

No. 971

**OBSTETRICA și GINECOLOGIA
ÎN ACTIVITATEA
MEDICO-LEGALĂ**



DOCTORAT IN MEDICINA și CHIRURGIE
PREZENTATĂ și SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 2 APRILIE 1936.

DE

TRAIAN ST. NUȚU

1936

OBSTETRICA și GINECOLOGIA
ÎN ACTIVITATEA
MEDICO-LEGALĂ



TEZĂ

PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 2 APRILIE 1936.

— DE —

23 MAY 2005

TRAIAN ST. NUȚU

INST. MED. FARM.

Biblioteca Centrală

Inv. Nr. 89-366

1936

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori:

Clinica stomatologică	D=1	Dr. Aleman I.
Bacteriologie	”	Baroni V.
Istoria medicinei	”	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	”	Botez M. A.
Clinica oto-rino-laringologică	”	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	”	Drăgoi I.
Fiziologia umană (supl.)	”	Drăgoi I.
Semiologia medicală	”	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	”	Grigoriu C.
Clinica medicală	”	Hajieganu I.
Medicina legală	”	Kernbach M.
Clinica oftalmologică	”	Michail D.
Clinica neurologică	”	Minea I.
Igiena și igiena socială	”	Moldovan I.
Radiologia medicală	”	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	”	Papilian V.
Clinica chirurgicală }	”	Pop A.
Medicina operatoare }	”	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	”	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	”	Sturza M.
Balneologie	”	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	”	Țeposu E.
Clinica urologică	”	Thomas P.
Chimia biologică	”	Urechia C. I.
Clinica psihiatrică	”	Vasiliiu T.
Anatomia patologică	”	

JURIUL DE PROMOTIUNE:

Președinte: D=1 Prof. Dr. M. Kernbach

Membri : {
 ” ” ” I. Alemann
 ” ” ” V. Bologa
 ” ” ” V. Papilian
 ” ” ” Gh. Popoviciu

Supleant : „ Doc. Dr. Tr. Popoviciu

*Închin modestul rod al studiilor mele,
scampilor mei părinți ca omagia pentru
tot ce au făcut pentru mine.*

*Surorii mele pentru grija cu care m'a
înconjurat tot timpul anilor mei de studiu
și sacrificiile făcute, dragostea mea ne-
ștearsă și recunoștință veșnică.*



*Fratelui și cumnatei mele datorită
sfaturilor și ajutorului, cărora am putut
străbate până la sfârșit, mulțumire și iu-
bire nemărginită.*

*Jar fie Țucule, armonizatoarea vieții
și animatoarea muncii mele, sufletul meu
întreg și sincer.*

D-lui Prof. Dr. M. Kernbach
pentru deosebita onoare de a-mi încre-
dința lucrarea acestei teze, deosebită con-
siderațiune.

D-lui Dr. Goluțiu, șef de lucrări
mulțumiri pentru ajutorul dat.



Onor. Juriului de promoție,
profund respect.

Prietenilor mei de suferință și petre-
ceri, Rica, Nuni, Gornel și Ghiță le voi
purta cea mai ducioasă amintire.

Introducere.

Medicina=legală, care răspunde totdeauna justiției la tot ceia ce privește medicina generală, trebuie să stea în legătură strânsă cu toate ramurile ei și progresele pe cari acestea le înregistrează pe zi ce merge. Această lucrare face parte dintr'un ciclu de lucrări ce s'au făcut și se fac la Institutul Medico=legal din Cluj și cari caută să elucideze legătura diferitelor specialități ale medicinei, cu medicina legală însăși. Astfel colegii Tomoiagă și Incze arată cunoștințele necesare medicului legist, din o parte a medicinei interne (tbc. traumatică și pneumonia), Nicolescu a tratat despre cele urologice, Stoienescu cele stomatologice, Barta endocrinologice, Pop Cornel dermatovenerice, Dra Mocanu pediatrie, iar eu mi=am luat însărcinarea de a trata despre „Obstetrica și Ginecologia în activitatea medico=legală. Obstetrica și=a însușit un rol covârșitor în medicina=legală, mai ales în ultimul timp, când avorturile artificiale și pruncuciderile au luat o înfățișare considerabilă.

Acest subiect se găsește azi concretizat într'o serie de tratate, cum sunt ale lui: Stumpf, Rostorn, Hüssy, Reuter și Baltazard. Vastitatea materialului, a fost redus la limitele unei teze inaugurale. Lucrarea mea nu are pretenția să aducă ceva nou în acest domeniu, ci doar să sintetizeze cunoștințele asimilate în decursul școlarității, completeate cu lectura aflătoare în această direcție. În acelaș sens s'au făcut și tezele anterioare. Pentru ilustrarea problemelor tratate, voi aminti și câteva cazuri luate din diferite tratate sau cazuri de observație din Institutul medico=legal din Cluj.

Subiectul pe care îl voi trata, l'am împărțit în două capitole mari: Medicina legală penală și civilă.

Medicina legală penală, din punct de vedere a Obstetricii și Ginecologiei am tratat=0 în mai multe sub=capitole. Așa am vorbit

I. Dreptul penal.

1. Diagnosticul precoce al sarcinei.

Problema sarcinei și a diagnosticului ei precoce, a preocupat omenirea din toate timpurile. Din cele mai vechi timpuri s'a căutat să se afle, un test specific, care să poată afirma diagnosticul de timpuriu al sarcinei, înainte chiar de apariția semnelor fizice, materne și fetale. Cei dintâi cercetători, au constatat că organismul în timpul sarcinei, este sediul unor importante modificări biochimice și structurale.

Herman—Neumann—Barsony, au constatat în timpul sarcinei, o hipercolesterinemie constantă. Faptul că valoarea ei se poate stabili mai ușor în lunile avansate ale sarcinei, și prezența ei în cantitate mărită într'o serie de boli, a făcut să nu mai fie utilizată.

Masciotta și Martinez, folosind ca punct de plecare augmentarea colestेरinei produsă prin administrare de hormon prehipofizar, au propus ca metodă, cercetarea colestेरinemiei, produsă prin injecțarea urinei dela femea gravidă. Ei au constatat creșteri ale colestेरinului sanghin 30—50% în timp de 24 de ore. *Potter* infirmă valoarea acestei metode.

Kammitzer și Ioseph, au dovedit că glicozuria apare cu mult mai curând la femeile gravide decât la cele normale. *Rouvier și Zampa* însă, au dovedit că această turburare glicoregulatorie, nu poate fi considerată ca specifică.

Atât metodele de mai sus, cât și ale lui: *Dienst, Manoilloff și Westergreen* au eșuat.

Prima metodă cu început de succes a fost a lui *Abderhalden*. Aceasta se bazează pe faptul fiziologic că orice substanță străină introdusă în organism, în afară de căile digestive, determină formarea

de fermenți de apărare (Schutzfermente sau Abwehrfermente) cari distrug substanța respectivă, asigurând asimilația și reconstrucția sa după planul chimic special al fiecărei specii animale. Astfel placenta ca țesut străin determină apariția de anticorpi antiplacentari. Acești fermenți se pot pune în evidență prin două metode: metoda optică și metoda dializei. Din aceasta *Gernez* a tras următoarele concluzii: o reacție de dializă negativă permite a infirma o sarcină, în timp ce o reacție pozitivă nu permite de a i se afirma existența. După *Lutge* și von *Mertz* ar da în momentul de față rezultate pozitive în 90—95% din cazuri, care constituie un progres uimitor în ceea ce privește diagnosticul precoce al sarcinei. După *Kernbach* și *Berariu*, reacția *Abderhalden* e pozitivă în tot timpul sarcinei din prima săptămână, până la sfârșitul ei. Ea rămâne pozitivă încă 10 zile după naștere. Se pare că după avort pozitivitatea persistă 14 zile. Această metodă servește mai mult ca un adjuvant și nu ca un semn sigur de diagnostic, deoarece dă rezultate pozitive și în afecțiunile organelor genitale. Dacă nu are valoare practică deosebită, metoda *Abderhalden* are mare importanță din punct de vedere științific, fiind aplicată pentru prima oară într'un institut medico-legal. Institutului medico-legal din Cluj și în special lui *Kernbach* și *Berariu* le revine onoarea de a fi inițiatorii acestor reacții în domeniul medico-juridic.

Astăzi pentru diagnosticul precoce al sarcinei, se folosește o metodă biologică, pe cale hormonală. Pentru ca un hormon să poată servi de bază unui diagnostic biologic în sarcină, trebuie să îndeplinească următoarele condiții: să fie constant, să apară dela începutul gestației, să nu se observe în afara de sarcină, să fie pus ușor în evidență în mod biologic și să dea rezultate rezeți și indiscutabile. Dintre toți hormonii, singurul care îndeplinește condițiile de mai sus, este *Prolanul B*.

Aschheim—Zondek, au arătat că injectând urina unei femei gravide la șoareci impuberi, a produs o accentuată luteinizare în timp de 100 de ore. Această încercare celebră, constituie baza noilor metode biologice.

Reacția Aschheim—Zondek (1928). Ei au constatat că serul sanghin și urina femeii gravide, imediat după fecundație, au proprietatea de a provoca la șoarecele femel impuber, apariția semnelor de pubertate.

Technica: Urina dela gravidă trebuie recoltată dimineața, apoi se filtrează și i se adaugă puțin tricrezol. Ca animal reactiv se folosește șoarecele alb femel. Se injectează subcutanat 0,3 cm³. urină de

3 ori pe zi, timp de 3 zile. În a 5-a zi se sacrifică animalul spre a se cerceta modificările pe care le încearcă ovarul. Examinarea se face macro și microscopic. Dacă reacția este pozitivă, atunci trompele, uterul sunt turgescențe și hipertrofiate; ovarele sunt mărite și foliculi hemoragici evidenți.

Aschheim—Zondek disting la animalul reactiv:

1. fenomene de super ovulație și de rut,
2. fenomene de congestie și hemoragie (Blut—Punkte),
3. fenomene de luteinizare.

Această metodă biologică, este specifică, constantă și precoce. Totuși își are desavantajele ei și anume: necesită în special șoareci impuberi și de o anumită greutate. Reacția este pozitivă și în caz de molă hidatiformă, chorioepiteliom și uneori în ciclotionii (Snoeck—Jean).

În anul 1929 Brouha, Hinglais și Simonnet perfecționează metoda injectând urina unei femei gravide unui șoarece mascul, obținând după câteva zile că veziculele seminale devin enorme și vizibile cântărind 35—75 mgr. Se pare în acest caz că testiculele sunt acelea cari sub influența prolanului secretă un hormon ce ar produce augmentarea veziculelor seminale.

Technica. Zilnic se fac injecții subcutanate cu urină de femeie gravidă timp de 10 zile, în doză de 0,3 cm³, iar în a 10-a zi se sacrifică animalul. Reacția este pozitivă când la operație veziculele seminale sunt mărite turgescențe și caracteristice. Marele avantaj al acestei reacții constă în răspunsul tardiv dăunând mult din punct de vedere medico-legal când este vorba de o pronunțare urgentă.

Reacția Friedmann—Adèle—Brouha, este bazată pe injectarea urinei femeii gravide la iepuroaică. Louis Gernez a adus unele modificări și precizări acestei metode. În vederea unei reușite perfecte, al preconizează utilizarea de animale în greutate de 1—2 Kgr. riguros izolate de masculi timp de 15 zile cel puțin și examinează ovarele înainte de injectarea urinei. Examenul microscopic, este de ajuns pentru a da diagnosticul.

Medicina-legală va trebui să utilizeze una din aceste metode când va fi chemată să pună un diagnostic precoce al sarcinei.

În laboratorul de analize biologice a clinicii Ginecologice și Obstetricale din Cluj se practică metoda lui Friedmann—Brouha obținându-se rezultate precoce, din chiar primele zile ale sarcinei. Pozitivitatea reacției după statistica clinice, este de 96,6%.

În afară de importanța diagnostică și terapeutică, punerea în

evidență a diagnosticului precoce a sarcinei, se impune și în tărâmul medicinei-legal. Ea este menită să aducă prețioase contribuții la elucidarea marilor probleme ce abundă azi domeniul medico-legal.

În vechile tratate de drept francez, grija constatării unei sarcini și identificarea persoanei incriminate era lăsată pe seama magistratului. Tribunalele judecau după aparență, și erau silite să recurgă la serviciile moașelor. Chestiunea sarcinei la femeie a pus o serie de probleme pe cari codul napoleonean a căutat să le rezolve în lumina și competența științifică a epocii. Numeroase articole se ocupă cu paternitatea și cu filiațiunea în ceiace privește copiii legitimi. Se citează cazuri când se declară durata unei sarcini de 12—15 luni, și s'au luat de legitimi copiii născuți peste termenul legal al sarcinei după decesul părintelui lor. Problema sarcinei, se mai pune deasemenea în discuția ordinii succesoriale.

Sunt bărbați cari în urma violului sau atentatului la pudoare săvârșit asupra unei femei, neagă și nu recunosc sarcina aceleia. În cazurile acestea se poate și trebuie să fie pus în situația de a-și recunoaște opera și a și-o susține. Dacă examinarea se face imediat după atentat, posibilitatea se deduce, din identificarea spermei incriminatului, cu spermatozoizii din vagin, sau chiar numai din prezența lor, la intrarea vestibulului. Apoi se identifică prezența spermatozoidului viu, în lichidul spermatic al autorului violului.

Medicul legist uneori stabilește diagnosticul precoce de sarcină, în domeniul asigurărilor sociale, când examinând o victimă, poate afirma neșovăitor dacă respectiva era sau nu însărcinată în momentul accidentului. Faptul prezintă o importanță deosebită fiindcă daunele variază după cum femeia era sau nu gravidă, făcându-se rezerve, pentru cazurile de naștere a unui copil diform, survenit în urma unui traumatism.

În expertizele medicale, reacțiunile hormonale sunt menite a juca un mare rol în ceiace privește aprecierea consecințelor unui viol, atentat la pudoare, pentru a înlătura o falsă învinuire de avort sau pruncucidere. În caz de viol, existența unei sarcini, influențează totdeauna asupra deciziei juriului. Dacă prin examen medical se constată că sarcina datează din momentul când s'a petrecut siluirea, legea declară de tată pe acuzat. În ceiace privește avortul și clandestinajul expertul, are posibilitatea de a dovedi adevărul încriminării printr'o simplă reacție biologică ce se menține pozitivă după avort numai în primele 3—5 zile după unii, iar după alții chiar 14 zile. Diagnosticul precoce al sarcinei se utilizează și pentru a putea obține circumstanțe

atenuante în caz de condamnări la moarte. Se citează foarte des cazul vestitei spioane Mata-Hari. Cu aceeași metodă se obțin circumstanțe atenuate în caz de cleptomanie sau pruncucidere. În 1928 Prof. Kernbach și Dr. Berariu au încercat să aplice metoda lui Abderhalden în cazurile de avort, deschizând noi căi științei medico-legale de pretulindeni, în rezolvarea numeroaselor și complicatelor probleme din domeniul medico-juridic.

2. Diagnosticul lehuziei.

Astăzi cele mai multe fete, ba chiar și femei gravide, vor să avorteze. Dacă nu au această posibilitate își ascund sarcina până la naștere, când își omoară pruncul. Problema descoperirii mamei denaturate, de către medicul legist este cât se poate de interesantă. Prin lehuzie se înțelege timpul ce trece dela sfârșitul facerii până la complecta involuare a organelor genitale, organe cari au suferit mai mult în timpul sarcinei și al facerii. Lehuzia durează cam 5—6 săptămâni. Orice lehuză care nu-și alăptează copilul, își recapătă menstruația cam la 6 săptămâni după naștere, în timp ce femeia care alăptează, cam după 8—9 luni. În punerea unui diagnostic de lehuzie ne conducem după următoarele semne clinice:

După naștere fundul uterului se găsește cam la nivelul ombilicului. În decursul lehuziei, în primele 2—3 zile uterul involuează încet, datorită contracțiunilor uterine cari vin tot la 15—20 minute. În a 6-a zi găsim fundul uterului cam la mijlocul distanței dintre ombilic și simfiza pubiană, în a 12-a zi, la nivelul simfizei, apoi nu se mai simte și este dispărut în excavația bazinului. În mod normal fiecare lehuză are aproximativ timp de 3 săptămâni dela naștere o scurgere din vagin care se numește lochii. În primele 3 zile după facere lochiile sunt sanghinolente sau cruenta și sunt amestecate cu resturi de membrane fetale, mucozități din uter și vagin, și cu o sumă de microbi pe care-i găsim vegetând în mod normal în organele genitale. Dela a 3-a zi până la a 10-a zi, lochiile sunt sanghinolente de o culoare spălăcită, iar dela a 10-a până în a 20-a zi, lochiile sunt seroase și au un miros fad. Cam în 3 săptămâni după facere, dacă totul decurge în mod normal, scurgerea aceasta, dispăre complet. Dacă un avort este produs în luna 1 sau a 2-a, secreția vaginală dispăre în câteva zile. În cel din luna 2-a—3-a, secreția durează 8 zile, iar în lunile mai înaintate, durează maximum 2 săptămâni. Din punct de vedere microscopic, în aceste secreții vaginale

găsim: membrane fetale, decidua și vilozități chorionale care sunt foarte importante, căci nu există sarcină fără ele și viceversa. Obișnuit, chiar din primele săptămâni ale gravidității glandele mamare se dezvoltă, și la stoarcerea lor, iese o secreție zeroasă care se numește colostru. Secreția mamară, este nespus de însemnată pentru stabilirea avortului, datei lui, și pruncuciderii. Examinarea acestei secreții se face după metodele colorării lamelor cu sânge. În primele zile după avort (aproximativ 1—8 zile), glanda mamară, prezintă descumare abundentă. Dela 8—15 zile ea se micșorează și găsim în secreția sa, celule epiteliale, polinucleare și cristale. Dela 15—30 zile celulele epiteliale se înmulțesc și apar celulele degenerate. Totdeauna secreția mamară în post-avortum durează 2—3 săptămâni. În avort, ea este ultimul simptom care dispare. Tabloul citologic al secreției mamare, este aproape patognomonic, pentru avori, putând diferenția o stare postavortum, de starea secreției femeii negravidă și de a lehuzei ce alăptează sau nu. În caz de lehuzie, chiar dela a 3-a zi dela naștere, mama produce în sânurile ei laptele, care este o emulsie ce conține apă, albumine, zahăr și grăsimi.

În felul acesta se dovedește diagnosticul lehuziei pe femea vie. În cazul când avem de dovedit acelaș lucru la o femeie moartă se examinează cadavrul în modul următor:

Se cercetează vulva, perineul, vaginul, cari pot prezenta semne de violență, rupturi, tromburi. La uter examinăm: volumul, greutatea, lungimea, conținutul dacă e sau nu plin cu ou, rest placentar, sau dacă mucoasa uterului este raclată. Găsim leziuni ca perforări și sgârieturi multiple. Trebuie să se dea atenție leziunilor, cari au existat, înainte de avort sau pruncucidere: abcec flebitic în Douglas, putrefacție și leziuni ectogene (salpiuge, ovar, apendice, cec, vezica urinară). Sunt și unele cazuri de afecțiuni metastatice în uter, ca o consecință a febrei tifoide, scarlatinei (avort metastatic). Trebuie să se diferențiere rupturile spontane ale uterului, cari în majoritatea lor sunt laterale, de traumatismele uterului. Se recomandă ca în aceste cazuri să se facă și un examen istologic.

Diagnosticul de lehuzie în caz de avort și pruncucidere stabilit, în urma expertizei, medicul legist face raportul, iar pedeapsa rămâne în sarcina justiției să fie aplicată.

3. Patologia sarcinei și raporturile ei cu medicina legală.

Din punct de vedere clinic se disting 2 feluri de sarcini: normală și patologică, reprezentată prin sarcină extrauterină. *Fehling* spune

în articolul său din 1910 că diagnosticul sarcinei extrauterine, este sigur în cele mai multe din cazuri (95%), însă adeseori medicul este pus în fața unei probleme grele, căci sunt femei în primele zile de graviditate, când în afară de suprimarea menstruației, nu se găsește un alt semn de sarcină. Sarcina extraordinară este de 3 feluri :

a) *Sarcina tubară*. Față de sarcina uterină, după *Brindeaux*, se găsește într'o proporție de 0,3%. Gestafiunea se oprește în lunile a 2-a sau a 3-a, fie printr'un avort tubar, fie prin ruptura externă, când moartea femeii se produce în cel mult 12 ore. Dacă sarcina trece de prima jumătate a ei, atunci în 95% din cazuri, se continuă până la termen sau aproape de termen. Fătul în orice caz moare.

b) *Sarcina ovariană*. Din cauza hemoragiei intrafoliculare, întreruperea sarcinei se semnalează în primele 2 luni (*M. Minovici*). După *Sanger* poate dura 4—6 luni, iar după *Popoff* chiar până la termen.

c) *Sarcina interstițială*, este foarte rară, iar ruptura se produce în primele 2 luni ale gestațiunii.

În primele săptămâni când sarcina nu e complicată cu o ruptură sau un avort tubar simptomele prezintă pentru noi, o importanță mare, căci aici confuzii de diagnostic se pot face într'o mai mare măsură, pentru motivul că femeia nu suferă deloc, sau crede că e vorba de o sarcină normală. De aceea este bine să se cunoască semnele sarcinei normale din timp pentru a se evita surprizele ulterioare. După valoarea lor diagnostică, deosebit din punct de vedere clinic: 3 feluri de semne de sarcină :

1. Semne sigure :

- a) palparea părților fetale mici și mari,
- b) ascultarea cordului fetal,
- c) palparea sau ascultarea mișcărilor fetale,
- d) Moliciumea gâtului și corpului uterului.

2. Semne probabile :

- a) suprimarea menstruației,
- b) pigmentarea liniei albe abdominale,
- c) pigmentarea areolei mamelonare,
- d) creșterea mamelelor,
- e) scurgerea de colostru la strângerea mamelelor,
- f) pigmentarea pielii feței gravidei — cloasma uterină,
- g) vergeturi de sarcină pe abdomen,
- h) organele genitale externe mărite,
- i) varice pe membrele inferioare,

3. Semne nesigure:

- a) greață, salivajie,
- b) vărsături, poftă abnormă,
- c) anorexie, constipație,
- d) depresiune funcțională generală,
- e) migrene, amețeli, lipofimie.
- f) obsesiuni, impresionabilitate, iritabilitate,
- g) Funicături și înțepături în mamelă, mai ales la primipare.

Expertul trebuie să examineze cu mare atențiune o gravidă, pentru că nu odată s'a întâmplat ca o sarcină reală să fie luată drept o formațiune neoplazică sau viceversa. O altă greșeală care se face foarte des este aceea că sarcina extrauterină ruptă, este luată drept avort uterin, din cauza simptomelor asemănătoare. Avortul uterin se cunoaște, după următoarele semne: resturile feto-placentare aflătoare în uter, sângele pierdut este roșu și amestecat cu chiaguri voluminoase, pierderile de sânge sunt intermitente și corespund contracțiilor uterine, starea generală e relativ bună, puls dur și vibrant, iar fenomenele devin mai înfinse în timpul deslipirii oului.

Simptomele sarcinii extrauterine se reduc la: 1. subiective și 2. obiective.

1. Simptome subiective:

a) durere bruscă și violentă, cu ocazia unui efort, căderi, examen brutal, coit. Durerea poate fi localizată într'un punct precis în regiunea foselor iliace sau în hipogastru (mai rar) sau în cazuri foarte rare e generalizată.

b) Sincopa este simptomul cel mai alarmant și se datorește anemiei consecutive, rupturii și șocului peritoneal. Uneori sincopa sereduce la simple amețeli cu vâjieturi în urechi și fenomene oculare ca recitate parțială, greață, vărsături, facies peritoneal.

c) Semne din partea rectului și vezicii: tenesm, diaree și falsă senzație de a urina.

2. Simptome obiective:

a) Pierderi sanghine mari pe căile genitale. Culoarea sângelui seamănă cu drojdea de cafea, de consistență sirupoasă și amestecat cu mici chiaguri. Origina acestui sânge este, fie din trompă, provenit prin deslipirea oului, fie din uter, fie prin deslipirea caducei.

b) Expulsarea caducei uterine, care are forma unui sac triunghiular de dimensiuni mai mari.

c) Termometria ne servește la diagnostic. După ruptura trompei,

în primele momente, temperatura e scăzută și pe măsură ce starea generală se îmbunătățește, fie în urma ajutorului medical, fie spontan, temperatura urmează și ea această oscilație, ridicându-se.

d) Puncția exploratoare ne ajută la lămurirea diagnosticului.

e) Acetonuria, e un mijloc de laborator care ne indică în cazuri de revărsări sanghine peritoneale, acetona în urină.

f) puls filiform, meteotism abdominal, extremități reci, și stare generală rea.

Sarcina extrauterină se mai poate confunda cu:

1. Chistele ovariene, cari sunt situate în grosimea ligamentului larg.

2. Chistele dermoid; mai ales la început.

3. Chistele hematice ale ovarului.

4. Pyo și hidrosalpinxul.

La institutul medico-legal din Cluj, s'au făcut mai multe autopsii pe femei moarte în urma sarcinii extrauterine. Din acestea am ales două cazuri tipice pe cari le voi descrie mai jos.

Observația I. Istoric.

Soțul decedatei declară că soția sa a avut ultima menstruație în ziua de 28. I. 1935. În ziua de 9. III. a. c. consultă un medic, care-i administrează o injecție de menhormon foliculină 1000 unități, iar a doua zi femeea simte dureri în hipogastriu și are greață. În 13. III. durerile devin foarte mari. Consultă din nou pe același medic, care-i pune diagnosticul de sarcină extrauterină ruptă, și procedează numai decât la intervenție chirurgicală, făcând laparotomie sub ombilicală extirpând trompa din partea stângă, cu care ocazie scoate din cavitatea abdominală circa 1 kgr. sânge. Operata se simte bine până în ziua de 17. III. când a vărsat timp de 2 ore, în 6 rânduri lichid bilios. Starea generală i se agravează, iar spre seară moare.

Autopsie. Abdomenul și cavitatea abdominală. Abdomenul este balonat și pansat cu yafă și tifon îmbibate cu sânge. Sub pansament pe linia mediană subombilicală se află o rană chirurgicală de 16 cm. În cavitatea abdominală, intestinele sunt destinse de gaze, unite între ele de false membrane de culoare galbenă. Peritoneul este opac. În cavitatea lui Douglas se află 45 cm³ lichid sero-sanghinolent cu false membrane. La nivelul salpingelui stâng se constată mai multe ligaturi de catgut, înconjurate de chiaguri de sânge.

Organele genitale. Uterul măsoară 9 cm, în diametru vertical, 6 cm. în cel transversal și 3 cm. în cel antero-posterior. Mucoasă

cavității uterine este ocupată de o secreție roșie sirupoasă. Salpingele drept este liber. Ovarul din dreapta prezintă un corp galben ca o alună cu centrul alb fibros.

Diagnosticul anatomo-patologic: peritonită generală cu streptococi, laparatomie, sarcină extrauterină stângă, operată în linia I-a II, raclaj uterin, flebită pelviană periuterină.

Concluziuni. 1. Moartea soției T. A. se datorește infecțiunii (peritonită generalizată) cu streptococi.

2. Moartea a avut o sarcină extrauterină în luna I—II.

3. Operația făcută a fost indicată.

4. Cavitatea uterului este raclată, fără a exista vre-o indicațiune.

5. Infecția cauzatoare de moarte se datorește, cu cea mai mare probabilitate operațiunii chirurgicale făcută în condițiuni septice.

Observațiunea II. Istoric.

Din declarațiile Dr. H. medicul curant al decedatei, rezultă că aceasta a suferit la 5. VIII. 1932 un raclaj explorator fără a i se putea pune un diagnostic precis. Ultima menstruație a avut-o la 2. VIII. 1932. În seara zilei de 17. VII, pacienta se simte rău, medicul curant examinează urina, fără a i găsi ceva patologic. În seara zilei de 19. VIII. este chemat Dr. C. care constată defensă musculară cu puls imperceptibil și anemie mare. I se pune diagnosticul de hemoragie uterină, recomandându-i-se intervenția chirurgicală. La examenul ginecologic i se constată uterul mărit, Douglasul bombat iar la puncție se evacuează sânge. Se pune diagnosticul de graviditate extrauterină dreaptă. La intervenția chirurgicală i se scoate din cavitatea abdominală 3000 gr. sânge. Se constată o ruptură a tubei drepte; i se face salpingotomie parțială, cu ligatura vaselor. Bolnava sucombă după 30 de minute cu simptome de anemie gravă.

Autopsia. Abdomenul și cavitatea abdominală. Pe abdomen în regiunea subombilicală se găsește un pansament îmbibat cu sânge, iar sub pansament se găsește o rană lungă de 14 cm. La deschiderea cavității abdominale se scurge sânge lichid. Se colectează într'un cilindru gradat sânge din fosa hepatică, splenică, și puțin cuagoli din bazin.

Organele genitale. Mucoasa vulvei și a vaginului este anemică și acoperită cu puțină secreție albă-vâscoasă. Uterul măsoară 12 cm. în diametrul longitudinal și 7 cm. în cel transversal. Porțiunea vaginală are o formă triunghiulară, iar mucoasa este transformată în nu-

meroase chiste mici. Mucoasa uterină este anemică și miometrul palid. Anexele din partea dreaptă sunt libere, iar în partea stângă se constată semnele unei intervențiuni chirurgicale, constând din rezecția a trei porțiuni din salpinge și o mică parte din peretele uterin. Rana uterină ocupă o lungime de 7 cm. Examenul porțiunii operate. Este formată dintr'un țesut moale, foarte sanghinolent și friabil, recunoscându-se porțiuni din salpinge.

Diagnosticul anatomo-patologic: Raclaj uterin, anemie gravă, hemoragia internă abdominală, sarcină extrauterină, salpingotomie parțială stângă.

Concluziuni.

1. Moartea femeii U. I. este naturală.
2. Ea se datorește unei hemoragii interne, consecutiv ruperii spontane a unei sarcini extrauterine.
3. Hemoragia fiind prea avansată, operația nu a putut salva viața acestei femei.
4. Considerând mersul boalei și a tratamentului, precum și greutățile ce întâmpină stabilirea unui diagnostic precis în atari cazuri, nu rezultă nici o greșeală din care să se atragă responsabilitatea deontologică a medicilor curanți.

Moartea subită la gravide, în timpul și cu ocazia facerii, pot surveni:

1. În timpul parturii sau după expulzarea placentei, pot surveni hemoragii mari care cauzează moartea subită sau rapidă prin provocarea de tromboză și sincopă cardiacă.
2. Rupturi uterine în timpul durerilor de facere.
3. În caz de perforare uterină consecutivă, injecțiilor cu extract hipofizar, practicate de unele moașe pentru a accelera alura facerii.
4. Inversiune uterină după expulzarea fătului.
5. Ruptura spontană a ficatului, cu hemoragie letală (caz rar)
6. Astolie acută (la mitrale), edem acut al plămânilor (*Brindeaux*)
7. Hernia traumatică a diafragmei (*Ioachim* în 1927, citează un caz: cu puțin înainte de a naște, unei femei i se pune diagnosticul de hernie traumatică, copilul e extras cu forcepsul, iar femeia moare).
8. Șocul facerii, analog șocului operator în: insuficiență cardiacă, embolie, eclampsie.
9. Tuberculoza laringee în 90% din cazuri; durerile se pronunță în cursul unei crize de asfixie, iar parturienta moare după expulzarea fătului.

10. Tumorile cerebrale.
11. Flebita venelor nevaricoase.
12. Sunt și unele boli infecțioase cari în timpul sarcinii pot agrava starea generală a gravidei, ducând chiar la moarte. Așa de ex.: a) variola, când ia o formă hemoragică mortală, b) encefalita letargică în 60% din cazuri, c) febra tifoidă 10%, prin septicemie puerperală, d) pneumonia 15%, cu un procent mai mare în ultimele 3 luni ale sarcinii, e) holera 62%, f) ciuma, g) bronchopneumonia, h) diabetul în 30% din cazuri. (M. Minovici).

Moartea subită la lehuze.

În morțile subite cari survin în lehuzie, un rol considerabil îl joacă:

1. Afecțiuni cardio-vasculare.
2. Embolii consecutive trombozelor.
3. Eclampsia.
4. Bolile interne, nediagnosticsate în prealabil.
5. Infecțiile puerperale, cu atât mai periculoase cu cât ele întâlnesc un teren mai puțin rezistent. (M. Minovici).

4. Violul.

Prin noțiunea de viol, se înțelege un act sexual practicat pe o femeie virgină sau deflorată, fără consimțământul ei, uzându-se de violență prin constrângere morală, înșelătorie, sau prin surprindere (M. Kernbach). Violul se deosebește de atentatul la pudoare prin aceea că: în viol se face intromisiunea penisului sau se încearcă (tentativă), în timp ce în atentatul la pudoare, organele genitale sunt numai atinse. Medicul legist, în caz de viol sau atentat la pudoare, este dator să examineze conștiincios victima, violatorul și toate împrejurările ca: ca pete, urme. La victimă trebuiesc examinate urmele de violență, semnele virginătății, deflorării, starea mintală, sarcina precum și bolile venerice transmise prin violator. Interesează: urmele de luptă (sgârieturi în jurul gurii, pe copse, pe brațe și vânătași).

Semnul virginătății este himenul, o formațiune rudimentară, ce la multe animale lipsește și variază dela femeie la femeie fiind un semn caracteristic individual. După consistența sa, membrana himenală poate fi: cărnoasă, cu o vascularizare bogată, ce dă sângerare mare

la deflorare și membranoasă, puțin vascularizată. Ca forme mai obișnuite distingem: himen inelar, semilunar, labiat, etc. Cele semilunare și inelare, pot prezenta șanțuri și franjuri. Alteori himenul prezintă o formă neregulată (frunză de trifoi, cu 2 sau 3 perforații corôiforme).

O femeie care acuză viol sau atentat la pudoare se examinează în chipul următor:

Se așează femeia la lumină, în poziție ginecologică. Examinarea trebuie asistată fie de o rudă de a victimei, fie de un alt medic. La examen, se face toaleta organelor genitale externe, se prind buzele mici de ambele părți, se ridică înainte și puțin în sus, punându-se astfel în evidență membrana himenală. Se va controla: vulva, labiile, furculița, anusul, clitorisul. Se examinează: poziția himenului (răsturnat înapoi, înainte, sau vertical), forma, înălțimea, (înaltă, mijlocie, sau mică), consistența (cărnoasă, cartilaginoasă, membranoasă, peliculoasă), dilatabilitate, ce se examinează prin tușeu digital; poate fi largă sau îngustă. Azi se preconizează examinarea dilatabilității membranei himenale, prin inspirații sau expirații adânci ale victimei. Himenul poate fi: complezant, când permite intromisiunea penisului fără să se rupă, rezistent sau fragil. Trebuie să se dea atenție la dințaturile marginale ale himenului care în cazurile naturale sunt simetrice, bilaterale și nu merg decât până la jumătatea membranei himenale. Dințaturile traumatice sunt în toată întinderea membranei, nefiind simetrice și bilaterale.

Semnele deflorării. Deflorarea se produce din afară înăuntru prin: intromisiunea penisului, degetului, căderea în pari. Se mai poate face dinăuntru în-afară, în cazul căderilor pe bazin, când uterul presează himenul.

Codul penal român prevede și tentativa de viol fără introducerea penisului în vagin (așa coitul fecundant). În tentativă himenul este intact, dar găsim semne de violență: pete de spermă, sau sarcină. În caz de deflorare, se găsesc rupturi ale himenului ce pot fi unice sau multiple, parțiale sau totale, recente și vechi. În rupturile recente ale himenului se găsesc: rană roșie, hemoragie, supurație, tumefacție, lambourile mucoasei acoperite de cruste, iar reunirea lui nu se face niciodată. Semnele acestea recente, dispar aproximativ în 3—4 zile, iar timpul de cicatrizare, pate dura 7—8 zile, ducând cu vremea la muguri cărnoși, (carunculi myrtiformi). În rupturile vechi ale himenului, cam după 8 zile se găsesc:

1. Himen normal, care este intact nedilatabil. În acest caz poate fi o virgină, însă nu se exclude raportul sexual, cu deosebire cel vestibular.

2. Himen normal intact, dar dilatabil, cu posibilitatea coitului.
3. Himen franjat, cu orificiul nedilatabil, fără rupturi totale, când virginitatea este discutabilă (deflorarea este sigură, atunci când se găsesc rupturi totale).

4. Himen anormal, cu inperforațiuni multiple, nedilatabil, când este vorba de o virgină.

5. Himen multilobat coroliform fără rupturi totale. Aici diagnosticul virginității este dificil (*M. Kernbach*).

În rezumat se poate spune, că în regula expertizei se va cerceta:

1. Urme de luptă sau rezistență (semne de luptă pe față, membre sau corp).

2. Cercetarea semnelor virginității sau deflorării.

3. Constatarea sarcinei și bolilor venerice transmise prin viol.

4. Examenul petelor (sânge, spermă) și perilor.

5. Imposibilitatea de rezistență a victimei, datorită unei stări fizice, mintale sau psihice. (Profitorii beneficiază de anumite poziții nefavorabile victimei și de anumite condițiuni psihice, cum ar fi cazurile în: demența precoce sau senilă, sincopă, stare paralizică, psihoză, narcoză, somn epileptic, idiotie, imbecilitate, somn profund). În vreme ce la femeile ce au mai avut raporturi sexuale se poate efectua un viol prin surpriză, la fetele tinere, nu se poate vorbi de aceasta.

6. Examenul violatorului: urme de violență, pete, peri, boli venerice. Violatorii pot fi complect normali, responsabili parțial (paralizia generală, demență senilă) sau pot fi iresponsabili (cretini, imbecili).

5. Avortul.

În Obstetrică, prin avort se înțelege expulsarea unui copil până la 6 luni, indiferent pe ce cale. În Medicina legală, avortul este orice întrerupere artificială și intenționată a sarcinei, fie omorând fructul uterin, fie provocând o deslipire sau o expulsare a lui, în orice epocă a sarcinei (*M. Kernbach*). După anteproect, avortul se definește ca tentativa sau expulsarea sau omorirea produsului de concepție prin orice mijloc executat de însăși mama sau de altă persoană, cu sau fără consimțământul femeii gravide, fără nici o indicație terapeutică, etică sau eugenică. Anteproectul de cod penal, socotește avortul ca un delict și pedepsește corecțional în 3—5 ani. În caz de moarte a femeii, pedeapsa este 8—10 ani. Nu se pedepsește femeia gravidă pentru avort:

1. Când sarcina este rezultatul unui viol sau atentat la pudoare.
2. Când viața femeii este în pericol.
3. Când copilul ce s'ar naște, ar avea anumite tare ereditare.
4. Când femeia este alienată.

Cum statele nu admit avortul decât cel medical, când viața femeii este în pericol, el se practică ilicite de moașe sau persoane care nu cunosc nici cele mai elementare reguli de antisepsie și aseptie, ducând astfel la moartea mamei, în urma septicemiilor și perforațiilor. Se fiinde astăzi să se legitimeze avortul pentru a se putea opera în condițiuni bune.

Urmările avortului sunt foarte dăunătoare sănătății femeii, ele sunt foarte numeroase: leziuni vaginale, rupturi ale colului uterin, pierderi mari de sânge cari persistă mai ales din cauza retențiunii a unei părți din ou, infecție internă (peritonită, procese de embolie și septicemie), rupturi ale perineului, rupturi uterine, perforări uterine, stenoză vaginală, degenerescență ovariană, dedublarea cazurilor de eclampsie, endocardită septicemică tardivă, la femeile cu talie mică, îngrășare pronunțată, pierderea libidoului sexual, turburări psihice (imbrăânire precoce), depresii, scăderea instincțiului matern și sterilitate (*M. Minovici*).

Diagnosticul diferențial între avortul spontan și cel artificial.

Din punct de vedere medico-legal, toți autorii sunt de acord că un avort criminal se va putea totdeauna diagnostica, atât timp cât se vor constata răni ale organelor genitale sau existența instrumentelor. În afară de acest caz se mai pot găsi și alte dovezi cari ajută la diagnosticul diferențial. Astfel Haberda crede că toate complicațiile infecțioase sunt mai frecvente în avortul provocat, decât în cel spontan. La fel infecțiile septicemice mortale sunt foarte rare în avortul spontan, în timp ce în cel provocat sunt mai frecvente. *Strumpf* este de părere că avortul spontan nu apare niciodată cu fenomene generale, contrar celui provocat. La palparea bimanuală, se constată un uter sensibil, dureros și contractat ce pledează pentru un avort artificial. În cazul acesta, hemoragia este mică și dacă nu apare până la 12 săptămâni, atunci este un nou indiciu pentru un avort provocat.

Schickele spune că o expulsare fără dureri de facere și hemoragii, precum și infecțiuni grave cu mers acut și cu aspect de peritonită sunt indicii pentru un avort artificial. *Părerăa lui Herschau* este că un diagnostic diferențial între avortul spontan și provocat se face printr'un examen amănunțit al tuturor organelor, nu numai al

celor genitale și precizează câteva caracteristice ale avortului spontan. Acesta apare în 2—4 săptămâni, când uterul este mai sensibil iritațiilor externe și când oul este mai puțin aderent. Cele mai multe avorturi spontane se produc în a 3-a lună și foarte rar mai târziu. Se bănuiește un avort criminal când apare un frison, înaintea începerii contracțiunilor, hemoragiei, și fenomenelor de avort. În avortul spontan, fenomenele septice sunt minime și apar în timpul lui, pe când în avortul provocat simptomele sunt grave. Dacă apare parametrita septică, abcese în Douglas sau Cavum Retzii, bănuiala avortului criminal se confirmă cu siguranță. Reuter a adus de curând noi contribuții în această materie. După el o treime din cazurile de avort sunt criminale. Dacă se introduc prin instrumente nesterilizată microbi în uter, poate să apară chiar în ziua introducerii sau numai a 2-a, a 3-a zi, o infecțiune gravă, caracterizată prin frison, temperatură înaltă, fenomene generale grave și chiar urmează în mod rapid moartea.

Cu totul alta este evoluția în infecțiunea spontană. Microbii cari vegetează în vagin, pot ajunge în uter, și acolo având un mediu favorabil se pot dezvolta dând loc la infecțiuni locale cu caracter benign. Pot apărea și simptome de intoxicațiuni, temperatura este rar de 39°, iar sfârșitul letal excepțional de rar. După ce se elimină resturile placentare, simptomele dispar. Infecțiunea oprește după avort involuția uterului, iar la autopsie se găsește o desproporție de mărime și moliciune a uterului față de cel normal.

Thoinot și Vibert descriu elemente prin cari s'ar putea diferenția avortul spontan, de cel provocat furnizate de examenul mamei, oului sau fătului. Avortul natural e destul de frecvent, mai ales într'ocă precece, în primele săptămâni, când oul trece neobservat, totul fiind considerat ca o simplă hemoragie abundentă, din cauza întârzierii menstruației.

Diagnosticul avortului criminal, se stabilește prin analizarea semnelor:

1. de probabilitate,
2. de prezumpție,
3. sigure.

1. Semnele de probabilitate caracterizează: a) modul cum s'ar produs avortul, b) evoluția clinică a avortului, c) leziunea căilor genitale.

2. Semnele de prezumpție: a) moartea subită a femeii printr'un reflex pornit dela orificiul intern al colului uterin, b) durata, per-

sistența și caracterul profuz al hemoragiilor, c) retenția prelungită a oului, d) intensitatea și precocitatea fenomenelor infecțioase (în avortul spontan infecția apare lent și tardiv).

3. Semne sigure, sunt caracterizate prin prezența în uter a instrumentului abortiv sau numai fragmente din acesta și identificarea substanței abortive.

În avortul spontan din primele 2 luni, oul se expulzează în bloc. În luna 3^a, 4^a, expulzarea se face în 2 timpi, mai întâi embrionul, apoi accesoriile. În lunile 5—6, avortul se aseamănă ca o naștere. Ruptura membranelor și expulzarea izolată a embrionului, constituie o abatere dela regula fiziologică impunându-se suspectarea unei avort provocat. *Profesorii români M. Minovici și Bogdan*, afirmă aceleași semne ca și autorii francezi citați mai sus.

Heynemann, pretinde că, dacă se găsește un cervix închis și în uter încă oul la o femeie cu temperatură, cauza trebuie căutată în uter, bănuind un avort artificial, mai cu deosebire în primele 2 luni $\frac{1}{2}$, și cari până la un punct sunt incomplete.

Congresul dela Königsberg, ținut în Septembrie 1930, s'a ocupat, de latura anatomo-patologică a avortului. *Löwenthal* descrie forme anatomo-patologice ale uterului și anexelor după avortul septic. În cavitatea abdominală se găsește un hematom infectat, peritonită generalizată pe cale tubară, piemie pe cale limfatică, endometrită, tromboză venoasă, abcese în pereții cervicali și flegmoane ale psoasului. Din domeniul anatomiei-patologice rezultă că într'un caz de avort putem urmări calea unei infecțiuni a uterului gravid. Într'o parte din cazuri, se va putea preciza, dacă este vorba de auto-infecție sau de o infecție artificială în cazuri de avort criminal.

Din punct de vedere anatomo-patologic, un uter provenit dela un caz de avort poate să îmbrace următoarele 4 forme principale:

Grupa I. Uter cu leziuni traumatice, când găsim, perforațiuni, ruperi, corpi străini, peritonită și perforații în căile genitale inferioare sau intestin. Aceasta este forma anatomică clasică de avort criminal.

Grupa II. Stări cu afecțiuni acute sau cronice ale uterului sau anexelor. Aici se fac două subgrupe: a) afecțiuni datorite unor boli anterioare sarcinei (vulvo-vaginită, cervicită, endometrită, miometrită, salpingită). b) Afecțiuni datorite complicațiunilor infecțioase ale staturii postpartum (endometrită, miometrită, afecțiuni paraanexiale).

Grupa III. În care nu se găsește nici o infecțiune anatomo-patologică și nici o leziune traumatică, asupra organelor genitale. În schimb se găsesc simptome de hemoragie externă asociate sau nu cu boli cronice locale sau generale.

Grupa IV. Aici intră acele cazuri de avort unde nu se găsește nici o leziune traumatică asupra uterului și nici o afecțiune care să țină de sarcină sau străină sarcinei. În schimb se găsesc semnele unei septicemii generale sau peritonită.

Pentru ca medicul să nu confunde avortul spontan cu cel artificial, trebuie să știe în ce cazuri survine primul. În urma experiențelor lui *Doléris și Doré*, avortul spontan ar surveni în urma:

1. Unor turburări circulatorii și stării de subasfixie, cari însoțesc unele infecții.

2. Unor leziuni deciduale, cari pot provoca decolarea oului.

3. Morții fătului în uter (în urma leziunilor placentare, intoxicația carea fătului prin microbi sau toxine).

4. Sarcina tubară, în sarcina ovariană, molahidatiformă, hidramnios, hemoragii retroplacentare, traumatisme abdominale.

5. Infecții acute și cronice (endometrite, sifilis 61%, tuberculoză).

6. Nefrită cronică, tumori ale bazinului, deviațiuni uterine, toxemia gravidică, bolile sistemului nervos (epilepsie, coree gravidică, hipertermie).

7. Tată prea bătrân, sau prea tânăr.

8. Intoxicație cu alcool, arsen, plumb, oxid de carbon etc.

Deci în scopul de a diferenția un avort spontan de unul artificial, medicina legală, afară de semnele pe cari le are la dispoziție, mai poate utiliza și de momentul infecției, controlat clinic, bacteriologic, și anatomo-patologic. Numai în felul acesta, își poate face datoria pe deplin, urmând conduita recomandată cu amănunțime de către *Filippi*:

Avortul indicat. În punerea unei indicații pentru întreruperea unei sarcini medicul trebuie să fie călăuzit de principiul conservării vieții. Numai când acesta are convingerea absolută că mama este în pericol de moarte va decide pentru jertfirea fătului. Datorită acestui principiu superior al medicinei, de a lupta contra boalei și a morții, de a conserva, de a salva o mamă dela moarte, problema indicațiilor avortului capătă azi o rezolvare deplină. Codurile penale au creat noțiunea „stării de necesitate“, care scoate de sub urmărire pe orice infractor. Prin „stare de necesitate“ se înțelege un pericol iminent sub imperiul căruia medicul este scuzat de orice faptă. De aici a plecat ideea avortului terapeutic, admis în mod tacit de majoritatea statelor. Un alt principiu a fost legitima apărare a mamei contra copilului care prin existența lui amenință viața ei. Condițiile juridice ale avortului terapeutic sunt următoarele:

1. Mama să se găsească într'un pericol extrem.
2. Acest pericol să fie sub dependența directă a sarcinei.
3. Pericolul să dispară după întreruperea sarcinei, afară de complicațiile inevitabile.

Cunoscând condițiile medico-juridice ale avortului medical, medicul care va face indicațiile avortului, trebuie să-și întregască rolul său :

1. Fixând diagnosticul clinic.
2. Fixând prognoza boalei care trebuie făcută.
3. Tratănd boala cu toate celelalte metode la timp și
4. Numai când efectul va fi negativ, va trebui să apeleze, la un consult medical, spre a hotărî definitiv, întreruperea sarcinei.

Indicația avortului, să nu fie niciodată făcută de un singur medic. *M. Minovici* recomanda să se dreseze un proces verbal între medicul curant și cel operator. Consultul și certificatul medical, trebuie făcut de doi confrăți de specialitate. Medicul operator, ginecologul, trebuie să ceară consimțământul formal al femeii, al soțului dacă este măritată, al părinților sau tutorelui dacă este minoră. Astfel riscă a fi șantajat. Avortul să se facă în spitale, iar operatorul în termen de cel mult 48 ore, trebuie să aducă faptul la cunoștința autorităților competente. După natura cauzei care necesită întreruperea terapeutică a sarcinei, se vor deosebi dela început avortul medical, eugenic, etic și social.

A) Indicațiile avortului medical (terapeutic).

I. Indicații medicale.

a) *Bolile pulmonare.* Dintre indicațiunile avortului medical, tuberculoza pulmonară este cea mai frecventă (aproximativ 80%). Sarcina ce întrerupe la toate tuberculozele manifeste, active, infiltrate precoce precum și în formele bronhogene sau hematogene. Formele exudative trebuiesc întrerupte până la a 3-a, 4-a lună a sarcinei. Tuberculozele fibro-cazeoase și fibroase curabile, active, evolutive și cu bacili în spută sunt toate indicate pentru avort. În hemoplizie, până la luna 4-a, se va încerca un tratament conservativ și numai dacă în acest timp nu se observă nici o ameliorare, se va proceda la executarea avortului. Medicul trebuie să țină seama și de starea socială a femeii gravide, când această stare este proastă, femeia neavând posibilitatea să se trateze, și nici să îngrijească copilul după naștere, atunci se impune avortul medical și în tuberculoza incipientă.

b) *Bolile inimii.* Graviditatea pentru o inimă bolnavă, este o povară considerabilă, puțând să dea naștere la diferite complicații grave, uneori mortale. În stabilirea indicațiilor se va ține seamă de natura afecțiunii cardiace, de gradul și durata decompensației și combinarea cu alte boli. După Prof. Hațieganu, criteriile de orientare sunt:

1. Starea funcțională a miocardului.
2. Semnele de activitate ale leziunilor.
3. Natura și gradul lor.
4. Asociația cu alte afecțiuni.
5. Vârsta femeii.
6. Numărul nașterilor anterioare.

Dintre afecțiunile vulvulare, stenoza mitrală, e aceea care e mai agravată de sarcină. În cazurile de compensație bună, așteptăm. Însă îndată ce apar primele simptome ale decompensației, se va proceda la întreruperea sarcinei, fără să se piardă timpul cu medicamente, (*Winter-Naujoks*). În cazurile de endocardită, sarcina va fi întreruptă neîntârziat. În afecțiunile miocardice cu fenomene decompensatorii, inima la o scolioțică, tromboflebita recidivantă gravă puerperală, sunt boli cari indică avortul. Prof. Hațieganu, indică avortul în toate cazurile de insuficiență circulatorie la femeile ce se apropie de 35 ani, în cazuri de hipertrofii și dilatații mari de origine extracardiacă, după o prealabilă terapeutică medicamentoasă.

c) *Bolile renale.* Se indică avort, în nefrita acută, când apar edeme, hematurii dese și hipertensiune, la primele simptome amenințătoare de uremie și azotemie, în cazul când apar primele simptome de insuficiență renală, sindrome cardio-renale pronunțate și în cazurile de pielite și pielonefrite.

d) *Boli urologice.* Prof. Țeposu, indică întreruperea sarcinei, în următoarele afecțiuni:

1. Rinichi solitar hipogenetic, sau grefat cu o leziune secundară.
2. Rinichi polichistic bilateral cu funcția la limită.
3. Tumori renale maligne bilaterale.
4. Tuberculoza renală unilaterală floridă.
5. Diverticoli mari vezicali cu staza urinară, infecție și peridiverticulita incurabilă.
6. Toate cazurile mutilante de cistotomie totală și ureterostomii tegumentare și rectale.
7. Cistită bacilară și neoplasmele inoperabile ale vezicii.

Se mai indică avortul în caz de afecțiuni ale tubului digestiv, (ictere grave, insuficiență hepatică, cancere incipiente, cancere rectale.

și vezicale (*Hațieganu*) afecțiuni hematopetice și endocrinologice.

2. *Indicații chirurgicale.* Dintre complicațiile chirurgicale admise de majoritatea autorilor, ca indicații sigure de întrerupere a sarcinii, se citează următoarele: tumori maligne parauterine, hernie, ileus (datorit peritonitelor cronice adezive, cholangita, cholelitiiza, tuberculoză osoasă și articulară, în cazuri de formațiuni de abcese floride) și fractura cominutivă a coloanei vertebrale (din extras M. Kernbach).

3. *Indicații oculare.*

4. *Indicații otorino-laringologice.*

5. *Indicații neuro-psihiatrice și*

6. *Indicații obstetrico-ginecologice:* toxicoze gravidice (hiperemesis gravidarum, nefropatia gravidică, corea gravidică, hidrops gravidarum), formele idiopatice ale afecțiunii ficatului, dermatozele gravidice, boli ale organelor genitale și bolile oului (mola hidatiformă și hidramnios) (*Șoimaru*).

B) Avortul eugenic.

Indicația eugenică are de scop să oprească nașterea unui copil, atunci când sunt temeri serioase, că acesta va fi încărcat cu anumite boli hereditare, ce l'ar pune în imposibilitate să devie un element folositor societății, constituind o grea sarcină pentru familia lui. Indicațiile eugenice, sunt astăzi bine cunoscute și privesc următoarele afecțiuni:

1. Sifilisul, când nu se face tratamentul antiluetic, pre și post natal.

2. Diferite boli cu caracter familiar, și hereditar și anume:

a) Psihozele: demența-precocă, psihoza maniaco-depresivă, idioția și epilepsia gravă.

b) Boli nervoase: ataxia hereditară, mio-tonia congenitală, paralizia spinală spastică și chorea Huntington.

c) Afecțiuni oculare: retinita pigmentară, idioția amaurofică, nevrita optică și gliomul.

După prof. Kernbach, avortul eugenic se face în cazurile când ambii părinți sunt bolnavi, sau numai unul dintre ei este, iar celălalt aparține unei familii încărcate cu tare, sau când ambii sunt sănătoși, dar aparțin unor familii cu tare grave și se bănuiesc a fi purtătorii acestor eredități. În ultimul timp este tendința de a se admite avortul eugenic și la familiile sărace unde tatăl uzează de alcool în cantitate mare și unde copiii se vor naște idioți sau imbecili, din cari se vor recruta mai târziu delicvenți și criminali.

C) Avortul etic.

Este o noțiune nouă legată de sarcinile ce sunt consecința unui viol, atentat la pudoare și în toate cazurile de raporturi sexuale, unde femeia nu a consimțit sau nu a putut consimți:

1. Viol făcut cu violență.
2. Raport sexual prin narcoză și himnoză ce ridică voința femeii.
3. Psihopate, idioate.
4. Raporturi sexuale cu copile sau rude (incest) (M. Kernbach).

Indicațiile avortului etic trebuie hotărâte de justiție, iar medicul legist constată numai existența violului sau atentatului la pudoare.

D) Avortul social.

Rusia Sovietică este prima țară care a rezolvat această problemă, legiferând libertatea avortului social la 1920. Soluția rezidă în protecția mamei și a copilului. Imediat ce prezintă semne de sarcină, femea săracă trebuie protejată, asigurându-i-se mijloacele ca să-și poată duce sarcina la termen. Numai astfel va consimți să nască și să-și crească copilul. Într-un viitor apropiat, legiuitorul va trebui să se gândească și la legiferarea avortului social, care în prezent nu și-a găsit realizarea practică, din cauza crizei economice, decât în Cantonele Elveției, Statele Unite, Mexic, Germania, Polonia, Austria și Cehoslovacia.

Avortul neindicat. Acesta provoacă moartea fructului, sau expulsarea lui, înainte de sfârșitul normal al sarcinei. În caz de avort neindicat pe medic îl interesează mai multe probleme medico-legale și anume:

1. *A fost femea gravidă sau nu?* Este de datoria medicului legist de a căuta acest lucru fiindcă în cazul când n'a fost, intră în domeniul crimei imposibile. Totdeauna trebuie să se caute semnele sarcinei pe femea vie și pe cadavru, fiind nevoie de un examen al organelor genitale, macro și microscopic.

2. *În ce lună a sarcinei s'a produs avortul?* Trebuie stabilit acest fapt, pentru că dela 6 luni în sus avortul poate fi taxat ca o pruncucidere. Pe femea vie se examinează semnele sarcinei, iar pe cadavru dimensiunile uterului. Există un tablou special, unde se găsesc dimensiunile exacte ale uterului gravid în toate lunile, după care medicul se orientează.

3. *Sarcina a fost întreruptă?* (Avort spontan sau traumatic). Pentru a descoperi aceasta medicul legist trebuie să examineze femea

cercetând simptomele clinice, iar la autopsie trebuie să facă examenul organelor genitale macro- și microscopic, cercetând semnele de violență, pete de corp, rufe, resturi din vagin și cavitatea uterină.

4. *Prin ce mijloace s'a produs avortul sau e spontan?* Se examinează uterul și căile genitale inferioare. Când se bănuiește că avortul a fost provocat prin ingerare de substanțe abortive trebuie să se facă examenul toxicologic al tuturor organelor. După *Zangenmeister* 50% din totalul sarcinilor sunt avorturi provocate, iar după *statistica lui Bumm*, la un caz de avort spontan sunt 11 avorturi criminale.

5. *A existat vre-o indicație terapeutică?* Medicul legist trebuie să examineze creierul, plămânii, rinichii și să verifice realitatea indicației.

6. *Data manoperii abortive.* Medicul se conduce după modificările fructului, ținând seama de lungime, greutate și aspectul cordonului ombilical. Se mai conduce după caracterele leziunilor anatomopatologice ale organelor genitale. Se știe că fătul intră în soluție în primele 2 luni, în mumifiere, dela luna 3—5-a și în macerare după luna 5-a.

Situația ginecologului, este neclară față de avortul criminal, pe care îl află fie dela persoana care a suferit avortul, fie dela persoana care l-a executat. Se pledează și pentru conservarea vieții, în care caz ar trebui denunțat și pentru secretul profesional, care trebuie să fie absolut.

Observația III. Istoric. Dr. P. N. fiind chemat să viziteze pe bolnava B. I. în etate de 34 ani, care dăduse naștere la 13 copii timp de 16 ani, i-a pus diagnosticul de avort spontan incomplet cu început de peritonită. Ii recomandă intrarea în spital, lucru pe care bolnava îl refuză. Nu peste mult moare.

Autopsie. Organele genitale. Buzele puțin neregulate și orificiul măsoară 3 cm. Uterul măsoară 13 cm. lungime. Cavitatea uterului este mărită, pereții sunt moi și vasele dilatate. Secțiuni făcute în partea posterioară a uterului, descoperă sub seroasă, focare de puroi, colorat în galben.

Examenul bacteriologic. Prin frotiuri făcute din secrețiunea uterului și puroiul peritoneal se constată lanțuri de streptococi, iar în uter se găsesc și stafilococi.

Diagnosticul anatomo-patologic. Peritonită purulentă generalizată, avort spontan incomplet, inflamațiune acută a uterului, septicemie.

Observația IV. Istoric.

Sofia decedatei B. M., în etate de 38 ani, spune că soția sa cu câteva zile înainte a căutat să-și provoace singură un avort și nereușind s'a adresat unei femei din comuna sa. Aceasta i-a provocat avortul, în urma căruia după câteva zile a murit. Se mai afirmă că toate nașterile sus numitei au fost grele, de unde se crede că exista frica unei noi nașteri.

Autopsia. Organe genitale. Uterul mărit corespunzător unei sarcini de 8—9 săptămâni, cu pereți foarte moi și foarte congestionați. Uterul conține chiazuri de sânge și pare puțin perforat.

Diagnosticul anatomo-patologic: resturi placentare, avort artificial, miometrită traumatică și peritonită.

6. Pruncuciderea prin omisiune.

Școala franceză vorbește de pruncucidere prin omisiune, iar școala germană de pruncucidere pasivă. Clasificarea pruncuciderii prin omisiune și omisiune este numai de domeniul medico-legal, căci legislația nu a făcut aceste diferențe. Legiuitorul a înțeles să lase medicului expert sarcina de a determina dacă victima crimei s'a bucurat ori nu de o viață extrauterină de scurtă durată. În codul penal din vechiul regat există doar un singur articol referitor la pruncucidere: art. 230, după care „pruncuciderea este omorul copilului de curând născut, de părintele său“. După acest articol medicului legist îi revine datoria de a rezolva: semnele copilului nou născut, scurta viață extrauterină și cauzele morții violente. Codul penal din Transilvania are mai multe paragrafe. Art. 284: mama care cu intențiune își va ucide copilul în timpul sau după naștere imediat, se va pedepsi cu reclusiune până la 5 ani. Art. 287: părintele care va expune pe copilul său, care din cauza vârstei sau stării sale este incapabil de a viețui prin sine însuși, într'un loc părăsit, în care salvarea lui depinde numai de întâmplare se va pedepsi cu temniță grea până la 3 ani.

În caz de pruncucidere trebuiesc rezolvate probleme cari țin de mamă și de copil. Referitor la copil, medicul trebuie să rezolve dacă pruncul a murit: 1. Din cauza lipsei îngrijirilor necesare unui nou născut. 2. Din cauza asfixiei prin aspirarea în căile respiratorii a lichidelor de naștere (sânge, lichid amniotic). 3. Din cauza frigului.

Referitor la mamă trebuie să se cerceteze dacă este vorba:

1. De o sarcină precipitată, sau prin surpriză. Diagnosticul medico-

legal al acestui gen de facere are importanță în materie de moștenire și când există bănuială de pruncucidere (*Ungar, Strassmann*). Aici contracțiunile uterine se succed repede, femea împinge cu disperare și expulsează odată cu fătul și materiile conținute în rect și vezică (*Cazeaux*).

2. De o femeie care se găsește în imposibilitate morală sau fizică, de a putea da ajutor copiului său; ignorarea sarcinei, absența durerilor, interpretare eronată a durerilor și starea de inconștiență trebuie cercetate la mamă.

Dintre problemele referitoare la copil, medicul trebuie să se ocupe în prima linie de moartea noului născut prin lipsa de îngrijiri, cari pot fi rezumate în următoarele; nelegarea cordonului, sau lăsarea lui în jurul gâtului, expunerea la frig, lipsa de alimentație, lăsarea copilului cu fața pe o suprafață plană, în lichidele de facere sau în fine neextracția mucozităților din gură și laringe.

Brouardel și Haberd cred că legarea sau nelegarea cordonului ombilical, nu are prea mare importanță. Nelegarea lui constituie o neglijență, iar nelegarea și ruperea în unele împrejurări, dau indicația unei intenții de a omori. *Prof. Bogdan* admite moartea prin hemoragie ombilicală.

Frigul asupra noului născut are o influență mare, fiindcă produce anemie cerebrală și oprește activitatea inimii. *Lacasagne* spune că un copil nou născut, lăsat din neglijență la temperatura sub 0° nu rezistă prea mult. Când moartea prin frig se face lent se constată peteșii pe pericard, pe pleură și modificări asupra inimii și sângelui ce-l conține.

Nașterea prin surprindere poate fi cauzată de mai multe momente: starea amintală a mamei, caracterul indolor al travaliului, rapiditatea normală a travaliului, sau uneori toată nașterea este redusă la o expulsie rapidă a copilului.

În general se disting două mari categorii de nașteri conștiente și inconștiente. Sunt multe femei cari spun medicilor că se știau gravide, dar interpretând primele dureri de facere ca simple dureri de stomac, lucrează intens și de odată, sunt trezite după minute sau ore, că au la picioarele lor un copil mort. Medicina legală admite interpretarea eronată a durerilor de facere dar cu anumite rezerve.

Făcând o privire generală a pruncuciderii prin omisiune, se ajunge la concluzia, că medicului legist expert îi necesită multă prudență și pricepere de a o stabili.

Servais din Belgia discuta în 1927 din punct de vedere juridic

moartea prin omisiune cu o ocazia unei pruncucideri. Prof. Kernbach în 1928 studiază cazul unei pruncucideri prin omisiune a unei femei care și a ascuns sarcina născând clandestin. Își interpretează eronat durerile de naștere și după expulsarea copilului și ruperea cordonului ombilical, are o sincopă, favorizată de hemoragie placentară, anxietate și afecțiune pulmonară. Copilul moare din cauza frigului, mama găsimu-se în imposibilitate fizică de a-i da îngrijirile necesare.

Observația V. Istoric.

Mama copilului în etate de 18 ani necăsătorită, a ascuns sarcina până în ziua nașterii. În acea zi i se rupe punga amniotică și crezând că a răcit la abdomen, se duce să-și aducă lemne spre a-și face focul. În camera de lemne cade în nesimțire timp de aproximativ 10 minute, iar la redășteptare, găsește la picioarele ei un copil mort. Dându-și seama în acest moment de cele întâmplate, rupe cordonul ombilical, ce avea încă legătura cu corpul ei. Invelește copilul într'un sac, care este apoi găsit de sora ei și-l predă autorităților cari la rândul lor trimit cadavrul la Institutul medico-legal.

Autopsia. Examenul extern. Cadavrul aparține unui copil de sex bărbătesc cu talia de 53 cm.¹⁹ și greutatea de 3795 gr. Cordonul ombilical are extremitatea liberă foarte neregulată. Se constată rigiditate cadaverică a membrelor inferioare și lividități difuze cadaverice. Pe suprafața corpului nu se găsește nici o urmă de violență. Cadavrul prezintă următoarele semne ale unui copil născut la termen: unghiile dela mâini întrec vârful degetelor, părul capului are o lungime de 3—5 cm. se găsește lanugo abundent pe spate, pielea este albă-rozată, testiculele sunt scoborâte în scrot; în extremitatea inferioară a femurului în cartilaj se găsește un punct de sificare (*Béclard*) de culoare roșie.

Examenul intern. Capul și cavitatea craniană. Epicraniul este îngroșat, meningele liber, creierul de consistență gelatinoasă, iar vasele sunt dilatate și pline cu sânge lichid. Toracele și cavitatea toracică. Organele toracice puse într'un vas cu apă plutesc. Fragmente mici din plămân' plutesc chiar după ce sunt presate. Inima prezintă pe pericard rare peteșii. Abdomenul și cavitatea abdominală. Din stomac nu se degajă nici o bulă de aer, nu prezintă nici un conținut. Intestinul gros conține meconiu în abundență. Vezica urinară este goală.

Concluziuni.

1. Cadavrul aparține unui copil nou născut, viu la termen sau aproape de termen.

2. Copilul a trăit 1—2 minute după naștere.
3. Acest copil n'a primit îngrijirile necesare unui nou născut.
4. El a putut muri din cauza frigului.

Observația VI. Istoric.

Din dosarul parchetului Cluj, reese că a fost aflat într'o groapă de aruncat gunoae din Str. Mărzescu, un nou născut de sex bărbătesc. Cadavrul a fost adus la Institutul medico-legal.

Examenul extern. Cadavrul măsoară 2580 gr. și are o lungime de 51 cm. fiind împachetat în ziare ungurești și nemțești. Noul născut prezintă toate semnele unui prunc născut la termen.

Examenul intern. Capul și cavitatea craniană. Se constată nu encefalo hematom, format din serozitate. În spațiile subarahnoidiene se găsesc hemoragii sub formă de insule. Cavitatea toracică. Timusul cântărește 5 gr. Orificiul lui Botal persistă. Abdomenul. Stomacul conține 200 cm³ lichid galben vâscos. În colonul transvers și descendent se găsește meconiu.

Concluziuni. 1. Cadavrul aparține unui nou născut de sex bărbătesc, născut la termen, sau aproape de termen. 2. Copilul s'a născut viu și a trăit puțin timp după naștere. 3. Moartea se datorește unei hemoragii cerebrale. 4. La autopsie se mai constată și lipsa de îngrijiri cerute de un nou născut. 5. Pentru a stabili dacă moartea acestui copil este necesar să se examineze mama, să se cunoască decursul facerii și locul unde aceasta a născut.

7. Responsabilitatea ginecologului

Prin responsabilitate (penală) cei mai mulți autori înțeleg să exprime, ceiace în românește se numește răspundere, adica suportarea consecințelor unui fapt, darea de socoteală și obligarea da a accepta intervenția justiției și sancțiunile pe cari ea le va impune. Conform unui principiu admis pretutindeni, după care orice prejudiciu cauzat unei persoane trebuie reparat, medicul este obligat, chiar prin urmările practicii sale, în urma uitării datoriei profesionale și a regulilor celor mai elementare de bun simț și prudență, să răspundă materialmente pierderilor produse. Responsabilitatea medicală, se ivește ori de câte ori un medic activează contra prescripțiilor recunoscute de știința medicală, refuzând să și presteze serviciile, fie din lipsă de cunoștință sau pricepere, fie din neatenție. Ca și a medicului în general, responsabilitatea ginecologului, poate face obiectul unei duble sancțiuni în

penal și civil. Codul penal român în artic 278—9 stabilește cazurile când se pune chestiunea unei reponsabilități penale. Ginecologul ajunge să fie pedepsit când execută un tratament, chiar cu învoirea pacientei, însă contra regulilor artei. Medicul nu trebuie să se lase influențat în hotărîrea sa asupra tratamentului de către pacientă. Totdeauna între medic și pacienta sa există un contract de serviciu, și când acest contract este nerespectat, omițând luarea de măsuri complete de tratament, și făcându-se în mod evident vinovat de aceasta. Oboseala, tinerețea, bătrânețea nu constituiesc cauze în fața unui caz de neglijență. Ginecologul operator, este liber să-și aleagă procedeul de operație pe care-l socotește mai bun, neputînd fi făcut culpabil niciodată de urmările unei operații, dacă a fost executată după toate normele științifice. Ginecologul trebuie să se hotărască cu fermitate în îndrumările ce le dă în toate problemele vieții sexuale, în complicatele conflicte dintre dorințele pacientelor și interesele sănătății publice. El trebuie să înțeleagă specificitatea fiziologiei feminine și psihologiei ei, și adîncimea problemelor sociale, legate de acest sex.

Erori grave de diagnostic și de operație. Nu numai în Chirurgie și Medicina generală se asistă la diagnostice greșite ci și în Ginecologie se pot găsi greșeli datorite în cea mai mare parte unui examen superficial, fie clinic, fie de laborator. Ginecologul în unele cazuri este silit să facă un diagnostic aproximativ de grup, iar alte ori în schimb, se impune un diagnostic de urgență și precoce, pentru a evita consecințele grave terapeutice și prognostice. Medicul trebuie să fie atent căci chiar de la începutul sarcinei, riscurile de responsabilitate se acumulează, căci mai ales în timpul primelor luni, el poate lua drept diagnostic o sarcină pentru o tumoră, și invers. Se citează cazul unei femei, care bizuindu-se pe persistența menstruației își închipue că starea ei anormală, nu poate fi atribuită decât constituirii unei tumori. Ginecologul examinînd-o practică laparatomia. Eronat, ia tumora drept uterul gravid, și coase incizia. Peste cîtva timp femea naște și tumora persistînd este ulterior extirpată de alt ginecolog. Deci primul medic a greșit diagnosticul, luînd formațiunea neoplazică, drept semnul obiectiv al sarcinei. Intrebuițarea histerometrului, constituie deasemenea un risc grav deoarece se poate ca el să fie consultat de o bolnavă care se plînge de o afecțiune uterină, ascunzîndu-și starea incipientă de gravitate. Medicul de bună credință îi face un sondaj pentru a constata permeabilitatea colului uterin și-i poate provoca un avort. *Brouardel* citează cazul unui medic, care crezînd că se află în fața unei femei

cu ascită, iar a doua zi femea naște prematur 2 gemeni. Medicul este urmărit.

Însăși sarcina, riscă adesea de a angaja responsabilitatea mamei. Se citează cazul clasic al medicului din Domfront, care chemat să asiste o naștere cu prezentație brahială, fără a încerca să practice versiunea, ține brațele copilului și tocmai la urmă se trezește că era vorba de un prunc viabil. La fel se citează cazul medicului din Puy, care considerând noul născut ca mort, după ce i-a tăiat un braț, îl bagă într'un cufăr, unde a mai trăit 24 ore. Congestiunea premenstruală după o perioadă de amenoree, metrita parenchimatosa, pot fi luate drept un început de sarcină. De multe ori la femeile tinere lipsa menstruației este pusă pe seama sarcinei, în vreme ce, amenoreea este un simptom frecvent al femeilor anemice, clorotice, tuberculoase și oboșite. Se pot întâlni utere gravide cu persistența scurgerilor sanghine, ca în: endometrita gravidică, sarcina extrauterină, și tumoare fibroasă. Hematometria poate da impresia unui uter gravid. În cancerul uterului, diagnosticul poate fi anevoios, mai ales într'o sarcină complicată cu endometrită. La începutul unei sarcini, diagnosticul sarcinei se îngreuiază cu o retroversiune uterină complicată și cu o retențiune urinară. Chistele ovarului, pot simula o sarcină; iar chistele multiloculare care au părți solide pot fi confundate cu părțile fetale. Sarcina molară, este adesea confundată cu un chist al ovarului sau cu un fibrom. Femeile nervoase, iau drept mișcări active ale fătului, simplele deplasări ale intestinului, ducând astfel în eroare pe medic. Miomul la palpat, se simte ca o formă neregulată, care poate fi confundată cu aceia a fătului, dar la auscultație nu se aud bătăile inimii fetale.

Craniotomia este o operație redutabilă care expune la mari riscuri bolnava și medicul, mai ales când ea se impune brusc la domiciliul mamei, într'un moment când medicul n'are ajutorul și instrumentele necesare. Această operație se impune când extracția copilului cu forcepsul eșuează, cu toate că și aceasta este delicată, căci cea mai mică imprudență sau brutalitate, poate avea consecințe grave. Perforația vezicii sau a rectului, ruptura perineului, pot duce la condamnări în cazul când se dovedește că operatorul s'a arătat de o grosolană nedibăcie. Tribunalele nu pot să-și dea perfect de bine seama nici de oportunitatea unei operații nici de dexteritatea cu care ea este făcută, scăpând astfel competenței lor.

Operația cezariană. Camera I. a Tribunalului de Sena discută o curioasă chestiune de responsabilitate. Dacă în urma unei operații

cezariene bolnava moare, responsabilitatea medicului se găsește agajată, pentru că nu prevăzuse necesitatea unei transfuzii sanghine, operație care ar fi salvatoare. De multe ori tribunalele se găsesc într-o dilemă teribilă. Expertiza nu permite a stabili dacă o bolnavă moare prin hemoragie sau șoc nervos și nici nu poate să dovedească necesitatea salvatoare a transfuziei de sânge. Rar mamoșul poate fi urmărit pentru omiterea unei operații socofită necesară, căci dovada necesității poate fi greu stabilită. În schimb accidente care rezultă din cauza neîndemânării ca: ruptura uterului, perforația prin forceps, smulgerea intestinului, mutilațiunile copilului, fractura craniului copilului prin forceps, contuziunile ochiului sau nervului facial prin același instrument, ligatura rău făcută a cordonului ombilical, operația cezariană fără rost, neglijența îngrijirilor indispensabile noului născut sau mamei, sunt totdeauna cazuri de urmărire. *Tourdes* în tratatul său citează cazul unui mamoș, condamnat de *Tribunalul Altkrich*, pentru că smulsese unei femei 6 m. din intestinul subțire. *Tribunalul din Nantes*, aplică 2 luni de închisoare și 25 franci în 1862, unei medic, fiind brutal, smulsese brațul unui copil și provocase moartea mamei.

Un mamoș trebuie să urmeze regulele generale de bun simț și de prudență, cărora este supusă profesiunea medicală, căci altfel el este responsabil de greșelile grosolane în exercițiul artei lui.

Secretul profesional.

Prin secret profesional, care este unul din caracteristicile medicinei curative se înțeleg, toate acele fapte pe cari bolnavul le încredințează medicului, sau acesta le află din altă parte și pe cari acesta sub nici un motiv nu le poate denunța. Această problemă este foarte actuală, dar a fost discutată din timpurile cele mai vechi. Astfel jurământul emoționant a lui Hipocrate, precizează o anumită conduită referitoare la secretul profesional. „Tot ceiace voi vă vedeți sau auziți în cursul tratamentului sau în afară lui în viața zilnică o voi tăcea, o voi păstra întotdeauna pentru mine, ca un secret și nu mi e îngăduit a-l spune nimănui.“

Pytagora cerea dela elevii lui făcere absolută, iar în anul 1621, *ducele de Würtemberg*, dă ordin ca primă datorie a moașelor, tăcea. În Anglia și America nu există legi referitoare la secretul profesional al medicilor. Însă medicul francez trebuie să tacă în orice împrejurare, și are voie să facă un denunț poliției numai în caz de

crimă ordinară. Discreția medicului trebuie să fie absolută, chiar când e vorba de o ucigașă. Divulgarea faptelor ce sunt acoperite de secret medical, pot duce la conflicte ca: divorț, rupere de logodnă și scandaluri publice. Va fi de datoria medicului ginecolog să pièdece pe o femeie ce vrea să comită o pruncucidere, pe o fată gravidă ce vrea să se sinucidă sau să avorteze, dar să nu divulge nimănui nimic. Când medicul descoperă un avort criminal, el poate denunța persoana ce practică curent și clandestin atari crime fără a spune numele pacientei sale. Când medicul află în mod direct că o femeie și-a omorît copilul, el va tăcea. Dacă o femeie prezintă o boală venerică, sau are o sarcină, ea nu trebuie divulgată. Medicul curant ginecolog al unei femei ce naște clandestin, sau care dorește să nu se știe că a născut, dar totuși să fie în conformitate cu legea stării civile, va declara: ora, ziua, luna, anul, locul, sexul copilului și părinți necunoscuți. În cazul când un ginecolog tratează o femeie a cărei boală nu trebuie să fie aflată de solicitatorul ei în căsătorie, el nu va divulga starea sănătății pacientei sale, dar va împiedeca căsătoria prin mijloace admise.

Gerdessen se ocupă de chestiunea aceasta și se întreabă cine are dreptul să divulge un secret profesional și în ce cazuri? De ex.: o familie chiamă pe medic să consulte servitoarea. Poate medicul să le spună că fata e gravidă sau nu? *Gerdessen* neagă cu toată tăria spunând că este indiferent cine suportă cheltuielile: servitoarea sau stăpânii, căci un medic ca să divulge secretul profesional, trebuie să aibă un act iscălit de persoana în chestiune, prin care-i dă voie să spună ce știe.

Löwenstein spune că în Silezia se cere diagnosticul exact pe foile de observație ale bolnavilor. Iar în multe întreprinderi se cer foile de observație ale muncitorilor, ceia ce duce la o violare a secretului profesional al medicilor. *Israel* spune că datoria de a tăcea ține până la moarte medicului. Părinții și tutorii au dreptul de a afla boala copilului. La un proces de onorar medicul are voie să spună atât cât să se justifice. *Liegner* găsește că secretul profesional la mamoș, constă în general în aceia că el trebuie să ferească pe pacientă de poliție, când este vorba de un avort criminal.

Spinner spune cu privire la scopul secretului profesional al medicului următoarele: dela începutul medicinei, a existat secretul profesional, ca un principiu moral. Pacientul trebuie să aibă încredere în medicul său, căci altfel el își va pierde clientela, fie chiar un geniu în specialitatea sa. Fiecare încercare a statului de a strica această

înțelegere între medic și pacient, înseamnă o distrugere a sănătății publice. Medicul poate, ba chiar este obligat să vorbească, în cazul când sunt boli contagioase, cari prezintă o nenorocire pentru societate.

De lângă medici, datoria de a tăcea ar trebui să fie obligatorie și moașelor, farmaciștilor, deasemeni și studenților în medicină.

II. Dreptul civil.

Problemele medico-legale în legătură cu căsătoria, divorțul și căutarea paternității.

Diagnosticul medico-legal al sarcinei, este de o însemnătate covârșitoare, pentru că sunt împrejurări, în cari el interesează săvârșirea unora dintre cele mai caracterizate acte ale vieții civile, și e necesar pentru stabilirea unor răspunderi în civil și penal, mai ales că sunt și cazuri de sarcini simulate, ori sarcini închipuite (*M. Minovici*). Expertiza medico-legală a sarcinei, poate deveni necesară pentru aplicarea următoarelor dispozițiuni:

In civil: dispensă de vârstă, artic. 127 C. C., caducitatea cauzei de nulitatea căsătoriei, artic. 167 C. C., cauză de divorț, artic. 211, filiațiune paternă, artic. 286, 289, 292, 301, 303 C. C., excepțiunea pentru cercetarea paternității, artic. 307 C. C., despăgubiri civile pentru femea sedusă și rămasă grea, artic. 998 C. C., filiațiune maternă, 308 C. C., filiațiune paternă și maternă, în caz de bigamie, artic. 183, 184 C. C., filiațiunea copiilor naturali, artic. 304, 306 C. C., capacitate de moștenire a copilului conceput, artic. 654, 808 C. C., anularea donațiunilor între vii când femea legitimă rămâne însărcinată, artic. 829, 836, 837 C. C., anularea adopțiunei, artic. 309 C. C., drepturile copilului conceput la succesiunea părintelui declarat absent, artic. 106 C. C., piedică temporară la recăsătorirea văduvei prin divorț ori deces, artic. 210, 278 C. C., drepturile la moștenirea maternă ale copilului natural necunoscut, artic. 652, 677 C. C.

Codul civil prin inscripția de pe frontispiciul legiurii hotărăște prin aliniatul I al artic. 286 următoarele: bărbatul este tatăl copilului conceput în timpul căsătoriei. Bărbatul va putea să nu-l recunoască de al său pe copil, dacă dovedește că în cursul timpului cuprins între a 300 zi și între acea a 180 a zi, mai înainte nașterii copilului a fost în imposibilitate fizică de a coabita cu soția sa, fie din cauză de

depărtare, fie din orice alt accident. Artic. 286 alin. I și II C. C. zice: 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 intențarea acțiunii de divorț, sau mai înainte de revenirea soției la domiciliul conjugal sau împăcarea soților. Astăzi când se cunoaște momentul ovulației, durata de fecunditate a ovulului durata supraviețuirii spermatozoizilor, precum și zilele perioadei genezice ale femeii, în legătură cu menstruația, se poate stabili când a putut să aibă loc coitul fecundant și dacă bărbatul presupus tată, a putut să fie sau nu părintele copilului.

Pentru a se dovedi filiațiunea legitimă, din punct de vedere medico-legal, este nevoie de a se stabili realitatea fecundării și durata sarcinei. Realitatea fecundării, se poate stabili cu aproximație după cercetările științifice cele mai recente (Knaus). Fecundarea se efectuează în ziua ovulației sau cu o zi sau două după. Ovulația în general, la o femeie, care are ciclul menstrual de 28 de zile, se întâmplă în ziua a 14 după menstruația anterioară. Deci aflând data ultimei menstruații a femeii, putem deduce cu aproximație ziua fecundării.

Durata sarcinei, se poate deduce din:

1. *Semnele maturității copilului, adică:* greutatea copilului la naștere 3000—3500 gr., lungimea 50 cm., circumferința capului 32—35 cm. lanugo pe spate și vernix caseoza.

2. *Semnele copiilor supramaturi, când ei au peste 52 cm. lungime și peste 3500 gr. greutate.* Tabela Zangmeister arată talia copiilor la diferite epoci: Un copil de 52 cm. corespunde la 283 zile.

"	"	"	55 "	"	"	288 "
"	"	"	57 "	"	"	290 "

3. *Nematuritatea, când copilul este sub 48 cm. și 3000 gr.*

4. *Un alt procedeu bun pentru stabilirea paternității, este asemănarea dintre tată și copil.* Sunt caractere morfologice ereditare. Așa s'a constatat că nasul convex este un caracter ereditar dominant, față de nasul mic și turtit, proeminența buzei inferioare, culoarea irisului, părului, și însușirile părului.

5. *Anomalii și boli ereditare. Extremități:* hiperdactilie, sindactilie, lipsa mâinilor și picioarelor. *Piele și anexe:* hipertelie, fistule congenitale ale gâtului, edemul lui Quinque, nevi pigmentari. *Unghii:* leuconychie (pete albe pe unghii), anochie (lipsa unghiilor). *Organele genitale:* epispadias, hipospadias. *Ochi:* microftalmus, epicantus, hemeralopie, oftalmoplegie externă.

În timpul din urmă s'au folosit și figurile papilare, adică dac-

lui grup sanghin. La noi căutarea paternității prin examenul grupului sanghin se face numai în Ardeal.

In concluzie, cunoscându-se data raportului sexual, zilele în cari femea ar fi putut fecunda, caracterele cari se moștenesc și la acestea mai adăugându-se și criteriile lui Bernstein cu examenul grupelor sanghine, se poate aproape cu siguranță stabili identitatea tatălui noului născut.

2. Semnele facerii.

Sunt absolut necesare pentru confirmarea sau infirmarea unei bănueli de pruncucidere, unei acuzațiuni de părăsire a unui nou născut, pentru demonstrarea temeiniciei unei acțiuni în contestarea filiațiunii, în caz de suspiciune de sarcină simulată, ori de sarcină imaginară. Diagnosticul facerii este bazat atât pe examenul femeii sau copilului viu cât și pe acela al cadavrului femeii și al copilului. Diagnosticul este foarte ușor de făcut la o primipară, nu numai în primele săptămâni ci și la câteva luni după facere. La multipară, diagnosticul ultimei faceri, aproape nu mai este posibil, decât numai la interval de câteva luni. Elementele de informațiune sunt culese din: examenul stării generale a femeii, examenul mamelor și mame-loanelor, examenul scurgerilor genitale, al organelor genitale externe și interne și din acel al regiunii ano-perinealo-vulvare.

Starea generală a lehuzei. În primele zile femea este debilitată, are excitabilitatea sporită, temperatura crește în primele 12 ore, iar pulsul este rar.

Glandele mamare și secreția lactată. Mamelele în săptămâna lehuziei sunt bogate în țesut glandular. Prezintă vergeturi albastre. Mamelonii sunt oarecum turtiți, iar tuberculii lui Montgomery în areolă sunt proeminenți.

In facerea veche mamela este contractată la bază. Pe când la parturienta care nu alăptează, secrețiunea lactată slăbește după câteva zile și încetează cu totul după 8—10 săptămâni, la femea care și hrănește pruncul, secrețiunea poate dura și după înfărcare, chiar ani de zile.

Abdomenul. Caracteristica abdomenului de parturientă o constituie flascăditatea peretelui abdominal și încrețirea tegumentului care este cu mult mai marcată la o multipară, decât la o primipară, și cu atât mai mari cu cât mai numeroase au fost sarcinile. Vergeturile recente sunt de culoare violacee și cu timpul devin sidefii. Stomacul

la palpare după parturiție este alungit și subțiat, ca după două luni să-și revină forma normală. Perineul în 25% din cazuri la primipare, prezintă rupturi perineale la nivelul comisurii inferioare a vulvei. Vulva când furculița este foarte destinsă sau a suferit o ruptură, poate fi lărgită în partea inferioară. Buzele mari sunt umflate și edematoase. Buzele mici, cam timp de 3—4 zile prezintă sufuziuni sanghine. Himenul parturientei prezintă rupturi multiple și adânci. Vaginul în primele zile e flasc, dilatat, cu mucoasa violacee și cu încrețituri șterse. Uterul prezintă la orificiul lui exterior creștături laterale și este permeabil pentru unul sau două degete. Orificiul intern se contractă repede. Volumul uterului în prima zi a lehzuziei la examenul bimanual, apare ca o tumoare imensă, iar cupola lui ajunge până în dreptul ombilicului sau la 2—3 degete sub acesta. În ziua 5-a fundul uterului se simte pe la mijlocul distanței dintre ombilic și simfiză. În a 8-a zi coboară sub simfiză, iar în a 12-a zi, ajunge sub cuta pubiană, nemai putând fi palpabil. Consistența caracteristică a uterului puerperal este aceea a unui țesut ramolit în care rămân impresiunile digitale. Cantitatea mijlocie de sânge hemoragic postpartum, variază după *Ahlfeld* între 600—800 gr., iar după *Schanta* între 600—1000 gr. Prezența de meconiu și de sebum pe căile genitale, pe cămașa femeii și pe cearșafuri, este încă o indicație de certitudinea facerii. *Examenul cadavrului femeii.* Mamelele, abdomenul, vulva, vaginul, se examinează ca la lehuza vie. Oricare ar fi epoca de examen, un uter puerperal, nu recapătă niciodată forma și mărimea uterului virginal (*M. Minovici*). *Dietrich* atribue necrozei parțiale a musculaturii uterine valoarea unui semn de certitudine al puerperalității. *Fränkel*, remarcă prezența celulelor choriale uriașe printre fibrele musculare. Cavitata uterină este mărită. Peretele anterior și posterior este bolțit. Pe fața interioară a uterului aderă chiaguri sanghine și resturi deciduale. Colul este lărgit și contuzionat, iar orificiul exterior este dilatat și prezintă rupturi. Dimensiunile uterului gravid variază între 16—19 cm. diametrul longitudinal și 7—9 cm. cel antero-posterior. Decidua ovari descrisă de *Lindenthal* și *Penkert* este un semn sigur de puerperalitate, iar resturile acestui țesut se pot identifica chiar după trecerea mai multor ani cu condiția însă să nu fi fost distrusă de putrefacție.

Demonstrația medico-legală a facerii este de o însemnătate hotărâtoare, fie pentru validarea sau invalidarea unor acte ale vieții civile, fie pentru stabilirea elementului esențial al unor grave răspunderi în penal (*M. Minovici*).

In civil: dispensă de vârstă pentru căsătorie, artic 128, eliminarea cauzei de nulitate a căsătoriei, artic 167, cauză de divorț (dovada aulterului) artic 214, stabilirea filiațiunei materne, în caz de bănuială de substituire în sarcina simulată, artic 287, 289, 292, 301, 303, filiațiunea maternă în caz de tăgadă artic 308, excepția pentru căutarea paternității artic 307, despăgăbiri pentru seducerea unei femei artic 998, drepturile copilului la moștenire artic 106, 652, 677, drepturile la succesiunea copilului născut viu, art. 670, și anularea adopțiunei.

In penal: Substituire în caz de sarcină simulată 275, dovada adulterului artic 269, dovada bigamiei artic 271, urmările atentatului la pudoare artic 263—6, urmările răpirii unei minore, art. 281, 283, urmările ademenirii unei fecioare, artic 267, 268, pruncuciderea art. 232 și stabilirea turburărilor mintale de natură puerperale artic 57.

3. Sterilitatea femeii

În mod curent se obișnuiește să se zică, sterilitate și un impotență la femei, pentru că sunt 2 noțiuni cu sfere de volum diferit. O femeie deși are organele interne apte de fecundare, totuși ea rămâne steriă din cauza unui viciu de conformațiune care poate fi o piedică la coit și fecundare. Prin urmare sub raportul funcțiunei concepțiionale femeia e perfectă, totuși este sterilă. La femei de obicei se vorbește de o impotență coeundi și de o impotență concipiendi sau pur și simplu sterilitate.

Impotența coeundi se poate datori unei cauze psihice și nervoase și anatomice.

Impotența psiho-nervoasă, survine în următoarele cazuri:

1. Femeii îi este scârbă de bărbat în genere și se opune cu îndârjire la îndeplinirea actului sexual. Aversiunea aceasta se manifestă sub diverse forme:

a) misticism: menirea ei era să se ducă la mănăstire și că săvârșește un mare păcat prin satisfacerea pornirilor trupești,

b) frigiditate acută: nu simte necesitatea raporturilor sexuale.

c) masturbația inveterată.

d) safismul, tribadismul: femeia își găsește voluptatea supremă în practicarea acestei inversiuni.

2. Femeii îi este scârbă de bărbatul ei, preferând să se sinucidă decât să consimtă la datoria maritală; aceasta în urma faptului că femeia l-a luat cu sila sau din considerațiuni materiale sau morale.

3. Nu îi este scârbă de bărbat ci numai de raportul sexual normal.

4. Femea se supune legii sexuale, dar în momentul hotărîtor o apucă un acces nervos, care o duce într'o stare de inerție aproape cataleptică.

Wirchow, citează cazul unei femei, care în momentul coitului, cădea într'un somn adânc comatos, fiindcă la orificiul mitral prezenta o cicatrice.

Impotență de natură anatomică. Are două feluri de cauze: un viciu de conformație a părților genitale externe și absența acestor părți.

1. Viciu de conformație interesează: vulva, vaginul și bazinul.

a) Vulva: atrezia, sudarea buzelor mari, elefantiazis, herniile labiale, prezența unor vegetații și vulvă infantilă.

b) Himenul: imperforat, cribiform, prea gros și cu orificiul prea strâmt.

c) Clitorisul: hipertrofia acestuia.

d) Micimea, devierea, vaginului. Vaginul poate da în rect sau vezică, având un singur orificiu și în cazul acesta coitul nu se poate face decât prin uretră, când se poate avea ca urmare, ruptura acesteia. Se poate avea obliterarea vaginală în urma arsurilor, rănilor obstetricale, proceselor infecțioase și tumorilor de vecinătate.

2. Absența vaginală dobândită în urma operațiilor plastice. Atofia vaginală: când se găsește un vagin rudimentar, în forma unui scurt fund de sac, natural sau produs artificial prin repetate coituri artificiale.

Vaginismul și înțepenirea coapselor sunt alte 2 motive de impotență anatomică.

Impotența Concipiendi sau sterilitatea propriu zisă. Poate fi provocată de cauze generale și locale.

1. Cauze generale.

a) mizeria fiziologică este în genere o cauză de inaptitudine la germinare,

b) infecțiunile septice, tuberculoza,

c) boli venerice reprezentate prin salpingita dublă și sifilis.

2. Cauze locale.

a) vicii de conformațiune ale organelor genitale externe, care nu exclud totdeauna fecundarea, așa o femeie cu 3 himene suplimentare a rămas gravidă, iar expulsarea fătului s'a făcut după incizarea acestor bariere (Frista).

- b) absența și atrofia uterului,
- c) imperforarea și atrezia colului uterin,
- d) deplasarea uterului,
- e) catarul acut al mucoasei uterine (în cancer și fibrom uterin rar fecundează femeile),
- f) impermeabilitatea trompelor,
- h) aplicarea permanentă a pesarelor.

3. Cauze de origine ovariană.

a) în primul loc, absența ovarelor, care poate fi congenitală (cazul unei fete de 20 de ani observată de *Bencke*), sau dobândită, în caz de ovariectomie (*Robertson* și *Schatz*, citează sarcini cu dublă ovariectomie),

b) tumori ovariene (dar sunt și excepții),

c) atrofia ovarelor cu distrugerea foliculilor lui Graaf provocate de o aplicațiune intensă a razelor X, infantilism și status timolinfatic,

d) ovulația. În mod teoretic ovulația și menstruația sunt fenomene sincronice, dar observații autentice dovedesc și numeroase abateri dela această lege de interdependență. Astfel *Reikerd* admite: sarcini la femei niciodată menstruate, sarcini la femei cu menstruația temporar suspendată și sarcini după menopauză. *Hofmann*, citează cazul unei femei de 59 ani care a născut un copil viu. Statistica lui *Newerman* citează 12 nașteri de copii vii între 50—55 ani, iar *Rutel* citează cazul unei femei care naște la 50 de ani, după o sterilitate de 19 ani și o menopauză de 2 ani. Cu toate că ovarele sunt complet alterate, se poate înregistra sarcina, deoarece unii autori susțin că ar exista ovare supranumerare, sau ar persista resturi din țesutul ovarian normal. Menstruația nu este un indiciu la aptitudinea de fecundare, pentru că există menstruație fără ovulație.

Impotența femeii constată încă dela începutul căsătoriei, constituie o cruzime pentru bărbat și poate fi un motiv de divorț. 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 o femeie de a fi conceput copilul pe cari vrea să-l atribue soțului sau răpitorului (*Mina Minovici*).

Concluziuni.

1. Medicina legală utilizează în practica ei, numeroase fapte clinice, din domeniul Obstetricii și Ginecologiei.

2. Medicina legală penală nu poate rezolva cazuri de avort și pruncucidere, fără cunoașterea precisă a noțiunilor de patologie obstetrico-ginecologice.

3. Origina exactă a unui avort și diagnosticul precis al avortului criminal, nu pot fi stabilite, fără cunoașterea și utilizarea metodelor clinice anatomo-patologice și bacteriologice în strânsă legătură cu obstetrica medico-legală.

4. Pruncuciderea prin omisiune, rămâne nerezolvată, dacă nu apelăm la faptele strâns legate de patologia sarcinii și a nașterii.

5. Morțile subite ale gravidei, cazurile de sarcină patologică bine cunoscute permit medicinei legale de a rezolva echitabil și just erorile ce survin în practica obstetricii, legate sau nu de responsabilitatea mamoșului.

6. Mamoșul se orientează după principiile fixate de medicina legală în conduita sa deontologică, legată în special de problema responsabilității și a secretului medical.

7. Medicina legală civilă, apelează la noțiunea de obstetrică, în caz de căsătorie, divorț, filiațiune, căutarea paternității, sterilitatea femeii etc.

8. Acest domeniu a fost larg dezvoltat de progresele medicinei legale, oferind justiției noi metode pentru rezolvarea problemelor pendinte.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății:

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. M. KERNBACH

Bibliografie.

1. *Abderhalden*: Les ferments de défense de l'organisme animal Paris 1914.
2. *Aschheim*: Die schwangerschafts diagnose aus dem harn. Berlin 1930.
3. *Brouha*: Un nouveau procédé de diagnostique hormonal précoce de la grossesse. Annales des med. légale 1930.
4. *Brouha—Hinglais*: Le diagnostique de la grossesse par la reaction de Brouha—Hinglais—Simonet. Gyn. et. Obst. Paris 1931.
5. *Gernez, Louis*: Diagnostique biologique de la grossesse Ed. A. Durant Lille 1932.
6. *Grigoriu Cr.—Iancu A.*: Asistența facerii și noului născut Ediția II Editura Alexandru Anca, Cluj 1930.
7. *Gragert O.*: Die sterilität der Frau. Med. Welt 1932 No. 18—20.
8. *Heinrich Fritsch*: Fruchtabtreibung in Handb. Sach. Tät. Leipzig 1911.
9. *Hüssy Paul*: Der Geburtshilfflichgynaekologische Sachverständige. Huber Bern Berlin 1931.
10. *Jaklowszky D.*: Perioadele agenezice ale femeii și importanța lor medico-socială. Teză de doctorat. Tip. Victoria 1936 Cluj.
11. *Kammitzer, Joseph*: Zur Biologischen diagnose der schwangerschaft. Medizinische Klinik 26 Mars Berlin 1922.
12. *Kernbach M.*: Se poate diferenția avortul spontan de cel provocat. Clujul Medical Nr. 2. 1930.
13. *Kernbach M.—Romanescu*: Hotarul tradițional și legal al profesiunii legale. Tipogr. Transilvania Cluj 1935.
14. *Kernbach M.*: Pruncucidere prin părăsire sau expunere, Extras Clujul Medical Nr. 6, 6 Iunie 1928.

15. *Kernbach M.*: Curs de Medicină-legală Ed. III Cluj 1934.
16. *Kernbach*: Probleme Medico-Juridice și dentologice ale avortului. Raport la congresul național de chirurgie din 5, 6, 7, 8, Noembrie 1934. Tip. Cultura București.
17. *Kéry A.*: Studiul Medico-legal asupra actualelor metode pentru profilaxia sarcinei. Teză de doctorat. Tip. Minerva 1934 Cluj.
18. *Minovici Mina*: Tratat complet de Medicină-legală cu legislația și jurisprudență românească și străină. Vol. II Socec 1930. București.
19. *Milștein*: Considerații asupra diagnosticului precoce în sarcină și importanța sa medico-legală. Teză de doctorat. Tipogr. Cartea Românească 1935 Cluj.
20. *Pommerol Adrien*: La responsabilité médicale. Paris 1935. Tip. Sirey.
21. *Peytel Adrien*: La responsabilité médicale. Tip. Bayer Paris 1935.
22. *Rafiu Tr.*: Contribuțiuni la studiul diagnosticului diferențial între avortul spontan și provocat. Teză de doctorat. Tip. Ardealul Cluj 1931.
23. *Stumpf*: Gerichtliche Geburtshülfe. Bergmann Wiesbaden 1907.
24. *Thoinot*: Précis de Médecine-Légale. Doin Paris 1913.
25. *Wolff I.*: Avortul indicat. Teză de doctorat. Tip Victoria 1935 Cluj.