, însănătoșindu-se, devine iarăș capabil de muncă. — Art. 184: dacă asiguratul, după ce a început prin a primi pensia de bătrânețe, devine invalid, el are dreptul să ceară sporirea pensiei până la valoarea aceleia de invaliditate.

c) **Moartea.** — În caz de moarte prin accident de muncă sau cu ocazia muncii, urmașii au dreptul la pensia fixată de lege (art. 141). Dacă femeea lucrătoare moare prin accident și soțul ei era de mai mult timp invalid, atunci și acesta, cași copiii, are dreptul la pensia prevăzută de lege.

C. Accidentele terapeutice și chirurgicale

Responsabilitatea omului artei poate fi angajată atât în penal (art. 248 și 249) cât și în civil (art. 998 și 999) oridecâteori e locul

de a i se imputa „nedibăcie, nesocotință, nebăgare de seamă, neîngrijire, nepăzirea regulamentelor“ (vezi: „*Responsabilitatea medicală*“, vol. I. pag. 228—275). Iar proiectul modificator al codului penal pedepsește și *euthanasia*. („Se consideră ca omor și va fi pedepsit cu maximul închisorii corecționale faptul de a ucide o persoană în urma insistențelor serioase și repetate ale acesteia“). Aceeaș pedeapsă se va aplica aceluia care cu știință pune la dispoziția unei persoane obiecte sau substanțe omoritoare — art. 411).

Dintre observațiile mai recente spicuiim:

I. Administrarea bucală, rectală și aplicațiunea externă

1. Intoxicația consecutivă administrării de *oleum chenopodii ca vermifug* (cazuri mortale datorite pedeoparte supra-dozării, iar pe de alta stării predispozante ce o constituie idiosincrazia pacientului — *Biesin*, 1929).

2. *Eleborul alb* (două cazuri mortale — *Wroblersky*, 1929).

3. *Thiroidina*: morbul lui Basedow consecutiv administrării acestui preparat (*Holboll*, 1927).

4. *Chinina* administrată în momentul când se pronunță durerile facerii: două cazuri de moarte a copiilor, unul în timpul parturii, celalt la 21 ore de la naștere (*Mc Sminey*, 1929).

5. *Blenosan*: după 6 capsule, o intoxicație cu febră și spuzaală a pielii (*Gutmann*, 1926).

6. *Atophan*: icter toxic consecutiv unei cure totale de 117 gr. de atophan (*Molzbeltd*, 1929).

7. *Borax*: intoxicația mortală a unui copil a cărui gură a fost tratată cu borax cu miere (*Birch*, 1928).

8. *Ephedrinul*: intoxicația cronică a unei femei de 36 ani căreia, pentru combaterea astmei, medicul îi prescriesese o doză de ephedrin după fiecare masă (*Higgins*, 1929).

9. *Resorcina*: intoxicație gravă cu o soluție de resorcină prescrisă de medic pentru tratamentul extern (*Strandberg*, 1927).

10. *Formalina*: bradicardia consecutivă administrării formalinei contra sudorij la tuberculoși (*Silvano*, 1927).

11. *Lysolul*: unui copil de 16 luni i se face o clismă cu 0,05 gr. lysol dizolvat în 5 cc. glicerină: după două ore: scaun cu mucus mult, paloarea feței, vărsături (*Hansen*, 1928).

12. *Cocaina*: intoxicația unui sugaciu căruia, pentru combaterea unor vărsături incoercibile însoțite de febră, s'a administrat un medicament cu cocaină (*Martinho da Rocha*, 1928).

13. *Strofantina*: intoxicație pe calea administrării rectale (*Fuehner*, 1929).

14. *Mercurul*: un copil de 2 ani, cu diateză exudativă, fricționat, pe capul și fața eczematoase, cu o pomadă de mercur (2,5%); se produc: un edem acut și dureror al extremităților și hemoragii (*Hanssen*, 1928).

15. *Acidul chromic*: fenomenele intoxicației după aplicarea unui tampon pentru tratarea unei cervicite ulceroase (*Fraulini*, 1927).

16. *Fenolul*: gangrena completă a scrotumului, consecutivă unor comprese cu o soluție de fenol 1% (*Pugh*, 1929).

II. Spălături

1. *Ruptura stomacului* în spălăturile forțate (*Key-Aeberg*).

2. *Intoxicație consecutivă unei spălături* cu 15 gr. de salicilat de sodiu, aplicată unui copil (*Anert-Odinet*, 1927).

III. Injecțiuni

1. Ergotina: un caz de gangrenă simetrică la ambele membre inferioare (*Goldberger*, 1928).

2. Antimosanul: intoxicația mortală a unei femei de 45 ani după două injecții (*Werkgartner*, 1927).

3. Chinina: caz de tromboză cu gangrenă a brațului, în urma unei injecții intravenoase cu chinină — *Jurak*: 4 cazuri de tetanos consecutiv injecțiilor intra-musculare de chinină — *Macquen*, 1927.

4. Heroina: două cazuri de paralizie respiratorie, după injecții subcutanate în doza de 0,01 gr. — *Woolf* (1929) preconizează reducerea dozei la 0,005 care nu periclitează funcția respiratorie.

5. Saprovitantul: caz mortal după a 12-a injecție în tratamentul sclerozei multiple (*Cohn*, 1927).

6. Seroterapia antitetanică: caz de moarte (probabil idiosincrazie) a 4-a zi după injecție (*Koehler*, 1928).

7. Salvarsanul — neosalvarsanul. — În ordinea frecvenței accidentele notate sunt: dermatite, icter, hemoragii bucale și faringee, pete de purpura, moartea. Cele mai multe cazuri letale sunt datorite neglijenței medicului de a se asigura dinainte de condițiunile individuale ale pacientului: idiosincrasie, pericol de șoc anafilactic. — Dintre accidentele mai recente înregistrate la Institutul Medico-Legal din București relevăm următoarele două:

a) Femeie de 40 ani care a urmat un tratament antisifilitic cu neosalvarsan. Cu ocazia ultimei injecții, femeia a suferit de o criză nitritoidă, explicată prin intoleranța specifică a organismului — ceea ce medicul nu putea să prevadă (*Minopici*, 1930).

b) Bărbat de 54 ani. Tratament antisifilitic cu neosalvarsan. Moare năprasnic. La autopsie se constată o encefalită hemoragică, explicată prin criza nitritoidă declanșată de injecție (*Minopici*, 1930).

8. Metarsenbenzolul. — Accidentele observate: roșeața unilaterală sau bilaterală a conjunctivei cu eritem al pleoapei inferioare și lăcrimare; eritrodermie cu gravă inflamație a conjunctivelor, tumefacția corneei și iridociclită; purpura cutanată și mucoasă; paralizia trecătoare a ambilor mușchi externi ai ochilor; miopia transitorie; embolia unei ramificațiuni a arterei centrale a retinei; moartea.

9. Novarsenbenzolul: un caz de gangrenă pulmonară acută, rapid mortală, în cursul tratamentului (*Pages*, 1927).

10. Sulfarsenamina: un caz de moarte tardivă, la 10 zile de la ultima injecție antisifilitică (*Williams*, 1929).

11. Bismutul: caz de nefrită hemoragică mortală în cursul tratamentului cu carbonat de bismut (*Galliot* 1927): grave accidente locale (șezut) cu tendință sfacelică după o injecție intra-musculară cu o sare insolubilă de bismut (*Louste-Cohen*, *Vanbockstael*, 1927).

12. Albumina: moartea prin șoc anafilactic a unui băiat de 9 ani, astmatic, în urma unei injecții intra-cutanate de 0,1 cc. de albuș de ou (*Baagoe*, 1928).

13. Insulina: agitație, somnolență, hemoragie cerebrală (*Henderson* — 1927, *Host* — 1929).

14. Erotropina: moartea tardivă a unui băiat de 7 ani după o injecție intravenoasă (*Edelmann*, 1928). *Vogt* (1928) contestă însă că moartea ar fi datorită exclusiv acțiunii toxice a substanței: după el catastrofa poate avea ca origine embolia gazoasă pulmonară, status thymo-lymphaticus, status hypoplasticus, hemolisa post-injectorie. — *Nolie* (1928), comentând însă un caz de gan-

grenă a mucoasei vesicii la un individ de 61 ani, după o injecție intravenoasă de 10 cc., conchide că accidentele sunt o consecință a intoleranței individuale.

15. **Lipiodolul:** bronchiectazie unilaterală stângă, asociată cu o stenoză bronchică dreaptă la o femeie de 37 ani, în urma a două injecții (*Rist-Lapointe*, 1927); accidente epileptiforme în cursul unei injecții intra-tracheale (*Olmer — Zuccoli*, 1929).

16. **Clorura de sodiu:** moarte prin embolia arterei pulmonare, consecutivă tratamentului varicelilor cu o soluție concentrată de clorură de sodiu (*Lomholt* 1927).

17. **Aurul coloidal:** șoc anafilactic cauzat la o tuberculoasă (21 ani) de ultima injecție din întreaga serie (*Knosp*, 1929).

18. **Asepsia canulei:** două cazuri de infecție cu gangrenă gazoasă, după injecții subcutanate (*Anschuetz*, 1927).

19. **Pericolele injecțiilor intra-tracheale pe calea înțepării pielei:** frecvente purulențe ușoare în vecinătatea înțepăturii; puroiu în tegumentele gâtului cu infecție septică generală (*Lasderich, Guy Poumeau, Delille*). Calea laringeală pare preferabilă.

IV. Vaccinarea

1. **Vaccinul antivariolic.** — Frecvent se înregistrează accidente diverse în cari predomină cele nervoase: a) anxietate, cefalee violentă, insomnie, delir (după 10 zile dela vaccinare); b) paretezii, convulsii clonice, turburări de convergență a ochilor (după 10 zile); temperatura de 40°, starea delirantă (după 14 zile — *Enzière-Pages*, 1928)

Mader — 1929 publică următoarele 6 observații:

a) Copil de 1 an și 9 luni. La 7 zile dela vaccinare: convulsii, fenomene tetanice, pierderea cunoștinței. Ameliorare abea după 7 luni de tratament.

b) Fetiță de 11 ani și jumătate. La 4 zile dela a doua vaccinare: vărsături, hebetudine, agitație violentă, retenție urinară și fecală, paralizia brațului drept, o ușoară înțepenire a cefei, semnul lui Babinski pozitiv.

c) Băiețel de 5 ani. La 12 zile: hebetudine, înțepenirea cefei, vărsături, scrâșnire din dinți, nistagmus, semnul lui Babinski pozitiv.

d) Fetiță de 2 ani. La 10 zile: parapareza spastică a gambelor cu semnul lui Babinski.

e) Fetiță de 5 ani și 9 luni. La 8 zile: cefalee, oboseală, iritabilitate, incontinență urinară și fecală, somnolență, semnul lui Babinski bilateral pozitiv.

f) Băiețel de 6 luni. La 17 zile: vărsături, somnolență, înțepenirea cefei.

Caz de paralizie recurentă. — Băiat de 4 ani. La 12 zile: răgușeală, vomitarea alimentelor lichide, paraliza coardei vocale stângi (*Koto*, 1928).

Encefalita post-vaccinatorie. — După *Kaiser* (1929) în genere accidentul se produce între a 11-a și a 14-a zi dela vaccinare. Din 24 cazuri, 15 au fost mortale (mai mult la prima vaccinare a unor copii de 7—8 ani: numai un caz mortal cu unul de 4 ani).—Alte cazuri mortale au fost semnalate, între alții, de: *Aldershoff* (1927), *Wiersung* (1929), *Cattaneo* (1927), *Julliard* (1927), *Daser* (1928).—*Leoaditi* (1928), căutând să găsească originea acestei encefalite, în urma experiențelor făcute cu cimpanzeul, macacul, iepurele și șoarecele, a ajuns la concluzia că în nici un caz virusul vaccinului — care e foarte greu transmisibil — nu poate fi incriminat pentru provocarea encefalitei. — După noi, encefalita e datorită unei impurități a vaccinului.

2. **Vaccinul antidifteric:** 2 cazuri mortale consecutive greșelii medicului care, în tratamentul preventiv, s'a servit de ampule cu toxin (*Bessemans*, 1929).

3. Vaccinul polivalent: caz de neurită la un copil căruia i s'a făcut, la sezut, o injecție de vaccin polivalent conținând eter (*Marque, 1927*).

4. Autovaccinarea. Un băiețel de 2 ani și jumătate e vaccinat. Medicul neglijează să atragă atenția părinților asupra pericolului pentru o fetiță de 1 an care avea o eczemă și nu era vaccinată; ambii copii fiind scăldați în aceeaș cadă și cu aceeaș apă, fetița se îmbolnăvește și moare (*Hauck-Schuetz, 1927*).

V. Anestezia

Deși, grație modificărilor și perfecționărilor aduse tehnicei, accidentele, de o gravitate variabilă mergând uneori până la moartea imediată sau tardivă, s'au împuținat, nu e însă mai puțin adevărat că atari urmări ale anesteziei se mai înregistrează și se vor mai înregistra. Pentrucă nu ajunge respectarea prescripțiilor în ce privește dozarea substanței și durata acțiunii acesteia, ci trebuie ca, pentru fiecare caz, să se examineze cu o deosebită atențiune starea predispozantă, susceptibilitatea individuală.

Dintre stările predispozante acele cari dau un mai sigur contingent de accidente sunt status lymphaticus, miocardita, arterioscleroza, afecțiunile intestinale, degenerescența ficatului, a rinichilor, a inimii și a plămânilor, eclampsia, pielita sarcinii.

Iar la autopsie, atunci când e vorba de moartea tardivă, în marea majoritate a cazurilor, se notează turburări hotărîtoare ale centrilor nervoși: întinse modificări ischemice în encefal și creier (focare de anemie), tromboza sinusului longitudinal cu infarcti ai scoarței cerebrale, meningită, hemoragii meningeae și pe suprafața creierului, focare de ramolism, grave turburări ale circulației.

1. Anestezia generală prin inhalație: a) *Bromura de etil* și *protoxidul de azot* (anestezicul ideal pentru chirurgia renalilor, hepaticilor și infecțiilor) pentru narcozele rapide și de o durată de maximum 5 minute (doza mijlocie pentru adult: 10—12 gr.).

b) *Clorura de etil (kelenul)*, cel mai inofensiv dintre anestezice, e întrebuințată și înainte de administrarea cloroformului ori a eterului, în scopul de a preîntâmpina primejdia sincopei dela începutul cloroformizării și a suprima senzația neplăcută dela debutul eterizării. — Totuș se pot nota accidente mortale, în caz de supra-dozare, pentrucă acest anestezic e o otravă violentă a bulbului.

c) *Eterul*, administrat singur sau asociat cu pantoponul (o prealabilă injecție subcutanată de pantopon, cu o jumătate de oră înainte de eterizare) poate cauza și el accidente de diversă natură: 1. *congestia pulmonară* consecutivă răcirii post-operatorii (fenomen care se poate produce timp de câteva zile dela anestezie); 2. *oprirea respirației în timpul narcozei* (de aceea se recomandă operatorului ca, în tot timpul anesteziei, să supravegheze faciesul, ochiul, pulsul, căutând eventualele simptome ale intoxicației ma-

sive sau ale asfixiei); 3. *convulsiuni* precedate de cianoză, respirație neregulată, contracțiuni ale pleoapelor și buzelor; 4. o *cauterizare a corneei*.

d) *Cloroformul* e un anestezic excelent, dar trebuie mănuit cu foarte mare abilitate și nu trebuie administrat decât cu anumite garanții, pentru că el e *contra-indicat* în: insuficiența hepatică sau cea renală, congestiunile sau infecțiunile pulmonare întinse, cardiopatiile, status lymphaticus, hipoplazia capsulelor suprarenale. — Cloroformizatorul va veghea ca, după ce a obținut perioada anesteziei chirurgicale (precedată de aceea a excitației), acțiunea anestezicului să nu intre în perioada periculoasă a anesteziei organice (colaps), caracterizată prin încetinirea respirației, slăbirea bătăilor inimii, dilatarea bruscă a pupilei.

Accidentele, cari se pot nota la debutul, în cursul sau după încetarea anesteziei sunt: 1. *Sincopa albă*, sincopă reflexă, observată la pusilanimi, la începutul anesteziei; ea se poate produce și în cursul acesteia (din cauza dozei excesive) și atunci se anunță prin paloarea feței, dilatația bruscă a pupilei, rapiditatea și micimea pulsului. — 2. *Sincopa violetă* sau *albastră* consecutivă fie *asfixiei toxice* (exces de cloroform), fie *asfixiei mecanice* („înghițirea” limbii, vărsături pătrunse în trachee). — 3. *Vărsăturile* cari se produc în timpul adormirii pacientului și denotă anestezia incompletă. — 4. *Necroza ficatului*.

Accidentele post-anestezice: tusea, albuminuria trecătoare, vărsăturile biliouse de o zi sau două, nefritele, icterele cloroformice, moartea după câteva ore sau chiar o zi. *Delbet* atribuie moartea subită după operație (șocul operatoriu) leziunilor capsulelor suprarenale și de aceea recomandă ca intervențiunea chirurgicală să fie precedată de o injecție de 0,4 mgr. adrenalină.

În caz de vărsături, capul pacientului trebuie ținut înclinat într'o parte. După anestezie să se supravegheze, timp de câteva ore, starea reflexelor oculare, pulsul și respirația.

Pentru eventualitatea unei sincope, operatorul trebuie să aibă întotdeauna la îndemână o soluție de adrenalină.

e) *Cloroformul asociat cu eterul* poate și el provoca accidente grave și chiar letale.

2. *Anestezia generală pe cale intravenoasă*: introducerea directă a cloroformului în sistemul circulator (metodă preconizată de *Burkhardt*). Dar accidentele mortale nu sunt excluse, în timpul sarcinei și al parturii.

3. *Anestezia locală* prin: aplicarea de ghiață adăugată cu sare de mare; clorura de etil; clorura de metil; clorhidratul de cocaină; novocaina; stovaina.

Ea se practică prin: a. *aplicarea unui tampon imbibat cu o*

soluție de cocaină (faringe, conjunctivele oculare, mucoasa rectală, uretra, etc.); b. *imbibițiunea* cu o soluție de novocaină; c. *anestezia dentară*; d. *anestezia epidurală* (preconizată de Cathelin pentru operațiunile interesând perineul și anusul); e. *anestezia rectală* — pătrunderea pe rect a vaporilor degajați dintr'o sticlă cu eter (procedul lui Pirogoff, treptat modificat de Leguen și Monod).

4. *Rachianestezia*, prin injecții cu stovaină, cocaină și novocaină, e contra-indicată în hipotensiunea arterială, sifilisul, tuberculoza. Accidentele posibile: retențiunea urinară, incontinența fecală, sciatica, cefaleea, vărsăturile, turburările cerebrale, paralizia membrelor inferioare cu turburări sfincteriene, sincopa, asfizia, moartea.

Accidentele anesteziilor locale

a) *Cazuri mortale în rachi-anestezia*: după 48 ore de stare comatoasă (Banget, 1928); după 50 ore de edem pulmonar (Heck, 1929); morți consecutive paraliziei frenicului, pătrunderii anestezicului în al patrulea ventricul. anemiei cerebrale ca o urmare a paraliziei vaso-motrice (Bygh-Bessesen, 1928); moartea la 2 ore după operație prin paralizia respirației (Pfitzner, 1928); moartea postoperatorie prin oprirea inimii: moartea după 16 zile, precedată de pierderea cunoștinței, contracțiuni tonice și clonice, pareza facială, simptome de meningită (Bodechtel, 1928); moartea la 6 zile după anestezie, prin modificări grave ale măduvei spinării și bronco-pneumonie (Franke 1927); hemoragia cu paralizia respirației (Nador-Nikitis, 1927); moartea tardivă, la 16 luni după rachi-anestezie și consecutivă cistopielitei și tuberculozei intestinale (Nonne, 1928).

b) *Accidente nemortale consecutive rachianesteziei*: dilatarea vesicii cu falsă incontinență (Salleras, 1928); turburarea vesiculară și intestinală timp de 5 ani dela anestezie (Lepoutre, 1928); paralizia mușchilor ochiului (Berberon, 1926); simptome de meningită, de neurită interesând membrele, tromboflebită, parază spastică (Kaldency, 1929).

c) *Accidente consecutive anesteziei locale în diverse regiuni*: fenomene tetanice în anestezia locală pentru tonsilectomie (Hirsch, 1929); moartea sincopală la 5 minute după anestezia regiunii amigdaline pentru tonsilectomia bilaterală (Mayoux, 1928); acces histeric după picurarea cocainei pe coarda vocală stângă (Narasaki, 1928); tetanos după anestezia locală în nas cu cocaină și epinefrină. (Roberts, 1929); paralizia bulbară după o injecție de cocaină-adrenalină în tratamentul dinților (Schuett, 1929).

5. *Efectele vătămătoare ale hipnoticelor*: turburarea menstuației, frigiditatea, sterilitatea: somn adânc de 70 ore cu fixitate pupilară, pulsul 160 și temperatura 41^o,5; moartea. — toate consecutiv intoxicăției masive cu somnifen „Roche“ (Milemski, 1929); intoxicațiuni acute sau cronice cu narcoticele din seria de grăsimi, preparate cu acizi barbiturici, hipnoticele cu bază de sulf sau brom, paraldehida.

VI. Intervențiile chirurgicale

E. firește, exclus să vorbim de toate accidentele cari se produc în timpul sau consecutiv unei intervenții chirurgicale. Ne vom mărgini la câteva observații mai recente:

1. **Avortul terapeutic (sarcină tubară):** perforarea are de urmare o rup-tură a ovarului drept (lezarea ligamentului și a cavității Douglas) cu o mare revărsare sanguină în cavitatea abdominală (*Atajang* 1929).

2. **Tracheotomia:** moartea în 24 ore, consecutivă unei piosepticemii (*Kernbach*, 1929).

3. **Tonsilectomia** urmată de: a) absces pulmonar (*Apfel* 1929); b) gangrena bilaterală a picioarelor la un copil de 2 ani și jumătate (la 2 zile după operație se declară o septicemie cu eliminare de sânge în fecale; în ziua a 17-a. gangrena la degetele picioarelor și deasupra maleolelor — *Wright* 1929). c) embolia bifurcației aortei cu moartea apoplectiformă după 5 zile dela intervenție (*Camauer*, 1929).

4. **Pneumothoraxul** urmat de: a) embolia gazoasă cu amauroză trecătoare b) hemoragie gravă (*Kuelbs*, 1928); c) criză epileptiformă cu confuzie mentală (*Brunerie*, 1927).

5. **Puncția lombară.** S-au înregistrat: a) moartea prin edem pulmonar supra-acut la doi epileptici (*Euzière-Rabié*, 1929); b) meningita purulentă (*Wieder*, 1927); c) meningita seroasă acută (*Matschau*, 1927); d) moartea consecutivă înțepării arterei vertebrale stângi (*Steindl*, 1928); e) hemoragia intracraniană (*Ulrich*, 1929); f) moartea precedată de colapsul pricinuit de plsnirea pereților sistemului vascular din cauza subitei opriri a presiunii sanguine (*Pineas*, 1929); g) fenomene de excitație, parestezia extremităților, tulburări trecătoare ale cunoștinței, apnee trecătoare (*Dielmann*, 1928).

6. **Puncțiunea pleurală și pericardică:** a) moartea la 3 ore și jumătate după o puncțiune pleurală (*Hinton*, 1929); b) acul se rupe, iar fragmentul emigrează și pătrunde în inimă provocând moartea după 8 zile (*Hinton*, 1929); c) șase cazuri mortale de puncțiune pleurală și pericardică (*Fahr*, 1928).

7. **Emboliile post-operatorii:** a) numeroase cazuri de embolie pulmonară consecutivă injecțiilor intravenoase pentru evitarea pneumoniei post-operatorii (*Oehler*, 1927); b) embolia pulmonară consecutivă intervenției chirurgicale asupra unor persoane cachectice sau a unor pacienți cu adipozitatea exagerată (*Tempsky*, 1928); c) 10 cazuri de embolie gazoasă cerebrală, dintre cari 5 mortale (*Royer-Kohl*, 1926); d) o embolie gazoasă în urma unei intervenții chirurgicale interesând vesica (*Mathé* 1929); e) 7 cazuri mortale de embolie semnalate de *Jayle* — 1929 și anume: 3 pe masa de operație, 3 în intervalul de o jumătate de oră până la 5 zile dela operație; unul la 2 luni dela intervenție. — *Jayle* atrage atenția asupra importanței examenului prealabil al sângelui persoanei de operat: dacă proprietatea de coagulare e mărită, să se amâne intervenția chirurgicală.

8. **Moșirea:** a) 5 cazuri cu grave fenomene secundare administrării pilocarpinei în locul cateterismului în retențiunea urinară (*Mayer*, 1929); b) elismă mortală la o parturientă după extragerea prin craniotomie a copilului mort în uterul unei eclampsice: clisma a fost administrată în a 5-a zi, iar după o jumătate de oră femeea a sucumbat anemiei cerebrale, consecutivă subitei evacuări a intestinului gros, care a turburat simetria distribuției sângelui în corp (*Brook*, 1928).

9. **Organele genito-urinare:** a) 2 cazuri mortale consecutive utero-salpingografiei (*Hellmuth*, 1927); b) două cazuri de moarte în urma insufllării tubare la femei sterile (*Muench*, 1927); c) moartea consecutivă intervenției pentru extragerea placentei într'un avort spontan în a 5-a lună. medical, servindu-se de o pensă, a perforat uterul și a apucat rectul, rupându-l (*Maxwell* 1929); d) perforarea canalului cervical cu ocazia introducerii laminariilor pentru dilatarea colului unei primipare în a 4-a lună a sarcinii (*Sellheim*, 1929); e) două cazuri de embolii septică cu formarea de absces la brațe, în urma dilatării

uretrei (*Reynard*, 1927); *f*) caz de uretrorargie mortală consecutivă dilatării uterului (*Vintici*, 1928); *g*) embolie gazoasă în urma intervenției pentru hipertrofia prostatei și un papilom al vesiceei (*Mathé*, 1929).

10. **Rectoscopia:** ruptura rectului în timpul examenului rectoscopic.

11. **Ortopedia:** *a*) convulsii epileptiforme (*Mayer*, 1927); *b*) embolie grăsoasă mortală (*Clarke*, 1927); *c*) fractura capului femurului în intervenția contra unei ankiloze a articulației șoldului, consecutivă unui tratament de 5 luni a unei trombo-flebite (*Kernbach*, 1929).

12. **Chirurgia estetică:** frecvente accidente notate în intervențiile având de obiect: buza-de-iepure; rhinophyma, rhino-scleromul, fibromul nasului; mutilări ale feței; cocoșa pottică; lipomul gâtului; lupusul facial; urechile decolate; mamelele flasce: picioarele diforme, etc.

Recent (1929), tribunalul din Paris a aplicat o sancțiune drastică unui chirurg specializat în acest gen de intervenții, condamându-l la 200.000 franci despăgubiri civile către femeea care, operată de picioare prea groase, s'a ales cu o gangrenă care a necesitat amputarea unuia dintre membre (*Theveny*, 1929).

VII. Transfuziunea sângelui

Terapeutică aceasta e îndeosebi indicată în marile hemoragii, în șoc, în precauțiunile pre- și post-operatorii: în gușa toxică și exoftalmică; în fibromul anemiant, cancerul anemiant, ulcerul sau cancerul stomacului anemiat sau slăbit; în operațiunile abdominale grave; în toate operațiunile cari fac să se prevadă un șoc posibil, o anemiare mare; în toate operațiile biliare în cari există riscul unei hemoragii post-operatorii. Deasemenea în: intoxicația *exogenă* (ciuperci, oxidul de carbon, mercurul, benzolul, nitrobenzolul, morfina, etc.) sau *endogenă* (uremia, eclampsia puerperală, vărsăturile incoercibile ale sarcinii, acidoza, etc.).

Dar, pe cât e de eficace, transfuziunea e frecvent legată și de primejdii, dacă nu se respectă măsurile de precauțiune prescrise.

1. **Transmisiunea bolilor infecțioase:** sifilisul, tuberculoza, paludismul:

a) Un caz de infecțiune sifilitică (*Ermil Constantinescu* și *N. Vatamanu*, 1929).

b) *Un caz de transmisiune malarică:* malaria latentă de care suferea dătătorul a fost transmisă primitorului; această malarie s'a constituit prin anemia progresivă a dătătorului care a făcut un prea mare abuz cu împrumutul sângelui său (*Schnitzler*, 1929).

2. **Revărsarea în cavitățile pleurale:** 5 cazuri de moarte semnalate de *Buerkle — De la Camp*, 1927.

3. **Supra-încărcarea inimii în caz de insuficiență cardiacă:** moartea e datorită paraliziei miocardului (o observație a lui *Biesenberger*, 1928).

4. **Accidentele de ordin mecanic:** pătrunderea aerului în vene, dilatația acută a inimii.

5. **Accidentele de ordin anafilactic** se notează uneori.

6. **Accidentele de ordin umoral:** incompatibilitatea sanguină (acțiunea aglutinantă și hemolitică a unui sânge asupra celuilalt). Trebuie să se stabilească, în prealabil, dacă globulele donatorului sunt aglutinate sau nu de serul receptorului (un caz de moarte în urma transfuziunii din aceeași grupă sanguină — *Forsmann*, 1927).

7. După gravitatea lor avem: a) *Accidentele imediat ușoare* (frisoane, excitație psihică, dispnee, cianosa feței și a trunchiului, greață, colici) datorite unei transfuziuni prea brusce.

b) *Accidentele imediat grave:* furnicături dureroase în membre, senzație de greutate la cap, opresiune precordială, dureri lombare și abdominale, cianosa feței, dispnee, încetinirea pulsului, sincopă. Dacă transfuzia nu e întreruptă, se notează numai decât midriasis, câteva rapide mișcări respiratorii și moartea (șocul coloidal).

c) *Accidentele tardive.* — 1. Unele sunt *ușoare și efemere:* cefalee, febră, prurit, urticaria, eritem și edem localizat. — 2. Altele, datorite eterogeneității sanguine, sunt *grave:* hemoglobinuria urmată, în majoritatea cazurilor, de albuminurie, cilindrurie, oligurie, crize de uremie convulsivă, edem al feței și al membrelor; uneori hemoglobinuria e imediat urmată de anuria mortală.

VIII. Diatermia

Grave accidente nu sunt excluse: 1. un caz mortal cu perforarea peritoneală în aplicarea diatermiei pentru separarea anselor intestinale; 2. un caz de necrozare a duodenului pe o lungime de 1,5 cm. (*Schaefer*, 1927).

IX. Razele ultra-violete

1. Un caz de quasi-orbire (*Thies*, 1929); 2. formațiunea neoplastică pe terenul unei grave radiodermite, ulterior tratată cu razele ultra-violete (*Ferrari*, 1929).

X. Razele X și radioterapia

Accidentele pot fi *superficiale*, interesând numai țesutul cutanat (radiodermitele), sau *adânci*, atunci când leziunea pricinuită interesează țesuturile profunde: sterilitatea consecutivă acțiunii prelungite asupra testiculelor și ovarelor, atrofia foliculilor splinei, atrofia ganglionilor limfatici, modificări ale formulei sanguine.

Excepționale în examenul radiografic și radiosopic (atunci când acțiunea razelor X e mai prelungită), accidentele sunt destul de frecvente în radioterapie, întotdeauna din cauza unei greșite dozări a razelor sau a nedeterminării activității substanței radioactive.

Leziunile pricinuite de razele X îmbracă forma arsurilor sau a modificărilor cronice: roșeața pielii, cicatrice, atrofii cutanate, îngroșarea epidermei, fragilitatea unghiilor, necroze, tumori greu

de vindecat. reducerea potenței sexuale, sterilitatea. — Dintre observațiile mai recente cităm:

1. Morbul lui Basedow: două cazuri mortale în tratarea acestei boli cu razele X (*Goette*, 1929).
2. Provocarea artificială a menopauzei: ulceraje în regiunea sacrală ca efect tardiv al unei leziuni roentgeniene primare (*Groedel-Lassen*, 1929).
3. Contractarea rinichilor în urma acțiunii razelor X (*Domagk*, 1927).
4. Moartea consecutivă unei leziuni roentgeniene a colonului (*Schilling-Stengalewicz*, 1930).
5. Carcinom ginecologic consecutiv tratamentului roentgenian al unei inflamații (*Dehler*, 1927).
6. Cataracta tardivă (după 5 ani) în urma tratamentului roentgenian: la început n'a fost decât o simplă pârlire a pleoapelor, deși ochii au fost feriți cu foi de plumb (*RohySchneider*, 1928).
7. Urechea: o hiperemie durabilă în întreaga rețea capilară a urechii, extravazat în urechea internă, o inflamație a urechei mijlocii cu exudat seropulent (*Thielemann*, 1928).
8. Necroza tardivă (după 6 ani) a maxilarului în urma tratamentului roentgenian al unui carcinom al buzei superioare: întâiu s'a notat epilarea, după doi ani edem cronic indurat, iar la sfârșit o mare umflare cu febră și spargerea unui abces cu fistulă consecutivă (*Rohm*, 1927).
9. Formațiune sarcomatoasă în urma tratamentului roentgenian al unei tuberculoze a cotului (*Baumann*, 1927).
10. Leziuni tardive: împiedecarea creșterii în tuberculoza oaselor și a articulațiilor, tratată cu razele X, în 10% din cazurile supuse acestui tratament (*Schmidt*, 1929).
11. Procese inflamatorii în tratamentul ginecologic cu razele X (*Pickhar*, 1929).
12. Leziunile fătului în urma tratării roentgeniene a femeii însărcinate: copilul se naște cu edem generalizat, revărsare pleurală, revărsare pericardică, ascită, petechii cutanate (*Unterberger*, 1929).
13. Leziuni osoase tardive după tratamentul roentgenian: după 3 ani apar ulcere pe trochanteri și fracturi spontane ale gâturilor femurelor (*Baensch*, 1927).
14. Necroze tardive ale părților moi, ale vaselor și cartilajelor după tratamentul cu razele X și cu radium. În 14 cazuri, *Lachapèle* (1926) a notat asemenea leziuni în intervalul dela 3 la 27 luni dela întreruperea tratamentului.
15. Ulcerarea vesiceii ca efect tardiv al tratamentului radiologic al uterului (*Dean-Archie*, 1927).
16. Necroza prostatei în urma tratamentului radiologic al hipertrofiei prostatice (*Nicolici*, 1927).
17. Necroze radiologice ale miocardului (*Reuter*, 1927).
18. Necroza cartilajului laringian (*Feuchtinger*, 1927).
19. Infecțiunea simili-difterică a fost notată ca o complicațiune a arsurilor cauzate de tratamentul terapeutic cu razele X și cu radium. (*Simons*, 1929). Necrozele radiologice se infectează uneori cu micro-organisme cari, atât sub raportul morfologic cât și sub acela al culturii bacteriologice, seamănă cu bacilii difterici.
20. Gangrena localizată și gangrena la distanță în urma acțiunii radiului asupra colului uterin (*Jayle* 1928).
21. Psichoze consecutive tratamentului roentgenian al ovarelor: a) timp de 18 zile, simptome amenziale, delir, catatonie; b) o formă paranoică de o

scurtă durată de 1 an și 3 luni. In ambele cazuri tratamentul a coincisat cu epoca instalării menopausei (*Dhelius, 1927*).

XI. Dentistii

Accidentele notate: *a.* ruperea unuia sau a mai multor dinți in timpul extracțiunii; *b.* infecțiunea consecutivă extracțiunii (asepsia mâinii, nesterilizarea instrumentului); *c.* turburările nervoase (nevralgii mai mult sau mai puțin rebele, paralizii, tetanos, astenopia nervoasă reflexă); *d.* hemoragii cari uneori pot apărea abea la câteva zile dela extracție; *e.* complicațiuni interesând ochiul; *f.* fractura maxilarului; *g.* anestezia locală sau generală contra-indicată; *h.* transmiterea bolilor infecțioase; *i.* greșeli în tratarea unui dinte, a unui abces al arcadei dentare; *j.* abces cerebral consecutiv unei extracții (la 7 zile după extragerea a 4 dinți s'au manifestat simptome de meningită cu moartea după câteva zile — *Robson, 1927*)

D. Neprevederea

Imprejurările particulare pot concura la a da faptului medical calificarea de crimă, sinucidere sau accident; sarcina expertului e de a confirma sau infirma teza ce se susține.

Exemple de leziuni ori moarte datorite *neprevederii*:

1. Unul, în glumă sau cu titlu de experiență, simulează spânzurarea ori auto-strangularea — și consecința glumei sau a experienței e moartea. Din punctul de vedere etiologic, faptul poate fi calificat și sinucidere și accident.

2. Ții arma în mână cu degetul pe trăgaci; fără să-ți dai seama apeși și arma se descarcă în tine sau într'o altă persoană: in cazul întâiu faptul are coloritul și al sinuciderii și al accidentului; în cazul al doilea, acela al crimei involuntare.

3. Arunci la întâmplare un corp vulnerant și se nimereste să lovească o persoană nevizată: pentru victimă e un accident, pentru autor e o crimă involuntară.

Am putea continua cu exemplificările, dar ipotezele făcute sunt suficiente spre a defini faptul medical datorit neprevederii.

DIVIZIUNEA III

IDENTITATEA

După ce am urmărit pe individ din clipa concepțiunii până la aceea a morții și a descompunerii, ne-a mai rămas să expunem posibilitățile de identificarea lui atât în viață cât și după încetarea acesteia și desagregarea mai mult sau mai puțin completă a corpului. Pentru că variat e interesul societății, privit sub unghiul legiilor civile și militare, de a se ști, dacă individul pus în cauză (indiferent de vârstă și indiferent dacă mai e sau nu în viață) e acela în beneficiul sau împotriva căruia prevederile și sancțiunile legale urmează să fie aplicate. După cum tot atât de frecvente sunt împrejurările în cari expertiza medico-legală e chemată să dea cheia enigmei: individul, intrat deacum în putrefacție, fie că descompunerea a cruțat ori nu anumite particularități de identificare, fie că nu ne mai aflăm decât în prezența unui schelet sau chiar a unor oseminte răzlețe, — rămășițele acestea sunt ele ori nu ale persoanei căutate?

Pentru că în definitiv, justiția, societatea are întotdeauna un interes primordial întru descoperirea adevărului cu privire la identitatea persoanei vii, moarte ori distruse, fie că e vorba de fixarea unei răspunderi în penal, a capacității și răspunderii în civil, fie că e vorba de stabilit dacă în cazul cercetat e sau nu e posibilă o confuzie de persoane, e sau nu e întemeiată bănuiala de substituie de persoană (într'o cauză civilă ori comercială, într'o cauză penală, într'o cauză de ordin administrativ, într'o chestiune în legătură cu serviciul militar).

Expertiza identității are deci de obiect, după circumstanțe, omul în viață ori omul după moarte. Înainte, însă, de a indica elementele de demonstrare în fiecare din aceste două eventualități, să vedem cari sunt datele comune în stabilirea identității individuale, fie că avem de examinat o persoană vie, fie că expertiza se face asupra unui cadavru.

CAP. I

ELEMENTELE DE IDENTITATE COMUNE
OMULUI VIU ȘI CADAVRULUI

Aceste elemente le găsim mai ales în portretul vorbit, în imaginea dactiloscopică, precum și în amprentele palmare și plantare.

A. Portretul vorbit

E, ca să ne exprimăm astfel, fotografia descriptivă a individului: o imagine care ne redă toate particularitățile individuale, cu ajutorul cărora, cu mai mare sau mai mică înlesnire, să putem deosebi, într'un grup mai mult sau mai puțin numeros, persoana căutată, vie sau moartă.

Portretul vorbit — bertillonage-ul — e alcătuit din trei părți: 1. măsurătorile privitoare la diversele părți ale corpului și bazate pe observațiunea că, începând dela vârsta de 20 ani, scheletul uman nu-și mai modifică decât foarte puțin dimensiunile; 2. notațiunile interesând colorațiunea, forma, mărimea și deviațiunile dela desenul normal al diverselor părți ale capului; 3. particularitățile trupului și ale habitusului individual.

Până la introducerea fișei dactiloscopice, — care constituie cel mai sigur mijloc de identificare — portretul vorbit și-a făcut proba marelui utilități în diferențierea unui individ de altul. Și aceasta tocmai grație multiplicității elementelor necesare pentru constituirea lui: nu se poate ca, în întreg complexul de asemănare între două sau mai multe persoane, să nu existe și unul sau mai multe caracteristici absolut individuale; cu chipul acesta am identificat persoana în cauză.

Ansamblul notațiunilor din portretul vorbit (fotografia luată din față și în profil și executată în reducerea de 15: măsurătorile, celelalte indicațiuni) formează fișa antropometrică individuală, care se găsește clasată într'un album al evadaților, recidiviștilor ori al persoanelor cari, numai arestate, fără însă a fi și osândite, au trecut pela serviciul de identificare judiciară.

I. Măsurătorile antropometrice

Făcute cu ajutorul metrului, al echerului și al compasurilor, măsurătorile acestea privesc talia, anvergura, bustul, capul și membrele. Deoarece erorile de notațiune sunt inevitabile, indicăm pentru fiecare măsurătoare *eroarea în milimetri compatibilă cu identificarea:*

1. **Talia:** 1—15 mm. Individul e măsurat desculț și cu călcăile lipite.
2. **Anvergura** (*depărtarea dela buricele mediusului stâng la buricele me-*

diusului drept, atunci când individul e ținut cu brațele întinse orizontale în stânga și în dreapta): 1—20 mm. Anvergura e întotdeauna superioară taliei.

3. Bustul: 1—15 mm.

4. Capul: a. Lungimea, lărgimea și diametrul bizigomatic: 0.5 — 1 mm. — b. Lungimea urechii drepte: 1—2 mm.

5. Brațul. — a. Lungimea cotului stâng (de la articulația humero-cubitală



Fig. 253. — Diversele măsurători antropometrice. — 1. Măsurarea taliei în doi timpi. — 2. Măsurarea anvergurei. — 3. Măsurarea bustului. — 4. Măsurarea lungimii capului (diametrul antero-posterior). — 5. Măsurarea lărgimii capului (diametrul transversal). — 6. Măsurarea lungimii urechii drepte. — 7. Măsurarea piciorului stâng. — 8. Măsurarea mediusului stâng. — 9. Măsurarea auricularului stâng.

până la buricele mediusului): 1—3 mm. — b. Lungimea mediusului stâng: 0,5 — 1 mm. — c. Lungimea auricularului stâng: 0,5—2 mm.

6. Piciorul. — Lungimea labei stângi: 1—3 mm.

La compararea notațiunilor măsurătorilor făcute în momentul identificării cu notațiunile măsurătorilor anterior făcute, atunci când e vorba de un individ a cărui fișă figurează în album, trebuie să se țină scama pedeparte de eventualitatea unei amputațiuni sau ankiloze ulterioare, iar pe de alta de diferențele inerente unei anumite epoci a vieții. Așa: *talia* crește până la 25 ani, iar între 40 și 60 ani descrește cu 5—10 mm.; *anvergura* atinge maximul între 22 și 44 ani; *bustul* crește cu minimum 5 cm. până la 40 ani, spre a scade după 45 ani; *cotul* crește cu 2—3 mm. după 17 ani; *laba piciorului* crește până la 19 ani; *lungimea capului* sporește toată viața, iar îndeosebi între 40 și 70 ani se notează o nouă creștere de 2 mm.; *lărgimea capului* atinge maximul la 44 ani.

II. Notațiunile capului

1. Forma generală a capului văzut în profil

a) *Profilul fronto-nazal*: continuu, paralel, unghiular. arcuit ondulat. — b) *Profilul naso-bucal*: naso-prognat. proeminența dinților. numai proeminența maxilarului inferior. — c) *Profilul total*: prognat. ortognat. semilunar, fața suptă. — d) *Înălțimea*: cap lung sau cap scurt. — e) *Particularități ale formei*: cap în formă de căciulă, cap în formă de carenă, cap cu occiputul turtit ori bombat.

2. Forma generală a capului văzut din față

a) *Capul piramidă*: frunte mică și fălci largi. — b) *Capul rombic*: tâmpile ieșite asociate cu o frunte și fălci strâmte. — c) *Capul pară*: fălcile înfundate, asociate cu o frunte largă. — d) *capul biconcav, pătrat sau larg, rotund, oval, dreptunghiular* (lunguieț), *neregulat*. — e) *Cap* cu fălcile depărtate sau apropiate, cu zigomele depărtate sau apropiate, cu parietalele depărtate sau apropiate. — f) *Fața plină* (grasă). osoasă (slabă).

3. Părul capului

a. *Abundența*: păr des; păr rar. — b. *Chelia* frontală, tonsurală (lipsa părului în creștet), parietală, totală (alopecie); perucă. — c. *Natura sau gradul de încrețire a părului*: păr drept, gros, subțire, țepăn, moale; păr ondulat, buclat, încrețit, lănos. — d. *Conturul frontal*: dreptunghiular (cu unghiurile mai mult drepte sau cu unghiurile ascuțite); conturul circular. — e. *Culoarea părului*: blond, albinos, blond deschis, blond mijlociu, blond închis; castaniu deschis, mijlociu și închis; negru; roșu deschis, mijlociu, închis, roșu-blond, roșu-castaniu; cărunț; alb; cănit; — f. *Notarea șuvițelor izolate* de culoare deosebită.

4. Sprincenele

a. *Situația*, după intervalul dintre mijlocul sprincenelor și mijlocul globului ocular: sprincene înălțate și sprincene coborâte: sprincene inegale (una înălțată și cealaltă coborâtă). — b. *Direcțiunea*: oblică internă sau oblică externă. — c. *Intervalul între ele*: sprincene apropiate, depărtate sau îmbinate. — d. *Forma*: sprincene drepte, arcuite, sinuoase sau în zig-zag. — e. *Dimensiunile*: sprincene lungi și scurte; sprincene groase și subțiri. — f. *Abundența*: sprincene dese sau rare. — g. *Natura*: sprincene țepoase sau moi. — h. *Culoarea*: după diversele nuanțe ale părului capului.

5. Barba și mustățile

a) *Absența* lor se notează prin: *spân*. — b. *Nuanța* (vezi diversele nuanțe ale părului capului). — c. *Abundența*: barbă și mustăți dese, rare; barbă rasă, mustață rasă. — d. *Dimensiunea*: barbă și mustăți lungi sau scurte. — e. *Natura perilor*: tari, moi, drepti, buclaji, frizați, creți. — f. *Forma bărbii*: barbă întregă (în dreptul urechilor, se unește cu prelungirea părului capului); barbișon, cioc, zgardă, favorite muscă. — g. *Tăitura bărbii*: potcoavă, ascuțită, cioc american, etc. — h. *Mustața*: tunsă, cu sau fără vârful, cu extremitățile rase, etc.

6. Fruntea

a. *Inclinarea*: oblică, aproape verticală, verticală, bombată sau proeminentă. — b. *Înălțimea*: mică, mijlocie, mare, foarte mare. — c. *Lărgimea*: mică, mijlocie, mare, foarte mare. — d. *Particularități*: proeminența boselor frontale, profilul curb. — e. *Arcadele sprincenare*: mici, mijlocii, mari.

7. Ochii

a) *Pleoapele*: mărimea crăpăturii dintre pleoape (spintecătură mare sau mică); înălțimea deschizăturii (pleoape puțin desfăcute și pleoape foarte desfăcute); pleoapa superioară acoperită sau descoperită, după cum partea mobilă a pleoapei, pe marginea căreia se află genele, dispore sau nu sub partea fixă, atunci când ochiul este deschis: o revărsare, externă sau internă, dreaptă sau stângă a pleoapei superioare, atunci când partea fixă a pleoapei formează o umflătură și acoperă partea mobilă, fie spre unghiul intern fie spre cel extern al pleoapelor (în caz de revărsare spre unghiul intern avem ceea ce se numește *ochiul cu frâu*): pleoapa atârânădă, atunci când partea mobilă a pleoapei superioare nu se ridică bine: pleoapa cu pungă (pleoapa inferioară cu cute); pleoapa groasă, când marginea pe care se găsesc genele e îngroșată; pleoape roșii, total sau parțial lipsite de gene, pleoape urduroase, pleoape cu gene lungi, scurte, rare, albe, pleoape ectropion și entropion.

b) *Orbitele*: înalte sau joase; scobite sau pline.

c) *Spațiul dintre ochi*: intervalul dintre unghiurile interne ale pleoapelor.

d) *Globul ocular*: proeminență mare (ieșit), proeminență mică (iufundat); strabism drept sau stâng, convergent sau divergent; ochi cu irisul ridicat (o fâșie albă între iris și pleoapa inferioară): nistagmus orizontal sau vertical.

e) *Culoarea irisului dela ochiul stâng*. — *Irisul nepigmentat*: nuanța uniformă (azuriu, ardozat, violaceu, lăptos, palid). *Irisul pigmentat*: galben, portocaliu, castaniu deschis și închis. — *Irisul pestriț*; *irisul cu albeață, cu arcu senil*.

De notat însă: 1. culoarea irisului nu se mai distinge la cadavru în putrefacția înaintată, când corneea e turbure sau a devenit opacă; 2. la un cadavru care a stat în apă, corneea e turburată și se poate chiar observa desprinderea epitelului corneean; 3. la un cadavru care a suferit acțiunea căldurii, culoarea irisului e modificată (din castanie devine albastră).

f) *Pupila*: dilatată, piriformă (în sens vertical, orizontal sau oblic), excentrică: pupila cu cataractă.

8. Nasul

Atât la omul viu cât și la cadavru nasul poate fi mutilat; la cadavru el mai poate fi deformat de putrefacție sau de macerație.

a) *Rădăcina*: scobitură mică, mijlocie, mare.

b) *Spinarea*: dreaptă, concavă, convexă, convexă cu curbă neregulată.

sinuoasă. — La lucrătorii din minele de cărbuni se notează o dungă neagră pe spinarea nasului.

c) **Baza:** foarte ridicată, ridicată, puțin ridicată, orizontală, puțin sau mult aplecată în jos.

d) **Înălțimea (lungimea)** măsurată vertical dela punctul cel mai adânc al rădăcinii până la marginea liberă a nării: nas mic, mijlociu, mare, foarte mare.

e) **Proeminența** (distanța între vârful nasului și inserția nării pe obraz): foarte mică, mică, mijlocie, mare, foarte mare.

f) **Lărgimea** (distanța orizontală cea mai mare dintre cele două aripi ale nasului): foarte mică, mică, mijlocie, mare, foarte mare.

g) **Particularități:** rădăcina foarte îngustă sau foarte largă; spinarea în formă de S; nasul cu o umflătură ovală în treimea superioară a spinării, spinarea foarte subțire sau foarte largă; spinarea turtită; nasul strâmbat (în dreapta sau în stânga); vârful nasului subțiat gros deviat la dreapta sau la stânga, vârful turtit; nasul bilobat; nasul cu fosete sau șanțuri; nasul cu septul descoperit (când septul depășește nivelul nărilor); nasul cu nările groase, cu nările îndoită înăuntru.

9. Gura

a) **Desenul:** gură mare sau mică; strânsă sau căscată; colțurile înalte sau lăsate în jos; gura oblică la dreapta sau la stânga; gura în formă de inimă.

b) **Buzele.** — Proeminența uneia din buze în raport cu cealaltă. — Buze groase sau subțiri; buză cu marginea mică sau mare. — Buza superioară suflecată; buza inferioară atârând în jos. — Distanța naso-labială: mare sau mică. — **Particularități:** șanț median pronunțat; buză de iepure; cicatricele sau crăpăturile consecutive unui accident, unei operațiuni.

10. Dinții

Se notează particularitățile privitoare la:

a) **Coroana:** forma accidentată a acesteia, fie pe fața triturantă, fie pe fețele anterioară și posterioară, fie în sfârșit, pe fețele proximale; dintele tricorn, dintele Hutchinson, dintele în formă de corn, dintele de pește.

b) **Volumul:** gigantismul (toți dinții sau numai unii de o mărime excesivă); nanismul (toți sau numai unii dinți de o micime excesivă).

c) **Numărul.** — Absența totală sau parțială a dinților, care poate fi de origine accidentală, operatorie (extracția), sau naturală. În acest din urmă caz, absența dinților e sau de natură ereditară sau consecutivă unei boli infecțioase care a distrus foliculele dentare (1. doi frați — un bărbat de 28 ani și o femeie de 30 ani — n'au avut niciodată caninii superiori din dreapta; 2. un adult care n'a avut niciodată incisivul lateral inferior din dreapta; 3. un adult cu absența congenitală a tuturor dinților; 4. absența frecventă a măselelor de minte).

d) **Dinții supra-numerari** sunt de regulă un efect al eredității. Se notează foarte frecvent, îndeosebi la maxilarul superior, atât în prima dentiție cât și în cea definitivă.

e) **Sediul:** uzurparea locului altui dinte (un canin pe locul destinat unui incisiv); dinți crescuți sub alți dinți (de exemplu: sub cei doi incisivi superiori din dreapta, se aflau alți incisivi; primii fiind extrași, au crescut acei cari se aflau dedesubt).

f) **Poziția și direcțiunea.** — Numai excepțional, fie datorită unui viciu de erupțiune, fie unei afecțiuni a arcadei dentare sau unei luxații ușoare (traumatică sau patologică) se poate nota la unul sau chiar la mai mulți dinți o de-

viare dela poziția și direcțiunea normală, care e cea verticală. Deviațiunea aceasta se prezintă sub diverse forme: 1. *anterversiune* — dintele aplecat înainte; 2. *retro-versiune* — dintele aplecat înapoi; 3. *latero-versiune* — dintele aplecat spre dreapta sau spre stânga; 4. *rotațiunea pe axă* — dintele răsucit pe loc, cu o față laterală în afară și cu cealaltă înăuntru.

În genere, direcțiunea dinților, luați în totalitatea lor, e în funcțiune de însăș direcțiunea maxilarelor. — Vom deosebi: ortognatismul, prognatismul (complet și dublu, complet dar simplu, prognatismul maxilar, prognatismul mandibular), opistognatismul.

g) Sudura dinților vecini. — Cazuri excepționale în cari se notează contopirea mai mult sau mai puțin perfectă a doi dinți vecini.

h) Dinți cu pete albe.

i) Alterațiunile patologice ale dinților: croziunile coroanei, caria dentară, decalcifierea cimentului, inegrirea dinților, uzura gâtului dintelui.

j) Alterațiunile profesionale ale arcadelor dentare: semnele acțiunii diverselor substanțe chimice asupra dinților persoanelor cari le manipulează (plumbul, fosforul, cuprul, fierul, argintul, arsenicul, bismutul).

k) Dinții de fumători.

l) Dinții plombați, dinții îmbrăcați, dinții artificiali.

11. Barbă

Mare sau mică; oblică sau proeminentă; ascuțită, lată sau pătrată; bărbă cu gropiță sau bărbă cu șanț mare; bărbă bilobată; bărbă în formă de galoș, bărbă turtită; șanț mare sub bărbie; bărbie cu gușă (bărbie dublă).

12. Fața

a) Profilul fronto-nazal (dela inserția părului la vârful nasului): profil grecesc, profil frânt, profil paralel. — Profilul nazo-bucal (vezi dinții: prognatismul, ortognatismul și opistognatismul). — Profilul occipital: occiput turtit, occiput bombat.

b) Conturul: față ovală lunguiață, piriformă, rombică, piramidală, pătrată, dreptunghiulară, asimetrică.

c) Culoarea feței: nuanțele după rasă; nuanța particulară individului (fața pârlită, fața palidă, față galbuie, față sângioasă).

d) Particularități: gălbinare, pistrui, hube, cicatrice, urme de mutilare.

e) Zbârciturile: *frontale* (totale sau mediane); *între sprincene* (verticale, oblice, mediane, în dreapta sau în stânga; triunghiul sau trapez; orizontale, în formă de accent circumflex; unice, duble sau multiple); *temporale* (laba gâștii); *șanțul nazo-labial*; *șanțurile verticale sau orizontale ale gâtului*; *cută la ceafă*, *încrêșturile* bucale (dinapoia comisurilor, în forma unor linii concave, îndreptate spre gură).

13. Urechea dreaptă

Caracterele acesteia sunt întotdeauna fixe.

a) Forma generală: triunghiulară, dreptunghiulară, ovală, rotundă.

b) Depărtarea: urechea întregă poate fi uniform depărtată de cap (depărtare totală) ori numai parțial (depărtare superioară, posterioară, inferioară); urechea poate fi, total sau parțial, lipită de cap.

c) Marginea sau helixul. — Se notează: lărgimea cutei dela partea superioară a helixului (turtită, mică, mijlocie, mare); lărgimea cutei dela partea posterioară a helixului (turtită, mică, mijlocie, mare). — *Particularitățile marginii*: lărgimea excesivă a cutei posterioare (lărgime darwiniană); proeminența darwiniană — vârful de dinte de fereastră; tuberculul darwinian — o mică bulă sifidie, în partea dinapoi a părții superioare a helixului; conturul

ascuțit al părții superioare (un unghiu ascuțit în mijlocul acestei părți); conturul supero-anterior ascuțit sau drept (un unghiu ascuțit sau drept în partea anterioară a marginii superioare); conturul supero-posterior ascuțit sau drept; conturul bicudat (când marginea superioară, cudadă aproape în unghiu drept în partea dinspre obraz, se mai recurbează în unghiu drept la nivelul marginii posterioare).

d) Lobul. — Conturul lui, constituit de marginea sa liberă, poate fi descendent, în echer, în formă de golf (lobul complect desfăcut de obraz). — *Modelul* suprafeței lobului: traversat, unit (suprafață turtită, fără concavități și fără bosă), mamelonat. — *Particularități*: lob mic sau lob mare, îngust, larg, ascuțit sau pătrat, găurit, spintecat, lob cu înclinare oblică internă sau externă, lob sucit anterior, lob cu virgulă; lob cu încrețitură oblică posterioară care-l străbate în diagonală de sus în jos și dinainte înapoi; lob bilobat

e) Tragusul: bifurcat, ascuțit, acoperit cu păr, foarte mare sau foarte mic.

f) Antitragusul: înclinarea, profilul, volumul. *Particularitățile*: foarte apropiat de tragus, fuzionat cu acesta, acoperit cu păr.

g) Antihelixul. — *Particularități*: îngroșat, hematom.

h) Scoica: joasă sau înaltă, strâmbă sau largă; scoică ieșită, scoică traversată.

i) Diverse particularități: canalul intertragian larg sau strâmt; helixul separat de lob printr'un șanț; ureche îngustă sau lată; inserția oblică sau verticală a urechei; tuberculul supratragian.

III. Corpolența

1. Gâtul: scurt, lung, subțire (slab), gros (gras); gușă, mărul lui Adam ieșit.

2. Umerii: largi sau strâmți; orizontali sau oblici; un umăr mai jos decât celalt.

3. Pieptul: bombat sau intrat.

4. Centura: mică, mijlocie, mare.

IV. Semnele particulare

1. Anomaliile scheletului: devieri ale coloanei vertebrale; semnele rachitismului la torace; osteomalacia; îngroșările sifilitice ale oaselor, artrita deformantă; fracturi, cicatrice fracturale; absența sau scurtarea unui sau a ambelor membre superioare sau inferioare; absența mâinii sau a labei piciorului; amputarea parțială a unui din membre; membrele strâmbate, anchi-lozate; anomalii ale capului; sindactilia; polidactilia; etrodactilia unilaterală sau bilaterală; diferența de lungime la oasele brațelor, după cum individul e dreptaci sau stângaci (diferența de lungime poate fi de 8—22 mm.).

2. Unghiile: colorația lor particulară: dezvoltarea excesivă; uzura sau roaderea lor; unghiile striate; la dreptaci unghiile mâinii drepte sunt mai late și mai turtite decât cele dela mâna stângă; la stângaci, e invers.

3. Cicatricile fibroase (cari sunt indelebile), naevi materni; petele albe pe față, mâni și chiar pe tot corpul, pistruii; coșurile, abcese, furunculele, lupus; urmele variolei; tumorile; scrofula; o boală cronică (în afacerea Gouffé, *Lacassagne* a dovedit că victima asasinatului suferea de gută, ceea ce a fost confirmat prin anamneză).

4. Starea și forma mamelelor.

5. Particularitățile diverselor regiuni ale corpului: infirmități congeni-

tale sau dobândite; hernii, varice, kisturi, etc.; cicatricile lăsate de ventuze, de lăsare de sânge, urmele injecțiilor.

6. Mutilările eventuale; urmele intervențiilor chirurgicale sau ale accidentelor.

7. Ochii de sticlă.

8. Protezele dentare.

9. Stigmatul profesional. — E vorba de modificările de atitudine, de hipertrofia unor anumite părți ale corpului, de anumite boli, de alterațiunile cutanate, cari toate sunt mai mult sau mai puțin specifice unei îndeletniciri determinate sau unui grup de profesioniști.

a) *Aceeaș mișcare repetată* imprimă hipertrofia unei părți a corpului: de exemplu, dezvoltarea bicepsurilor și a mușchilor pectorali.

b) *Atitudini vicioase* consecutive unei repetate pozițiuni nemodificate: de exemplu, spatele adus la cei cari scriu zilnic, la profesioniștii aplecați peste obiectul pe care-l fac.

c) *Bolile profesionale* (vezi descrierea lor la: „Accidentele”): astențiile, varicele, spasmul profesional.

d) *Îngroșarea pielii* (formarea de calozități): *la mână*, prin urma lăsată de frecarea repetată a sculei ținute; *la braț, umăr, piept, șolduri, picioare*.

e) *Alterarea structurii pielii*: arsuri, crăpături, tumori și kiste subcutanate, dermite; deformarea, distrugerea parțială sau totală a unghiilor.

f) *Colorațiunea specifică a pielii* după îndeletnicirea individului (cărbunarii, vopsitorii, zugravii, coșarii, etc.).

g) *Deformarea unor părți ale corpului*.

Nu stăruim asupra așa ziselor stigmatul profesional, pentru că pe deoparte sunt inconstante, iar pe de alta multe din ele cu timpul se atenuază sau chiar dispar cu totul, atunci când individul se lasă de îndeletnicirea care le-a provocat.

Ca exemplificare dăm câteva indicațiuni în ce privește localizarea și natura modificărilor profesionale (bătăături, calozități, burse seroase, deformări):

1. Cismarii: în regiunea hipotenară a mâinii drepte (ținerea cuțitului); deasupra genunchiului drept (loviturile de ciocan).

2. Croitorii, bărbierii: urmele lăsate pe degetele cari țin foarfecile.

3. Fierarii: întărirea podului palmei drepte, la nivelul bazei degetelor (ținerea ciocanului).

4. Parchetarii: dedesubtul rotulelor o îngroșare a pielii și prezența unei burse seroase.

5. Cusutoresele: numeroase înțepături negricioase pe pulpa indexului stâng.

6. Spălătoresele: retracțiunea aponevrozei palmare și a tendoanelor flexorilor dela mână dreaptă (din cauza mișcării repetate de stoarcere a rufelor).

7. Călcătoresele: o pronunțată extensiune a ligamentelor palmare (consecutivă apăsării și netezirii repetate, cu degetele, a cutelor depe rufe înainte de a le călca).

8. Zarzavagii: îngroșarea epidermei umerilor (consecutivă compresiunii exercitate de cobiliță).

9. Plăpumarii: câte o bursă seroasă în dreptul maleolelor externe (obiiceiul de a sta turcește).

10. Chirurgii sau acei cari umblă cu mâinile prin sublimat: îngroșarea. crăparea și înegrirea epidermei.

11. Persoanele cari umblă cu mâinile prin lichide calde ce conțin sodă. potasă, leșie, sau cari freacă substanțe cum sunt lâna, mătasea, părul: o subțiere a epidermei.

12. Mănuitorii condeiului: o îngroșare a feței latero-dorsale a auriculă rului (frecarea de hârtie) și o depresiune pe fața externă a mediusului (ținerea tocului sau a creionului), la mâna dreaptă sau la cea stângă, după cum avem aface cu un dreptaciu sau cu un stângaciu.

13. Desenatorii, cioplitorii în piatră, sculptorii în lemn, etc.: curbarea coloanei vertebrale și deformarea sternului.

14. Făinarii, pietrarii, tăietorii de lemne, măturătorii, etc.: pulberea ce se depune pe păr. sub unghii. pe haine.

V. Tatuajul

În marea majoritate a cazurilor semn indelebil, tatuajul, ca element de identificare, are o mare valoare medico-legală, pentru că, după plastica definiție a lui Lacassagne, „il dit souvent plus que le nom“. Simplul examen al desenului (subiectul acestuia) constituie un prețios punct de orientare pentru stabilirea clasei sociale, a îndeletnicirii individului, a trecutului și moravurilor acestuia.

1. Etiologia

Avem două clase mari de tatuaje: tatuajul involuntar și tatuajul voluntar.

a) Tatuajul involuntar poate fi consecința unui accident. a unei crime, a unei intervențiuni medicale; el mai e, de cele mai multe ori, inerent meseriei sau profesiei.

I. *Tatuajul accidental*: incrustațiunile de pulbere de cărbune în caz de explozie într'o mină; petele de arsură cauzate de contactul cu un lichid caustic.

II. *Tatuajul criminal*: zona tatuată în caz de împușcare; urma lăsată de un instrument înroșit în foc; petele lăuate prin stro-pirea sau desinarea cu un lichid caustic.

III. *Tatuajul medical*: colorațiunea închisă căpătată de piele în locurile unde au fost aplicate vesicatorii.



Fig. 256. — Tatuaj criminal: o tânără femeie din București (1930) petrece în tovărășia a trei tineri intelectuali, în camera unuia dintre aceștia; drept mulțumire, doi din ei au ținut-o imobilizată, iar al treilea a însemnat-o pe brațul stâng cu inscripția ce se vede făcută cu vitriol.

IV. *Tatuajul profesional*: incrustațiunile în piele ale prafului de cărbune (minerii), ale pulberii de metale (lucrătorii din minele de aur, lucrătorii strungari, căldărari, etc).



Fig. 257. — Tatuaj patriotic (dinastic): portretul Reginei Elisabeta, notat pe pieptul unui deținut (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).



Fig. 258. — Tatuaj de ocaș (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).

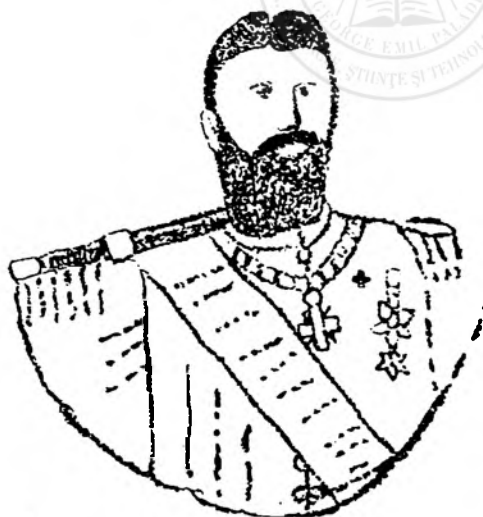


Fig. 259. — Tatuaj patriotic (dinastic): portretul Regelui Carol I notat pe pieptul unui deținut (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).

b) Tatuajul voluntar.

I. *Clasa socială și îndeletnicirea*. În ordinea frecvenței, tatuajul se întâlnește la: foști și actuali clienți ai pușcării, maniaci, alienați, prostituate, întreținutăii acestora, marinari, soldați ai armatei de uscat, lucrători. Excepțional la intelectuali, tatuajul se mai poate nota și în lumea bună, unde apare ca un produs al snobismului, al modei.

II. *După sex*, tatuajul e mai frecvent la bărbat decât la femei.

III. *Vârsta*. — Individul se tatuează la orice vârstă, începând cu epoca adolescenței și sfârșind prin

aceea a adâncilor bătrâneți. La copii, înainte de perioada pubertății, tatuarea e foarte rară.

O statistică, întocmită de Profesorul Nicolae Minovici pentru 506 tatuaje, ne dă următoarele informațiuni asupra epocii tatuării: 141 înainte de 20 ani; 285 între 21 și 25 ani; 59 între 26 și 30 ani; 35 între 31 și 40 ani; 5 între 41 și 50 ani; câte un tatuaj la 52, 62 și 75 ani.

IV. *Inspirația, mobilul*: credința religioasă, sectarismul, sentimentul patriotic, tradiția, imitația, dragostea, vanitatea, pornirile rășboinice.

2. Categoriile

Tatuajul traducând un sentiment adânc incolțit în suflet, o stare cerebrală, numărul categoriilor sale va fi în raport cu diversitatea imboldurilor lăuntrice și

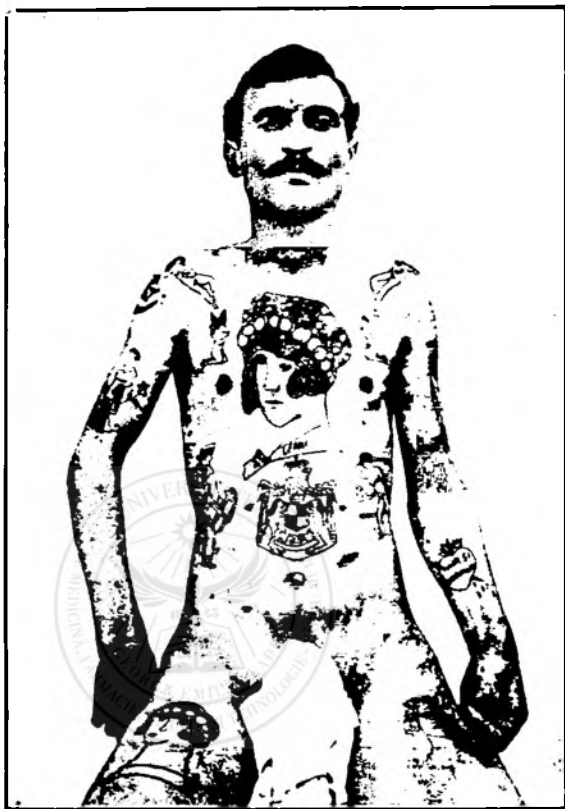


Fig. 260. — Tatuaj pe piept, brațe și picioare.



Fig. 261. — Tatuaj profesional: emblema înfățișând sculele unui potcovar (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).

cu mentalitatea individului, a mediului în care trăește.

a) *Tatuajul mistic*: embleme religioase, înfățișând divinitatea la care te'nchini, ingeri, sfinți, preoți, biserici, temple, atributele divinității.

b) *Tatuajul patriotic*: chipurile domnilor, chipurile eroilor, decorațiile date ca răsplată pentru vitejie.

c) *Tatuajul războinic*: embleme și inscripțiuni înfățișând o năzuință ori caracterizând o lozincă; desene reprezentând o luptă corp la corp, o încăierare în masă.

d) *Tatuajul erotic*: figuri și inscripțiuni mai mult sau mai puțin obscene.

e) *Tatuajul afectiv*: figuri și inscripțiuni exprimând dragostea, mânia,

sentimentul de răzbu-
nare, desnađejea, o
mare bucurie sau o
durere neșpusă.

f) *Tatuajul profesio-
nal*: inscripțiuni și
embleme cari înfăți-
șează îndeletnicirea in-
dividului: marinar, sol-
dat din armata de
uscat și cea aeriană, lă-
cătuș, potcovar, cismar,
tâmplar, florar, etc.

g) *Tatuajul istoric*: in-
scripțiuni, embleme,
chipuri din istoria nea-
mului ori a omenirii.

h) *Tatuajul episo-
dic*: o emblemă, o in-
scripțiune reamintind
un episod din viața in-
dividului.

i) *Tatuajul familial,
corporativ*: inscripțiuni
și embleme, perpetuate
în familie: inscripțiuni
și embleme cari tră-
dează breasla, asocia-
ția secretă căreia apar-
ține individul.



Fig. 262. — Tatuaj mistico-religios: Sf. Gheorghe desenat pe pieptul unui maniac religios (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).

j) *Tatuajul fantezist* (indeosebi la alienați): inscripțiuni de natură diferită, figuri din întreg regnul animal, vegetal și mineral.

k) *Tatuajul armatei criminalilor*: inscripțiuni și embleme înfățișând armele de predilecție, în săvârșirea faptelor nelegiuite.

l) *Tatuajul specific al homosexualilor*: inscripțiuni și țiguri obscene.

m) *Tatuajul terapeutic*. Există popoare înapoiate la cari tatuajul e practicat la tâmpile, mâni, umeri, genunchi, ceafă, gât, piept, spinare, picior, în credința că astfel se combat anumite boli: durerea de cap, nevralgiile, bolile de stomac, dermatitele, tumorile, leziunile oaselor și ale articulațiilor.

n) *Tatuajul estetic* practicat în scopul de a masca o cicatrice, o alterațiune a pielii.

3. Regiunea tatuată

De fapt nu există zonă a trupului omenesc pe care să nu se poată da peste un tatuaj, pentrucă alegerea regiunii depinde, foarte



Fig. 263. — Tatuaj înfățișând un crucifix (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).

des, de capriciul individului: numai la acei cari fac parte dintr'o anumită tagmă, tatuajul are un sediu mai mult sau mai puțin stabil.

Mai frecvent, însă, sediul de predilecție e brațul, dosul mâinii, pieptul, gâtul, spatele, piciorul, pânțele, coapsele, bucele șezutului, pubisul, penisul.

Exceptional putem nota tatuajul pe: craniul chel, frunte, față, pleoape, (tatuajul așa zis estetic după care se prăpădesc unele femei din lumea snobismului).

4. Metodele de tatuare:

Tatuajul se realizează prin introducerea sub epidermă, la adâncimi variabile, de materii colorante spre a se obține o inscripție, un desen menit a nu dispărea niciodată. Materiile

colorante sunt: cerneala de China, cărbunele de lemn pisat și întins cu apă, cerneala albastră, sineala, albastrul de Prusia, carminul.

a) **Tatuajul prin înțepare** e cel mai răspândit și cel mai artistic ca execuție. Tatuorul se servește de un grup de ace foarte subțiri (3.5.10) cu vârful la același nivel și prinse cu o ață sau o sârmă fină de capătul unui bețișor. Cu acest instrument se desinează, prin înțepare (la o adâncime de 0,5 mm., rar mai mare) inscripția, figura sau complexul simbolic. Uneori operația înțepării e reînnoită, spre a se obține o aparență mai pronunțată a culorilor întrebuițate. Odată operația terminată, locul tatuat e spălat cu apă, salivă sau urină.

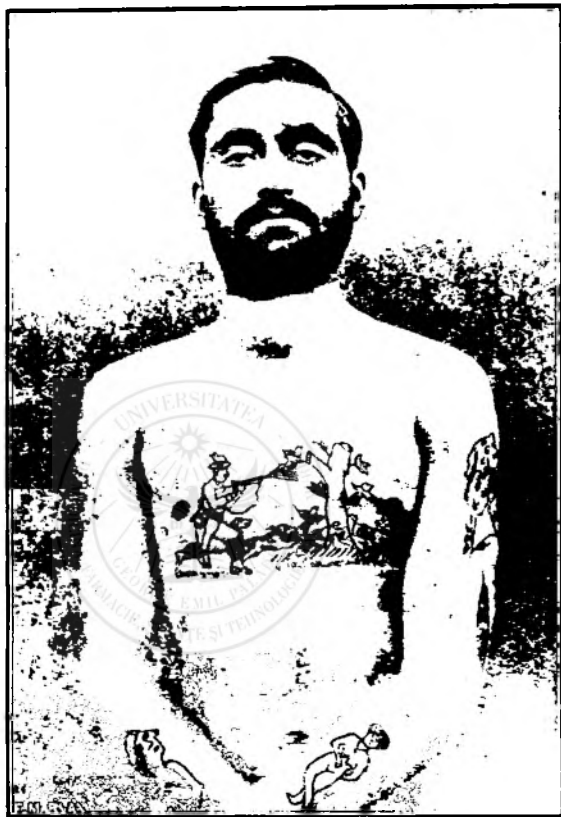


Fig. 264. Tatuaj complex: profesional (scenă de vânatoare pe piept) și erotic (cap, bust și trup de femei pe brațe).

b) Tatuajul prin scarificare: inciziuni parte superficiale, parte identice cu cele făcute de ventuzele cu sânge.

c) Tatuajul prin cicatrizare: o serie de inciziuni relativ adânci; rănilor sunt menținute deschise, astfel ca, după vindecare, cicatricea să reproducă însăși forma tăiturii.

d) Tatuajul prin arsură, ulcerare, înmugurire: după producerea arsurii, se desprinde crusta, iritându-se apoi rana spre a se provoca ulcerarea și înmugurirea.

e) Tatuajul sub-epidermic. — Cu ajutorul unui ac se introduce, sub epi-



Fig. 265. — Tatuaj reprezentând pe o cântăreață de care era îndrăgostit individul; desen executat pe pieptul acestuia. (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).



Fig. 266. — Tatuaj făcut pe braț (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).

dermă. un fir lung de ață, uns cu o materie grasă (untura de pește amestecată cu negrul de fum). Operația se repetă, obținându-se un desen fie alcătuit din linii paralele drepte sau linii curbe concentrice, fie constituind o cruce, o stea, etc.

f) Tatuajul mixt: o combinație a două din procedeele descrise sub literele b, c, d și e.

g) Tatuarea superficială: semnul, inscripția, emblema sunt făcute fără înțeparea sau incizia pielii, ci numai prin simpla aplicare a unui tipar uns cu o materie colorantă (pecete, șablon, etc.) sau cu ajutorul unei pensule.

4. Accidentele consecutive tatuajului

Ele pot fi foarte grave, chiar mortale, fie prin transmiterea sifilisului, tuberculozei (asepsia instrumentului, acțiunea salivei sau

a urinei cu care se spală locul tatuat), fie prin provocarea de flegmoane, erisipel, gangrenă. (*Vezi și studiul rănilor cauzate de instrumentele înțepătoare*).

5. Detatuaarea

Tatuajul executat prin înțeparea sau inciziunea epidermei e mai mult sau mai puțin indelebil, după puterea de rezistență a materiei colorante întrebuințate. Dimpotrivă, tatuajul superficial dispare cu timpul dela sine ori mai repede prin spălare și frecare.

Dar nici tatuajul executat după toate regulile artei nu-și păstrează infinit nuanțele primitive, ci încetul cu încetul acestea se atenuază. Vom avea deci o mai mult sau mai puțin pronunțată detatuare automată, care se traduce fie printr'o pălire totală sau parțială a desenului, fie chiar printr'o dispariție aproape completă a unei părți a tatuajului; în cazul din urmă, rămâne în loc o cicatrice punctată vizibilă.

Detatuarea automată se notează mai ales în părțile desenate cu carmin, pe când cele desenate cu cerneala de China sunt cele mai persistente. În definitiv, cu cât mai mare e solubilitatea materiei colorante, cu atât mai lesne se produce și detatuarea automată.

Am examinat un mare număr de tatuaje într'o culoare și în două culori și rezultatul studiului nostru, ținând seama de vechimea desenului, e următorul:

1. Tatuaje cu o singură culoare. — a) *Pălesc cu timpul* cele colorate în roșu, în albastru și în negru (cerneala ordinară, cerneala de China, praful de pușcă). — b) *Se șterg parțial* tatuajele colorate în roșu și în negru. — c) *Se șterg cu totul* cele colorate în roșu.

2. Tatuajele în două culori. — a) Din 187 tatuaje examinate am notat: 144 cu desenul foarte pronunțat: 28 pălite, 15 parțial șterse. — b) În acelaș număr de tatuaje am notat la unele pălirea sau ștergerea uneia din culori: roșul pălit în 39, șters parțial în 55 și total în 55; negrul pălit în 1 și șters în 3.

Detatuarea artificială se obține prin numeroase procedee dintre cari cele mai eficace sunt:

a) *Vesicarea combinată cu aplicarea de substanțe caustice*; dar după căderea escarei care se formează rămâne o cicatrice indelebilă.

b) *Introducerea în punctele de înțepare a unor picături de zeamă de lămâie, de bioxalat de potasiu, de etilat de sodiu; apoi se freacă*. În definitiv, recurgem la un fel de tatuare nouă pentru înlăturarea celei vechi.

6. Examenul tatuajului

a) *Vechimea e anevoie de determinat, după ce au trecut 4—8 săptămâni dela executarea tatuajului*.

b) *Tatuajul șters sau tatuajul ocult se identifică prin iri-*

tarea mecanică a pielii cu ajutorul unui reactiv: după un interval de 5—50 minute, punctele de înțepare apar proeminente și sunt astfel vizibile și palpabile.



Fig. 267.— Identificarea materiei colorante a tatuajului pe cadavrul în putrefacția înaintată: pe porțiunea de piele tratată și examinată la microscop se observă pigmenții (urmele negre), însă numai în dermă, în-deosebi în jurul glandelor, pe când epiderma și stratul profund al dermei rămân indemne (planșă desenată de Profesorul Dr. N. Minovici).

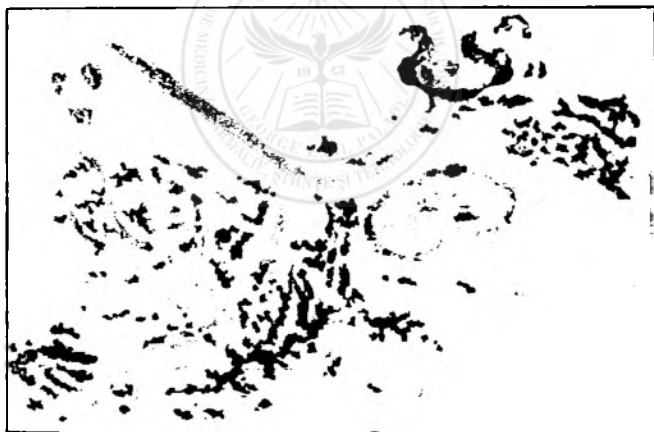


Fig. 268. — Identificarea materiei colorante a tatuajului în pielea cadavrului în putrefacția înaintată: la microscop, pe porțiunea de piele, de pe antebraț, se văd pigmenții (colorați în negru) în masa unui ganglion axilar și mai ales în jurul vaselor. Se mai observă că pătrunderea pigmentului în ganglion a avut de urmărire o modificare a constituției acestuia din urmă: scleroza tradusă prin prezența țesutului conjunctiv din vecinătatea ganglionului. Pigmentul poate pătrunde și în celulele conjunctive (planșă desenată de Profesorul Dr. Nicolae Minovici: „Tatuajul în România”).

c) **Fotografia**, cu ajutorul plăcilor autochrome Lumière, permite să se identifice un tatuaj care, superficial, nu se mai poate distinge. — Fotografia aceasta ne îngăduie să identificăm și tatuajul subjacent, peste care s'a executat unul nou, precum și eventualele

modificări (prin adăugire ori suprimarea parțială a tatuajului pre-existent).

d) Pe cadavru, atunci când putrefacția sau o cauză accidentală a distrus derma, se examinează cu atenție vasele limfice și ganglionii zonei suspecte, de oarece în acestea vom găsi urmele materiei colorante.

Atunci când pielea e intactă dar *uscată* — ceeace îngreuiază examenul tatuajului —, muiem în prealabil pielea pergamentată și apoi înlăturăm epiderma.

e) Copia tatuajului vizibil se obține astfel (procedeu *Lacassagne*): aplicăm peste tatuaj o bucată de hârtie pânzată transparentă și cu creionul copiem conturul ansamblului și al detaliilor desenului; copia aceasta o punem peste o foaie de hârtie albă și, cu cerneala de culoare corespunzătoare tatuajului, desăvârșim desenul.

VI. Fișa antropometrică

E aceea în care sunt notate toate particularitățile portretului vorbit. Fișa aceasta va cuprinde deci:

1. Numele, prenumele, eventual porecla și pseudonimul, ziua, anul și locul nașterii, numele părinților, indicațiunea hârtiilor de identitate de cari se servește individul.

2. Antecedentele.

3. Cifrele corespunzătoare măsurărilor diverselor părți ale corpului.

4. Notațiunile interesând fruntea: înclinarea, înălțimea, lărgimea, particularitățile.

5. Notațiunile nasului: spinarea (foarte concavă — *co*, concavă — *cv*, puțin concavă (*cv*), dreaptă — *r*, puțin convexă (*vx*), convexă *vx*, foarte convexă — *ox*; apoi celelalte elemente: baza, proeminența lărgimea, particularitățile.

6. Notațiunile privitoare la buze, gură și bărbie.

7. Notațiunile interesând urechea dreaptă.

8. Conturul capului.

9. Sprincenele.

10. Corpolența. — Rasa.

11. Notațiunile privitoare la irisul stâng.

12. Notațiunile interesând părul capului, barba mustățile.

13. Indicațiunile cu privire la pielea feței.

14. Notarea semnelor particulare și a stigmatelor profesionale.

B. Dactiloscopia

Adică utilizarea, ca mijloc de identificare, a urmelor întipărite de extremitățile degetelor individului. Vestigii despre un atare procedeu de individualizare găsim în epocile îndepărtate dinaintea și după era creștină. Ca „pecete personală“, impresiunea degetului are valoare probatorie: în imperiul asiro-babilonian, în vechiul Egipt, în vechea Chină: în dreptul contractual, în materie de că-

sătorie și divorț, în legiuirea penală chineză din epoca 960—1278 d. Chr.; în procedura japoneză (1713), în India vechie, în Tibet, în Turcia, în vechea Rusie Orientală; la Tătari, la Malaezi.



Fig. 269. — Un recidivist care, spre a nu fi recunoscut, s-a desfigurat ungându-și fața cu vitriol.

E de netăgăduit că portretul vorbit e o contribuțiune prețioasă la identificarea individului viu ori mort; dar, precum am arătat, el poate da loc la erori de interpretare (asemănarea isbitoare a doi indivizi), la încercări, mai mult sau mai puțin reușite, de disimulare ori de mistificare din partea celui interesat. Așa, acesta din urmă, prin diverse manopere, poate să-și modifice nu numai fizionomia, dar și înfățișarea totală. În această privință avem o observație edificatoare personală:

în amfiteatrul „Bertillon“ al Institutului Medico-Legal din București sunt expuse fotografiile unui recidivist, pentru a 15-a oară condamnat, care de patru ori nu numai că

și-a luat un nume de împrumut, dar tot de atâtea ori și-a modificat și fizionomia, lăsându-și sau răsându-și barba și mustățile, tăindu-și sau lăsând să-i crească părul, variind pieptănătura acestuia. Dar chiar fără artificii, fizionomia individului se schimbă mult, uneori până la a face imposibilă confruntarea între două fotografii, după un interval mai lung. Vom ilustra acest neajuns printr'un caz recent: la 23 Ianuarie 1930, serviciul nostru de identificare judiciară primește, dela Siguranța Generală italiană, fișa unui individ arestat la Roma, sub numele de Charles Blanc; grație



Fig. 270. — Fotografia individului (cliseul No. 269) înainte de auto-desfigurarea cu ajutorul vitriolului.

formulei dactiloscopice s'a putut face dovada că acest Charles

Blanc e una și aceeași persoană arestată la noi în 1907 sub numele de Albert de Coist: *prin comparația celor două fotografii, făcute la interval de 25 ani, nu s'ar fi putut niciodată conchide că ele sunt ale aceluiaș individ.*

Nu trebuie să se uite și *travestirea* care pe unele persoane le face de nerecunoscut.

Certitudinea nu ne-o poate oferi decât dactiloscopia. Avem la îndemână un mijloc pe cât de simplu și rapid pe atât de precis, iar posibilitatea de confuzie, admisibilă în teorie în proporția de 1 la o cifră astronomică (2 urmat de 48 zeruri), e de fapt exclusă în practică. — În genere, la o amprentă digitală, al cărei desen se împarte în 100 pătrățele, se notează 100 particularități, câte una de pătrățel. Ca să putem conchide la identitatea a două figuri dactiloscopice, ne ajunge să găsim numai 17 coincidențe de particularități: atari potriviri s'ar putea întâlni la 2 din 1.717.986.918 indivizi. În aplicațiunea medico-legală nu vom ajunge niciodată să căutăm asemănarea între două persoane dintr'un grup atât de fantastic ca număr: ne putem mărgini la un număr mai mic de particularități identice: 2 persoane cu 15 asemenea coincidențe nu se pot găsi decât într'un grup de 107.574.182 indivizi; 2 persoane cu 14 coincidențe într'un grup de 24.845.546 indivizi; 2 persoane cu 15 coincidențe la 6.710.886 indivizi; 2 persoane cu 12 coincidențe la 1.677.721 indivizi; 2 persoane cu 11 la 419.450 indivizi; 2 persoane cu 10 la un grup de 104.857 indivizi. Rezultă că 11—12 coincidențe sunt suficiente pentru identificarea unui individ, iar siguranța absolută ne-o dau 17 coincidențe (ceeace reprezintă aplicarea procedurii dactiloscopice la un grup superior întregii populațiuni a globului).

O imagine dactiloscopică, grație accidentelor de contur ale creștelor papilare, odată obținută, nu poate fi reprodusă de cel mai abil falsificator (faimosul plastograf Nicolae Botez, pe vremea când se afla deținut la Văcărești, a fost pus să reproducă o amprentă după original, dar n'a izbutit s'o imite la perfecțiune).

Identificarea prin dactiloscopie se face fie prin compararea imaginii de pe fișa personală cu noua amprentă luată persoanei examinate, fie prin compararea acestei imagini cu aceea obținută de pe obiectul atins de individul prezent ori absent dela cercetare.

Din miile și miile de identificări pe această cale cităm următoarele spețe:

I. Paznicul de noapte al unui depozit de lemne, din Șoseaua Colentina din București, surprinde pe niște hoți tocmai când se pregăteau să atace biroul. Hoții fugind, paznicul îi urinărește și cu revolverul omoară pe unul din ei, în momentul când acesta ajunsese pe câmp, în dosul depozitului. Cadavrul e transportat la morgă unde i se ia amprenta digitală. În mai puțin de cinci minute, se găsește, la Serviciul de Identificare judiciară, fișa respectivă și astfel se descoperă că individul împușcat era un vechiu și fioros tâlhar.

Grație indicațiunilor cu privire la domiciliul lui, parchetul a putut, prin investigațiile făcute, să identifice și pe complicii banditului.

II. La Spitalul militar din Craiova al Corpului I Armată se constată, dimineața, că magazia rufăriei fusese spartă și că lipseau mai multe albituri. Hoțul intrase prin fereastră, după ce spărsese un geam. Arestați au fost cei trei soldați cari cu rândul fuseseră de sentinelă. Se examinează bucățile geamului spart și pe ele se identifică urmele digitale ale unuia dintre soldați; văzându-se descoperit, el sfârși prin a mărturisi spargerea și furtul.

III. Un pungaș fură din buzunarul unei persoane, odată cu portofelul cu bani, și actele de identitate ale victimei. Odată în posesiunea acestora își creează o nouă stare civilă și, astfel sub un nume de împrumut, săvârșește o spargere și tot odată dă dovadă de o rară perfidie: lasă pe locul delictului actele de identitate ale primei victime. Poliția, indusă în eroare, o arestează pe aceasta ca autoare a spargerii. I se ia amprenta digitală care se constată a nu corespunde aceleia ridicată dela locul efracției. Serviciul de identificare judiciară, în câteva clipe, a găsit fișa respectivă și în chipul acesta adevăratul spărgător a putut fi identificat, pus sub urmărire și arestat.

IV. Lui *Gh. Iacomi*, din Constanța, i se fură, la 9 Mai 1929, odată cu diverse obiecte și toate actele de identitate, inclusiv livretul de serviciu militar. Hoțul, *Gh. Sandu*, își strămută câmpul de operații la București, unde e arestat și, sub numele său de împrumut *Gh. Iacomi*, i se face fișa dactiloscopică. Până la judecarea pricinei e pus în libertate provizorie și bine înțeles, nu are grija să se înfățișeze în ziua sorocită de tribunal: e condamnat în lipsă, firește sub numele de *Gh. Iacomi* (originar din Constanța). Sentința rămânând definitivă, se execută mandatul împotriva lui *Iacomi* care, arestat, e adus din Constanța și întemnițat la Văcărești. Nenorocitul face contestație și e adus dela penitenciar la Serviciul de Identificare pentru confruntarea amprentelor proaspete cu formula de pe fișa pe care figura formula dactiloscopică a *fașului Iacomi*, adică a lui *Gh. Sandu*. Se constată că formulele nu sunt identice — și justiția își recunoaște eroarea de persoană fizică, punându-l în libertate pe adevăratul *Gh. Iacomi*. — Intre timp, *Gh. Sandu* continua să opereze sub numele de *Gh. Iacomi*, până ce într-o bună zi e din nou arestat și de astă dată, prin confruntarea formulilor dactiloscopice, e demascat și judecat sub adevăratul lui nume de *Gh. Sandu*.

V. Dovada complicității lui *Gutman* la crima din strada Lt. Petre Carp din București s'a putut obține grație comparației unei amprente sanguine de pe sticla de lampă cu impresiunea digitală a individului. Ceva mai mult, formula dactiloscopică a lui *Gutman* a permis Serviciului nostru de identificare judiciară să regăsească, în cazier, fișa lui personală: cu ajutorul acesteia s'a putut stabili și antecedentele lui *Gutman*: o primă condamnare la 3 luni, o a doua la 6 luni (1926) și o a treia la 7 luni (1929), deși una din aceste pedepse o ispășise sub numele de *Șulăm Abram* zis *Abramoovic*.

VI. În 1929, Casa Militară de Pensii e sesizată de plângerea unui veteran, că plutonierul însărcinat cu plata pensiei pe Decembrie i-o refuză, opunându-i semnătura prin punerea degetului ca atestare de primirea sumei: veteranul contestă că apozitia digitală ar fi a lui. Serviciul de identificare, solicitat de Casa Militară, demonstrează că amprenta digitală, invocată ca mărturie a achitării pensiei, e aceea a plutonierului plătitor.

VII. La 1 Iunie 1950 se găsește cadavrul unui necunoscut cu urme de grave violențe. În absența oricărui indiciu de identitate, se iau, la Institutul Medico-Legal din București, amprentele digitale ale mortului. Acestea sunt trimise Serviciului de Identificare judiciară unde i se stabilește formula dactiloscopică și, în mai puțin de 5 minute, se găsește, în cazierul serviciului, o for-

mulă identică a unui individ cu numele de Manoliu Pescaru. Odată iu posesiunea numelui mortului, parchetul a putut continua investigațiile și, stabilind cu cine a fost decedatul în ziua crimei să descopere și pe ucigaș.

VIII. Un Român, prezent în America în momentul intrării Statelor Unite în marele războiu, se angajează ca voluntar și face campania depe frontul francez. Odată pacea încheiată, se întoarce în România și, prin intermediul consulatului general american din București, își înaintează la Washington cererea de pensie. Ministerul de Războiu american răspunde, că nu poate satisface cererea, decât numai dacă petiționarul trimite și o fișă dactiloscopică, spre a fi comparată cu aceea păstrată în controalele armatei. Numai pe baza acestei identificări i s'a acordat pensia la care avea dreptul.

IX. Acum câțiva ani se prezintă un testament a cărui autenticitate era bazată pe amprenta digitală. Partea care cerea anularea actului contestă că impresiunea ar fi a testatorului decedat. Tribunalul ordonă o expertiză dactiloscopică: cadavrul e desgropat; starea epidermei digitale mai îngăduie proba — și în adevăr se face dovada că amprenta depe testament nu e a mortului. Pe acest temei instanța pronunță nulitatea actului ca unul ce e pătat de falș.

X. Ca să se vadă cât preț se pune în streinătate pe identificarea dactiloscopică, vom releva că numai la Lyon s'au pronunțat 29 condamnări pe unica dovadă a formulei dactiloscopice; tot ca unică mărturie a servit formula aceasta și în două condamnări la moarte (una în America la Chicago, și una în Franța).

Dactiloscopia aduce un deosebit serviciu, atunci când e vorba de identificarea recidiviștilor. În urma stăruințelor noastre, Ministerul de Justiție a dispus ca toate inchișorile din țară să trimită Serviciului de identificare judiciară din București fișele dactiloscopice ale tuturor condamnaților și deținuților, constituindu-se astfel un vast repertoriu al tuturor infractorilor din țară pe cari organele judecătorești au izbutit să pună mâna.

Dacă s'ar introduce și luarea amprentei digitale pe orice act alături de iscălitură, s'ar evita falsurile în acte publice și private, de oarece o semnătură poate fi plastografiată până la asemănarea desăvârșită, pe când desenul dactiloscopic, precum am spus-o, nu poate fi niciodată imitat la perfecție. — În urma intervenției noastre, Ministerul Justiției a trimis instrucțiuni instanțelor judecătorești, ca oridecâte ori e vorba să se autentifice un act emanând dela o persoană care nu știe să scrie, să nu se țină seama decât de amprenta digitală care, în caz de contestație, să fie comparată cu o nouă impresiune dactiloscopică a aceleiaș persoane.

La Institutul Medico-Legal din București s'a luat dispoziția ca nici un certificat medico-legal (atestarea virginității, constatarea unui atentat la pudoare, a unei loviri, ori răniri, constatarea stării mintale, etc.) să nu mai fie eliberat decât purtând și amprentele digitale ale persoanei examinate. Măsura ar trebui generalizată în toată țara, în toate afacerile de expertiză medico-legală.

I. O afacere de divorț. Femeea invoacă drept motiv impotența soțului.

iar ca dovadă aduce un certificat de virginitate emanând dela Institutul Medico-Legal din București și care avea și amprentele digitale ale persoanei examinate. Soțul contestă, susținând că infirmitatea lui nu e decât accidentală și că, la epoca însoțirii, se bucura de potenția cocundi. Iar ca dovadă propune un nou examen al femeii — care susține că tot fecioară este. Noua expertiză constată inădăvăr o deflorare vechie. Incercarea de înșelăciune din partea femeii e demascată prin compararea amprentelor digitale: imaginea dactiloscopică a soției e diferită de aceea a persoanei care obținuse certificatul de virginitate, ce fusese eliberat unei prietene din alt oraș care se substituise soției.

II. Tot prin compararea amprentelor digitale s'a putut demasca fraude în materie de bătaie gravă, de atentat la pudoare, de cererea de punere sub interdicție.

1. Technica fixării imaginii dactiloscopice

Identificarea dactiloscopică e, în definitiv, bazată pe simpla comparație între imaginile a două amprente digitale, — comparație care, după împrejurare, se poate prezenta sub următoarele forme:

a) S'a pierdut urma unui individ viu care, fie din motive personale ori familiale, fie în nădejdea de a se sustrage astfel urmăririi judecătorești, și-a schimbat numele și și-a modificat fizionomia. Drept orice indiciu cert nu există decât fișa dactiloscopică a unei amprente găsite pe un obiect cu care, înainte de a dispărea, individul a venit în atingere. Fișa nu conține decât formula dactiloscopică, iar numele e necunoscut. Întâmplarea sau mersul cercetărilor face să se dea peste persoana căutată. Aceasta, biziindu-se pe noile acte de identitate și pe noua fizionomie (și-a tuns părul lung sau a lăsat să-i crească părul scurt, și-a pus o perucă, și-a ras barba și mustățile sau le-a lăsat să crească; simularea unui tic, unei anumite atitudini), tăgăduște. I se ia amprenta, care, comparată cu cea fără nume dela Serviciul de identificare, se dovedește a fi exact aceeași.

b) Se dă peste cadavrul unui necunoscut. I se iau amprentele digitale și, dacă vreodată a avut aface cu justiția, e numai decât identificat.

c) Se săvârșește un delict, o crimă. Autorii nu sunt cunoscuți, nu există decât bănueli. Eventualele amprente găsite pe locul infracțiunii sunt comparate cu amprentele digitale luate dela diverse persoane suspectate și astfel se poate descoperi vinovatul.

d) Un individ e arestat, fie că e dovedit ca autor al infracțiunii, fie că e numai bănuit. Amprente pe vreun obiect oarecare nu există, pentru că făptașul a avut precauțiune să nu lase o atare urmă revelatoare. Individul tăgăduște și invoacă diverse alibiuri. Ampretele digitale ce i se iau în momentul arestării sunt comparate, după formula dactiloscopică determinată, cu

fișele din aceeaș grupă din cazierul Serviciului de identificare și similitudinea ambelor formule demască pe recidivist.

e) Un recidivist a dispărut, dar, pe locul ultimei lui isprăvi, și-a lăsat carta de vizită — amprente digitale. Imaginea acestora ajunge pentru găsierea fișei respective: făptașul e astfel identificat, iar justiția are o indicațiune hotărâtoare pentru căutarea lui.

f) Un infractor, a cărui fișă dactiloscopică există la Serviciul central de identificare, moare. Un alt individ, pe care, pentru întâia oară, justiția pune mâna, a operat sub numele mortului, fie că și-a procurat actele lui de identitate, fie că și le-a plăsmuit sub acest nume. Simpla comparație a formulei dactiloscopice a infractorului viu cu aceea a mortului descoperă înșelăciunea și permite judecății să-l condamne sub adevăratul lui nume. Iată un motiv serios pentru păstrarea fișelor infractorilor morți, pe cari, la Serviciul de identificare, se aplică o stampilă foarte vizibilă: „Decedat“.

g) Dactiloscopia ar putea servi la identificarea necunoscuților cari nu-și mai amintesc sau se prefac a nu-și mai aminti nici despre numele, nici despre familia, nici despre domiciliul lor. Deasemenea ar putea sluji la identificarea copiilor răătăciți și incapabili de a da vreo deslușire cu privire la obârșia lor. O atare identificare nu e însă cu puțință decât cu condiția de a se introduce luarea amprentelor digitale ale copilului imediat după naștere, iar biourourile populației să aibă întocmite caziere de toți locuitorii aglomerației respective. Un atare mijloc de identificare n'ar da nici odată greș, pentrucă impresiile digitale ale individului rămân neschimbate din a 6-a lună a vieții intro-uterine și până după moarte.

* * *

Identificarea dactiloscopică are deci o îndoită țintă: constituirea unui cazier; demascarea unui individ după amprenta lăsată pe un obiect atins. Va trebui dar să arătăm cum se iau amprente digitale în vederea clasării fișei și cum se obține imaginea dactiloscopică a urmelor digitale lăstate pe un obiect.

I. Luarea amprentelor digitale

Mai întâiu, prin răsucirea degetelor, se ia separat impresiunea fiecărui deget dela cele două mâni; apoi se ia amprenta simultană a ultimelor patru degete dela fiecare mână.

În prealabil se curăță degetele individului cu terebentină, benzină, petrol, ștergându-se bine de umezeală sau de sudoare, pentrucă altfel liniile papilare s'ar îmbâcsi cu cerneala care servește la luarea amprentei, iar desenul acesteia n'ar mai fi clar.

Pentru luarea amprentei ne servim de următorul material: 1. o placă lustruită pe cel puțin una din fețe (sticlă, zinc, alamă, lemn de esență tare); 2. un borcunaș de cerneală tipografică; 3. o lopățică, o pensulă sau un rulou de cauciuc cu care întindem cerneala pe placă; 4. degetele individului se apasă pe placa unsă cu cerneală, iar apoi pata de pe ele se imprimă pe hârtie; 5. terebentina, benzina, petrolul servesc la curățirea plăcii după fiecare întrebuințare.

Fișa, odată constituită, e clasată în cazierul respectiv al formulei dactiloscopice.

Atunci când e vorba să se ia *amprentele digitale ale unui cadavru*, procedăm la fel ca pentru omul viu. E însă de observat:

a) Luarea amprentelor unui *cadavru proaspăt* nu se izbește de nici o dificultate tehnică, iar imaginea e tot atât de clară ca aceea a persoanei în viață.

b) La un *cadavru intrat deacum în putrefacție sau la un cadavru de înecat* cu epiderma degetelor umflată, amprentele digitale se pot obține în urma unei preparări prealabile a degetelor: cu un ac Pravaz se injectează sub epidermă apă, glicerină și ulei de parafină, până ce cutele se netezesc.

c) Dacă epiderma de pe degete e desprinsă, luăm amprenta dosului epidermei, iar cu ajutorul unei mase elastice (gelatina de zinc) obținem relief pozitiv care apoi e imprimat pe hârtie.

d) În caz când epiderma a dispărut, mai găsim pe dermă urme de linii papilare; derma, în prealabil preparată, ne poate da amprente sau fotograme destul de concludente.

II. Descoperirea și reproducerea amprentelor de pe obiecte

1. — Se caută pe obiectul examinat urma lăsată de buricele degetelor mâinii care l-a atins. Urma aceasta e formată de grăsimea conținută în sudoarea care întotdeauna se găsește, chiar invizibilă, pe epidermă. Dacă degetele sunt mânjite cu sânge sau cu o materie colorantă oarecare (cerneală, vopsea, funingine, etc.) — cu condițiunea însă, ca să nu fie îmbăcsite, pentru că în atare caz se reproduce numai o pată indescifrabilă — atunci urma pe obiect e mai evidentă decât aceea a sudorii.

2. Urma se caută, după caz, pe suprafața curată a obiectului examinat, pe stratul de substanță streină care acoperă obiectul (praf, etc.), într'o scobitură a acestuia.

3. Urma e de obicei invizibilă: când degetele erau mânjite cu o substanță transparentă ca grăsimea, sacăzul, chitul, săpunul: când substanța are aceeași culoare ca și obiectul examinat.

4. Urma clară se găsește de regulă pe obiectele cu suprafața netedă, lustruită; ea e întotdeauna mai mult sau mai puțin ștersă pe scândura nedată la rindea, pe o suprafață aspră accidentată (perete), pe rufe, pe hârtia uzată ori poroasă, etc.

B. — Urmele invizibile se descoperă fie examinându-le la o

lumină ce cade pieziș pe obiect (utilizarea razelor ultra-violete — razele lui Wood — dă repede un rezultat mulțumitor), fie prin întrebuițarea unui colorant.

Colorantul acesta poate fi pulverulent, lichid sau gazos.

1. Cel mai bun colorant pulverulent e substanța numită Sudan III, pentru întâia oară utilizată de Corin și Stockis. Grafitul și negrul de fum nu sunt recomandabile, pentru că mănșesc impresiunea și deformează desenul papilar.

2. Coloranții lichizi: cerneala, soluția alcalină de Sudan.

3. Coloranții gazoși: acțiunea vaporilor de acid fluorhidric sau aceea a vaporilor de iod.

Indeosebi când e vorba de descoperit *amprentele de pe hârtie*, se recurge la unul din următoarele procedee:

a) Se presară hârtia cu plombagină, ale cărei fire fine se prind pe dungile grăsoase lăsate de desenul papilar care apare colorat în cenușiu bătând în negru. Imaginea obținută se fixează mai întâiu cu un lac sicativ, cu tinctura de benjoin, și apoi se fotografiază.

b) Hârtia examinată e expusă la acțiunea vaporilor de iod: hârtia cu fața pe care se află amprenta se așează peste o cuvătă fotografică în care am pus iod metalic; imaginea se desinează în castaniu bătând în roșu.

c) Odată făcute vizibile, urmele se ridică fie prin fotografiare, fie prin aplicarea unei foi de hârtie mai groasă, unsă cu un strat de substanță gelatinoasă, lipicioasă, neagră. După aceea se face o fotografie mărită a imaginii obținute.

2. Constituirea formulei individuale

Imaginea dactiloscopică e alcătuită din desenul format de liniile sau crestele papilare digitale, — desen care variază la infinit dela individ la individ. Precum am mai spus, această imagine rămâne neschimbată la acelaș individ dela a 6-a lună a vieții intra-uterine până la și dincolo de moarte, atâta vreme cât pielea e mai mult sau mai puțin bine conservată. Ceeace se modifică sunt numai mărimea și grosimea liniilor papilare, fapt care nu alterează câtuș de puțin cel mai neînsemnat detaliu al desenului, care apare ca o pecete săpată în metalul cel mai rezistent de inchipuit; mărimea și îngroșarea creștelor are numai de efect de a mări imaginea: pentru epocile de dezvoltare a individului avem astfel ca o serie ascendentă de reproducțiuni fotografice ale uneia și aceleiaș figuri.

Desenul se reconstitue dela sine chiar în caz de leziune cutanată, de îndată ce aceasta se vindecă. În această privință vom cita ca ilustrațiune cazul raportat de *Yvert*: un recidivist, încredințat că în chipul acesta împiedică regăsirea fișei sale, și-a vârit umbele mâni într'un vas cu apă clocotindă: arsura a produs flic-tene cu căderea parțială a epidermei de pe degete; după regenerarea epidermei, liniile papilare s'au reprodus exact ca înainte de opărire, iar amprentele digitale au fost identice cu cele din fișă

găsită cu ajutorul formulei dactiloscopice. — Dacă liniile papilare sunt tocite în urma unei acțiuni mecanice (cauterizare, arsură, zgârietură, prezența unei keratoze), le putem reliefa, prin frecarea buricelui degetului cu piatra-poncie udă, sau amânăm operația.

Am văzut că figura e încă bine desenată și în prima fază a putrefacției; ea nu se estompează spre a dispărea decât odată cu complecta descompunere a pielii.

I. Desenul dactiloscopic

Liniile papilare ale degetelor merg aproape paralel între ele până dincolo de șanțul articular al falangei unguale: aci, din cauza terminațiilor digitale, se întorc, formând, pe pielea depe fața interioară a acestei ultime falange, desenul de care ne vom servi pentru identificarea dactiloscopică.



Fig. 271. — Particularitățile creștelor papilare; pornirea, întreruperi, bifurcări, dedublări, părți punctate ale liniei.

În figură obținută pentru luarea ampretei, distingem trei părți: *regiunea marginală*: compusă dintr'un sistem de linii curbe concentrice cu convexitatea în sus, cari pornesc dela o extremitate și se opresc la cealaltă; *zona bazală* constituită dintr'un grup de linii papilare paralele și aproape orizontale; între cele două zone se găsește *nucleul sau centrul impresiunii*. — Pentru identificarea dactiloscopică ne servim numai de zona centrală, care caracterizează forma impresiunii.

Creștele papilare variind ca înfățișare după regiunea centrală a desenului, distingem următoarele forme de linii:

a) *Creștele zonei marginale*: linii în formă de arcuri concentrice cu convexitatea în sus; ultima creastă de jos, care desparte această regiune de cea centrală se numește *linia marginală limitantă* — *limitanta superioară*. — O creastă a zonei marginale se bifurcă uneori și împreună cu creasta imediat inferioară formează un triunghi botezat *delta*, după numele literei grecești a cărei figură o reproduce. Delta se găsește când în stânga când în dreapta, după punctul de bifurcare.

b) *Creștele zonei bazale* sunt linii sau aproape drepte, ondulate, sau convexe către centrul marginii. Creasta cea mai de sus a acestei regiuni se numește *linia bazală limitantă* — *limitanta inferioară*.

c) *Creștele zonei centrale sau nucleare* sunt însăși esența imaginii dactiloscopice individuale: prin varietatea pozițiilor lor, creștele acestea constituie când *sisteme în lațuri*, când *sisteme în verticil*.

II. Tipurile de amprente

Pe baza acestor elemente, putem grupa impresiunile digitale în trei tipuri mari: tipul în arc, tipul în laț (intern sau extern) și tipul în verticil.

a) *Clasificarea primară*. — Avem întâiu constituirea a 3 mari diviziuni, bazate pe prezența sau absența *deltelor*, pe multiplicitatea acestora precum

și pe locul ocupat de ea pe desen. E clasarea lui Vucetitch, modificată de Oloriz:

1. *Tipul adeltic* sau în *arc*: un sistem în care *delta* lipsește, iar absolut toate liniile papilare sunt dispuse în formă de arcuri concentrice cu convexitatea în sus și cari merg dela o extremitate la cealaltă. — Se notează: cu majusculă *A* pentru index și cu cifra 1 pentru celelalte patru degete.

2. *Tipul monodeltic*: sistem cu o singură *delta*. — După cum aceasta din urmă se găsește spre dreapta sau spre stânga interiorului desenului, avem două sub-tipuri:

Monodelticul dextrogir — cu *delta* în dreapta și care se notează: pentru index *D*, iar pentru celelalte patru degete cu cifra 2.

Monodelticul sinistrogir — cu *delta* în stânga și care se notează: cu *S* pentru index și cu cifra 3 pentru celelalte patru degete.



Fig. 272. — Tipuri de desene ale liniilor papilare (dela stânga la dreapta): în arc, în laț intern, în laț extern, în vertical.

3. *Tipul bideltic* — un sistem caracterizat prin prezența simultană a două delte. Se notează: cu *B* pentru index și cu cifra 4 pentru celelalte patru degete.

Exceptional se întâlnesc figuri dactiloscopice cu 3 delte — tipul *trideltic* — care se notează: cu *T* pentru index și cu cifra 5 pentru celelalte patru degete. Or, cum notarea a două delte e suficientă pentru caracterizarea tipului, sistemele trideltece se grupează în tipul bideltic.

b) Sub-clasele. — Cu cele patru tipuri (adelticul, monodelticul dextrogir, monodelticul sinistrogir și bidelticul) putem avea un număr considerabil de formule, dat fiind că, aplicate la cele 10 degete dela cele două mâni, există posibilitatea obținerii unui număr de combinațiuni egal cu 4^{10} . În practică, însă, nu sunt realizate toate asociațiunile matematice posibile: unele formule nu se întâlnesc decât excepțional sau chiar deloc, altele dau un contingent restrâns, iar altele, înfârșit, un contingent enorm. — În genere, la 1.000.000 fișe nu sunt mai mult de 50.000 formule. Formula cea mai frecventă a rasei omenеști e:

$$\frac{S}{D} = \frac{3333}{2222}$$

Atunci când grupul din cazier conține până la cel mult 50 fișe, clasificarea primară e suficientă. Când însă în grup avem un număr de mii de fișe, cum e pentru formula — tip de mai sus, atunci pentru înlesnirea căutării ulterioare recurgem la o dublă sub-clasare:

1. *Sub-clasa tipului monodeltic pe baza lațurilor*. — E vorba de imaginile dactiloscopice în cari o linie sau un fascicul de linii papilare din centrul amprenteii, pornite dela o latură, se recurbează în drum spre a se reîntoarce la latură de plecare, descriind astfel un laț, care poate fi deschis spre dreapta sau spre stânga.

Subclasarea pe baza prezenței lațurilor se face după numărul de linii papilare între două puncte de reper fixe: un punct îl constituie *delta*, — terminus extern — iar celalt vârful celui mai intern laț.

Pentru caracterizarea imaginii dactiloscopice ajunge să se facă numărătoarea creștelor papilare numai dela patru degete: indexul și mediusul, dela fiecare mână.

Notațiunea: atunci când, între cele două puncte de reper, găsim 1—4 linii papilare, însemnăm cu *a*; pentru 5—9 asemenea creste însemnăm cu *b*; pentru 10—14 însemnăm cu *c*, iar pentru un număr de creste superior lui 14 notațiunea este *d*.

2. *Sub-clasele tipului bideltic* sunt caracterizate prin poziția ce una din delte o ocupă față de cealaltă.

Dacă, pornind dela baza deltei din stânga dăm, pe aceeași linie papilară, peste baza deltei din dreapta, avem sub-tipul notat cu *m*.

Dacă, pornind din același loc, linia papilară ajunge în dreapta cu cel mult 4 linii mai sus de linia pe care se află baza deltei din dreapta, avem sub-tipul notat cu *m'*.

Dacă delta din dreapta ocupă o poziție tot inferioară liniei pornite dela delta din stânga însă cu mai mult de 4 linii, notăm: *i* (intern).

Dacă delta din dreapta e așezată cu cel mult 4 linii deasupra liniei pornite din delta din stânga, notăm: *m''*.

Dacă delta din dreapta e așezată cu mai mult de 4 linii deasupra liniei pornite din delta din stânga, notăm: *e* (extern).

III. Formula individuală

Am arătat că, în toate tipurile clasificăției primare, indexul se notează cu majuscula tipului respectiv, iar celelalte patru degete cu cifra tipului căruia aparțin.

Odată determinate tipurile primare, constituim formula mare a fișei.

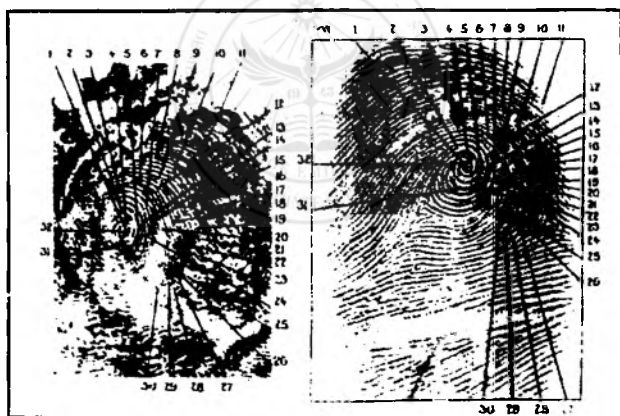


Fig. 273. — Identificarea amprentei digitale prin examinarea și stabilirea caracteristicilor ei (impresiunea din stânga luată de pe un obiect de pe locul crimei) și apoi prin constatarea coincidențelor de pe fișa din cazierul serviciului de identificare judiciară (în dreapta).

Această formulă e o fracțiune ordinară, în care numărătorul e imaginea dactiloscopică a mâinii drepte, iar numitorul imaginea dactiloscopică a mâinii stângi.

Majusculele din cap (atât la numărător cât și la numitor) indică indexul, iar cifrele, în ordinea așezării lor, arată policele, mediusul, inelarul și auricularul.

$$\text{De exemplu: } \frac{A - 3145}{B - 2412}$$

Această formulă se descifrează astfel:

Mâna dreaptă (numărătorul): A = arătătorul (tip în arc); 3 = policele (tip sinistrodeltic); 1 = mediusul (tip în arc); 4 = inelarul (bideltic); 3 = auricularul (sinistrodeltic).

Mâna stângă (numitorul): B = arătătorul (bideltic); 2 = policele (dextrodeltic); 4 = mediusul (bideltic); 1 = inelarul (arc); 2 = auricularul (dextrodeltic).

* * *

La această formulă mare, atunci când e nevoie, se adaugă formula de sub-clasare, fie aceea a tipului în lațuri fie aceea a tipului bideltic.

Formula sub-clasei se poate prezenta sub o diversitate de forme, reprezentate prin raporturi constituite din combinaarea literelor *a, b, c, d, m, m', m''* e și *i*.

Iar formula dactiloscopică a clasificării definitive se va prezenta sub această formă-tip:

$$\frac{A - 1111}{B - 1111} - \frac{aa}{aa} \left(\frac{i - i}{c - m (m', m'')} \right)$$

care, prin combinațiunile tipurilor pentru fiecare deget, ne va da infinita varietate de formule individuale.

* * *

Pentru degetele cari lipsesc la o mână se notează *amp.* (amputat). Pentru degetele cu cicatrice de natură a face imposibilă identificarea tipului dactiloscopic, notăm *cic.* (cicatrice).— Clasarea fișelor pentru mâni cu degete absente sau cu cicatrice se face deosebit, după degetul sau degetele lipsă ori cicatriciate.

O clasificare aparte se face pentru sindactilie și polidactilie, precum și pentru degetele ankilozate.

Înainte de a căuta în cazier amprentele cari să corespundă acelor pe cari voim să le identificăm, stabilim mai întâiu caracterele esențiale ale acestora din urmă după tipul căruia aparțin. Apoi stabilim sub-clasa lațurilor sau subclasa bideltică

În al treilea loc stabilim particularitățile amprentelor digitale, particularități dintre cari sunt suficiente următoarele: bifurcația la dreapta, bifurcația la stânga, sfârșitul de linie către dreapta sau către stânga, întreruperea liniei către dreapta sau către stânga.

De îndată ce, după tehnica arătată, găsim în cazier amprentele digitale cu cel puțin 11-12 coincidențe, avem certitudinea identității în ce privește însuș individul.

C. Fișele individuale

Cazierul Serviciului de identificare judiciară conține, pentru fiecare individ, două fișe signaletice:

1. *Fișa clasării alfabetice*, care e fișa antropometrică propriu-zisă, completată cu amprentele celor 5 degete dela fiecare mână.

a) *Pe față* cuprinde: numele, prenumele și eventualele porecle și pseudonime, data și locul nașterii, numele părinților, profesia, naționalitatea, starea civilă, domiciliul, antecedentele penale; jos, amprentele mâinii stângi.

b) *Pe verso*: în stânga, formula dactiloscopică; apoi, diversele notațiuni ale portretului vorbit; jos, amprentele degetelor dela mâna dreaptă.

Fișa unei femei are ca semn distinctiv o linie grosă oblică roșie în colțul din stânga al recto-ului.

2. Fișa dactiloscopică, a cărei clasare se face după formula desenului amprentelor degetelor dela ambele mâni, are și ea două fețe.

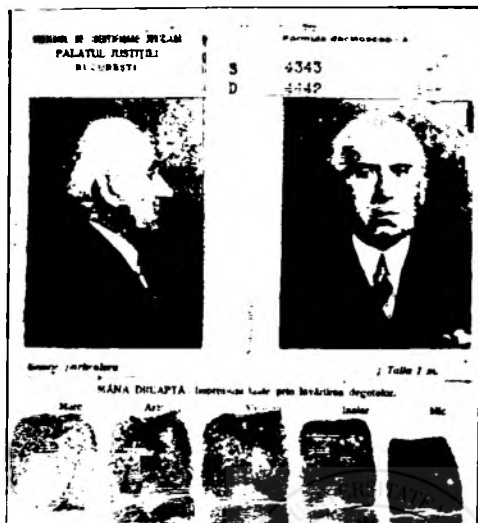


Fig. 274. — Fișa dactiloscopică a Profesorului Dr. Mina Minovici, organizatorul serviciului de identificare judiciară din Palatul de Justiție din București.

jos, amprente separate ale celor 5 degete dela mâna stângă.

5. Fișele centralizate dela penitenciare. Am spus că Serviciul central de identificare din București primește dela toate închisorile din țară fișele deținuților, condamnați definitiv sau arestați numai în prevenție.

E o fișă unică, reprezentând o combinație a fișei dactiloscopice cu fișă alfabetică.

Pe recto: sus, în stânga, formula dactiloscopică; *în mijloc*: impresiunile în grup ale degetelor mâinii stângi și mâinii drepte (afară de amprenta indexului); *pe linia mediană de despărțire*, semnătura;

a) *Pe recto: sus*, în stânga, formula dactiloscopică; *în dreapta*, talia, descripția irisului stâng, vârsta aparentă, părul, barba; *mijlocul* e împărțit în două: în stânga — impresiunea simultană și în grup a auricularului, inelarului, mediusului și indexului dela mâna stângă; în dreapta — aceeași figură dela mâna dreaptă; *pe linia mediană de despărțire* — semnătura individului; *jos*: amprente izolate ale celor cinci degete dela mâna dreaptă.

b) *Pe verso*: pe jumătatea superioară, datele cu privire la starea civilă; pe jumătatea inferioară, semnele particulare; pe marginea de

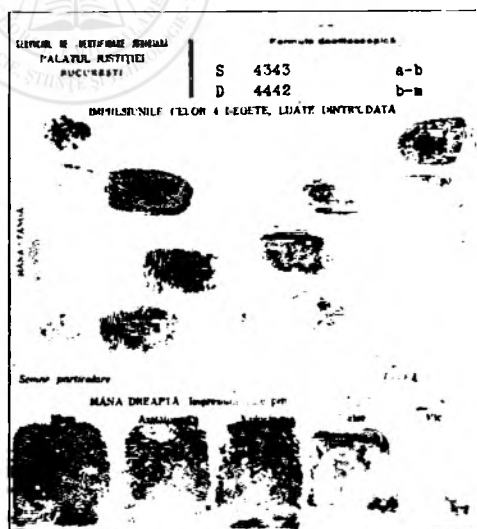


Fig. 275 — Fișă dactiloscopică

jos: semnele particulare; talia; amprente separate ale tuturor degetelor mâinii drepte.

b) *Pe verso*: sus, în stânga, numele închisorii; *treimea superioară*: starea civilă; *mijlocul*: cauza deținerii; *treimea inferioară*: impresiunile separate ale degetelor dela mâna stângă.

Clasarea acestor fișe se face atât pe temeiul formulei dactiloscopice, cât și pe acela al notațiunilor alfabetice (deosebit copiate la Serviciul de identificare judiciară).

4. Schimbul internațional de fișe. — Pentru înlesnirea identificării infractorilor cunoscuți sau numai bănuți că și-ar întinde sfera activității lor dincolo de granițele unei singure țări, s'a constituit, cu sediul la Viena, o centrală a fișelor internaționale și la care au aderat 45 țări. Fișa fiecărui infractor internațional e trimisă centralei din Viena care o reproduce în mai multe exemplare trimițând câte unul tuturor țărilor aderente.

Fișa internațională e alcătuită din: datele cu privire la starea civilă, antecedentele individului, fotografia și portretul vorbit, amprente digitale.

D. Alte elemente de identificare

1. Porosopia

Bazat pedeoparte pe constatarea că numărul, felul de grupare, forma și mărimea porilor digitali diferă dela individ la individ și la fiecare din cele zece degete ale aceleiaș persoane, iar pe de alta pe faptul verificat că aceste particularități nu se modifică la individ dela naștere până la moarte, sistemul acesta de identificare — întrevăzut numai de *Galton* (1888) și preconizat de *Polaky* (1905) — a fost științificește studiat și aplicat de *Locard* (1915) care i-a dat și numele.

Prețioasă complectare a dactiloscopiei, imaginea porosopică a unei porțiuni limitate din desenul extremității digitale are, prin ea însăși, o considerabilă valoare de identificare. Pentrucă întocmai ca liniile papilare, desenul format de pori reapare chiar după o gravă lezare a pielii (inclusiv arsura) de îndată ce epiderma se reconstitue prin vindecare.

a) *Numărul*: după *Locard*, numărul porilor pe un centimetru oscilează între 9 și 18.

b) *Forma*: porii sunt circulari, ovali, triunghiulari sau au un contur ne regulat.

c) *Mărimea*: porii *femeii* sunt mai mici ca acei ai bărbatului.

d) *Gruparea*. — La unii indivizi intervalul dintre doi pori e mai mic ca diametrul fiecăruia din pori: la alții, dimpotrivă, intervalul acesta e de 7—8 ori mai mare ca diametrul poric.

Uneori porii sunt regulat înșirați ca mărgelile unui șirag; la unii indivizi îi găsim constituiți în grupe cu intervale inegale între ele; la alții, în sfârșit, notăm grupe triunghiulare.

2. Impresiunile palmare

Intocmai ca desenul papilar al degetelor, desenul liniilor palmei nu se schimbă nici el în tot cursul vieții individului.

Dacă imaginea formată de crestele papilare nu e destul de clară, ne servim de desenul constituit de marile șanțuri ale palmei.

Coincidențele se caută pentru : regiunea digito-palmară, regiunea hipotenară, regiunea tenară, șanțul de flexiune al articulației metacarpo-falangiene, șanțul de flexiune al policelui; delta mediului, indexului, inelarului și subauricularului; delta pumnului; existența unei eventuale cicatrice sau leziuni cutanate.

Cât despre tehnica luării amprenteii e aceeași ca și pentru impresiunile digitale.

Imaginea mâinii întregi se mai poate obține prin procedeul lui *Béclère*: se unge pielea cu bismut și, cu ajutorul razelor Roentgen, se obține simultan o dactilogramă și o imagine a oaselor

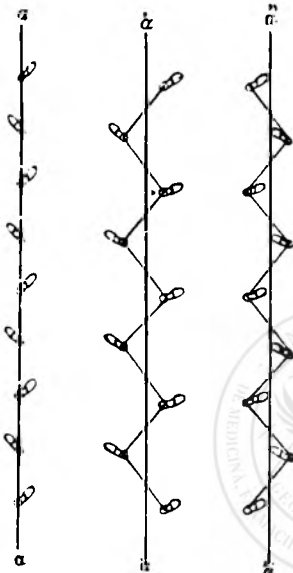


Fig. 276. — Desen schematic înfățișând urmele pașilor, după mersul individului :

aa — mers normal, cu așezarea exactă a unui picior înaintea celuiilalt ; linia directrice se confundă cu însăși linia mersului.

a'a' : linia frântă a mersului, atunci când călcăile nu ating linia directrice, piciorul drept rămânând la dreapta, iar cel stâng la stânga acestei linii.

a''a'' : mers în care piciorul drept trece alternativ la stânga, iar cel stâng la dreapta liniei directrice. Deosebirea de formula *a'a'* : în *a''a''* impresiunea plantară e în interiorul unghiului liniei frânte : în *a'a'* impresiunea se găsește în afara acestui unghi.

3. Impresiunile plantare

Urmele lăstate de piciorul descălțat ori încălțat au și ele valoarea lor medico-legală.

Elementele de identificare sunt trase pe deoparte din dimensiunile și forma amprenteii, precum și din detaliile acesteia (de exemplu urme de cuie de pe talpa încălțăminteii, urme de tocire a acestuia, particularitățile tălpii goale dela laba piciorului), iar pe de alta din poziția impresiunii, care ne permite să determinăm : dacă individul în cauză a stat pe loc și în ce anume atitudine ; dacă s'a mișcat și cu ce anume alură (umbrelt încet, alergare, mers în linie mai mult sau mai puțin dreaptă, mers linie sinuoasă, în zig-zag).

În poziția nemișcată : piciorul încălțat lasă o urmă complectă ; tot complectă e și urma piciorului descălțat, dar se notează în plus particularitatea că partea anterioară a amprenteii are conturul mai rotunjit, urma degetelor fiind mai scurtă.

În mers : amprenta e prelungită înainte, cu o mică dără triunghiulară, datorită rulării extremității anterioare a degetelor pe sol, în momentul ridicării călcăiului.

În alergare : călcăiul nu lasă de loc sau numai o urmă foarte ștearsă, toată greutatea corpului apăsând pe partea labei piciorului dela scobitură înainte.

În ce privește tehnica conservării și luării amprentei plantare. *vezi foaia de examen „Impresiunile” Vol. I, pag. 651—654.*

4. Fotografia roentgeniană

S'a mai preconizat: *a)* efectuarea măsurătorilor antropometrice cu ajutorul imaginii roentgeniene a scheletului, spre a se evita astfel erorile cauzate de variabilitatea grosimii părților moi cari acoperă vasele (*Dr. Levinsohn*, Berlin); *b)* completarea fișei antropometrice cu imaginile roentgeniene ale scheletului celor două mâni (*Kroncker*); *c)* utilizarea desenului format de rețeaua venoasă a mânilor (*Tamassia*).

5. Identificarea biologică

Haraguti (1950) a aplicat elementul diagnostical al grupului sanguin pentru identificarea persoanei căutate. O primă identificare pe această bază a făcut-o cu examenul urmelor de sânge din pata de salivă uscată de pe port-țigara a unui individ ale cărui gingii sângeraseră puțin. A repetat încercările și ele i-au reușit în 20 cazuri de identificare.

6. Identificarea histologică

Balthazard (1950) a identificat pe un ucigaș grație următorului procedeu de investigație:

Pe haina individului bănuit ca autor al unui omor prin împușcare a notat o pată suspectă care, examinată, s'a dovedit a fi una făcută de o stropitură de substanță cerebeloasă.

Substanța aceasta provenia dela victima care fusese atacată din spate, iar glonteale pătrunseseră prin ceafă în cerebel. Pata de pe haină provenia dela țesutul cerebelos care țâșnise prin rană.

7. Identificarea coprologică

Elementul diagnostical e tras din examenul conținutului intestinal, care permite expertului să demonstreze ce anume a mâncat individul (viu sau mort), unde și în tovărășia cui a mâncat.

(Pentru importanța deducțiilor medico-legale făcute din examenul coprologic, vezi Vol. I, pag. 471—472).

8. Identificarea prin urmele dinților

Elementele diagnostice le-am expus la studiul mușcăturilor.

Să adăugăm că *Dos Reis* (1928), care s'a ocupat îndeosebi cu acest mijloc de identificare, după ce a luat și examinat amprente a 1.000 maxilare și dentiții de oameni și de animale, a ajuns la concluzia: forma și dispoziția apofiselor alveolare diferă dela individ la individ; deasemenea diferă locul și forma uzurii dentare.

9. Identificarea prin examenul scrisului

Se poate întâmpla să ni se ceară identificarea unei persoane, fără a avea drept element de informațiune decât numai scrisul: o scrisoare, o însemnare, o frază, cuvinte desperechiate, un cuvând sau frântură de cuvânt, o iscălitură complectă sau chiar numai inițialele. Pentru că scrisul, care-și are fiziologia și psihologia proprie, este în oarecare măsură, ca să ne exprimăm astfel, oglinda stării fizice, intelectuale, psihice și mintale a individului. Scrisul reflectează nu numai gradul de instrucțiune, dar și educația căpătată, mediul în care individul a trăit, obiceiurile, starea sufletească a momentului sau efectele unei boli durabile, mentalitatea individuală. Scrisul trădează și o anumită perioadă a vieții, de multe ori și sexul.

Grație elementelor sale *individuale*, așa zisele *idiotisme grafice*, scrisul poate fi identificat cu mai multă sau mai puțină certitudine, chiar în cazul când avem de examinat un scris evident cu dinadinsul modificat, deformat. Deaceia, oricât de numeroase ar fi cazurile de eroare de interpretare, nu sunt îndreptățite ironiile ce unii și le permit la adresa expertizei grafice: aceasta va constitui întotdeauna o prețioasă contribuție la identificarea autorului scrisului incriminat.

Să exemplificăm cazurile în cari e absolută nevoie să se recurgă la o atare expertiză:

a) Parchetul e sesizat de primirea unei scrisori anonime de șantaj sau de insulte grosolane. Destinatarul indică una sau mai multe persoane, pe cari le bănuiește; sau, întâmplător se dă peste autorul prezumat al misivei. Compararea scrisului din scrisoarea anonimă cu scrisul spontan sau dictat al persoanei sau persoanelor bănuite ne dă ori nu ne dă cheia enigmei, adică identificăm ori nu identificăm persoana.

b) Pe locul delictului, al crimei se găsește o însemnare scrisă pierdută de autorul infracțiunii, sau o inscripție făcută de acesta pe un obiect (mobilă, perete, gard, etc.). Compararea acestui scris cu scrisul persoanei bănuite ne va înlesni identificarea.

c) Se găsește un cadavru desfigurat, de nerecunoscut. În haină dăm peste o însemnare. Familia sau cunoscuții, cari caută persoana dispărută, recunosc scrisul, iar ca dovadă aduc expertului și o altă mărturie de scrisul decedatului: comparația e concludentă.

d) Se descoperă un fals în acte publice sau private, iar conținutul acestora nu oferă decât o vagă indicațiune sau chiar nici una cu privire la beneficiarul falsului. Sfera bănuelilor, pe cale de eliminare, se circumscrie tot mai mult și în cele din urmă, prin expertiza grafică, izbutim să identificăm autorul.

* * *

Identificarea individului se poate face, în unele cazuri, chiar cu ajutorul scrisului de mașină: elementul de demonstrare îl constituie sistemul mașinii, tăitura caracterelor și uzura acestora.

10. Fotografia metrică

Grație perfecționării aduse de Bertillon tehnicii de fixare a locului delictului sau crimei, fotografia metrică servește:

Pe deoparte la înregistrarea exactă a aspectului acestui loc, cu notarea matematică a intervalelor dintre corp și diversele obiecte din preajma lui, a poziționii corpului la diversele lui niveluri în raport cu un punct dinainte fixat.

Pe de alta, fotografia metrică înregistrează dimensiunile precise ale rănilor notate pe cadavru în chiar momentul fotografierii lui pe locul crimei, deoarece ulterior aspectul rănii se alterează, iar dimensiunile se modifică și ele.

Cu ajutorul fotografiei metrice putem să înlăturăm o dublă cauză de eroare: 1. deducțiuni false din interpretarea greșită a unui detaliu cu privire la poziția cadavrului; 2. eventuala încercare de substituire a cadavrului sau a individului rănit dar căzut în neștiință în intervalul dintre preliminările anchetei judiciare și ridicarea corpului în vederea unui amănunțit examen medico-legal.



CAP. II

IDENTITATEA OMULUI VIU

În afară de elementele de identificare comune omului în viață și după moarte — pe cari le-am expus în capitolul precedent — identitatea omului viu mai e bazată pe notațiuni particulare vieții.

Identificarea în viață e necesară nu numai în caz de urmărire judiciară, cu sau fără dovedirea recidivei, dar și pentru stabilirea identității unui individ găsit fără acte, precum și în civil în vederea stabilirii dreptului la filiațiune și la moștenire.

Notațiunile de ordin vital ce le putem face la individ privesc:

1. Sexul

Cu ajutorul elementelor de diferențiere expuse la studiul hermafroditismului, nu întâmpinăm nicio dificultate în stabilirea sexului individului examinat.

Să adăugăm că, în al 7-lea congres de urologie ținut la Roma în 1928, *Luigi Caporale*, pe baza unui caz studiat de dânsul, a preconizat utilizarea radiografiei pentru determinarea sexului pseudohermafroditului.

2. Vârsta

Judecând numai după înfățișare, riscăm întotdeauna o apreciere eronată a vârstei. Pentrucă, după cum în chip atât de lapidar se exprimă *Lacassagne*, „on n'a pas l'âge de l'état civil, mais l'âge de ses souffrances, de ses joies, de ses plaisirs et, par ce temps de concurrence vitale, les individus vieillissent vite et on tend par l'hérédité à reproduire des individus de plus en plus chétifs“.

În ce privește femeea, e de observat că, ea îmbătrânește mai curând decât bărbatul. Să mai observăm că muncitorul cu brațele capătă mai repede decât individul cu altă îndeletnicire stigmatul începutului de decrepitudine fizică.

Conservarea fizică mai e în funcțiune de diverși factori ca: temperamentul, starea generală, o afecțiune sau o leziune locală, starea mintală, felul de alimentare, condițiunile de muncă și de locuință, mediul de viață, clima și rasa. Se cunosc numeroase exemple de longevitate: bărbați ori femei nu numai centenari, dar cari au trecut cu mult sută de ani. — De ar fi să-l credem pe corespondentul din Tien-Tsin al lui „New York Times“ — care afirmă a fi verificat la fața locului faptul semnalat de un Chinez elev al

Școlii de Bele-Arte din New-York — la Tien-Tsin mai trăia în 1930 Li Tsin-yun, practician al medicinei empirice, care pretinde a se fi născut în... 1678 (!) și a fi patriarhul în viață a 11 generații.

În sfârșit, e chestiunea nanismului, a acromegaliei și a gigantismului: e foarte greu ca, după aspect să se determine, chiar numai cu o cât de mare aproximație, vârsta unui pitic ori a unui individ cu o precoce dezvoltare escisivă fie a scheletului fie a țesutului adipos.

I. Perioadele medico-legale ale vieții

Definirea acestora diferă după doctrină. Așa:

Tourdes împarte viața individului în 5 perioade mari: 1. *viața intra-uterină* cu 3 subdiviziuni (a. embrion — până la 3 luni; b. făt neviabil de 3—7 luni; c. făt viabil de 7—9 luni); 2. *copilăria*, dela naștere până la 14 ani, cu 7 subdiviziuni (a. noul-născut până la 6 săptămâni; b. sugaciul până la 7 luni; c. copilul la prima dentiție — de 7—28 luni; d. copilul de 2½—4½ ani; e. copilul de 4½—7 ani; f. copilul celei de a doua dentiții dela 7 la 11 ani; g. vârsta prepubertară 11-14 ani); 3. *tinerețea* dela 15 la 30 ani, cu 3 subdiviziuni (a. adolescența dela 15 la 18 ani; b. vârsta accentuării pornirilor sexuale dela 18 la 25 ani; c. perioada desăvârșirii sudurilor osoase, dela 25 la 30 ani); 4. *maturitatea* dela 30 la 60 ani; 5. *bătrânețea* dela 60 ani în sus cu două subdiviziuni (a. dela 60 ani la 75 ani; b. dela 75 înainte).

Lacassagne dublează numărul perioadelor: 1. *viața fetală*; 2. *prima copilărie* (până la 7 luni); 3. *a doua copilărie* (dela 7 luni la 2 ani); 4. *a 3-a copilărie* (2—7 ani); 5. *adolescența* (7—15 ani); 6. *pubertatea* (15—20 ani); 7. *vârsta adultă* (20—30 ani); 8. *virilitatea* (30—40 ani); 9. *începutul declinului* (40—60 ani); 10. *bătrânețea* dela 60 ani până la moarte.

Scoala germană (Kralmer, Boecker) fixează 7 perioade: 1. *viața intra-uterină* cu 3 subdiviziuni (abortus-partus, immaturus-partus, maturus); 2. *noul-născut*; 3. *prima copilărie* (până la 7 ani); 4. *a doua copilărie* (7—14 sau 16 ani); 5. *pubertatea și adolescența* (dela 14 ori 16 până la 24 ani); 6. *virilitatea și maturitatea* (dela 25 la 60 ani); 7. *bătrânețea*.

Îot atâtea diviziuni mai mult sau mai puțin întemeiate pe gradul de dezvoltare fizică și fiziologică a individului, dar dintre cari nici una nu corespunde datelor fixate de legiurile civilă și penală, pe cari le-am arătat la studiul vârstei minorului (vol. II).

După noi, mai logică rămâne împărțirea lui *Zacchias* (vechie de peste 300 ani): 1) *infantia*; 2) *pueritia*; 3) *pubertas*; 4) *juventus*; 5) *virilitas*; 6) *senectus*; 7) *decrepitus*. Pentru că această diviziune ține mai mult seama de modificările suferite de organism în cursul dezvoltării lui și de starea generală a individului.

II. Elementele diagnostice

a. *Talia și greutatea*. — Admițând 50 cm. drept talia medie a noului-născut la termen, e stabilit că această cifră se dublează în al 5-lea an al vieții și se triplează la 15 ani. Pe când, după cum am văzut („Nașterea“, „Pruncuciderea“), în primul an al vieții creșterea taliei e de 12—24 cm., până la 5 ani creșterea aceasta e numai de 7—8 cm. pe an, iar dela 5 la 15 ani, sporul anual se re-

duce la 5 cm. Odată cu instalarea pubertății, coeficientul de creștere se mărește din nou până la 21 sau 24 ani, când se notează limita maximă a creșterii taliei.

1. Pentru vârsta vieții fetale, vezi: „Nașterea”, „Avortul”, „Pruncuciderea”.

2. Pentru noul-născut: vezi aceleași capitole.

3. Pentru diversele faze ale minorității vezi: „Vârsta minorului”, vol. II, pag. 107).

4. Talia și greutatea adultului. — Vom observa, în prealabil, că deducțiunile trase din talia și greutatea individului n'au o valoare diagnostică, nu zicem certă, dar nici măcar una de probabilitate, pentru că sunt atâtea cauze, unele de grăbire și exagerare a dezvoltării, iar altele de încetinire ori chiar de oprire definitivă a acesteia.

Pentru individul normal, se admit, după Deniker, următoarele indicațiuni: între 20 și 21 ani, talia crește cu cel puțin un centimetru; între 22 și 28 ani, sporul e de 0,5—1 cm. pe an; după 50 ani, talia scade cu 0,5—1 cm. pe an.

Tot pentru individul normal maximul greutății se notează la 45—50 ani.

În ce privește raportul între talia și greutatea adultului cu o dezvoltare normală, se admite următoarea formulă: greutatea, exprimată în kilograme a bărbatului, e aproape egală cu numărul format din ultimele două cifre ale numărului exprimând în centimetri talia, iar greutatea femeii e acelaș număr mai puțin 2,5 kgr.

Ținând seama de cazurile de acromegalie și de gigantism, experții societății de asigurare „Equitable” din Statele-Unite au stabilit, după examinarea a 74.162 bărbați candidați la asigurarea asupra vieții, următorul tablou cu cifrele variațiunilor medii ale greutății după vârstă, în raport cu o cifră fixă a taliei:

Vârsta:		15-24 a.	25-29 a.	30-34 a.	35-39 a.	40-44 a.	45-49 a.	50-54 a.	55-59 a.	60-64 a.	65-69 a.
Talia	K i l o g r a m e										
1m,52	54.40	56.67	58.02	59.35	60.29	60.74	60.74	60.74	60.74	50.58	
1m,55	55.50	57.12	58.48	59.38	60.74	61.65	61.65	61.65	61.65	60.74	
1m,57	56.21	58.02	59.38	60.29	61.65	62.56	62.56	62.56	62.56	62.10	
1m,60	57.57	59.38	60.74	61.65	63.01	63.92	63.92	63.92	63.92	63.46	63.46
1m,63	59.38	61.20	62.56	63.46	64.82	65.27	65.75	65.75	65.75	65.27	64.82
1m,65	60.74	62.56	63.92	64.82	66.18	66.64	67.54	67.54	67.54	67.09	66.64
1m,68	62.56	64.37	65.73	66.64	67.99	68.45	69.36	69.36	69.36	69.36	68.45
1m,70	64.37	66.64	67.99	68.90	70.26	70.72	71.62	71.62	71.62	71.62	70.72
1m,75	66.18	68.45	69.81	71.17	72.53	72.98	73.89	73.89	73.89	73.44	72.53
1m,75	67.99	70.26	72.08	73.44	74.80	75.25	75.70	75.70	75.70	76.16	76.16
1m,78	69.81	72.08	74.34	75.70	77.06	77.52	77.97	77.97	77.97	78.42	78.88
1m,80	72.08	74.34	76.61	78.42	79.33	80.24	80.24	80.24	80.69	81.60	81.60
1m,85	74.80	77.06	79.33	81.14	81.60	82.96	82.96	82.96	82.97	83.86	83.86
1m,85	77.06	80.24	82.05	83.86	84.32	85.68	85.68	85.68	85.68	85.68	85.68
1m,88	79.78	83.41	85.22	87.04	87.94	88.85	88.85	88.85	88.85	88.85	88.85
1m,91	82.05	86.15	88.40	90.66	92.02	92.48	92.48	92.48	92.48	92.48	92.48

b. Perimetrul toracic întrece cu 20 cm. jumătatea taliei.

c. Modificările pielii. — 1. Prin aplicarea studiilor făcute de

Nadesdin, Reiss și Huebner, *Sebastiany* (1927), care a examinat indivizi de 20—80 ani, notează 4 *grade de zbârcituri* în intervalul cuprins între aceste două limite ale vieții. Se iau în considerațiune îndeosebi încrețiturile frunții, cutele nazo-labiale, laba gâștii dela tâmple, zbârciturile suborbitale, cutele dela intrarea urechii, încrețiturile retro-articulare, zbârciturile dosului mâinii și apariția pigmentilor în aceeași regiune.

2. Un alt element al vârstei e *gradul de vestejire* a pielii din cauza diminuării treptate a cantității de sudoare, astfel că tegumentul cutanat apare tot mai uscat. Dar acest semn nu e constant, pentrucă pielea unui individ sănătos și bine hrănit, a unui individ cu temperamentul sanguin se vestejește mai încet.

d. **Părul.** — Modificările de culoare și căderea lui constituie o indicație fără valoare diagnostică, pentrucă sunt atâtea cauze de ordin patologic și ereditar cari le provoacă la orice vârstă.

e. **Unghiile.** — Strierea și fragilitatea lor sunt semnele unei vârste înaintate.

f. **Dinții:** formula dentară, gradul de uzură a dinților. — În ce privește formula dentară se poate comite o eroare de interpretare, atunci când dentițiunea e pusă în corelație cu statura: sunt pitici cu dentiția întârziată, incompletă. (Pentru alte detalii interesând dentițiunea, vezi mai departe: *identitatea cadaorului*). — Cu ajutorul urmelor lăsate de dinții unui hoț într'un măr din care mușcase pe locul furtului, s'a putut identifica individul (*Euler*, 1929).

g. **Ochiul.** — *Prezența arcului senil:* pela 60 ani corneea transparentă devine turbure și albicioasă spre periferie, mai ales în partea de sus, la locul de împreunare a marginii externe cu sclerotică; de regulă la 70—85 ani arcul senil sau gerontoxonul încunjură întreaga corneă. Sunt însă și rari excepții pentru această din urmă perioadă a vieții.

După investigațiile făcute de *Tourdes*, arcul senil (incomplet sau total) se notează în următoarea proporție:

La 60—64 ani:	bărbatul	22 %;	femeea	0
" 65—69 "	"	64 %;	"	28 %
" 70—74 "	"	67 %;	"	76 %
" 75—79 "	"	85 %;	"	80 %
" 80—84 "	"	90 %;	"	80 %

h. **Aparatul genito-urinar.** — 1. La *bărbat*, cu timpul slăbește virilitatea, iar micțiunea e din ce în ce mai frecventă și mai lungă.

2. La *femea*, epoca instalării menopauzei e mai mult sau mai puțin un indiciu de oarecare valoare pentru aprecierea vârstei. Canalul uretral care, la femea în puterea vârstei, are o direcțiune anterioară, se lasă cu timpul în jos, până ia o direcțiune aproape paralelă cu aceea a membrilor inferioare.

i. **Respirația.** — Maximul capacității pulmonare e la 35 ani când începe să scadă treptat, din cauza stingheririi mișcărilor respiratorii prin procesul de osificare a cartilajelor costale, ceea ce face ca articulațiile toracice să fie mai puțin flexibile.

j. **Aparatul circulator.** — Se notează modificări inerente vârstei, atât la inimă cât și la vase.

k. **Mersul osificării.** — Determinarea vârstei cu ajutorul acestui element e, firește, ușor de făcut, atunci când e vorba de un cadavru, pentru că expertul nu se lovește de nici o dificultate pentru desgolirea oaselor și examinarea gradului de osificare. Dar și pentru individul viu greutatea e înlăturată grație imaginii radiografice, care ne redă punctele de osificare caracteristice unor anumite perioade ale vieții.

Vroblevsky (1929), utilizând constanța fenomenului de osificare la extremitățile scheletului, stabilește un tablou al mersului sudurei oaselor, după prezența sau absența fâșiei cartilaginoase între epifisă și diafisă:

La 14 ani: fâșia cartilaginoasă epifisară există încă la olecran, calcaneu, la epifisele inferioare ale peroneului și tibiei, la epifisele superioare ale peroneului și tibiei.

La 16 ani: sudura completă epifiso-diafisară la olecran și calcaneu; persistența benzii cartilaginoase la epifisele inferioare și superioare ale peroneului și tibiei.

La 18 ani: sudura completă la olecran, calcaneu și epifisa inferioară a tibiei; persistența fâșiei cartilaginoase la epifisa inferioară a peroneului, la epifisele superioare ale peroneului și tibiei.

La 20 ani: sudura completă la olecran, la calcaneu și la epifisele inferioare ale peroneului și tibiei; persistența benzii cartilaginoase la epifisele superioare ale peroneului și tibiei.

La 21 ani: sudura completă la toate oasele examinate: olecran, calcaneu, epifisele inferioare și superioare ale peroneului și tibiei.

Firește se pot înregistra și anomalii în mersul acestor puncte de osificare, dar abaterile dela regula fixată nu sunt de natură a modifica simțitor criteriul de apreciere a vârstei; în orice caz, eroarea nu depășește niciodată intervalul de un an.

3. Rasa

Elementele diagnostice sunt: indicele cefalic și pigmentația.

I. **Indicele cefalic**, adică raportul între diametrul transvers și diametrul antero-posterior al craniului, — acest din urmă diametru fiind socotit constant egal cu 100 subdiviziuni. Pe baza acestui sistem, imaginat de Retzius și desăvârșit de Broca și Gratiolet, *Broca* stabilește următoarele măsurători medii ale principalelor tipuri craniene:

dolichocefalul:	indice cefalic inferior	lui 5 la 100;
subdolichocefalul:	"	între 75 și 77,5 la 100;
mesocefalul:	"	între 77 și 79,9 la 100;
brachicefalul:	"	peste 85 la 100;
subbrachicefalul:	"	între 80 și 84,9 la 100.

Iar *Deniker*, aplicând măsurătoarea numai la neamurile europene, dă următoarele indice cefalice:

hiperdolichocefalul	75—75,9	la 100;
dolichocefalul	76—77,9	la 100;
subdolichocefalul	78—79,9	la 100;
mesocefalul	80—81,9	la 100;
subbrachicefalul	82—83,9	la 100;
brachicefalul	84—85,9	la 100;
hiperbrachicefalul	86—88,9	la 100.

II. **Pigmentațiunea** e criteriul pentru diferențierea raselor după culoarea pielii.

III. **Indicele cefalic combinat cu pigmentarea.** — Pentru neamurile europene, *Deniker* fixează următoarele șase tipuri: rasa blondă dolichocefală; rasa blondă subbrachicefală; rasa brună dolichocefală; rasa brună hiper-brachicefală; rasa brună subdolichocefală, rasa brună brachicefală.

IV. **Dinții.** — 1. *Volumul incisivilor*, al caninilor și al molarilor e enorm la rasele inferioare. — 2. In ce privește *forma*, diferențierea ne-o dă numărul de tubercule depe suprafața trituranță a molarilor. — 3. *Mutilațiunile voite*: fractura incisivilor (unele triburi africane); pilirea (triburi din Java, Sumatra, Celebe, Moluce, Congo); încrustarea unui mic cilindru de metal sau a unei pietre prețioase într'o cavitate practică pe fața anterioară a incisivilor sau a caninilor (unele triburi din arhipelagul malaes); fractura transversală completă a coroanei incisivilor superiori (Eschi-moșii din nordul Canadei).

4. Starea mintală și intelectuală

Indeosebi sunt izbitoare caracteristicile unei guri de idiot:

1. *Gura mare, hipersecrețiunea salivară, balele.*
2. *Adâncimea excesivă a cerului gurii, cu aspectul angulos și ogival.*
3. *Inflamația cronică a gingiilor, ulcerarea acestora.*
4. *Uneori întârzierea erupțiunii dinților permanenți, din cauza persistenței peste termen a dinților de lapte.*
5. *Caria dentară.*
6. *Nanism și gigantism*, adică sau dinți prea mici sau dinți excesiv de mari, ori prezența simultană și a nanismului și a gigantismului dentar.
7. *Anomalii de implantare.*
8. *Anomalii de direcțiune*: incisivi și caninii fixați oblic, în afară sau înăutru
9. *Anomalii de formă*: un premolar cu forma de canin; molarii cu câte un tubercul suplimentar; prezența de tuberculi pe dinții cari, normal, nu au această particularitate.
10. *Șanțuri longitudinale sau transversale; eroziuni.*
11. *Imposibilitatea închiderii complete a gurii* din cauza unora dintre dinții prea desvoltați.



Fig. 277. — Cazul acesta de identifi- care datează din 1865. E acela al unui tânăr Portughez, Jean Battista dos Santos (19 ani) care, în acel an, a sosit la Londra. Imbrăcat (cu haine bărbătești) exteriorul nu trăda nimic din existența părților supranumerare (un picior central și două penisuri) cari constituiau monstruoziitatea structurii sale anatomice. Ceva mai mult, cel de al treilea picior — care prin flexiune putea fi adus până la piept și lipit de acesta — nu îl stingherea deloc mișcările și mersul. În ce privește cele două penisuri, în revista medicală „The Lancet”, din 29 Iulie 1865, găsim următoarea descripție:

Ambele penisuri cu prepuțul retractat, bine formate și inzestrate cu toate caracterele anatomice, sunt înserate deoparte și de cealaltă a liniei mediane a pubisului, la 2,5 cm. de aceasta. În stare de flaciditate, lungimea fiecăruia din ele e de aproape 12 cm., și ele diferă numai în grosime: circumferința penisului stâng e de 10,3 cm., iar aceea a celui drept numai de 9,1 cm.

În micțiune, urina e simultan eliminată prin uretrele ambelor penisuri.

E inzestrat cu o mare putere virilă: în excitație, erecțiunea și ejacularea ambelor penisuri sunt simultane.

Fiecare penis e dotat cu câte o bursă în interiorul căreia se află câte un testicul.

Între ambele burse laterale există un scrotum central retractat în care, până la vârsta de 10 ani, se găseau două testicule, cari, la acea epocă, au dispărut, reurcându-se în abdomen.

5. Habitusul

I. Atitudinea — ținuta individului în repaus sau în mișcare: atitudine țeapănă, aplicată, leneșă, capul aplecat spre piept sau pe spate, în dreapta sau în stânga; spinarea dreaptă sau adusă; umerii ridicați sau oblici în jos; ținuta obicinuită a brațelor și a mânilor; picioarele apropiate sau crăcănate.

II. Umbletul: încet, cu pași mici; umblet ușor săltat; umblet trăgănat; șchiopătarea.

III. Gesturile: mișcările reflexe ale degetelor, mânilor, capului, picioarelor.

IV. Ticurile: sprincenare, palpebrale, nazale, bucale, roaderea unghiilor.

V. Expresia obicinuită a feței: mirată, zâmbitoare, impasibilă, gânditoare, suferindă, etc.

VI. Privirea: dreaptă sau piezișă, pătrunzătoare sau stinsă, fixă sau mobilă, miopie sau presbiție.

VII. Temperamentul — sanguin sau limfatic. La determinarea temperamentului ne putem servi și de caracterele dentare:

Temperamentul sanguin: dinți albi, de dimensiuni mijlocii, marginile pătrate, groase, foarte tari.

Temperamentul limfatic: dinți de un albastru azuriu; incisivi înguști și subțiri.

VIII. Vorbirea. — Se notează:

a) *Timbrul:* voce groasă, pițigăiată, femească la bărbat și bărbătească la femeie.

b) *Dialectul* (după diversele regiuni ale țării.)

c) *Accentul limbii sau al limbilor* de cari obicinuit se servește individul.

d) *Defectele articulațiunii:* bălbăiala, vorbirea repede, pe nas, pelticia, deformarea unor sunete.

IX. Imbrăcămintea și încălțăminte.

6. Semnele particulare

Se notează toate semnele particulare descrise la elementele de identificare comune omului viu și cadavrului.

Pentru omul viu vom mai indica următoarele semne:

I. Spasmul profesional (crampele scriitorilor).

II. Astenia profesională.

III. Hernia sub diversele ei forme.

IV. Stigmatetele unei boli cronice.

V. Unghiile. — 1. *Colorația* lor poate indica indeletnicirea obicinuită.

2. *Substanțele de sub unghii* deasemenea pot servi drept criteriu pentru determinarea ocupațiunii individului.

3. *Uzura unghiilor* la anumite degete variază după anumite indeletniciri.

4. *Excesul de despoltare* (lungime ori grosime): de exemplu unghia indexului stâng la lucrătoarele de broderie și dantele. unghia policelui stâng la cismar. unghia policelui drept la ceasornicar.

5. *Unghie aspră sau unghie neledă.*

VI. Sprincenele stufoase, caracteristice vârstei mai mult sau mai puțin înaintate.

VII. Diminuarea coloanei vertebrale, efect al atrofierii cu timpul a cartilajului intervertebral.

La notarea semnelor particulare, indicăm: natura semnului, forma și mărimea lui, direcțiunea, localizarea.

a) Natura: cicatrice (originea ei), aluniță, neg, pată cutanată, tatuaj, etc.

b) Forma: descrierea cât mai precisă a conturului, cu toate accidentele acestuia.

c) Mărimea: notarea dimensiunilor.

d) Direcțiunea: orizontală, verticală, oblică (anterioară, externă, internă, posterioară).

e) Localizarea: distanța între punctul de reper ales pe regiunea respectivă a corpului și locul ocupat de semn; direcțiunea în care a fost măsurată distanța.

Punctele de reper pentru diversele zone sunt:

1. *Pentru față*: bosele frontale (dreaptă sau stângă), capătul extern sau intern al sprincnelor. mijlocul acestora; unghiurile pleoapelor; rădăcina nasului. nara dreaptă sau cea stângă; pometele; tragusul sau lobul urechii; maxilarele; unghiurile gurii; vârful bărbiei.

2. *Pentru gât*: mărul lui Adam.

3. *Pentru fața trunchiului*: furculița, sfârcul mamelelor. ombilicul. linia mediană imaginară despărțind în două pieptul și abdomenul.

4. *Pentru spate*: cea de a 7-a vertebră; șira spinării.

5. *Pentru brațe*: humerus, cubitus și radius.

6. *Pentru mâni*: încheietura pumnului, încheieturile degetelor. degetele, falangele acestora.

7. *Pentru membrele inferioare*: diversele părți ale acestora.

IDENTITATEA DUPĂ MOARTE

După împrejurare expertul are de examinat un cadavru întreg (mai mult sau mai puțin bine conservat, complet putrefiat, scheletul) sau oase izolate.

4. CADAVRUL INTREG

Elementele comune identității omului viu și cadavrului putând suferi modificări sau chiar să dispară în parte după moarte (felul morții, gradul de putrefacție), e necesar ca pedeoparte să indicăm caracterele de diferențiere în ce privește sexul, vârsta și corporolența, iar pe de alta semnele specifice de identificare individuală.

I. Cadavrul proaspăt sau putrefiat

1. Sexul

a) **Organele genitale.** — La un cadavru bine conservat e ușor să se determine sexul, în primul loc după organele genitale. Singura dificultate o constituie existența pseudo-hermafroditismului (masculin sau feminin).

Sexul unui cadavru în stare de putrefacție înaintată se stabilește prin identificarea *uterului* care deobiceiu putrezește cel din urmă.

La cadavrul conservat al unei femei mai putem, după *examenul himenului*, să stabilim, în oarecare măsură, dacă avem a face cu o fecioară, cu o femeie care a avut raporturi sexuale, cu o femeie care a fost sau nu însărcinată, cu o femeie care a avortat sau a făcut copii.

b) **Viscerele.** — *Greutatea inimii* poate și ea întrucâtva contribui la determinarea sexului.

Smith (1928): din 6.000 cadavre s'au găsit numai 1.000 cu inima normală, greutatea medie a inimii e de 294 gr. la bărbat și de 250 la femei: în raport cu greutatea totală a corpului inima reprezintă 0.43% la bărbat și 0.40% la femei; la o greutate corporală sub 45 kgr., sau peste 94.5 kgr., raportul acesta nu mai există decât cu o aproximație de 0.08—0.10%.

c. **Infățișarea generală.** — Numai dacă nu ne aflăm în prezența unui hermafrodit sau a unui caz patologic, infățișarea generală a corpului e și ea un element de diferențiere a sexului.

d) **Abdomenul.** — Vergeturile sarcinii sunt și ele un element de diferențiere a sexului.

e) **Toracele.** — În genere, toracele *bărbatului* are forma mai mult conoidă, iar acela al *femeii* una mai mult ovoidă.

La *femeie*, toracele e turtit dinainte înapoi, mai larg sus, iar sternul e mai puțin oblicat.

2. Vârsta

a) Talia și greutatea

Pentru minorul până la 16 ani, vezi: „Minorul” — vârsta (vol. II, pag. 107 cu tablele lui Quételet și Viarot-Chaumet); pentru individul de 15—24 ani, vezi, în acelaș loc, tabela experților Societății de asigurare „Equitable”.

Tot pentru minor, vezi, în acelaș loc: formula dentară.

Pentru adult, vezi tabela experților Societății de asigurare „Equitable”, privitoare la talia și greutatea individului viu în diversele perioade ale vieții dela 15 la 69 ani (*Vârsta individului viu*, vol. II, pag. 1058).

Ca și la individul viu se va ține seama de eroarea de interpretare putând rezulta din anomaliiile dezvoltării: gigantismul, nanismul, oprirea bruscă a creșterii.

Cifra reprezentând talia cadavrelor trebuie întotdeauna redusă cu vreo 2 cm., deoarece măsurătoarea se face pe corpul întins pe spate, iar nu în poziția verticală (în picioare) care e mai mică, din cauza tasării ca efect al presiunii exercitate de greutatea trunchiului asupra membrilor inferioare.

Talia și greutatea unui cadavru mutilat, amputat, se calculează prin deducțiune.

b) Corpolența

La cadavru proaspăt, înfățișarea generală e aceea pe care a avut-o individul în momentul morții.

În stare de putrefacție gazoasă mai mult sau mai puțin înaintată, corpul se umflă, iar mărirea de volum, provocată de acțiunea gazelor, poate simula dezvoltarea excesivă a țesutului adipos și astfel să inducă în eroare *în plus* în ce privește vârsta reală. — În starea de mumificare ori de calcinare, aspectul cadavruului ne poate induce în eroare *în minus* sub raportul vârstei.

c) Pielea

Ea începe să se încrețească după 50 ani, când mai întâiu apar încrețiturile dela tâmpile — *laba gâștii*; în urmă se zbârcește restul feței, apoi vine rândul gâtului și al mânilor; pela 52 ani apar cutele de dinapoia urechii; iar la 40—45 ani, cutele cervicale dela nivelul urechilor, cari tind să se împreune cu acele ale zonei de după urechi. Un semn al bătrâneții înaintate e formarea de cute pe lobul urechii, pe buza de sus, pe bărbie și pe dosul palmei.

La bătrâni pielea e uscată și subțiată, cu pete pigmentare la mâni. Grăsimea e colorată în galben.

d) Părul

După cum am arătat și la identificarea omului viu, chelia

parțială sau totală, cărunțirea sau albirea nu pot servi ca element de diferențiere a marilor perioade ale vieții: (Vezi și „Examenul părului“, vol. 1, pag. 601—620).

e) Ochiul

Arcul senil (vezi: „Identificarea omului viu“).

f) Forma maxilarului

1. La făt și la noul născut corpul maxilarului inferior e scurt, îngust și relativ gros. — La *noul-născut* despărțiturile interalveolare sunt aproape formate, delimitând câte 5 loje de fiecare parte a liniei mediane dela ambele maxilare.

2. La epoca erupției dinților de lapte maxilarele se lungesc, se largesc și se îngroașă. — La 2 ani și jumătate, găurile sub-orbitare și mentoniere răspund la intervalul cuprins între cele două rădăcini ale molarului caduc anterior.

3. După erupția dinților permanenți, ramura ascendentă a maxilarului inferior s'a lungit mult și formează, cu ramura orizontală, un unghi aproape drept.

4. La bătrânețe, după căderea completă a dinților, maxilarul inferior recapătă aspectul pe care-l avea în momentul erupțiunii dinților: unghiul redevine obtuz.

g) Dentițiunea

1. Fătul. — a. *Foliculele dentare* nu apar înainte de 7 săptămâni de viață intra-uterină. Apoi se ivesc treptat rudimentul de bulb, calota de dentină, peretele folicular. Ultima fază fetală e aceea a închiderii peretelui folicular.

2. Noul-născut: în genere nu există rădăcină dentară.

3. Copilul până la 8 ani. — a) *Ordinea de erupție a dinților de lapte*: incisivii centrali inferiori, la 6 luni; incisivii centrali superiori, la 10 luni (la 12 luni, rădăcina incisivilor centrali are o lungime de 5 mm.); incisivii laterali inferiori, la 16 luni; incisivii laterali superiori la 20 luni; premolarii inferiori la 24 luni; premolarii superiori la 26 luni; molarii inferiori, la 28 luni; molarii superiori, caninii inferiori și superiori, la 30—32 luni; gâtuirea primului molar, pentru formarea rădăcinilor, la 3 ani; apariția celui de al doilea molar (lung de 9 mm. și lat de 7 mm.) la 5 ani; apariția celor 4 molari mari, la 7 ani.

b) *Ordinea căderii spontane a dinților de lapte*: incisivii centrali inferiori dela 7—8 ani; incisivii centrali superiori, la 7 ani și jumătate; incisivii laterali inferiori și superiori, la 8 ani.

c) *Ordinea apariției dinților permanenți*: premolarii inferiori și superiori, 5—7 ani; incisivii centrali inferiori și superiori, 7 ani.

4. Minorul de 8—15 ani. — a) *Căderea spontană a restului dinților de lapte*: premolarii inferiori și superiori, la 10—10½ ani;

molarii inferiori și superiori, la 11—11½ ani; caninii inferiori și superiori, la 12 ani.

b) *Ordinea de apariție a dinților permanenți*: incisivii laterali inferiori și superiori (cu alveolele de o adâncime de 15 mm.) la 8 ani și jumătate; prima serie de premolari inferiori și superiori (cu un diametru de 10 mm.) la 9—10 ani; a doua serie de premolari inferiori și superiori, caninii inferiori și superiori, la 11—12 ani; molarii inferiori și superiori, la 12—15 ani.

Diferențierea dinților de lapte de cei permanenți se face, în primul loc, după *lungimea mijlocie*, la fiecare din cele două maxilare.

Dinții de lapte	Maxilarul superior		Dinții permanenți
Incisivii centrali	16	mm.	22,5 mm.
„ laterali	15,8	„	22 „
Caninii	19	„	26,5 „
Premolarul	15	„	20,6 „
Al doilea premolar . . . . .	—	. . . . .	21,5 „
Molarul	15,2	„	20,8 „
Al doilea molar . . . . .	—	. . . . .	20 „
Al treilea molar (măseaua de minte) . . . . .	—	. . . . .	17,1 „
	Maxilarul inferior		
Incisivii centrali	14	mm.	20,7 mm.
„ laterali	15	„	21,1 „
Caninii	17	„	26,5 „
Premolarul	16	. . . . .	21,6 „
Al doilea premolar . . . . .	—	. . . . .	22,5 „
Molarul	15,8	„	21,4 „
Al doilea molar . . . . .	—	. . . . .	19,8 „
Al treilea molar (măseaua de minte) . . . . .	—	. . . . .	19,5 „

Diferențierea dintelui de lapte de cel permanent se mai face după *aspect*:

a) Dinții de lapte, pe lângă că sunt mai mici, sunt și mai albi, mai netezi, mai lustruiți decât dinții permanenți.

b) Înălțimea coroanei, în comparație cu lățimea acesteia, e mai mică la dinții de lapte ca la dinții permanenți.

c) Pe dintele de lapte, smalțul se termină brusc la nivelul gâtului dintelui; la dintele permanent, stratul de smalț se subțiază treptat, terminându-se printr'o linie imperceptibilă.

5. Individul dela 18 la 25 ani. — Dela 18 la 25 ani apar, de regulă, măselele de minte, la ambele maxilare. Apariția, însă, poate întârzia sau chiar să nu se producă deloc.

6. Individul mai mare de 25 ani. — a) *Un important element diagnostical îl formează uzura și colorația dintelui*: numai uzura smalțului, până la 50 ani; atacarea dentinei, care ia o nuanță gălbuie, după 40 ani; distrugerea în bună parte a smalțului și nuanța cafenie a dintelui, la 50 ani; colorația negricioasă a suprafețelor

de uzură ale tuturor dinților, la 60 ani; atacarea cavității pulpare și colorația dinților în negru pronunțat, la 70 ani.

Nu trebuie însă nesocotit faptul că sunt cauze accesorii care provoacă uzura timpurie a dinților: substanțe alimentare acide, unele substanțe toxice, acțiunea climatului, deformațiunile mai mult sau mai puțin pronunțate ale maxilarelor (prognatismul, opisthognatismul); uzura artificială (mutilațiunile voite); uzura patologică.

b) *Rădăcinile*. — În teză generală, cu cât vârsta e mai înaintată, cu atât se închide și culoarea rădăcinii (inițial albă).

Dela 50—40 ani, dinții fiind sănătoși, culoarea rădăcinii e la fel cu aceea a coroanei.

Dacă dintele a căzut din cauza acțiunii tartrului, rădăcina e de un galben roșcat.

Dela 70—80 ani dinții sunt în mare parte căzuți; sunt excepționali bătrânii de 80 ani cu toți dinții (*Tourdes* citează cazul unui bătrân de 111 ani care mai avea toți dinții în gură).

Anomaliile de erupțiune

I. Erupțiunea precoce. — a) *Dinții de lapte*: nou-născut cu unul sau doi dinți în gură.

b) *Dinții permanenți*: apariția incisivilor cu 1—2 ani înainte de epoca normală. Dinții de lapte nefiind încă expulzați, incisivii erup la spatele acestora: avem astfel un parțial dublu șir de dinți (dinții de rechin).

II. Erupțiunea tardivă. — a) *Dinții de lapte*: Erupțiunea poate întârzia până la a 13-a lună (*Magilot*) și chiar până la a 16-a (*Giraldès*). Originea acestei întâzieri trebuie căutată fie într'o tară ereditară (sifilis, rachitism, scrofulă), fie într'o afecțiune generală acută sau cronică.

O statistică a lui *Magilot* (pentru 500 observații) ne oferă următoarele date în ce privește capriciile apariției primului dinte de lapte:

La naștere 1 caz; la 1 lună, 2 cazuri; la 2 luni, 3 cazuri; la 3 luni, 9 cazuri; la 4 luni, 10 cazuri; la 5 luni în 39 cazuri; la 6 luni, în 45 cazuri; la 7 luni, în 110 cazuri; la 8 luni, în 88 cazuri; la 9 luni, în 49 cazuri; la 10 luni, în 84 cazuri; la 11 luni 38 cazuri; la 12 luni în 12 cazuri; la 2 ani în 10 cazuri.

Benzengre notează apariția primului dinte abea la 3 ani în 2 cazuri

b) *Dinții permanenți*. — Se citează cazul unui adult de 50 ani la care abea începuse erupția caninilor. Deasemenea sunt frecvente cazurile cu întârzierea apariției măselelor de minte.

III. Căderea tardivă a dinților de lapte. — a) *Caninii*: persistența până la 68 ani (caz observat de *Amoedo*).

b) *Molarii inferiori* persistă adesea până la o epocă înaintată a vieții.

IV. A treia dentiție e o realitate tangibilă, anatomiceste explicată de *Mallassez* și *Albaran* prin prezența în alveolele dentare a unor resturi epiteliale.

Dintre observațiunile clasice cităm următoarele două:

1. O femeie de 40 ani e apucată de groaznice dureri de gîngii și de cap, cari nu se potolesc decât cu apariția unei a treia dentițiuni de 20 dinți (*Sennert*).

2. Maxilare cu a 3-a dentițiune păstrate în Muzeul de Antropologie al lui Broca

h) Organele interne

Gradul de atrofie e, firește, un criteriu al perioadei vieții; nu trebuie însă să se uite că, la un cadavru calcinat, organele, sub acțiunea flacării, se inchircesc într'atât că uneori seamănă cu acele ale unui copil.

1. **Creerul:** dela 1 la 2 ani, volumul lui aproape se dublează. — Cu vârsta scade proporția de grăsime a creerului.

2. **Aparatul circulator.** — La vârsta mai înaintată se notează tendința la congestiunea sistemului venos și la ateromazarea arterelor. E însă de observat, că arterio-scleroza nu e un stigmat constant și exclusiv al bătrâneței, pentrucă ea se poate întâlni și la indivizi în puterea vârstei; în plus ea nu e în raport direct cu numărul anilor la persoanele cu adevărat bătrâne, deoarece nu o dată se văd artere mai sănătoase la unul de 80 și chiar 90 ani ca la un individ de 70 și chiar de 60 ani. Aceasta se explică printr'o stare patologică individuală.

3. **Ficatul,** care la copil reprezintă 1/20 din greutatea totală a corpului, nu mai constituie la adult decât 1/56 din această greutate.

4. **Splina,** cu vârsta, se atrofiază, iar capsula ei devine calcaroasă. La o femeie de 104 ani, *Lobstein* n'a mai găsit-o decât de mărimea unui testicul.

5. **Aparatul genito-urinar.** — I. La bătrânețe, *rinichii* scad de volum; grosimea substanței corticale, a cărei suprafață e granuloasă, se reduce la câțiva milimetri, iar capsula supra-renală nu se mai poate desprinde decât anevoie. Modificarea aceasta nu e însă un apanagiu al vârstei înaintate, pentrucă atrofia renală, de natură patologică, se poate întâlni la orice perioadă a vieții.

II. *Vesica* bătrânilor are pereții îngroșați, și deci capacitatea mai mică. — *Secrețiunea urinară* e mai puțin abundentă.

III. *Prostata,* cu vârsta se hipertrofiază.

IV. *Ovarele.* — După numărul creștăturilor se poate, cu aproximație, deduce numărul perioadelor de ovulație.

i) Osificarea

Mersul osificării e un element de certitudine pentru diagnosticarea vârstei.

Impărțind mai întâiu viața în două perioade mari, avem drept criteriu: 1. punctele de osificare, sudura epifiselor și aceea a diverselor părți ale aceluiaș os pentru epoca dela naștere până la 22 ani la *femeie* și 24—25 ani la *bărbat*; 2. sudurile oaselor craniului, modificările suferite de alte oase și procesul de osificare a cartilajelor constituie date de apreciere pentru restul vieții.

Pentru detaliile mersului osificării, vezi mai departe: *deter-*

minarea vârstei pe cadavrul total sau parțial redus în stare de schelet.

Aci ne vom mărgini să notăm, că imaginea radiografică e o prețioasă contribuție la fixarea epocii vieții.

j) Stările patologice

Există diateze proprii vârstei înaintate sau cari de predilecție se instalează la o anumită epocă a vieții.

5. Semnele particulare

Despre acestea am vorbit la capitolul „Elementele de identificare comune omului viu și cadavrului”; aci vom stăruii numai asupra unora din semnele cari, îndeosebi când e vorba de un cadavru, pot ajuta, dacă preexistau, la identificarea individului.

a) **Imbrăcămintea și încălțăminte.** — Materia din care sunt confecționate hainele, croiala acestora, calitatea rufelor și aceea a încălțăminteii pot *uneori* constitui elemente de identificare. Zicem numai *uneori*, pentru că nu trebuie exclusă posibilitatea ca, ulterior morții, cadavrul să fi fost desbrăcat și încălțat spre a fi reimbrăcat și reincălțat cu haine, rufe și încălțăminte cari nu erau ale lui.

b) **Starea civilă.** — Prezența verigheții în deget sau numai urma ei e un indiciu că individul a fost căsătorit. Pentru evitarea unei erori de interpretare, trebuie să căutăm confirmarea: 1. în examenul urmei (în caz că verigheta se află pe deget), spre a ne convinge dacă impresiunea e vitală sau post-mortală, nefiind exclusă posibilitatea ca verigheta să fi fost pusă după moarte, în scopul de a se induce în eroare; 2. în anamneza, spre a avea certitudinea că avem aface cu o persoană care a fost căsătorită.

c) **Rasa.** — Absența prepuțului e o indicație pentru determinarea rasei semite a bărbatului. Se poate, însă, întâmpla să dăm peste cadavrul unui creștin sau al unui individ de alt neam la care circumciziunea nu e practică, și cu toate acestea prepuțul lipsește, ca unul ce a fost înlăturat în viață pe cale de intervenție chirurgicală, pentru un motiv sau altul (boală venerică, fimosis).

d) **Ochiul.** — Prezența unui ochiu de sticlă poate constitui o caracteristică individuală, atunci când coroborează celelalte elemente de identificare.

e) **Fața.** — Dilatarea obrazilor, d. e., e caracteristică suflătorilor din fabricile de sticlă.

f) **Părul.** — Lungimea și culoarea părului, particularități de nuanță (prezența unor șuvițe de o anumită culoare). Părul, se știe, rezistă putrefacției vreme îndelungată. (Vezi „*Examenul părului*”, vol. I. pag. 605—620).

g) **Dinții.** — 1. *Particularitățile arcașelor dentare*, confirmate

fie de familie ori cunoscuți, fie de fișa dentistului care a îngrijit gura individului.

2. *Numărul dinților sănătoși*, numărul dinților bolnavi, numărul dinților tratați, eventualele proteze dentare; dinții absenți.

3. *Forma radiculară* a dinților: rădăcina curbată înainte sau înapoi a incisivilor și a caninilor, rădăcina bifidă a caninilor, convergența sau divergența excesivă a rădăcinilor molarilor.

4. *Mărimea dinților* nu constituie un element de apreciere în ce privește statura individului, deoarece se găsesc pitici cu dinți extraordinar de mari.

5. *Starea de fixitate a dinților în gingii*: dinți mai mult sau mai puțin luxați pot întrucâtva contribui la stabilirea identității.

6. *Pozițiunea și direcția dinților*.

7. *Dinții supra-numerari*: dinți crescuți dinapoia dinților permanenți.

8. *Linia transversală* pe coroana unuia sau a mai multor dinți: acesta e stigmatul indelebil al indivizilor cari, în copilărie, au suferit de boli ale centrilor nervoși.

9. *Dinții de volum mai mare, colorați în alb murdar și cu fețele aspre și accidentate*, caracteristici scrofulei.

10. *Dinții lungi, albi și cu luciul perlat al smalțului*, caracteristici celor predispuși la tuberculoza pulmonară.

h) *Diatezele diverse*.

i) *Alterațiuni ale organelor interne specifice unor anumite indeletniciri*.

B. Scheletul întreg

1. Talia

Cifra obținută prin măsurarea lungimii scheletului reprezintă, din cauza dispariției părților moi, talia cu o aproximație de câțiva centimetri în minus (3,5—5).

2. Vârsta

Acromegalia și nanismul putând fi o cauză de eroare în interpretarea superficială a vârstei după talie, expertul își va baza demonstrația numai pe elemente de certitudine trase din: mersul osificării, volumul, aspectul și greutatea oaselor, aspectul suprafețelor articulare.

I. Mersul osificării

E un semn de mare valoare diagnostică pentru determinarea exactă a vârstei, însă numai până la cel mult 25 ani, deoarece la această perioadă a vieții dezvoltarea oaselor e complet termi-

nață. La *femeie* și la *indivizii de statură mică* sistemul osos e desăvârșit cu 2—3 ani mai înainte.

În intervalul dela 25 la 40 ani, nu se mai notează nici o modificare esențială.

La 40—45 ani (la unii abea la 60—65) începe osificarea suturilor craniene.

După diversele regiuni ale scheletului, mersul osificării e acesta:

A. Oasele craniului și ale feței

1. **Frontalul.** — Osificarea fiecărei jumătăți e completă la naștere, iar sutura metopică se strânge treptat și rămâne vizibilă până la vârsta adultă. Punctele de osificare apar în următoarea ordine:

a. 40—50 zile de viață fetală: primul punct al arcadelor orbitare.

b. 60—90 zile de viață fetală: al doilea punct de osificare al spinei nazale, al 3-lea punct al apofisei orbitare externe și al 4-lea punct al fosetei trochleene.

2. **Etmoidul.** — Se notează:

a. 120 zile de viață fetală: primul punct de osificare pe tuberculul maselelor laterale.

b. Al 2-lea an dela naștere: două serii de câte 5 granule osoase și două puncte complementare pe partea mediană.

c. 5—6 ani: osificarea completă.

d. 7 ani: osificarea suturei etmoido-sfenoidale.

3. **Sfenoidul.** — După vârstă se notează:

a. Primele 4 luni ale vieții fetale. — Primul punct de osificare: pe partea anterioară a corpului osului, la aripa mică; la aripa mare: pe porțiunea internă a apofisei pterigiene; pe porțiunea posterioară a corpului osului: pe porțiunea laterală a acestuia.

b. 6—8 luni dela naștere: primul punct pe cornetele lui Bertin.

c. 5—6 ani: osificarea completă.

d. 15—20 ani: împreunarea părții bazilare cu occipitalul.

4. **Occipitalul.** — a. La 90 zile de viață fetală: câte un punct pe apofisa bazilară, pe fiecare condil și pe fiecare solz.

b. 5—7 ani: osificarea completă.

5. **Parietalele.** — a. 45 zile de viață fetală: un punct la bază.

b. La naștere: osificarea completă.

6. **Temporalele.** — a. 90 zile de viață fetală: 3 puncte pe solz; 16 puncte pe stâncă și pe apofisa mastoidă.

b. 150 zile de viață fetală: 3 puncte pe coarda timpanală.

c. 2—15 ani: osificarea completă a celulele mastoidiene își fac apariția după primul an dela naștere, iar apofisa mastoidiană e complet dezvoltată după instalarea pubertății.

7. **Maxilarul superior.** — a. 90 zile de viață fetală: primele puncte de osificare ale malarului, orbito-nazalului, nazalului, palatinului, incisivului și subvomerului.

b. 4 luni: persistența incisivului ca os aparte.

c. 5 luni: osificarea completă a porțiunii zigomatice și a porțiunilor orbitare ale osului malar.

d. 7 luni: osificarea completă a maxilarului.

e. 15—17 ani: terminarea evoluției alveolelor.

8. **Osul propriu al nasului.** — 90 zile de viață fetală: primul punct de osificare.

9. Unguis. — 90 zile de viață fetală: două serii de puncte osoase.

10. Palatinul. — a) 45 zile de viață fetală: primele două puncte.

b) Cu puțin înainte de naștere: primele două puncte epifisare.

11. Cornetul inferior. — 120—150 zile de viață fetală: un punct.

12. Umerul. — a. 45 zile de viață fetală: două puncte simetrice.

b) 5 luni: osificarea completă.

13. Maxilarul inferior (pentru ficcare jumătate).

a) 30—35 zile de viață fetală: un punct pe marginea inferioară (cartilajul lui Meckel).

b) 50 zile de viață fetală: primele puncte interesând simfiza, gaura mentonieră, condilul, apofisa coronoidă și spina lui Spix.

c) La naștere: unghiul mandibular e de 150—160°.

d) 2—5 luni: osificarea completă.

e) După prima dentiție: unghiul mandibular e de 120—150°.

f) După a doua dentiție: unghiul mandibular de 115—120°

g) La 18 ani: sfârșitul evoluției alveolelor.

h) La bătrânețe: unghiul mandibular de 150—140°; găurile mentoniere se apropie tot mai mult de marginea alveolară a osului.

14. Hioidul. — a) 8—9 luni de viață fetală: două puncte pentru corpul osului, câte unul de ficcare corn mare și mic.

b) 20—25 ani: osificarea completă.

B. Oasele toracelui

1. Sternul. — a) 6 luni de viață fetală: un punct pentru mâner.

b) 7—8 luni de viață fetală: punctele părții superioare ale corpului osului.

c) 8—10 luni: punctele părții inferioare ale acestuia.

d) 20—25 ani: osificarea completă.

e) 50—60 ani: sudarea apendicelui xifoid cu corpul sternului.

f) Bătrânețe: sudarea mânerului de corpul sternului.

2. Coastele. — a) 40—50 zile de viață fetală: punctul de osificare al diafizei.

b) 16—17 ani: osificarea capului și a tuberozității coastei.

c) 18—25 ani: osificarea completă a osului.

C. Coloana vertebrală

1. Atlasul. — a) 90 zile de viață fetală: primul punct pe partea dreaptă a arcului exterior: primul punct pe partea stângă.

b) 1 an: pe arc anterior.

c) 5—6 ani: osificarea completă.

2. Axisul. — a) 90 zile de viață fetală: primele puncte pe corpul și lamele vertebrei, pe apofisa odontoidă și pe fața interioară a corpului vertebrei.

b) 5—4 ani: sudarea apofisei odontoide de axis.

c) 4—5 ani: vârful apofisei odontoide: osificarea completă a vertebrei.

3. Ultimele 5 vertebre cervicale, vertebrele dorsale și lombare. — a) 90 zile de viață fetală: puncte pe corpul și lamele vertebrelor.

b) 5—6 ani: unirea lamelor vertebrale cu corpul osului.

c) 14—16 ani: vârful apofisei spinoase, vârful apofiselor transverse, partea superioară și inferioară a corpului osului.

d) 18—25 ani: sudura punctelor complementare.

e) 20—25 ani: osificarea completă.

4. Sacrum (pentru ficcare din cele 5 vertebre).

a) 5 luni de viață fetală: punctul corpului vertebrei.

b) 5—7 luni de viață fetală: primele puncte ale lamelor și apofiselor transverse.

c) 10—12 ani: suprafața superioară și inferioară a corpului vertebrei.

d) 15 ani: vertebrele sunt independente; numai primele trei au al 4-lea și al 5-lea punct de osificare.

e) 15—18 ani: vârful apofisei spinoase.

f) 18—30 ani: primele patru puncte epifisare laterale.

g) 25—30 ani: osificarea completă.

5. Coccixul (pentru fiecare din cele 5 vertebre). — a) 4—10 ani: corpul vertebrei, masele laterale, câte un punct pentru fiecare din cele două coarne.

b) 20—25 ani: osificarea completă.

c) 50—60 ani: sudura sacrumului cu coccixul.

D. Membrile superioare

1. Clavicula. — Pe ea apare primul punct de osificare a întregului schelet.

a) 55 zile de viață fetală: primul punct diafisar.

b) 18—20 ani: în centrul fațetei sternale.

c) 21—25 ani: osificarea completă.

2. Omoplatul. — a) 50 zile de viață fetală: primul punct al solzului.

b) 1 an: apofisa coracoidă.

c) 10—11 ani: osul sub-coracoidian.

d) 12—15 ani: acromionii.

e) 16—18 ani: epifisele coracoidiene.

f) 16—20 ani: numeroase granulațiuni osoase pe marginile cartilajinoase ale solzului și spinei.

g) 25—28 ani: osificarea completă.

3. Humerus. — a) 55 zile de viață fetală: primul punct diafisar.

b) 2—4 luni: capul articular.

c) 2—3 ani: trochinul, trochiterul, condilul.

d) 5 ani: epitrochleul.

e) 12 ani: trochleul și epicondilul.

f) 15—17 ani: sudarea epifisei inferioare de diafisă.

g) 21—25 ani: sudarea epifisei superioare de diafisă.

h) 25—26 ani: osificarea completă.

4. Cubitus. — a) 2 luni de viață fetală: primul punct diafisar.

b) 5 ani: epifisa inferioară.

c) 6 ani: olecranul și ciocul acestuia.

d) 14—19 ani: sudarea epifisei superioare de diafisă.

e) 21—25 ani: sudarea epifisei inferioare de diafisă; osificarea completă.

5. Radius. — a) 40 zile de viață fetală: primul punct diafisar.

b) 5 ani: epifisa inferioară.

c) 6 ani: epifisa superioară.

d) 12—19 ani: sudarea epifisei superioare de diafisă.

e) 14—18 ani: tuberozitatea bicipitală.

f) 20—25 ani: sudarea epifisei inferioare de diafisă, osificarea completă.

6. Carpul. — a) 1—3 ani: osul mare, corpul osului și apofisa unciformă a osului încârligat.

b) 4—5 ani: scafoidul, semilunarul, piramidalul, trapezul și trapezoidul.

c) 10—16 ani: osul pisiform.

7. Metacarpul. — a) 3 luni de viață fetală: primul punct diafisar

b) 2 ani și jumătate: extremitatea carpiană pentru poluce și extremitatea digitală pentru celelalte oase.

c) 18—20 ani: osificarea completă.

8. Falangele. — a) 3 luni: primul punct diafisar.

b) 3 ani: extremitatea superioară.

c) 18—20 ani: osificarea completă.

E. Membrele inferioare

1. Osul coxal. — a) 45 zile de viață fetală: primul punct al ilionului.
- b) 70—90 zile de viață fetală: primul punct al ischionului.
- c) 150—150 zile de viață fetală: primul punct al pubisului.
- d) 9—15 ani: spina iliacă antero-inferioară, tuberozitatea ischiatică, spina pubisului. cavitatea cotiledoidă.
 - e) 10—12 ani: împreunarea pubisului cu ischionul.
 - f) 12—13 ani: împreunarea ischionului cu ilionul.
 - g) 15—16 ani: creasta iliacă; împreunarea pubisului cu ilionul.
 - h) 15—20 ani: sudarea punctelor complementare. cu excepția aceleia al crestei iliace.
 - i) 24—25 ani: osificarea completă.
2. Femurul. — a) 60 zile de viață fetală: primul punct.
- b) 9 luni de viață fetală: epifisa inferioară (punctul lui Bécclard).
- c) 2 ani: capul.
- d) 5 ani: marele trochanter.
- e) 4 ani: micul trochanter.
- f) 16—18 ani: sudarea celor doi trochanteri cu diafiza.
- g) 12—19 ani: sudarea capului.
- h) 20—25 ani: sudarea epifisei inferioare; osificarea completă.
- i) Bătrânețea: rarefacția inegală a țesutului gâtului.
3. Rotula. — a) 1—5 ani: un punct de osificare.
- b) 18 ani: osificarea completă.
4. Tibia. — a) 40—45 zile de viață fetală: primul punct diafisar.
- b) La naștere: epifisa superioară.
- c) 1½—2 ani: epifisa inferioară.
- d) 12—14 ani: tuberozitatea anterioară.
- e) 16—18 ani: sudarea epifisei superioare de diafisă.
- f) 18—24 ani: sudarea epifisei inferioare de diafisă.
- g) 22—24 ani: osificarea completă.
5. Peroneul. — a) 40—45 zile de viață fetală: punctul diafisar
- b) 2 ani: extremitatea inferioară.
- c) 3½—4 ani: extremitatea superioară.
- d) 18—19 ani: sudarea epifisei superioare de diafisă.
- e) 19—22 ani: sudarea epifisei inferioare de diafisă; osificarea completă.
6. Calcaneul. — a) 4—5 luni de viață fetală: partea mijlocie a osului
- b) 7—10 ani: fața inferioară a osului.
7. Tarsul. — a) 5—6 luni de viață fetală: un punct al astragalului.
- b) 1 an: câte un punct la cuboid și la primul cuneiform.
- c) 4—5 ani: câte un punct la scafoid și la ceilalți doi cuneiformi.
- d) 16—20 ani: osificarea completă.
8. Metatarsul. — a) 40—50 zile de viață fetală: primul punct diafisar
- b) 2—4 luni: extremitatea tarsiană pentru primul os, cea digitală pentru celelalte oase.
 - c) 16—18 ani: osificarea completă.
9. Falangele. — a) 40—55 zile de viață fetală: punctul diafisar al primelor falange.
 - b) 100—120 zile de viață fetală: punctul diafisar al celorlalte falange.
 - c) 6 ani: extremitatea posterioară.
 - d) 15—16 ani: osificarea completă.

F) Dentijunea

(Vezi: identitatea cadavrului întreg).

II. Diversele perioade ale vieții după principalele caractere ale osificării

Cu ajutorul datelor cu privire la mersul osificării, putem determina caracterele scheletice esențiale pentru perioadele medico-legale ale vieții intra și extra-uterine.

A. Viața fetală

30—55 zile: Prezența primelor puncte de osificare pe diafiza claviculei și a humerusului; cartilajul lui Meckel (maxilarul inferior).

40—55 zile: arcadele orbitare (*frontalul*), parietalele, palatinul, vomerul, diafisele costale, solzul omoplatului, diafiza radială, ilionul, diafiza tibiară, diafiza metatarsului, diafisele primelor falange dela degetele picioarelor; simfisa, gaura mentonieră, condilul apofisa conoidă și spina lui Spix (maxilarul inferior).

60—90 zile: al 2-lea punct al spinei nazale, al 3-lea punct al apofisei orbitare externe și al 4-lea punct al fosetei trochleene (*frontalul*); primele puncte pe: occipital, temporale, maxilarul superior, osul propriu al nasului, unguisul, atlasul, corpul și lamele axisului, corpul și lamele ultimelor cinci vertebre cervicale, ale vertebrelor dorsale și lombare, diafisele metacarpului, ischionul, femurul, diafisele cubitusului.

100—150 zile: tuberculul maselor laterale ale etmoidului, sfenoidul; coarda timpanului; cornetul inferior; corpul vertebrelor sacrale; pubisul; diafisele celorlalte falange dela picioare.

150—200 zile: mânerul sternului, lamele și apofisele transverse ale vertebrelor sacrale, astragalul.

210—240 zile: partea superioară a sternului.

Fătul la termen: primele două puncte epifisare ale palatinului; 2 puncte pe corpul hioidului și câte unul de fiecare corn mare și mic; punctul lui *Béclard*.

După *Corrado*, prezența unui punct bine dezvoltat în epifisa superioară a tibiei e un semn de maturitate fetală mult mai sigur ca acela al punctului lui *Béclard*. Iar *Toldt* consideră drept semn sigur al fătului la termen prezența unui punct de osificare la cuboid (cu 5 mm. în diametru).

* * *

La făt, punctele de osificare se caută prin practicarea de secțiuni longitudinale sau transversale pe ceace reprezintă oasele lungi.

B. Viața extra-uterină

La naștere: punctul lui *Béclard*; punctul de pe epifisa superioară a tibiei.

2—5 luni: dispariția fontanelor laterale și micșorarea fontanelor mari; un punct de osificare al cornetului inferior, un punct pe capul articular al humerusului; punctele depe extremitatea tarsiană a primului os al metatarsului și depe extremitatea digitală a celorlalte metatarsiene.

7 luni: străpungerea dinților de lapte.

1 an. — În cursul primului an al vieții începe sudarea jumătăților frontalului cu capătul de jos al suturii frontale; partea mastoidiană se sudează cu restul osului parietal, cu începutul formațiunii apofisei mastoide; dispariția crăpăturilor fetale ale occipitalului; sudarea aripelor sfenoidului de corpul osului; împreunarea jumătăților maxilarului inferior; punctul de osificare al arcului anterior al atlasului; împreunarea osoasă a arcurilor vertebrale, mai întâiu la vertebrele toracice și la cele cervicale inferioare, apoi la vertebrele lombare și în ultimul loc la atlas; înmulțirea punctelor de osificare ale sternului.

2 ani: complecta osificare a suturii frontale, complecta dispariție a mării fontanelor; înmulțirea punctelor de osificare pe tuberozitatea mare a capului humerusului, pe capetele inferioare ale radiusului, tibiei și peroneului, pe capetele oaselor metacarpului și metatarsului; progresiunea sudurii osoase a arcurilor vertebrale; progresiunea erupției dentiției de lapte.

3 ani: sudarea porțiunii solzoase a occipitalului cu corpul osului; desăvârșirea sudării arcurilor vertebrale.

4 ani: punctele de osificare ale apendicelui xifoid; punctele de osificare pe tuberozitatea mică a capului humerusului, pe marele trochanter și la capătul superior al peroneului; începutul osificării rotulei; sudarea arcului de corpul primei vertebre sacrale.

5 ani: sudarea capului cu tuberozitatea humerusului, constituind o epifisă; puncte osoase în epicondilul median al capătului superior al radiusului.

6 ani: sinostoza culisei anterioare interoccipitale, între partea articulară și partea bazilară a occipitalului; începutul osificării ambelor capete ale cubitusului; desăvârșirea osificării rotulei, apropierea ramurilor ascendente ale ischionului și descendente ale pubisului.

7 ani: sudarea apofisei odontoidice cu corpul epitrochleului; schimbarea dinților.

8 ani: un al doilea punct de osificare pe trochanter.

9 ani: sudarea oaselor pubisului cu sacrumul; punct de osificare pe tuberozitatea calcaneului.

10—11 ani: desăvârșirea osificării coccixului și începutul sudării vertebrelor sacrale.

12 ani: punct de osificare pe olecranul cubital, în trochleul humeral și în osul pisiform. Sudura celor trei piese ale cavității cotiloide.

15—14 ani: desăvârșirea osificării micului trochanter.

15 ani: sudura acromionului și a apofisei coracoide; sudura vertebrelor sacrale: puncte de osificare pe capetele și tuberozitățile tuturor coastelor.

16 ani: dispariția cutei cartilajinoase dintre occipital și corpul sfenoidului.

17 ani: sudura epifisei olecranului.

17—18 ani: sudarea capătului inferior al calcaneului cu partea anterioară a acestuia.

18 ani: sudura celor 5 epifise ale femurului; punctele de osificare epifisare ale falangelor sunt complet împreunate cu diafizele.

15—20 ani: formarea unui punct de osificare epifisar la capătul distal al claviculei.

20 ani: osificarea celei de a 4-a vertebre coccigiene.

21 ani: sudarea extremității inferioare a femurului.

22—25 ani: osificarea și complecta sudare a lamelor epifisare ale corpurilor vertebrelor: sudura crestei osului iliac de osul pelvian.

Pentru determinarea cu mai mare sau mai mică precizie a vârstei *pentru perioada cuprinsă între 16 și 24 ani*, se poate lua drept element de apreciere examenul gâtului humerusului:

a) Dacă există un helix cartilajinos lat de 1—2 mm., individul nu e mai mare de 16 ani.

b) Dacă helixul osificat mai are pe margini resturi cartilajinoase, vârsta individului e de 17—18 ani.

c) Un helix complet osificat indică o vârstă de 23—24 ani.

26—30 ani sudura primei vertebre sacrale de celelalte. Începutul formării depozitelor calcare la tiroid și la cricoid.

35—38 ani: începutul sudării suturilor craniene. Sinostoza, care progresează de la tăblia internă spre cea externă, începe de regulă cu sutura sagitară, la nivelul lamboidului și se continuă la nivelul suturii coronare, în zona bregmatică, și în cele din urmă la sutura squamoasă a temporalului.

40 ani: formarea punctului de sudură pe partea posterioară a suturii sagitale.

50 ani: osificarea suturei coronare în vecinătatea bregmei; accentuarea osificării scheletului cartilajinos al laringelui și a inelelor tracheei; sudarea apendicelui xifoid de corpul sternului.

Dela 60 ani în sus. — Cu cât bătrânețea e mai înaintată, cu atât sunt mai pronunțate următoarele caractere scheletice:

a) *Sinostoza suturilor craniene*, care precum am arătat, progresează dela tăblia internă spre cea externă, începând de regulă cu sutura sagitară și continuând în ordine cronologică, prin suturile coronară, occipitală și mastoidiană. Excepțional, însă, se poate nota o precocitate a acestei sinostoze: la 20 ani aceea a suturei coronare, la 27 ani aceea a suturei sagitare.

b) *Atrofia senilă progresivă a oaselor*, consecutivă contracțării substanței spongioase și care e îndeosebi marcată la craniu, omoplați, oasele iliace și capul de sus al femurului: oasele se subțiază, devin mai ușoare și mai fragile. — De observat însă, că uneori atrofia osoasă nu e numai decât un semn al bătrâneții înaintate, ea putând avea ca obârșie o diateză la un individ tânăr.

c) *Modificările specifice ale maxilarelor*. — Din cauza căderii dinților, *apofizele alveolare se atrofiază până la complectă dispariție*. Prin tocirea și treptata dispariție a alveolelor, *înălțimea arcașelor se micșorează*; mijlocul maxilarului inferior proeminează față de cel superior. *Unghiurile, formate deoparte și de alta de ramurile ascendente ale maxilarului inferior cu corpul osului, se redeschid*, redevinând obtuze, întocmai ca în primul an al vieții: de unde la adult, unghiurile acestea erau aproape drepte, la adânci bătrânețe pot atinge 130° — 140° . — *Gaura mentonieră*, care la adult e situată la o egală distanță între marginea superioară și cea inferioară a corpului osului, din cauza tocirii progresive a alveolelor se apropie de marginea superioară care, prin subțiere, devine aproape tăioasă.

d) *Osificarea discurilor intervertebrale*.

e) *La cel puțin 70 ani*: închiderea complectă a suturii temporale. După *Tourtarel* abea la 90 ani se poate nota desăvârșirea întregului proces de sudare a suturilor craniene.

f) *Turtirea suprafețelor articulare*.

3. Sexul

I. *Talia*. — În general, la indivizii din aceeaș rasă, scheletul femeii e mai mic decât acel al bărbatului, din cauza mai ales a toracelui, care e mai scurt deși mai larg decât cel masculin.— Dar talia nu poate fi luată, nici măcar cu titlu de simplă orientare, drept criteriu pentru determinarea sexului, deoarece chiar în aceeaș familie se întâlnesc, în această privință, exemple izbitoare de inversare a raportului: sora cu mult mai înaltă decât fratele.

II. *Aspectul*. — a) *Până la pubertate* e greu să se diferențieze sexul după înfățișarea generală a scheletului, deoarece acesta are de regulă mai mult tipul feminin: sternul scurt și lat, oasele subțiate.

b) *Până la 45 ani*, tipul feminin e tot mai pronunțat: oasele

mai subțiri, mai netede; capetele articulațiilor mai puțin voluminoase decât la bărbat.

c) *După 45 ani*, caracteristicile tipului feminin se atenuază treptat, până ce acesta se apropie de tipul masculin al scheletului.

III. *Mersul osificării*. — Acesta prezintă deosebiri atât din punctul de vedere al datei apariției punctelor de osificare, cât și din acela al desăvârșirii osificării.

a) *Procesul de osificare* începe mai curând la fătul feminin decât la cel masculin. Aceasta și explică de ce complectă constituire a scheletului se face cu 2—5 ani mai curând la femeie decât la bărbat.

b) *Absența frecventă a osificării cartilajelor laringelui și ale coastelor la femeia ajunsă la adânci bătrânețe*, ceea ce e o excepțiune la bărbat.

IV. *Craniul*. — a) *Volumul și greutatea*. — În genere craniul feminin e mai mic decât acela al bărbatului din aceeași rasă, iar greutatea lui medie e cu 50 gr. inferioară greutății medii a craniului masculin. (Neamurile europene: 600 gr. la femeie, 650 gr. la bărbat).

b) *Aspectul*. — Oasele craniului feminin sunt mai subțiri, mai delicate, iar *crestele de inserțiune musculară* mai puțin pronunțate, îndeosebi la nivelul temporalelor și al occiputului; *parietalele sunt mai turtite*, pe când la bărbat boltirea lor e foarte accentuată; *fruntea* e mai mică, mai dreaptă la femeie, cu *sinusurile frontale* mai puțin dezvoltate, iar *arcadele orbitare* au marginile subțiate, tăioase.

c) *Apofisele*: la femeie, apofisele mastoide sunt mai mici, iar cele stiloide mai lungi și mai subțiri în punctul lor de inserțiune.

d) *Maxilarul inferior* e mai puțin dezvoltat la femeie decât la bărbat (65 gr. *greutatea medie* a mandibulei feminine față de 80 gr. *greutatea medie* a celei masculine); *unghiurile* sunt mai puțin accentuate la femeie decât la bărbat.

e) *Dinții*. — Elementul diagnostic al ni-l oferă *incisivii* și rezistența țesutului dentar.

1. Diametrul maxim medio-distal al *incisivilor centrali superiori* e de 8,957 mm. la bărbat, iar la femeie 8,518 mm. Diametrul maxim medio-distal al *incisivilor laterali superiori* e de 6,699 mm. la bărbat, iar la femeie 6,54 mm.

2. *Rezistența țesutului dentar* e mai mică la femeie decât la bărbat. Judecând dar după timpul scurs dela moarte, se poate întrucâtva aprecia sexul.

V. *Basinul*. — a) *Forma*. — *Basinul feminin* are forma aproape cilindrică, iar cel masculin mai mult conică — pâlnie. — La femeie sacrumul (mai lat și mai scurt) și cocciul sunt mai

înălțate, curbura lor e mai pronunțată; marginile inferioare ale osului pubian formează la *femea* un unghi ascuțit, pe când la bărbat unul obtuz; *gaura obturatoare* e *triunghiulară*, mai largă, mai oblică, la *femea*; la bărbat e *ovalară*.

b) *Inclinarea*. — Basiful *femeii* e mai inclinat decât al bărbatului; unghiul format de strâmtoarea superioară pe linia orizontală e în medie de 58° la *femea*, pe când la bărbat e numai de 54° .

c) *Oasele pereților basifului* sunt, la *femea*, mai subțiri, transparente chiar la nivelul aripilor iliace.

d) *Dimensiunile*. — Sunt stabilite următoarele cifre medii, pentru basiful individului ajuns la maturitatea sistemului osos:

I. Strâmtoarea superioară. I. *Distanța cea mai scurtă între marginea de sus a simfizei și mijlocul promontoriului*: 11.8 cm. la *femea* și 11.3 cm. la bărbat. — II. *Diametrul transversal*: 15.5 cm. la *femea*; 12.7 cm. la bărbat. III. *Diametrul în diagonală*: 12.4 cm. la *femea*; 12 cm. la bărbat.

2. Cavitatarea basifului. I. *Diametrul antero-posterior*: 12.6 cm. la *femea*; 11.4 cm. la bărbat. — II. *Diametrul transversal*: 12 cm. la *femea*; 10.9 cm. la bărbat.

3. Strâmtoarea inferioară. — I. *Diametrul antero-posterior*: 9—11 cm. la *femea*; 7.5—9.5 cm. la bărbat. — II. *Diametrul transversal*: 12 cm. la *femea*; 8.2 cm. la bărbat.

4. *Înălțimea simfizei pubiene*: 5.4 cm. la *femea*; 9.4 cm. la bărbat.

5. Unghiul format de osul pubian cu simfiza: 85° — 90° la *femea*; 70° la bărbat.

4. Semnele particulare

I. Eventualele anomalii constituționale congenitale sau dobândite.

II. Eventualele leziuni sau amputațiuni scheletice.

III. Elementele trase din măsurătorile craniului, prin compararea cu cele cunoscute din anamneză: 1. *Diametrii*. — 2. *Curbele craniene*: curba occipito-frontală, curba transversală subauriculară, curba orizontală (cea mai mare circumferință a capului). — 3. *Capacitatea craniană*.

IV. Eventualul prognatism, opisthognatism.

V. *Arcadele dentare*. — Particularitățile vitale subsistă și după moarte, fie că aceste caracteristice sunt naturale (formă, volum, carie dentară), fie că ele sunt artificiale (plombe, coroană metalică, coroană de porțelan, dinte cu șurub, punte).

Exemplele de identificare, sub acest raport, abundă: ne vom mărgini să cităm câteva clasice:

a) *Corpul Prințului Imperial* (fiul lui Napoleon III) ucis și mutilat de Zuluși, a putut fi identificat *grație fișei dentare a dentistului care-i îngrijise dinții și în care erau notate patru mici cavități plombate cu aur, la primii molari*.

b) *Identificarea unui schelet prin următoarele elemente*:

1. *prognatismul accentuat al maxilarului inferior*; 2. *incisivi maxilarului*

superior: scurți, luți și puțin luxați prin rotație pe axă; 3. *uzura pronunțată a unui colț* al unuia dintre incisivi; 4. *unul din molarij maxilarului inferior* plombat cu amalgam.

c) Se identifică scheletul după trei ani și jumătate dela înhumare, grație particularităților (forma deosebită a unora dintre dinții plombele) notate pe fișa dentistului.

d) Craniul e identificat, după 12 ani dela moarte, prin particularitatea lungimii excesive a incisivilor.

(Pentru orientarea expertului, în ce privește lungimea diversilor dinți, vom indica lungimile maxime ale dentițiunii permanente. *Maxilarul inferior*: incisivii centrali 24 mm., incisivii laterali 27 mm., caninii 52,5 mm., premolarii 26 mm., molarii 24 mm., măselele de minte 20 mm. *Maxilarul superior*: incisivii centrali 27 mm., incisivii laterali 26 mm., caninii 52 mm., premolarii 27 mm., molarii 24 mm., măselele de minte 22 mm.).

e) Identificarea unui schelet prin particularitatea încrucișării a doi incisivi dela maxilarul inferior.

C. Cadavrul carbonizat

1. Scheletul intact

În măsura în care o îngăduie starea de calcinare a oaselor, identificarea se face pe baza elementelor studiate la examenul sistemului osos.

2. Scheletul mai mult sau mai puțin desfăcut

a) Se caută, dacă se mai pot nota, particularitățile din timpul vieții.

b) Arcadele dentare

Examenul atent al acestora ne poate da cele mai prețioase elemente de identificare. Pentrucă dintele, cu toate particularitățile lui *firești* (uzură, anomalii) și artificiale (plombe, lucrare de proteză dentară) rezistă mai mult sau mai puțin la acțiunea focului, după cum e și intensitatea și durata acestei acțiuni. În marea majoritate a cazurilor, dinții își păstrează forma, cu resturi de smalt calcinat: numai atunci când calcinarea e prea înaintată, dintele se reduce la un ciot albit de foc și friabil.

Exemple de identificare a cadavrelor carbonizate cu ajutorul particularităților naturale sau artificiale ale arcadelor dentare:

I. O serie de corpuri și resturi umane carbonizate cu prilejul incendiului dela Bazarul de Caritate din Paris: a) Identificarea ducese de Alençon cu ajutorul *fișei dentare*.

b) Identificarea contesei de Villeneuve, *grație fișei* găsite la dentistul care-i îngrijise dinții: prezența în maxilarul superior regăsit a doi dinți (incisivul lateral stâng și caninul stâng) de porțelan fixați pe o piesă protezică de aur și cari dinți artificiali sub acțiunea flăcării. căpătaseră colorațiunea albăstrue caracteristică porțelanului ars, pe când ceilalți dinți aveau culoarea cretoasă a dinților naturali calcinați.

c) Identificarea cadavrului unei doamne pentru care *fișa dentară* indica: o plombă de ciment la un molar de sus, câte o carie dentară profundă la caninul din stânga și la incisivul lateral stâng dela maxilarul superior.

d) Identificarea altui cadavru cu ajutorul unor *plombe de aur numerotate pe fișa dentară*.

e) Identificarea cadavrului cu ajutorul *fișei dentare* care indica *absența unui singur dinte*: un molar inferior — dintele de 6 ani, primul dinte permanent în ordinea apariției.

II. Crima: a) Identificarea cadavrului unui individ mai întâiu ucis și apoi ars: în cenușă s'a găsit *un dinte plombat, trei blocuri de dinți minerali cu cărlige — particularități cari corespundeau mularului și fișei dentare*.

b) Identificarea unui cadavru carbonizat cu ajutorul *fișei dentare* care indica: *coroană de aur la dintele de 6 ani din jumătatea din dreapta a maxilarului inferior: o plombă la unul din molarii din dreapta ai aceleiaș maxilar*.

D. Cadavru ciopârțit. — Oase desprinse din schelet

1. Diferențierea oaselor de om de cele de animal

Din capul locului ținem să arătăm că o atare diferențiere e uneori foarte anevoioasă: oasele de copii mici se confundă lesne cu acele ale iepurilor, iar oasele marilor antropoizi seamănă foarte mult cu acele ale omului adult. Îndeosebi grea e deosebirea atunci când avem să ne pronunțăm asupra oaselor mici sau asupra unor fragmente osoase, mai ales când pedesupra sunt și calcinate.

Elementele de diferențiere sunt de ordine anatomică și de ordine biologică.

I. Criteriul anatomic

E operant atunci când avem de expertizat oase întregi: indicațiunile date de anatomia comparată, în ce privește forma, dimensiunile și particularitățile oaselor umane, înlesnesc rezolvarea problemei.

a) **Basinul.** — 1. *La antropoizi*, distanța maximă între vârful ischionului și punctul opus cel mai depărtat depe creasta iliacă e mai mare decât distanța maximă dela o creastă la alta; la *om*, lărgimea e mai mare ca înălțimea.

2. *La patrupezi*, aripile iliace sunt mai lungite, ieșitura promontoriului e mai mare, sacrumul e îngustat și lungit; la *om*, aripile iliace sunt subțiate și evazate.

b) **Falangeta unghială.** — Valoarea diagnostică a acesteia a fost recent demonstrată de *Parisot-Mutel* (1929), cu prilejul examinării unei grămezi de 369 gr. de resturi osoase foarte mici, provenind dela piese scheletice calcinate și strivite, extrase din cenușa de sub grătarul unui cuptor de calorifer. Singură falangeta unghială, grație extremei ei micimi, își păstrează integritatea anatomică, atât sub raportul dimensiunilor cât și acela al conformației.

Numai la om și la antropoid extremitatea terminală are forma unei spatule pronunțat conturate, — loc destinat inserției unghiei.

La celelalte animale, extremitatea aceasta are o conformație care nu aduce deloc cu aceea a unei spatule.

La *antropoid* spatula e puțin dezvoltată, pe când la om e foarte pronunțată, ceea ce constituie un caracter esențial de diferențiere.

c) **Canalele lui Havers.** — 1. *Diametrul.* — Măsurătoarea acestuia e un element de diferențiere. *Balthazard* și *Lebrun* au stabilit că, pe măsură ce, în seria zoologică, ne depărtăm de om, cu atât diametrul canalelor lui Havers e mai mic. Nesiguranța se ivește atunci când, după acest criteriu, avem de diferențiat un os uman de unul antropoid.

2. *Numărul canalelor.* — După *Kenyeres* și *Heggi*, numărul mediu al canalelor lui Havers e mai mic în osul uman decât în cel animal.

II. Criteriul biologic

Atunci când avem aface numai cu fragmente de oase, iar examenul anatomic ori nu e aplicabil ori nu dă un rezultat mulțumitor, recurgem la proba biologică a albuminei din substanța osoasă (*metoda lui Uhlenhuth*). Pentru aceasta ne servim de făina osoasă obținută prin zdrobirea sau pilirea fragmentelor supuse expertizei.

De observat, însă, că proba biologică dă greș atunci când fragmentele osoase nu mai conțin substanțe albuminoide, adică: oase cari au suferit vreme îndelungată o acțiune intensă a căldurii solare, oase calcinate, oase fierte, oase cari au stat prea multă vreme în pământ sau în apă.

a) **Oasele expuse la soare.** — 1. Experiențele au arătat că pentru un fragment de os tubular, care a stat 9 ani expus la soare, numai cu 8 gr. pilitură se mai poate obține un rezultat pozitiv întru identificarea provenienței lui umane.

2. Cu un fragment osos expus la aer timp de 40 ani, e nevoie de o cantitate de cel puțin 20 gr. făină osoasă, spre a se putea întreprinde administrarea probei lui Uhlenhuth.

b) **Oase scoase din apă.** — Rezultatul pozitiv s'a obținut (prin tratarea unei cantități minime de 2,5 gr. făină osoasă) cu un fragment ținut timp de 7 luni în apă.

c) **Oasele desgropate.** — Fragmentele de oase, cari au stat îngropate în pământ peste 100 ani, nu mai sunt susceptibile de proba biologică.

2. Talia individului

Odată dovedită proveniența umană a oaselor, putem determina talia individului, dacă dispunem de măcar unul din oasele lungi (femurul, tibia, peroneul, humerus, radius și cubitus), de craniu, de oasele iliace, de coloana vertebrală, de oasele mâinii și

ale labei piciorului. Măsurătoarea unuia din aceste oase, fie cu ajutorul unui compas sau cu acela al planșei osteo-metrice a lui Broca, ne dă posibilitatea ca, grație cifrei obținute, să reconstituim cu o mare aproximație talia întregă.

I. Calculul taliei

Se face fie servindu-ne de niște coeficienți ficși (pentru făt și adult), fie cu ajutorul punctelor de osificare cari, indicând vârsta, servesc astfel la stabilirea taliei minorului până la 16 ani (vezi: „Vârsta minorului”, tabela lui Quételet, tabela lui Variot și Chau-met), fie, înfârșit, cu ajutorul altor tabele speciale.

a) **Coeficienții taliei.** — Cifra reprezentând mărimea unuia din oasele lungi se înmulțește cu coeficientul respectiv, iar produsul ne înfățișează talia aproximativă.

De observat: aproximația nu e destul de mare, atunci când nu calculăm decât cu un singur os lung dela unul din membrele superioare ori inferioare.

Controlul, în caz când dispunem de oase lungi și ale brațelor și ale picioarelor, e următorul: după ce am obținut talia prin aplicarea coeficientului osului dela braț, căutăm și talia prin utilizarea coeficientului osului dela membrul inferior; adunăm cele două rezultate, iar media lor reprezintă talia, cu o mai mare aproximație.

Mai trebuie să se țină seama de asimetria normală a oaselor lungi: humerusul drept e mai lung decât cel stâng cu 8—22 mm.; între cele două femure (indiferent dacă e cel din dreapta ori cel din stânga) se notează o diferență de lungime de 5—10 mm.

I. Coeficienții pentru obținerea taliei fătului sunt:

Femur	Tibia	Peroneu	Humerus	Cubitus	Radius
5,18	6,21	6,62	6,15	7,09	8,2

II. Coeficienții pentru obținerea taliei noului-născut. — *Langer-Krater* propun următorii coeficienți:

Coloana vertebrală	Cranial	Femurul	Tibia	Humerus	Radius	Mâna	Laba piciorului
2,60	4,89	5,19	6,20	6,12	8,54	7,95	8,62

III. Coeficienții pentru obținerea taliei adultului diferă după sex și sunt următorii:

	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
Bărbat	5,66	4,55	4,58	5,06	6,86	6,41
Femea	5,71	4,61	4,66	5,22	7,16	6,66

Langer-Krater propun următorii coeficienți pentru obținerea taliei *adultului masculin*:

Coloana vertebrală	Craniul	Femurul	Tibia	Humerus	Radius	Mâna	Labă piciorului
2,82	7,90	5,84	4,65	5	7,06	9,03	9,72

b) Tabelele cu taliile medii stabilite după dimensiunile oaselor examinate. — Unele din ele (cum sunt acele ale lui *Toldt*) privesc individul dela naștere și până la desăvârșirea osificării; altele (tabelele lui *Rollet* și acele ale lui *Manouvrier*) au de obiect diversele talii numai ale individului cu osificarea completă.

Tabela lui *Toldt* pentru băieți și bărbați
(Oasele membrilor inferioare)

Talía	OASELE ILIACE		Femurul	Tibia	Peroneul	Lungimea labei piciorului	Vârsta
	Distanța între spina antero-superioară a osului iliac și tuberozitatea ischiană	Distanța între spina postero-superioară a osului iliac și simfiza pubiană					
48,8 cm.	5,1 cm.	4,6 cm.	9 cm.	7,5 cm.	7,1 cm.	7 cm.	n. născut
52 cm.	5,7 cm.	5,5 cm.	9,9 cm.	8 cm.	8,1 cm.	7,2 cm.	" "
105 cm.	10,8 cm.	11,5 cm.	25,6 cm.	20,5 cm.	22,6 cm.	16,9 cm.	6 ¹ / ₂ ani
137,8 cm.	14,5 cm.	14,11 cm.	58,5 cm.	50,8 cm.	50,2 cm.	20,8 cm.	12 ani
152 cm.	15,6 cm.	16,2 cm.	42,2 cm.	35,5 cm.	35 cm.	22,6 cm.	15 ani
165 cm.	16,1 cm.	17,5 cm.	41,7 cm.	35,5 cm.	34,2 cm.	22,5 cm.	24 ani
175 cm.	19 cm.	17,9 cm.	47,7 cm.	37,5 cm.	37,1 cm.	24,6 cm.	24 ani

Tabela lui *Toldt* pentru fete
(Oasele membrilor inferioare)

Talía	OASELE ILIACE		Femurul	Tibia	Peroneul	Lungimea labei piciorului	Vârsta
	Distanța între spina antero-superioară a osului iliac și tuberozitatea ischiană	Distanța între spina postero-superioară a osului iliac și simfiza pubiană					
74 cm.	7,1 cm.	6,5 cm.	15,1 cm.	12,2 cm.	12,2 cm.	10,4 cm.	1 ¹ / ₂ ani
85 cm.	8,8 cm.	8,9 cm.	17,9 cm.	14,7 cm.	14,8 cm.	12,4 cm.	2 ¹ / ₂ ani
96 cm.	10 cm.	10,6 cm.	21,5 cm.	17,8 cm.	18,1 cm.	14 cm.	4 ani

Tabela lui *Toldt* pentru băieți și bărbați
(Oasele membrilor superioare)

Talía	Clavicula	Omoplatul		Humerus	Cubitus	Radius	Lungimea mâinii	Vârsta
		Lungimea	Lățimea					
48,8 cm.	4,55 cm.	4,1 cm.	2,9 cm.	8 cm.	7 cm.	6,1 cm.	6,1 cm.	(n. născut)
52 cm.	4,6 cm.	4,6 cm.	2,65 cm.	8,5 cm.	7,1 cm.	6 cm.	7,1 cm.	(la termen)
106 cm.	8,4 cm.	8,4 cm.	6,5 cm.	18,6 cm.	15 cm.	15,5 cm.	12,5 cm.	6 ¹ / ₂ ani
137,8 cm.	11 cm.	11,6 cm.	7,8 cm.	27 cm.	21,9 cm.	19,1 cm.	15,4 cm.	12 ani
152 cm.	13,4 cm.	12,5 cm.	9,7 cm.	29,7 cm.	23 cm.	20,6 cm.	17,9 cm.	15 ani
165 cm.	14 cm.	14,1 cm.	11,5 cm.	30 cm.	23,6 cm.	22,1 cm.	17,5 cm.	24 ani
175 cm.	16,1 cm.	16 cm.	11,4 cm.	32,6 cm.	26,4 cm.	25,5 cm.	19 cm.	24 ani

Tabela lui Toldt pentru fete

(Oasele membrilor superioare)

Talía	Clavicula	Omoplatul		Humerus	Cubitus	Radius	Lungimea mâinii	Vârsta
		Lungimea	Lăţimea					
74 cm.	6,4 cm.	5,8 cm.	4,3 cm.	11,95 cm.	9,8 cm.	8,4 cm.	8,7 cm.	1½ ani
85 cm.	6,6 cm.	6,3 cm.	5,2 cm.	13,9 cm.	11 cm.	9,4 cm.	10,1 cm.	2½ ani
96 cm.	8 cm.	8 cm.	6,4 cm.	16,6 cm.	12,5 cm.	11 cm.	11 cm.	4 ani

Tabela lui Rollet pentru bărbaţi

Talia	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
1,52	0,415	0,554	0,529	0,298	0,225	0,255
1,54	0,421	0,558	0,535	0,302	0,226	0,257
1,56	0,426	0,545	0,538	0,307	0,228	0,240
1,58	0,451	0,548	0,545	0,311	0,251	0,244
1,60	0,457	0,552	0,548	0,315	0,254	0,248
1,62	0,442	0,557	0,552	0,319	0,256	0,252
1,64	0,448	0,561	0,557	0,324	0,259	0,255
1,66	0,455	0,566	0,562	0,328	0,242	0,259
1,68	0,458	0,569	0,566	0,331	0,244	0,261
1,70	0,462	0,575	0,569	0,335	0,246	0,264
1,72	0,467	0,576	0,575	0,338	0,249	0,266
1,74	0,472	0,580	0,577	0,342	0,251	0,269
1,76	0,477	0,585	0,580	0,345	0,255	0,271
1,78	0,481	0,586	0,584	0,348	0,255	0,275
1,80	0,486	0,590	0,588	0,352	0,258	0,276

Tabela lui Manouvrier pentru bărbaţi

Talia	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
1,550	0,395	0,519	0,518	0,295	0,215	0,227
1,552	0,398	0,524	0,525	0,298	0,216	0,251
1,571	0,404	0,550	0,528	0,302	0,219	0,255
1,590	0,410	0,555	0,535	0,306	0,222	0,259
1,605	0,416	0,540	0,538	0,309	0,225	0,245
1,625	0,422	0,546	0,544	0,315	0,229	0,246
1,654	0,428	0,551	0,549	0,316	0,252	0,249
1,644	0,454	0,557	0,555	0,320	0,256	0,255
1,654	0,440	0,562	0,558	0,324	0,259	0,257
1,666	0,446	0,568	0,565	0,328	0,245	0,260
1,677	0,455	0,575	0,568	0,332	0,246	0,265
1,686	0,460	0,578	0,575	0,356	0,249	0,266
1,697	0,467	0,585	0,578	0,340	0,252	0,270
1,716	0,475	0,589	0,585	0,344	0,255	0,275
1,730	0,482	0,594	0,588	0,348	0,258	0,276
1,754	0,490	0,400	0,593	0,352	0,261	0,280
1,767	0,497	0,405	0,598	0,356	0,264	0,285
1,785	0,504	0,410	0,405	0,360	0,267	0,287
1,812	0,512	0,415	0,408	0,364	0,270	0,290
1,830	0,519	0,420	0,415	0,368	0,275	0,295

Tabela lui Rollet pentru femei

Talia	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
1,40	0,375	0,299	0,294	0,271	0,200	0,214
1,42	0,379	0,304	0,299	0,275	0,202	0,217
1,44	0,385	0,309	0,305	0,278	0,204	0,219
1,46	0,391	0,314	0,310	0,281	0,206	0,221
1,48	0,397	0,319	0,315	0,285	0,208	0,224
1,50	0,405	0,324	0,320	0,288	0,211	0,226
1,52	0,409	0,329	0,325	0,292	0,215	0,229
1,54	0,415	0,334	0,330	0,295	0,215	0,231
1,56	0,420	0,338	0,334	0,299	0,217	0,234
1,58	0,424	0,343	0,339	0,305	0,219	0,236
1,60	0,429	0,347	0,343	0,307	0,222	0,239
1,62	0,434	0,352	0,348	0,311	0,224	0,242
1,64	0,439	0,356	0,352	0,315	0,226	0,244
1,66	0,444	0,360	0,357	0,319	0,228	0,247
1,68	0,448	0,365	0,361	0,325	0,230	0,250
1,70	0,453	0,369	0,365	0,327	0,232	0,253
1,72	0,458	0,374	0,370	0,331	0,235	0,256

Tabela lui Manouvrier pentru femei

Talia	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
1,400	0,365	0,284	0,285	0,263	0,195	0,205
1,420	0,368	0,289	0,288	0,266	0,195	0,206
1,440	0,375	0,294	0,295	0,270	0,197	0,209
1,445	0,378	0,299	0,298	0,275	0,199	0,213
1,470	0,385	0,304	0,305	0,276	0,201	0,215
1,488	0,388	0,309	0,307	0,279	0,205	0,217
1,497	0,395	0,314	0,314	0,282	0,205	0,219
1,515	0,398	0,319	0,316	0,285	0,207	0,222
1,528	0,405	0,324	0,320	0,289	0,209	0,225
1,545	0,408	0,329	0,325	0,292	0,211	0,228
1,556	0,415	0,334	0,330	0,297	0,214	0,231
1,568	0,422	0,340	0,336	0,302	0,218	0,235
1,582	0,429	0,346	0,341	0,307	0,222	0,239
1,595	0,436	0,352	0,346	0,315	0,226	0,243
1,612	0,445	0,358	0,351	0,318	0,230	0,247
1,650	0,450	0,364	0,356	0,324	0,234	0,251
1,650	0,457	0,370	0,361	0,329	0,238	0,255
1,670	0,464	0,376	0,366	0,334	0,242	0,258
1,692	0,471	0,382	0,371	0,339	0,246	0,261
1,715	0,478	0,388	0,376	0,344	0,250	0,264

Toate tabelele sunt întocmite pe baza măsurătorii oaselor proaspete; urmează dar că, atunci când avem de măsurat oase uscate, va trebui să socotim în plus lungimea părților moi absente, cam 2 mm. de os.

Să mai notăm că diferența între statura calculată după tabelele lui Rollet și talia calculată după tabelele lui Manouvrier nu trece de regulă de 2 cm. în plus pentru acestea din urmă.

3. Vârsta

Abstracție făcând de gigantism și nanism — excepții cari se stabilesc și cu ajutorul anamnezei — vârsta individului, după oasele

răzlețe găsite, se determină servindu-ne de următoarele elemente:

1. **Starea de osificare a diverselor părți ale scheletului** (Vezi: „Mersul osificării”). — Vom adăuga că un simplu examen superficial al unui os lung ne permite să ne pronunțăm, dacă el provine dela un individ cu osificarea completă (22—25 ani) sau dela unul sub această vârstă: prezența unuia sau a două cartilaje de conjugare indică un os lung dela un individ sub 22 sau 25 ani, după cum e vorba de o femeie sau de un bărbat; absența ambelor cartilaje de conjugare indică un os lung dela un individ cu osificarea completă.

II. **Raportul dintre dimensiunile oaselor examinate și talia** (vezi: Tabelele lui *Toldt*).

a) *Pentru determinarea vârstei fătului, Balthazard și Derivieux* („Études anthropologiques sur le foetus humain”, 1921) socot suficientă cunoașterea lungimii diafisare a unuia din următoarele trei oase lungi: femurul, tibia și humerus. (Pentru dimensiunile medii vezi „Pruncuciderea”, vol. II).

1. Se stabilește întâiu talia care e egală cu o cantitate fixă (8 cm.) plus cifra osului lung examinat înmulțită cu un coeficient care e: 5.6 pentru femur și 6.5 pentru tibia și humerus. Insemnând talia cu T , iar diafisele respective cu f (femurul), t (tibia) și h (humerus), avem două formule pentru determinarea taliei:

$$T = 8 \text{ cm.} + 5.6 f$$

$$T = 8 \text{ cm.} + 6.5 t \text{ (h)}$$

2. Produsul obținut prin înmulțirea cifrei în centimetri a taliei cu coeficientul unic 5.6 reprezintă vârsta în zile a fătului. Insemnând vârsta cu V și talia cu T , avem formula:

$$V = 5.6 T$$

b) *Pentru determinarea vârstei copilului dela naștere și până la pubertate*, vezi: „Vârsta minorului” (vol. II, pag. 107). Reamintim cifrele creșterii normale a unui copil născut la termen cu talia mijlocie de 50 cm.: 4 cm. în luna I-a; câte 5 cm. în lunile a II-a, și a III-a; câte 2 cm. în lunile a IV-a și a V-a; câte 1 cm. în fiecare dintre ultimele șapte luni; în al doilea an creșterea totală e de 10 cm.; în al 3-lea și al 4-lea an, sporul e de numai 4—5 cm. pe an.; la 5 ani talia inițială (a nașterii) s'a dublat, iar la 15 ani aceeași talie s'a triplat.

c) *Talia și dimensiunile diverselor oase ale scheletului adultului*. — Folosindu-ne de datele lui *Viérodot*, putem întocmi următoarea tabelă pentru câte un tip de adult masculin și unul feminin:

	Bărbat	Femeie
<i>Tala întregului schelet</i>	162—172 cm.	151—162 cm.
Înălțimea capului (partea dinapoi)	14 "	13 "
Lungimea perpendiculară a coloanei vertebrale	70 "	68 "
" sternului	18—20 "	16—17 "
" claviculei	14.2 "	13,6 "
" omoplatului	16 "	14 "
Lățimea "	12 "	10 "
Lungimea acromionului	6 "	5 "
" humerusului	32 "	30 "
" cubitusului	26 "	25 "
" radiusului	24 "	22 "
" mâinii	20 "	18 "
Înălțimea osului iliac	22 "	19 "
Lățimea crestei osului iliac	28 "	30 "
Lungimea femurului	55 "	45 "
" rotulei	4 "	4 "
" tibiei	39 "	34 "
" peroneului	37 "	33 "
" labei piciorului	24 "	22 "
Înălțimea "	7 "	6 "
Unghiul format de colul femural cu diafiza	127°—155°	112°—125°

III. Diametrii canalelor lui Havers, cari cresc în raport direct cu vârsta: stabilirea diametrului mijlociu servește la determinarea vârstei (*Balthazard-Lebrun*). *Leclercq, Muller și Noyrac* (1929), măsurând diametrii a 150 canale ale lui Havers (cu ajutorul unui micrometru ocular etalonat), au obținut cifra medie de 45 microni; raportându-se la curba variațiilor diametrului mijlociu al acestor canale, le-a fost ușor să determine cu aproximație vârsta individului dela care proveneau oasele examinate: 56 ani.

IV. Suprafața vertebrelor lombare. — Structura radiară a suprafețelor superioară și inferioară a corpului unei vertebre lombare e o indicație, că osul aparține unui individ în curs de creștere (*Merkel*, 1928).

V. Dentițiunea. — Formula dentară indică perioadele vârstei.

1. S'a făcut dovada că individul al cărui craniu a fost examinat era mai mare de 12—15 ani, pentru că avea deacum întreaga dentițiune permanentă, minus măselele de minte.

2. Pretinsul craniu al lui Ludovic XVII (fiul lui Ludovic XVI al Franței) a putut fi dovedit că în realitate aparținea unui individ de cel puțin 18 ani (pe când Delfinul, în momentul morții, nu avea decât 10 ani), prin: prezența a două măsele de minte la maxilarul inferior; prezența de pete pe smalt; uzura accentuată a marginii libere a coroanei incisivilor.

În ce privește dinții răzleți găsiți cu ocazia unei desgropări, ținem să atragem atențiunea, că expertul poate uneori să dea, în afară de dinții firești, peste un număr variabil de dinți de mărime și forme diverse. Vrem să vorbim de:

a) *Producțiunile dentare teratogenice ale maxilarului*: în kistele arcadei dentare (frecvent în zona molarilor maxilarului inferior) se găsesc dinți sau numai rudimente dentare. Prezența unor

atari dinți e o *indicațiune și în privința vârstei*: kistele dentare se produc numai la individul trecut de vârsta primei dentițiuni.

b) *Dinții cari nu aparțin arcadelor dentare și cari s'au format într'o regiune oarecare a corpului, la o distanță mai mare sau mai mică de maxilare*. E vorba de dinții kistelor dermoide, cari își pot avea sediul în gât, intestin, testicule, ovare (*Paul Reclus* a extirpat un kist dermoid în care a numărat 500 dinți).

c) Să amintim și de *dinții supra-numerari* (vezi examenul cadavrului întreg).

4 Sexul

I. Diferențele de dimensiune (tabelele *Toldt, Rollet și Ma-nouvrier*).

II. Sternul feminin e mai scurt și mai lat (indeosebi în partea superioară).

III. **Femurul**. — La *femea* osul are drept caracteristice: gâtul mai mult orizontal; unghiul format de gât și tijă e aproape drept, astfel că trochanterul mare se găsește aproape la acelaș nivel cu capul articulației. — La *bărbat*: colul și tija femurului formează un unghi ascuțit, ceea ce face ca trochanterul mare să se găsească dedesubtul capului articulației.

IV. **Oasele basinelui**: vezi diferențierile expuse la studiul scheletului întreg.

5. Semnele particulare

I. **Viciile de conformație**, deformațiunile dobândite ale diverselor oase.

II. **Leziunile osoase** (urmele unei răniri cu un corp contondent, ascuțit, înepător, cu armă de foc) cari persistă timp de decenii și chiar de secole.

III. **Particularitățile arcadelor dentare** (vezi examenul scheletului întreg și acela al cadavrului carbonizat).

IV. **Identificarea prin compararea imaginilor radiografice** ale particularităților de constituțiune a oaselor sau ale stării de osificare, bine înțeles numai în cazul când există o atare imagine obținută în viață, cu puțin înainte de moarte. (*Culbert-Law* — 1927 a identificat oasele unui cadavru, grație complectei suprapuneri a imaginilor radiografice — cea vitală și cea post-mortală, — înfățișând sinusurile frontal, etmoidal, sfenoidal și apofisa mastoidiană a temporalului. — Imaginea vitală fusese luată cu prilejul unui accident).

6. Diferențierea oaselor dela două sau mai multe schelete

Expertul poate fi chemat să examineze grămezi mai mari sau mai mici de oseminte.

1. În primul loc, prin mijloacele arătate, face, pentru fiecare din oase, diferențierea originii (de om sau de animal), punând de o parte cele umane.

2. Misiunea lui nu e terminată, pentru că mai are de stabilit dacă diversele oase aparțin unuia și aceluiaș schelet sau la două ori mai multe schelete.

În cazul din urmă, i se cere expertului să facă repartitia individuală a oaselor, adică să le grupeze după scheletul căruia au aparținut.

3. Triajul acesta e bazat pe stabilirea raportului numeric între două oase lungi, unul dela sistemul osos al membrului superior și altul dela acelaș sistem al membrului inferior.

Raportul acesta, care e constant începând cu al 15-lea an al vieții unui individ normal dezvoltat, diferă, firește, după cele două oase examinate și are următoarele indice numerice:

- a) *Raportul între lungimea humerusului și aceea a femurului*: 0.72.
- b) *Raportul între lungimea humerusului și aceea a tibiei*: 0.89.
- c) *Raportul între lungimea humerusului și aceea a peroneului*: 0.90.
- d) *Raportul între radius și femur*: 0.54.
- e) *Raportul între radius și tibia*: 0.67.
- f) *Raportul între radius și peroneu*: 0.68.
- g) *Raportul între cubitus și femur*: 0.56.
- h) *Raportul între cubitus și tibia*: 0.70.
- i) *Raportul între cubitus și peroneu*: 0.71.

4. Îndeosebi, în ce privește reconstituirea unui schelet de bărbat (talie 162—172 cm.) ori de femeie (talie 151—162 cm.) ne putem servi și de datele lui *Viérodot* care, precum am văzut, dă dimensiunile diverselor oase ale aceluiaș schelet, inclusiv ale unora dintre oasele late.

5. I se mai poate cere expertului să demonstreze dacă oasele izolate aparțin unuia și aceluiaș membru superior sau inferior.

Raportul între diversele oase lungi ale membrului superior sau inferior e și el constant:

- a) *Raportul între radius și humerus*: 0.75.
- b) *Raportul între cubitus și humerus*: 0.78.
- c) *Raportul între radius și cubitus*: 0.95.
- d) *Raportul între tibia și femur*: 0.80.
- e) *Raportul între peroneu și femur*: 0.79.
- f) *Raportul între peroneu și tibia*: 0.98.

TABLA DE MATERII

O LAMURIRE (Pag. 3—5)

DIVIZIUNEA I-a : OMUL VIU (Pag. 7—512)

PARTEA I-a : COPILUL CONCEPT ȘI COPILUL NĂSCUT (Pag. 7—103)

	Pag.		Pag.
Cap. I: Concepțiunea	7—12	4. Expertiza medico-legală (suprafecundarea, superfetația; sarcina simulată)	56—60
1. Filiațiunea și capacitatea de a moșteni	8—11		
2. Dovada medico-legală a concepțiunii	11—12	5. Impotența — sterilitatea (impotența bărbatului; impotența femeii; azoospermia; castrarea; criptorchidia; sterilitatea femeii)	60—79
Cap. II: Nașterea	15—28	6. Tăgada maternității	79—80
1. Dovada vieții extra-uterine	15—20	7. Fecundarea artificială	80—82
2. Viabilitatea	20—22	8. Expertiza medico-legală	82—85
3. Viciile de conformație. — Monștrii	22—28	Cap. V. Perversiunea simțului genital	84—98
Cap. III: Sexul. — Hermafrodismul	29—43	1. Masturbarea, pederastia, coitul bucal, mixoscopia, fetișismul, masoșismul, sadismul, necrofilia, zoofilia, nimfomania	84—94
1. Absurdități legale	29—36	2. Inversiunea (homosexualitatea)	94—98
2. Examenul individului viu	36—40	Cap. VI: Legiferarea sterilizării și a castrării forțate	99—103
3. Examenul cadavrului	40—41		
4. Speciile de hermafrodiți	41—45		
Cap. IV: Tăgada paternității și a maternității	44—83		
1. Dispozițiunile legale	44—45		
2. Durata sarcinii (termenul de 180 și 300 zile; calculul gestațiunii normale).	46—51		
3. Indicațiuni accesorii (semnele morfologice, grupele sanguine)	51—55		

PARTEA a II-a : MINORUL (Pag. 104—144)

	Pag.		Pag.
Definiția și nepotrivirile legale	104—106	5. Fenomenele morbide ale menstruației	119—122
Cap. I: Vârsta (tală și greutatea; dentițiunea; trezirea și formarea inteligenței)	107—111	Cap. III: Responsabilitatea minorului	123—144
Cap. II: Pubertatea	112—122	1. Discernământul	124—130
1. Funcțiunea spermatogenică	115—114	2. Cauzele de alterare a individualității morale a minorului	130—140
2. Menstruația	114—119	3. Misiunea medicului expert	140—144

PARTEA a III-a: ADULTUL (Pag. 145- 312)

	Pag.		Pag.
Cap. I: Discernământul. — Responsabilitatea atenuată	145—211	Cap. V: Atentatul la pudoare	265—280
1. Observațiuni asupra dispozițiilor legale	145—155	1. Definiția.— Siluirea și tentativa de atentat	265—270
2. Etiologia delictului și a crimei (infractorul născut; infractorul de ocazie; infractorul din obicei; infractorul nebun; infracțiunea profesională)	155—158	2. Etiologia și executarea atentatului	270—277
3. Patologia incapacității civile și a iresponsabilității penale (diversele forme ale psycho-nevrozelor și ale alienației mintale; psychozele beției; agonia; bătrânețea)	158—207	3. Atentatele imaginare	277—280
4. Diagnosticul medico-legal al stării patologice	207—211	Cap. VI: Diagnosticul atentatului la pudoare	281—322
Cap. II: Serviciul militar	212—225	1. <i>In raportul etero-sexual natural</i> (examenul himeului)	281—293
1. Apți a face serviciul	215—216	2. Desvirginarea	293—299
2. Inapți a face serviciul	216—225	3. Leziunile vaginale. — Alte leziuni caracteristice	299—301
Cap. III: Simularea, exagerarea și provocarea afecțiunilor și leziunilor	226—257	4. Infecțiunea venerică	302—305
1. Bolile generale	228—229	5. Turburări psihice și neuroase	305
2. Bolile de piele; leziunile chirurgicale; afecțiunile pulmonare; bolile nasului; ale gurii și urechii; turburările vorbirii; bolile ochilor; afecțiunile aparatului digestiv; afecțiunile aparatului genitourinar; afecțiunile aparatului circulator	229—244	6. Moartea. — Sarcina	306—309
3. Diversele boli neuroase; paralizile; epilepsia, histeria, turburările mintale	244—257	7. <i>In raportul etero-sexual contra naturii</i>	309—310
4. Disimularea	257	8. <i>In raportul homo-sexual</i>	310—314
Cap. IV: Ultrajul public contra pudoarei	258—264	9. <i>Căluza expertului</i> (examinarea victimei și a autorului)	314—322
1. Exibiționismul, frecarea, palparea, saliromania, bestialitatea	259—265	Cap. VII: Actele vieții civile.— Interdicția	323—339
2. Acțiunea de pervertire a simțului moral	265—264	1. Interdicția; consiliul judiciar; auto-interdicția	325—327
		2. Internarea	327—332
		3. Actele nule de drept	332—339
		Cap. VIII: Căsătoria	340—349
		1. Certificatul prenupțial (bolile contra-indicație a căsătoriei)	341—346
		2. Consanguinitatea	347—349
		Cap. IX: Anularea căsătoriei. — Avortul	350—368
		1. Nulitatea.—Opoziția	350—358
		2. Divorțul	358—368
		Cap. X: Sarcina	369—389
		1. Sarcini anormale, sarcini imposibile	369—371
		2. Semnele și diagnosticul sarcinei	371—382
		3. Imaginea radiografică a scheletului fetal	382—385
		4. Vârsta fătului și durata sarcinii	385
		5. Efectele morbide ale sarcinii	385—389

	Pag.		Pag.
Cap. XI: Avortul	390—452	spontan de cel provocat 428—452)	
1. Legislația și definiția . . .	390—392	Cap. XII: Facerea	453—455
2. Etiologia avortului	395—395	1. Mecanismul parturii și varietățile de faceri	455—459
3. Avortul spontan	395—400	2. Accidentele și complica- țiile facerii	459—444
4. Avortul terapeutic	400—402	3. Diagnosticul facerii (exa- menul femeii vii; exa- menul cadavrului)	444—455
5. Avortul criminal	402—406	Cap. XIII: Pruncuciderea . . .	456—512
6. Urmările avortului	406—411	1. Definiția, legislația, etio- logia	456—458
7. <i>Diagnosticul avortului</i> . . .	411—432	2. Diagnosticul (examenul ca- davrului copilului 458— 476; cauza morții cop- ilului 476—512; exa- menul mamei 512)	458—512
(Examenul embrionului și al falului 412—418; exa- menul sângelui și al păr- ților oului 418—420; exa- menul femeii vii 420— 424; examenul cada- vrului femeii 424—428; diferențierea avortului			

DIVIZIUNEA a II-a: VĂTĂMAREA SĂNĂTĂȚII, INCAPACI- TATEA DE LUCRU ȘI SUPRIMAREA-VIEȚII (Pag. 513—1021)

PARTEA I-a: EXAMENUL INDIVIDULUI (Pag. 514—572)

	Pag.		Pag.
Cap. I: Misiunea expertului	514—549	sanguine; dermatozele și turburările pigmentării: tumorile)	550—558
1. Examenul locului și al hai- nelor	514	2. Modificările sumar notate în țesuturile subjacente pielei și în organele in- terne (mușchii, tendoa- nele, nervii, oasele, arti- culațiile, vasele, tubul digestiv, glandele diges- tive)	558—570
2. Natura, realitatea și numă- rul leziunilor	514—517	Cap. III: Rănile caracterizate (lovirile și rănirile)	571—651
3. Determinarea cauzei bolii	517—520	1. Contuziunile	572—580
4. Rana mortală	521—522	2. Făitura	580—585
5. Vechimea răni, cicatri- cele	522—524	3. Înțepătura	585—589
6. Diferențierea unei răni vi- tale și agonice de una post-mortală	524—555	4. Rana făcută cu o armă de foc	589—609
7. Interpretarea paraliilor sensibilității și motili- tății, a neuritelor, ne- vrozelor și psihozelor	555—558	5. Leziunile consecutive unei explozii	609—610
8. Interpretarea cauzei morții	558—542	6. Plaga atonă	610
9. Intervalul de supraviețuire în leziunile mortale	542—546	7. Arsurile	610—627
10. Incapacitatea de lucru . . .	546—549	8. Descărcările electrice (e- lectricitatea industrială și trăsirea)	627—656
Cap. II: Examenul general somatic și psihic	550—570	9. Leziunile cauzate de corpii radio-activi	656—658
1. Leziunile superficiale și alecționile pielei și ale părului (smulgerea, păr- lirea părului; zgârietura; zdrelirea; sufuziunile			

	Pag.		Pag.
10. Leziunile căldurii radiante și ale insolației propriu-zise	638—639	zele de luptă, gazele mixte)	738—750
11. Efectele frigului	639—645	5. <i>Otrăvurile volatile</i> (alcooolul, cloroformul, eterul, cloralul hidrat, acidul cianhidric, ac. fenic, hidrocarburile, formolul, sulfura de carbon, fosforul)	750—775
12. Marile catastrofe	645	6. <i>Otrăvurile metalice</i> (arsenicul, mercurul, plumbul, cuprul, staniul, zincul, bismutul, antimoniul, bariul, thaliul, argintul, aurul, cadmiul, cobaltul, magneziul)	775—798
13. Leziunile consecutive efortului fizic	644	7. <i>Substanțele caustice și iritante</i> (acidul sulfuric, ac. azotic, ac. clorhidric, ac. acetic, ac. oxalic, soda caustică, potasa caustică, cloratul de potasiu, permanganatul de potasiu, bichromatul de potasiu, nitratul de potasiu, lysolul, tinctura de iod, iodoformul, bromul, amoniacul lichid, acidul fluorhidric, boraxul, ac. tartaric, salicilatul de sodiu ac. boric, uleiul de croton, ac. chromic)	798—808
14. Compresiunea și decompresiunea atmosferică	644—645	8. <i>Alcaloizii vegetali</i> (opiul, morfina, codeina, narcotina, narceina, papaverina, hașișul, heroina, cocaina, strichnina, brucina, curare, belladonaa-tropina, aconitina, barbiturismul, digitala, nicotina, cafeina, ergotina, ruta graveolens, sabina, chinina, aspirina, emetina, colchicina, veratrum, cicutina, phyto-lacca decandra, picrotoxina, uueșoara, eserina, strofantina, ciupercile)	808—828
15. Surmenajul fizic și intelectual	645—647	9. <i>Ptomainele</i>	829—852
16. Înaniția	647—650	10. <i>Intoxicația alimentară</i>	832—837
17. Șocul emotiv	650—651	11. <i>Otrăvurile din regnul animal; otrăvurile mecanice</i> .	857—858
18. Comunicarea boalelor contagioase	651		
Cap. IV: Asfixiile mecanice	652—727		
1. Definiția — Mecanismul, — Simptomele. — Readucerea la viață. — Leziunile anatomice. — Clasificarea	652—660		
2. <i>Sufocarea</i> (ocluzia orificiilor căilor respiratorii; obturarea căilor respiratorii; comprimarea toracelui; îngroparea de viu; aerul confinat)	660—670		
3. <i>Strangularea</i> (cu mâna; cu o legătură; diferențierea strangulării de spânzurare; sufocarea-strangularea)	670—685		
4. <i>Spânzurarea</i> (elementele diagnosticului sumar; mecanismul morții; examenul omului viu; notațiunile pe cadavru; diagnosticul etiologic; strangularea-spânzurarea)	685—712		
5. <i>Innecul</i> (mecanismul morții; diagnosticul)	712—727		
Cap. V: Otrăvirile	728—838		
1. Diagnosticul otrăvirii în general	730—736		
2. Diagnosticul etiologic	736—757		
3. Determinarea otrăvii	757		
4. <i>Gazele toxice</i> (oxidul de carbon, acidul carbonic, hidrogenul sulfurat, clorul, gazele iritante, ga-			

Pag.	Pag.
Cap. VI: Localizarea leziunilor și a afecțiunilor după marile segmente ale corpului.	879—872
1. Capul, fața și cavitatea craniană: gâtul și ceafa.	859—852
2. Umerii, toracele și cavitatea toracică.	852—859
3. Abdomenul.	859—869
4. Șira spinării	869—871
5. Membrele	871—872

PARTEA a II-a. MOARTEA (Pag. 873—979)

Pag.	Pag.
Cap. I: Verificarea morții	873—898
1. Mecanismul morții	874—875
2. <i>Moartea aparentă și pseudo-moartea aparentă</i>	875—881
3. <i>Moartea reală</i> (semnele ei generale și particulare).	881—896
4. Determinarea epocii morții prin examinarea cadavrului	897—898
Cap. II: Putrefacția	899—954
1. Mecanismul	899—908
2. <i>Mersul putrefacției microbiene</i>	908—922
3. <i>Auxiliarii microbilor</i>	922—930
4. Epoca morții după faza putrefacției	930—954
Cap. III: Moartea suspectă: naturală ori violentă? (Examenul macroscopic, histologic și bacteriologic; analiza chimică)	
Cap. IV: Moartea subită	940—965
Definiția	940—942
1. Cauza preexistentă	942—959
2. Imposibilitatea verificării cauzei	959—960
3. <i>Moartea subită la copii</i>	960—965
Cap. V: Moartea prin inhibiție	966—979
1. Definiția.—Starea predispozantă.—Mecanismul	968—970
2. Verificarea morții	970—971
3. Regiunile susceptibile	971—976
4. Alcoolismul, comotia cerebrală, traumatismul psihic, cauza mixtă	976—978
5. <i>Pseudo-moartea subită</i>	978—979

PARTEA a III-a: DUPĂ MOARTE (Pag. 980—987)

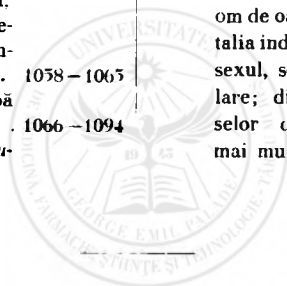
Pag.	Pag.
1. Îmbalsamarea, mumificarea, transportul cadavrului	980—982
2. Inhumarea (cimitirul)	982—985
3. Incinerarea	986—987

PARTEA a IV-a: DIAGNOSTICUL ETIOLOGIC AL FAPTULUI MEDICAL (Pag. 988—1021)

Pag.	Pag.
1. <i>Crima</i> (diferențierea de sinucidere; prunciderea; cruzimile contra copiilor, libericidul)	989—995
2. <i>Sinuciderea</i> (etiologia, felul; sinuciderea care simulează crimă; sinuciderea multiplă; diagnosticul)	995—1005
3. <i>Accidentul</i> (faptele medicale și bolile profesionale; accidentele de muncă; accidentele terapeutice și chirurgicale; neprevăderea)	1005—1021

DIVIZIUNEA a III-a: IDENTITATEA (Pag. 1022 - 1094)

	Pag.		Pag.
Cap. I: Elementele de identitate comune omului viu și cadavrului	1025—1057		
1. Portretul vorbit	1025—1031		
2. Tatuajul	1031—1039		
3. Dactiloscopia	1039—1055		
4. Poroscopia; impresiunile palmare și plantare; fotografia roentgeniană; identificarea biologică, histologică și coprologică: identificarea prin urmele dinților; identificarea prin examenul scrisului; fotografia metrică	1055—1057		
Cap. II: Identitatea omului viu (Sexul, vârsta, rasa, starea mintală și intelectuală, habitusul, semnele particulare)	1058—1065		
Cap. III: Identitatea după moarte	1066—1094		
1. <i>Cadavrul proaspăt</i> sau <i>putrefiat</i> (sexul, vârsta, semnele particulare)	1066—1075		
2. <i>Scheletul întreg</i> (talie, vârsta, mersul osificării; diversele perioade ale vieții după principalele caractere ale osificării; sexul; semnele particulare)	1075—1084		
3. <i>Cadavrul carbonizat</i> (scheletul intact și scheletul mai mult sau mai puțin desfăcut)	1084—1085		
4. <i>Cadavrul ciopârțit</i> — <i>Oase desprinse din schelet</i> (diferențierea oaselor de om de oasele de animal; talie individului; vârsta, sexul, semnele particulare; diferențierea oaselor dela două sau mai multe schelete)	1085—1094		



INDICE ALFABETIC

al faptelor medicale și repertoriu bibliografic

A

- abcesul cerebral *traumatic* 848
 abdomenul: *lăuza* 580; *lez. traumatice* 859
 abortive: *manopere* 305; *substanțe* 405
 abrachus 26
 Abrikosoff 529.— Abundo 55
 abuz sexual 265
 acardiacus (*amorfi*) 25
 accidentul: *de muncă* 1009; *terap. și chir.* 1010
 acefalia 25
 acetajii toxici: *cupru* 792; *mercur* 784; *plumb* 789; *zinc* 794
 Achard 749
 acizii toxici: *acetic* 801; *azotic* 800; *boric* 807; *carbonic* 746; *cianhidric* 762; *clorhidric* 800; *chromic* 808, 1011; *fenic* 767; *fluorhidric* 807; *muratic* 800; *oxalic* 802; *sulfuric* 798; *tartric* 807.
 aconitina (*intoxicație*) 817
 acormus 26
 acroleina (*intoxicație*) 757
 acromegalia 26
 Adams 577.— Adler-Herzmark 1008
 adipoceara 919
 adulterul 559
 aerul confinat (*asfixia*) 670
 afazia 165; *simulată* 251; *trecătoare* 244
 afectele *patologice* 167
 afecțiunile simulate: *articulare* 227; *pulmonare* 228; *genito-urinare* 256; *ap. circulator* 258
 afionul (*intox.*) 808
 afonia *simulată* 251
 agamia 45
 Agasse-Laffont 1008
 agonia: *absența* 198; *prelungirea artificială* 201
 agorafobia 202
 Agostini 245.— Ahlfeld 450; 485; 492; 655
 Aikmann.— Alcajaga.— Aldershof
 albuminuria *simulată* 257
 alcaloizii: *cadaverici* 829; *vegetali* 808
 alcoolismul 64, 191, 255, 344, 360; *cronic simulat* 348
 alcoolul 750; *etilic* 750; *metilic* 752; *dozarea în sânge* 754; *transmisiunea intoxicației alcoolice la sugaci* 757
 Alexandresco (D) 13; 14; 21; 31; 58; 145; 325; 324; 325; 327; 355; 358
 alienația mintală 344; 354; 366; *transitorie* 365
 alienații: *at. la pud.* 351
 Allard 489.— Alt
 alopecia *traumatică* 550
 alveolele pulmonare *la n.-născut* 475
 amaurosa *bilaterală simulată* 255
 ambliopia *bilaterală, histerică* 255
 amenoreea *morfinismului* 79; *patologică* 119
 amigdalele: *leziunile traumatice* 567
 amnezia: *progresivă* 249; *retroactivă* 149; *retrogradă* 188; *simplă* 188; *simulată* 249
 Amoedo 1070.— Amreich 857
 amoniacul lichid (*intox.*) 806
 amorul lesbic 95
 amputarea brațelor (*pruncucidere*) 499; 507
 Anastosoff 824.— Anderodias 597
 Anderson-Cameron 953.— Andral 880
 androgynoidul 45
 anemia: *artificială* 225; *pernicioasă* 445
 anestezia: *accidentele* 1014; *histerică* 245; *retiniană* 245; *simulată* 240
 anevrismul: *discant* 506; *traumatic* 565
 Angelstein 1000.— Annan 22
 angina: *artificială* 229; *pectorală consecutivă unui traumatism* 520
 angiospasm al penisului 66
 anilina (*intoxicația*) 770
 anomaliiile *fetale* 585
 anorchidia 69
 anorexia *simulată* 254
 Anschuetz 1015.— Anthéaume 202; 205
 anticoncepțională (*propaganda*) 595
 antiomniul (*intoxicația*) 795
 antimosanul (*intox.*) 1012
 antraxul *post-traumatic* 520
 anuria *simulată* 257
 anus: *leziuni* 509; 512; *atrezia* 25
 aorta (*leziunile traumatice*) 564
 apendicita *traumatică* 520
 Apfel 1017.— Arambasin 679
 apodia 26
 apoplexia *traumatică tardivă* 849
 aprosopia 25
 arcadele dentare (*leziunile traumatice*) 567
 areola *tigrată* 572
 argintul (*sărurile toxice*) 797
 aritmomania 202
 Arloing 985.— Arneth 745; 771
 arsenicul (*intoxicație*) 405; 775; *intoxicația cronică* 777; *intox. alimentară* 776; *intox. medicamentoasă și profesională* 777; *transmisiunea la făt* 777; *originea toxicului găsit în organism* 782; *sărurile de arsenic* 775—6; *arsenofagii* 776
 arsurile 610; *gradele* 612; *leziunile notate pe cadavru* 619; *diferențierea arsurii vitale de cea postmortală* 623; *diferențierea ar-*

surii electrice 652; arsurile artificiale 226
 arterele (leziunile traumatiche) 564
 articulațiunile: leziunile traumatiche 561;
distrugerea în putrefacție 954
 artralgia lusterică 576
 artrita: *deformantă* 561; *sifilitică* 562; *tuberculoasă* 562
 ascariozoza 956
 Aschoff 647; 648; 656; 878; 887
 ascita congenitală 442
 asfixia intra-uterină 477
 asfixiile mecanice 652; *mecanismul* 655;
simptomele 654; *readucerea la viață* 655;
leziunile anatomice 656
 asmătuului (*intoxicație*) 404
 asociabilitatea (*nevroză*) 162
 aspartatul de mercur (*intox.*) 784
 aspermismul 61
 aspirația sângelui în plămân 528
 aspirina (*intoxicație*) 824
 Astley Cooper 974. — Atajang 1016
 atavismul 37; 151
 atelectazia: *secundară* 485; *totală* 475
 atentatele la pudoare 260; *tentative* 262;
natura 266; *diferențierea atentatului unic*
de cel repetat 318; *etero-sexual normal*
 281; *etero-sexual contra naturii* 509; *sadic*
 279, 310; *imaginar* 272; *perineal* 509;
simulat 226; *prin surpriză* 269; *în somnul*
natural 270; *pederastic* 510, 512, 518; *diag-*
nosticul 281; *determinarea datei* 520; *exa-*
menul autorului 519, 521
 atophan (*intoxicație*) 1011
 atrofia: *radiologică a copilului* 52; *difuză*
sclerotică a creierului 185
 atropina: *narcotic* 276; *toxic* 815
 Aubertin 598; 443. — Audebert 402; 411
 Audouard. — Augsberger. — Autenrieth
 aurul (sărurile toxice) 797
 auscultarea uterină 574
 auto-acuzarea (*patologică*) 149
 auto-homosexualitatea 96
 automatismul ambulatoriu epileptic 250
 auto-pederastia 87
 auto-vaccinarea 1014
 auxiliarii microbilor (*putrefacție*) 922
 avortul 590; *incomplet* 424; *parțial* 58;
criminal 402; *cervical* 425; *provocat* 651;
spontan 595, 598, 599, 400, 429; *terapeutic*
 400; 1017; *semnele de certitudine* 452; *ur-*
mările 406; *examenul femeii* 420
 Ayrault 166. — Azalos 998. — Azena 575
 azoofilia 256
 azoospermia 65; 74
 azotatul de mercur (*intoxicație*) 784

B

Baagoe 1012. — Babcock 750
 Babeș 25; 24; 28; 36; 901; 936; 937; 958
 Babinski 240; 245; 248
 Bach 387. — Bachkevitch 796
 Badlehner 78. — Baensch 1020. — Bain 126
 băiat victimă a unei femei (*atentatul la*
pudoare) 518
 Balland 371; 398; — Ballogh 150; 500

Balthazard 92; 95; 120; 254; 266; 285; 311;
 502; 508; 556; 558; 569; 589; 607; 654;
 745; 925; 950; 1055; 1091; 1092
 Bar 186; 380; 381; 386; 587. 397; 445
 Barbaglia 558. — Barbier 146
 barbiturismul 817
 Barboneix 445. — Barboux 151
 Bardach 548. — Bardinet 468; 475; 486
 bariul (*intoxicația*) 796
 Barjon 12. — Barrancos 999. — Barre 520
 Barri 709. — Barth 820. — Barthélémy 445
 Barwell 409. — Bastini 697
 basinul; *conformația* 50; — *vicile* 454
 bătașii (*sadici*) 90
 bătrânețea: *facultățile mintale* 201; *impo-*
tența sexuală 64; 327
 Baudeloque 429; 464; 489
 Baudry 255. — Bauer — Rops 790
 Baumann 559; 890; 1020
 Bayard 437; 503; 505;
 Bayle 175. — Bazan 388.
 Beach 441. — Beard 182
 Beaudoin — Stoupy 257. — Becadelli 511
 Béclard 59; 41. — Béclère 1054
 Becquel 19. — Beigel 75
 belladona (*abortioni*) 404; 815
 Bellei 299. — Bellis 795 — Belloc 22
 Bellot 242; 498; 872. — Bellusi 954
 Belohdrazky 999. — Benda 870
 Benedikt 16; 154. — Bencke 78; 486
 Benut 955. — Benzengre 1070
 benzina (*intoxicația*) 769
 benzoatul de mercur (*intox.*) 784
 Beöthy 509; 654. — Berberow 1016
 Berchon 588. — Berger 922. — Berkesy 790
 Bernard 400; 650; 651; 957
 Bernardi 552. — Bernatzki 519
 Berner 167. — Bernt 269
 Bert (Paul) 487; 969; 971. — Berthier 120
 bertillonage-ul 1025
 Bessemans 1015. — Besson 215
 bestialitatea 256
 beția alcoolică: *discernământul* 195; *formele*
 196; 327; 355
 beția fiziologică 189; *patologică* 190
 bicefal 57
 Bichat 874. — Biesenberger 1018
 bichromatul de potasiu (*intox.*) 804
 Biesin 1011. — Billard 488
 Billroth 32. — Binet 246. — Birch 1011
 bismutul (sărurile toxice) 744-5
 Bisswanger 650. — Bittner 469
 bitumul (*intoxicația*) 771
 Blackstone 195. — Blanche 151; 382
 Blandin 587. — Blavier 547
 blefaroptosa histerică 232
 blefarospasmul histeric 232
 blenoragia: *ano-rectală* 515; *contaminarea*
 502, 520, 545; „*blenoragia bacalaurea-*
filor” 545
 blenosanul (*intox.*) 1011
 Blum 225; 235. — Blumenbach 79; 306
 Blumenstock 306; 999. — Boas 558
 Bobes 575; 954
 Bodechtel 1016. — Boecker 1059
 Bogdan 57; 437; 488; 489; 497; 635

- Bogdanik 616. — Bogolomova 133
 Boisseau 222; 245; 244. — Bojovici 52
 bolile contagioase 651; ereditare 52 — *familiale* 545; *preexistente la noul-născut* 497
 bolile de piele 564; *simulate* 225; *infecțioase* (sarcina) 442-443
 bolile cari motivează *reforma și scutirea* 212-216
 bolile mintale ale *minorului* 176; *profesionale* 1006
 bolile simulate: *gura* 229; *ochii* 252; *tubul digestiv* 254; *urechea* 229
 Bonachi 727. — Bonischi-Fischer 1008
 Bonn 15. — Bonnaire 373
 Bonnemaison 538; 491; 492
 Bonnette 224. — Bontemps 491
 boraxul (*intoxicația*) 807; 1011
 Borchers 498. — Bordas 985
 Bordet 609. — Boricz 805. — Boriss 69
 bosa sanguină 442; 466; 472 (*la n. născut*): 494; 555
 Bosoiukovics 814. — Bossi 595; 445; 486
 botulismul 835
 Bouchacourt 12. — Bouchard 875
 Bouchardat 984. — Boudeville 537
 Bouget-Uteau 587. — Bourgeois 548; 585
 Bourneville 192; 958
 Boutmy 829. — Brama 75
 Brandenbourg 546. — Brandi 558
 Brandsky 587. — Branton 495
 bratele (*leziuni traumatice*) 871
 Brauns 497 — Breiski 57
 Breslau (*legea lui—*) 475
 Breuning 644; 790. — Brialmont 559
 Briand 16; 222; 488. — Brieger 616; 850
 Brindeau 42; 592; 596; 402; 404; 405; 406;
 Briscoe 545
 Brissaud 246; 556
 Broca 1062. — Brocq 97; 288; 767
 bromul (*intoxicația*) 805
 bromura de *etil* 761; (*anestezic*) 1014; *br. mercurică* (intox.) 785
 bronchiiolele *noului-născut* 468
 bronco-pneumonia *traumatică* 855
 Brondi 600. — Brook 1017
 bronșita *artificială* 228
 Brouardel 15; 14; 18; 68; 76; 180; 185; 451; 457; 462; 489; 490-5; 508-9; 729; 829; 850; 854; 875; 876; 886; 974;
 Brouha 596; 459
 Brown-Séguard 170; 242; 245; 487; 854; 888; 966/970
 brucina (*intoxicația*) 814
 Bruhier 705; 876. — Brumat 925
 Brun 984 — Bruno-Dubron 556
 Bucura 505; 572. — Buknil 157
 Budin 295; 586; 491; 492
 Buerger 176; 528; 998. — Buerkle 1018
 Bulyginsky 956
 Bumm 402. — Bungell 957
 bura (*rană*) 595
 Burkhardt 1015. — Burton 547. — Buschke 796
 buza-de-iepure 52; 498
 buzele mari (elephantiasis, hernia, su-
 darea) 76, 281; buzele mici 285-4:—*la parturientă* 448
 cachexia *precoce* 246:—*post-traumatică* 520
 cacodilatul de mercur (*intox.*) 784
 cadranul Lacassagne 294
 cadmiul (*intox.*) 798
 caduca (*in abort*) 420
 Cadwick 501. — Calfier 406
 cafeina (*intox.*) 822
 căile fetale 474
 calculul gestațiunii 48
 căldura: *formele ei vulnerante* 625
 Callani 597. — Camauer 1017. — Canalis 985
 calomelul (*intoxicația*) 784
 „*cambrilajul sexual*“ 276
 canalul rânii în *impuscare* 594 (*cu alice* 597; *cu glonte* 594)
 cancerul *traumatic* 558; 570
 cantarida: *abortiv* 404; *intoxicație* 857
 Canuto 998; 1005. — Capaldi 580
 capacitatea de a moșteni 9; 10
 capilarele cerebrale: *degenerarea lor fibro- idă* 957
 capsulele supra-renale: *accesorii* 27; *hemoragia la n.-născut* 470
 capul *noului-născut* 18
 capul și fața (*leziunile traumatice*) 839; 842; 844
 Capuron 22. — Carlini 411. — Caporale 1058
 carbonatul: *de cupru* (intox.) 795; *de plumb* (intox.) 789
 carbonizarea 614
 cardiopatiile *simulate* 259
 Carnot 951; 984. — Carrara 1000
 Carrière 52. — Carter 15; 756
 cartilajele urechii și ale nasului (*noul-născut*) 18
 carunculi mirtiformi 295
 Carus 80. — Castaigne 865
 căsătoria: *anti-naturală* 51; — *bolile contra- indicație* 542; — *motivele de nulitate* 350
 Casper 16; 18; 37; 38; 48; 50; 55; 70; 71; 95; 119; 265; 266; 511; 456; 457; 465; 468; 490; 491; 496; 502; 597; 609; 680; 711; 882; 899; 906; 925; 996
 castrarea: *accidentală* 69; *complexă, parțială* 69; *pre- post-pubertară* 70; *consimțită* 69; *criminală* 69; *femea* 72; *castrarea legiferată* 99
 Cathelin 1016
 cataleptoide (*atitudine*) 248
 cataracta *provocată* 252
 catastrofele mari (*leziunile*) 645
 Cathala 572; 575; 574; 582; 455
 Cattaneo 1015. — Cause 648
 cavitatea abdominală (*lez. traumatice*) 860
 cavitatea toracică (*leziunile traumatice*) 855
 Cazeaux 426; 456; 441. — Cecherelli 59
 cecitatea: *post-traumatică* 574; *psichică* 255
 cefaleea: *epileptică* 244; *simulată* 248
 cefalopagus 28
 centrul respirator (*paralizia*) 486
 cenușa umană: (*căutarea otrăvii*) 987
 Cerebaceff 781. — Cerf 79

- certificatul prenuptial 341
 cerusa (intoxicația) 784
 Cesaris 857. — Chabot 488
 Chambréaut 386
 Chantreuil 18; 118; 464. — Chapa 443
 Charcot 95; 227; 251; 244; 245; 246; 248
 Charbonnel-Masse 560. — Chaufford 380
 Chaussier 16; 18; 459; 490
 Chavigny 217; 222; 235; 257; 517; 602
 cheagurile (examenul în avort) 419
 cheilo-gnato-palato-schisis 25
 cheiloschisis 25
 chelbea artificială provocată 225
 Chesnet 51. — Chevalier 98
 chieclazul (intoxicația) 792
 chiluria simulată 257
 chinina (abortiv) 404; (intox.) 824; 1011
 chirurgia estetică (accidentele) 1018
 choreea: elementele ei morbide 168; — formele
 175; ereditară cronică 168; — histerică 248;
 graudică 445; — paraltică 168; — choreea
 lui Sydenham 157, 248
 Christison 15; 527
 chromhidroza simulată 225
 Churchill 464. — Chwostek 959
 cianatul de zinc (intox.) 794
 cianoză traumatică 557
 cianura (intox.): de argint 797; de mercur
 784; de potasiu 765
 cicatricile: jena funcțională 226; examenul
 medico-legal 522
 ciclopia 25
 cicutăna (intoxicația) 826
 cimitirul (natura terenului) 985
 cinabru (intoxicația) 785
 circonferența toracică la n.-născut 18
 circularele cordonului 484
 circulația fetală: abolirea 15; 489
 Cissel 1000. — Citron 785
 cistita provocată 258
 ciung de ambele mâni: nou-născut 52
 ciupercile (intoxicația) 828
 Clarke 654
 Claude Bernard 728
 Claude (Henry) 120; 178; 818
 claustrofilia 202
 claustrofobia 202
 claustro-mania 999
 Clay 51. — Cleary 548. — Cleyndert 854
 cleptofobia 168
 cleptomania 120; 168
 clitoris: hipertrofia 76; la parturientă 448
 clismă mortală 1017
 cloaca (la n. născut) 498
 Cloquet 546. — Cocral 548
 cloralul hidrat (intox.) 761
 cloratul de potasiu (intox.) 804
 cloroformul (intox.) 757; 1015
 clorul (intoxicația) 747
 coaste supranumerare 27
 cobaltul (intoxicația) 798
 cocaina (intox.): 811; 1011
 cocainismul: infantil 201
 codeina (intoxicația) 810
 coeficienții taliei 1087
 Coffin 224. — Cohn 560; 1012
 coit bucal 87; 509
 colchicina (intoxicația) 825
 colici hepatice imaginare și simulate 255
 Colombino 409. — Colrat 1007
 colul uterin: atrezia, imperforarea 77; în
 avort 425, 428; la parturientă 449; rupturi
 406, 451
 Comby 55; 962
 Commandeur 599. — Commarmond 118
 comoția cerebrală traumatică 849
 compresiunea și decompresiunea atmos-
 ferică (efectele) 649
 compresiunea cerebrală 848
 concepțiunea 7; donada medico-legală 11;
 momentul 49
 confuzia mintală: halucinatorie 248; simu-
 lată 247; post-traumatică tardivă 849
 conicina (intoxicația) 826
 conjunctivita: blenoragică provocată 252;
 simulată 252
 consanguinitatea (progenitura) 547
 consimțământul (cauze de diciere) 552
 Constantinescu (Ermil) 1018
 contaminarea: traumatică 520; venerică 520
 contractura traumatică Dupuytren 559
 contracturile histerice 245
 contuziunile 572; — cerebrale 848
 convulsii epileptice (lateralizarea lor)
 245
 copilul: conceput 556; de 6 luni 464; de 7
 luni 464; de 8 luni 464; de 9 luni 465; la
 termen 460; natural (drepturile lui) 11;
 mort 19; precoce (supraviețuirea) 22;
 viu (caracterele) 17
 Coppez 849. — Coppola 166
 coprolalia 202
 copropraxia 202
 Corboulès 848. — Cordes 69
 cordonul ombelical 18, 464, 473; — aspec-
 tul și culoarea 467; — consistența 473; ab-
 sența 484; — anomalie 484 — căderea
 467, 474; circularele 464; — hemoragia 483,
 495; — inserția vclamentoasă 485; — obtu-
 rarea circulației fetale 468; — proclența
 485; — răsucirea 484; — ruperea 491-2; —
 scurt 484; — smulgerea 499, 507; — tu-
 mori 485
 Corin 408; 490; 524; 526; 896; 1005
 corpul galben 454
 corpul uterin 425
 corpi străini în vulvă și în vagin 509
 corpii radioactivi (leziunile) 656
 corpul vulnerant: natura lui 515
 Corrado 446; 1078. — Corvisart 110
 Cosăcescu-Zlotescu 859
 cositorul (intoxicația) 795
 Coste 81. — Costéodat 944
 Cotuțiu 895; 934; 948. — Couinard 381
 Coutagne 265; 510; 515; 405; 408
 Couvelaire 598; 599; 440; 484; 507
 coxalgiiile histero traumatice 556; simulate
 228
 crampele profesionale 249
 craniopagus 28
 cranioschisis 25
 craniul noului născut: deformațiunile 55;

fracturile intra-uterine 497; *lezionile traumatice* 483, 489
 Crecchio 33. — Creite 25
 cretinismul 139; 165; 203
 crina: *diferențierea de sinucidere* 990; *sadică* 506
 criminalitatea la copii 126—7
 criptomania 999
 criptorchidia 73
 cristali Venerei (*intox.*) 792
 criza convulsivă *histerică* 245
 criza epileptică: *durată* 244; *simulată* 245; *urmările* 244
 crizele apendiculare *simulate* 235
 cruzimile contra copiilor 990
 cucuta (*intoxicația*) 826
 Culbert-Luw 1095. — Cullerier 312
 culoarea pielii (*filiatunea*) 53
 cunilingus 87; 509; 318; 319; *aberațiunea cu animalele* 257
 cuprul (*intoxicația*) 792
 curare (*intoxicația*) 814
 curentarea electrică 628.
 Curling 73; 617; 622. — Curti 430

D

dactiloscopia 1059; *tehnica* 1044; *amprențele digitale ale cadaurului* 1046; *formula individuală* 1047, 1051; *tipurile de amprențe* 1048
 Daersen 508. — Dalignac 47
 Dalla Volta 293. — D'Aquiar 265
 D'Arsonval 650. — Daser 1013
 data *facerii* 455
 Daunay 380. — Davies 15
 Dean Archie 1020. — Debeau 277
 Debré 344. — Debierre 28; 34
 debilitatea generală *artificială* 225
 debilitatea intelectuală 157
 debilitatea mintală 165
 decapitarea noului-născut 498; 507
 decidua ovarii 454
 dedublarea personalității 270
 defecte congenitale *ale pielii capului* 480;—
ale oaselor 479
 deformarea infundibiliformă a anusului 312
 deforțările plastice ale capului *noului-născut* 442
 degeneratul superior 254
 degenerescenta: *stigmatice* 151; *ereditară prelungită* 132; *grăsoasă acută a noului născut* 496; *mintală* 248
 degerarea 640
 degetarița (*intoxicația*) 819
 Déjérine 226; 251; 245; 346
 De Laet 636; 940; 950
 Delasiauve 157
 Delbet 258; 1015. — Del Greco 338
 Delherm 12. — Delille 1013
 delirium tremens 191
 delirul: *în agonie* 200; *agresiv traumatic* 538; *depresiv* 176; *emotiv* 168; *epileptic* 240; *cu forme alterne* 165; *histeric* 246; *melancolic* 192; *dolirul sarcinii* 179

delirurile acute *simulate* 247
 delirurile *de intoxicație* 248; *paranoide involuante* 187; *sistemizate simulate* 247
 Delpech 598. — Demay 485
 Demel 856. — Demelin 397; 445
 demența: *arterio-sclerotică* 181; *epileptică* 171, 246; *maniaco-depresivă* 172; *paranoidă* 172; *paraplegică* 183; *polisclerotică* 181; *precoce* 182, 358; *senilă* 183, 358, 358; *simulată* 247; *traumatică* 181; *tumorală* 180
 Deniker 1065. — Depaul 496
 dentistica (*accidentele*) 1021
 dentițiunea 110; 1092
 depesajul 507; 585
 Derblich 218; 222; 245
 dermatocelul congenital 24
 dermatozele: *simulate* 224; *traumatice* 536
 Dervieux 55; 644; 757; 845; 1091
 Descazesale 854
 Desclaux 596; 651; 854
 Descoust 624; 654
 desfigurarea (*în moartea reală*) 894
 Desfosses 220. — Desgenettes 201
 Desgrez 745. — Désouille 757; 870
 Désormaux 49. — Despine 132
 desquamarea pielii (n.-născut) 472
 desvirginarea: *diagnosticul* 295, 316; *imposibilitatea ei* 365
 detatuarea 1057
 determinismul 129
 Devay 348. — Dévé 952
 Devergie 18; 437; 490; 613; 726; 899; 955
 deviațiunile rachisului (*simulate*) 240
 Devilliers 491. — Dhelius 1021
 diabetul: *simulat* 223; *traumatic* 318; *traumatic tardiv* 850
 diafragma: *hernia traumatică* 459; *diafragma noului născut* 469; *lezionile traumatice* 859
 dialisa lui Abderhalden 581
 diatermia (*accidentele*) 1019
 diazo-reacțiunea Derrien 256
 dibromidul de etil (*intox.*) 761
 dicefalus 27
 Didier 429. — Dié 814. — Dielmann 1017
 Dien 69. — Dierks 406
 diferențierea avortului spontan de cel provocat 428
 diferențierea fătului de o tumoră (*sarcină*) 385
 diferențierea unui idiot de un imbecil 159
 digalenul (*intoxicația*) 819
 digamia 45
 digipuratum (*intox.*) 819
 digitala — digitalina (*intox.*) 819
 digitoxina (*intoxicația*) 819
 Digonnet 440. — Diniz 470
 dilatația pupilară 198
 dimensiunile oaselor (n. născut) 462; 465
 dinții (*lezionile*) 567
 dioftalmos 27; dipagus 28
 diprosopia 27
 dipsomania 120, 156, 192;— *simulată* 250
 direcțiunea tirului (rană: armă de foc) 605
 disartria *simulată* 251

discernământul 124; 145; 553
 disestezia generalizată 244
 disfagia *simulată* 254
 disimularea 252
 dismenoreea 116; *membranoasă* 420
 distanezia 249
 disociația siringo-mielică a diverselor sensibilități 240
 disoluția fătului 417; 452
 dispneea de origine placentară 486
 dispermatism 65
 distanța de descărcare a armei 605
 distocia 454; *prin excesul de volum al copilului* 441
 disofia adiposo-genitală 65
 Ditrich 455. — Dixey 945
 divorțul 558
 docimazia: *gastro-intestinală* 475; *hepatică* 201; *pulmonară* 468; 475; *siatică* 470
 Doelger 452. — Doerner 497. — Dohrn 285
 Doleas 455. — Doléris 186; 596; 402
 Domagk 1020. — Doralle 956. — Doré 596
 Dorfmeister 501. — Dos Reis 1055
 Douay 441. — D'Outrepoint 15; 499
 dova de vieții *noului născut* 465
 Downes 985. — Draggendorf 816
 drama paucitatică a lui Dieulafoy 155
 Dreser 738
 drojdia de vin (*intox.*) 807
 dromomania 120; 250
 Dubois (Paul) 456; 441
 Du Bois Reymond 890. — Dubrovici 196
 Duclaux 985. — Duclos 965
 Dugard 547. — Dujol 582
 Dumitrescu-Mante 818
 Durand-Fardet 125. — Duranton 22
 durata sarcinii 46; *oscilările fiziologice* 49; *termenul de 180 zile* 46; *termenul de 300 zile* 46 — 48; *determinarea duratei legale* 51; *determinarea după vârsta femeii* 51
 durerea facerii: *absența* 456; *interpretarea cronată* 457
 Duplay 69. — Duplessis 110
 Dupré 127. — Dupuy 492
 Dupuytren 110; 114; 545
 Duvoir 557; 946; 950. — Dyrenfurth 590

E

Ecalle 370; 371; 380; 381; 385; 596; 408
 echimoza 552; *artificială* 225; 554; *simulată* 554; *spontană* 554
 echivalenții epileptici 169; 174; 244
 echolalia 202
 ectopia: — *cordul* 25; — *stomacul și intestinele* 256; *vesica* 25
 ectrodactilia 52
 eczema industrială 556
 Edel 679. — Edelmann 1012
 edemul: *albastru histeric* 244; — *dur al do-sului mâni* 225; — *generalizat al fătului* 442; — *provocat* 259
 educația (*influența ei*) 155
 efortul fizic (*leziunile*) 644
 Ehmer 265. — Eicke 420
 elaioul (*provocat*) 226

eleborul alb (*intox.*) 1011
 electricitatea (*leziunile*) 627
 elephantiasis *artificial* 226
 Elsaesser 18; 48; 442. — Endicher 827
 embolia 528; *gazoasă* 410; *histologică* 529; *post-operatorie* 1017; *post-mortală* 529
 embriionismul 56; 57
 embrionul: *malformațiunile, oprirea dezvoltării* 450; — *in abort* 417; 442
 emfizemul: *artificial* 229; *apos* 719
 emicrania 25
 encefalita *epidemică* 197; *acută-traumatică* 847; *post-vaccinatorie* 1015
 encefalocelul 25
 encefalul: *greutate* 154
 endocardul (*leziunile*) 857
 engastrius 28
 Engelhorn 581. — Enrico Ferri 155
 ephedrinul (*intox.*) 1011
 epignatus 28
 epilepsia 140; 154; 174; 527; 544; 565; *alcoolică* 192; *esențială* 169; *formele* 170; *formele incomplete* 244; *jacksoniană* 170; 242; *larvată* 170; 244; *latentă* 244; *major* 170; „*marmottante*” 170; *minor* (abortiva) 170; *nazală* 242; *nocturnă* 170; *parțială* 170; *pleuretică* 242; *procurșivă* 244; *retiniană* 170; *spinală* 170; *traumatică* 170; 557; 599; 850; *turburările cauzate de epilepsie* 174; *epilepsia simulată* 242; *epilepsia vasomotorie* 170
 epileptoide (stările) 169; 174
 epispadias 52; 66; 67
 epistaxis *artificial* 229
 epoca morții: *după faza putrefactivă* 950
 erecțiunea: *absența* 64; — *insuficiență* 65; *suprimată* 64
 ereditatea 57; 151
 ergotina (*intox.*) 822; 1012
 Erhardt 681. — Erichsen 622. — Ernst 765
 erisipeloidul simulat 224
 erisipelul simulat 224
 erotismul latent 179
 erotomania 120
 eroziunile vulvitice 505
 Escande de Messières 245
 escoriațiile 550; *întrăfinerea lor* 225
 esența de Mirban (*intox.*) 770; *de oțet* (*intox.*) 801
 eserina (*intoxicația*) 827
 esofagismul nervos 254
 esofagul: *atrezia congenitală* 956; *leziunile traumatiche* 567
 Esquirol 81; 168; 547; 681
 Esser 567. — Estor 600
 eterul: *intoxicația* 760; *anestezia* 1014
 Etienne 598. — Etienne Henrard 840
 Etienne-Martin 37; 110; 120; 201; 978
 Etienne-Sicard 862. — Etienny 599
 etiologia delictului și a crimei 155
 eunucii 75
 euthanasia 201; 1011
 Euler 1061
 Euzière 1015; 1017
 examenul bacteriologic: *cauza morții* 957
 examenul mamei (*pruncucidere*) 512

