

1002

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

---

---

No. 1119

# CĂUTAREA PATERNITĂȚII PRIN METODELE MEDICALE ȘI ANTROPOLOGICE



**TEZĂ**  
PENTRU  
**DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE \_\_\_ IUNIE 1937.

DE

**P E T C U Z A M F I R A**

1937

---

Tipografia „ROMÂNUL” Cluj, Strada Cogătaiceanu No. 4

No. 1119

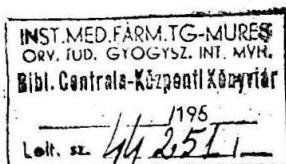
# CĂUTAREA PATERNITĂȚII PRIN METODELE MEDICALE ȘI ANTROPOLOGICE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE \_\_\_ IUNIE 1937.

DE

PETCŪ ZAMFIRA



23 MAY 2005

1937

**UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I” DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ**

---

*Decan: D-nul Prof. Dr. D. MICHAİL*

*Profesori:*

Clinica stomatologică.....	Prof. Dr. Aleman I.
Microbiologie .....	„ „ Baront V.
Istoria medicinei .....	„ „ Bologa V.
Patologia generală și experimentală.....	„ „ Botex A. M.
Clinica oto-rino-laringologică .....	„ „ Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană .....	„ „ Drăgotu I.
Fiziologia umană .....	„ „ Benetato G.
Semiologia medicală .....	„ „ Gota I.
Clinica ginecologică și obstetricală.....	„ „ Grigoriu C.
Clinica medicală.....	„ „ Hațeganu I.
Medicina legală .....	„ „ Kernbach M.
Clinica oftalmologică .....	„ „ Michail D.
Clinica neurologică .....	„ „ Minea I.
Igiena și Igiena socială.....	„ „ Moldovan I.
Radiologia medicală .....	„ „ Neștru D.
Anatomia descriptivă și topografică.....	„ „ Papilian V.
Clinica chirurgicală )	
Medicina operatoare ) .....	„ „ Pop A.
Clinica infantilă .....	„ „ Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl) .....	„ „
Balneologia .....	„ „ Sturza M.
Clinica dermato-venerică .....	„ „ Tătaru C.
Clinica urologică .....	„ „ Țeposu E.
Chimia biologică .....	„ „ Thomas P.
Clinica psihiatrică .....	„ „ Urechta C.
Anatomia patologică .....	„ „ Vasillu

**JURIUL DE PROMOTIE:**

<i>Președinte:</i>	D-1 Profesor Dr. M. Kernbach	
<i>Membrii:</i>	{	„ „ „ Hațeganu I.
		„ „ „ Papilian V.
		„ „ „ Bologa V.
		„ „ „ Buzoianu Gh.
<i>Supleant:</i>	D-1 Doc. Dr. Gavrilă I.	





# I. INTRODUCERE

Intre probele științifice care s'au utilizat în căutarea paternității, prima a fost proba biologică. Pe cale biologică căutarea paternității se face prin examenul sângelui. Țara unde s'au făcut cele mai numeroase aplicațiuni practice ale acestei metode biologice este Germania. Aici până mai în anii trecuți s'au făcut peste 5000 de aplicațiuni practice în fața instanțelor. La noi în țară s'a utilizat această metodă mai mult în Transilvania. În special Institutului Medico Legal din Cluj i-a revenit sarcina în repetate rânduri de a răspunde în fața instanțelor judecătorești din Ardeal, Bucovina și Banat, cu ajutorul probei biologice, dacă presupusul tată, este sau nu de fapt tatăl adevărat al copilului.

— Dar înafară de această metodă biologică, progresele științifice azi ne oferă și alte mijloace de probațiune în căutarea paternității. Dintre acestea cele mai importante sunt trei: **proba medicală, probă antropologică și metoda stabilirii momentului concepțiunii.** Primele două se bazează pe ereditate și sunt supuse legilor ei.

**În proba medicală, medicul va recurge la cercetarea anumitor boli sau anomalii la copii, care după cum este știut, sunt trecute între cele ereditare. Deci medicul va răspunde numai atunci, când copii moștesc aceste boli sau anomalii ereditare.**

**Proba antropologică, are cadrele mai largi și pentru aceea utilitatea ei va avea o valoare mai mare. Multe din caracterele anatomice ale corpului sunt ereditare și deci vor fi întâlnite la mai mulți membrii de familie, în speță, le vom întâlni și în linie ascendentă, la părinți. Semnele antropologice trebuiesc căutate cu amănunțime; iar examinarea lor se face după cunos-**

cutul portret vorbit, utilizat în serviciile de identificare. Căutarea paternității cu ajutorul metodei antropologice este de dată recentă și la noi în țară pe lângă puținele instituții științifice, Institutul Medico Legal din Cluj este acela care a întreprins cercetări mai ample în acest domeniu. Cercetările sunt în curs și în curând vom avea date statistice edificatoare.

— O ultimă metodă importantă în căutarea paternității, de care mă voi ocupa în această lucrare inaugurală, este: **stabilirea momentului concepțiunii**. Cercetări cu totul recente au venit să confirme teoria revoluționară a lui **Knaus și Ogino**. Constatările acestor autori arată, că femeile mature și sănătoase nu pot concepe decât în anumite zile ale ciclului menstrual. Ținând seamă de aceste zile, se va putea ușor stabili data coitusului fecundant, într'un anumit număr de cazuri. Statisticile bogate apărute anul acesta, ale lui **Leo J. Latz și E. Reiner** din Chicago, sunt oele mai edificatoare asupra veracității și exactității metodei lui **Knaus și Ogino**. La noi în țară, metoda este prea puțin cunoscută și printre medicii ginecologi are prea puțini adepți. **D-lui Prof. M. Kernbach**, îi revine marele merit de a fi căutat să împământenească și la noi această metodă atât de utilă. În lupta mare și continuă ce a dus-o contra avorturilor criminale și în dorința de apune la dispoziție instanțelor judecătorești, o nouă probă în căutarea paternității **DI Prof. M. Kernbach**, aceste rezultate științifice le-a expus dela catedră, le-a prezentat la societăți savante, a scris articole de presă etc. Sub directa sa supraveghiere, doctorul **V. Hurghișiu**, Asistent al Institutului Medico Legal din Cluj, a construit un «ingenios» aparat pentru aflarea perioadei fertile și a perioadelor sterile fiziologice ale femeii.

În acest fel, Institutul Medico Legal din Cluj, a ușurat mult difuzarea și aplicarea rezultatelor științifice.

Urmărind aceste lucrări, m'au pasionat din ce în ce, motiv pentru care m'am hotărât a ruga pe **D. Prof. M. Kernbach** să binevoiască a-mi încredința teza cu titlul de mai sus. În timpul execuției acestel lucrări, am avut tot sprijinul D-sale, precum și al personalului științific al Institutului. Din aceste motive mă

*simt adânc îndatorată, și pe lângă admirația mea, îl rog, să binevoiască a-mi permite a-i adresa cele mai vii mulțumiri și a-l asigura de păstrarea unor distinse sentimente de stimă și recunoștință.*

— *Problema căutării paternității concepută în modul de mai sus și în spiritul noilor date științifice, am înțeles a o trata după următorul plan :*

## **I. Introducere.**

## **II. Examenul copilului.**

## **III. Noile metode științifice în căutarea paternității :)**

1. *Stabilirea momentului concepțiunii.*
2. *Proba medicală.*
3. *Proba antropologică :*

a) *Examinarea morfologică.*

b) *Examinarea antropometrică.*

## **IV. Cazuri.**

## **V. Considerațiuni generale.**

## **VI. Concluziuni.**







## II. Examenul copilului

Examenul copilului nou născut, trebuie făcut imediat sau puțin timp după naștere, pentru a putea observa semnele de maturitate sau prematuritate, deoarece aceste semne după câteva săptămâni sunt greu de interpretat, unii copii dezvoltându-se prea repede. Pe de altă parte se va ține seama și de data concepțiunii.

### Stabilirea maturității copilului

După Nürnbergger semnele maturității ar fi următoarele : Țalia copilului să aibă 50 cm., măsurat fiind dela cap la călcăie, copilul stând drept, cu gamba în extensie. Greutatea 3000 gr. și să prezintă următoarele diametre :

#### a) Cap

- Diametrul bitemporal 8 cm.
- „ biparietal 9,5 cm.
- „ fronto-occipital 12 cm.
- „ mento-occipital 13,5 cm,
- „ suboccipital bregmatic, 9,5 cm.
- Circumferința fronto-occipitală 34 cm.
- „ suboccipito-bregmatică 32 cm.
- „ mento-occipitală 36 cm.

#### b) Corp

- Diametrul oblic al umerilor 12 cm.
- „ „ al bazinului 9,5 cm.
- Circumferința umerilor 35 cm.
- „ bazinului 27,5 cm.
- „ toracelui 35 cm.

### c) Măsuri proporționale

Circumferința umerilor este mai mare decât a bazinului. Brațele și picioarele au aceeași lungime. Măinile și picioarele sunt odată și jumătate mai lungi decât capul. Aceste date au importanță căci, un copil normal și matur de sigur că trebuie să aibă datele de mai sus, sau cu mici diferențe.

## Conformație

Pielea roz palidă. La prematur roz-închisă. Țesutul celular subcutanat bine dezvoltat, pielea întinsă (nu încrețită), se găsesc comedoame și milium pe pielea nasului. Lanugo se găsește numai pe umeri și pe partea superioară a toracelui, brațe și piept. Părul copilului bine dezvoltat, având 2 cm. lungime. Urechile și nasul sunt de consistență cartilaginoasă. Unghiile depășesc pulpa degetelor. La băieți testiculi se găsesc în scrot, iar la fetițe buzele mici sunt acoperite complet. În epifiza inferioară a femurului și epifiza superioară a tibiei se găsesc puncte de osificație. Placenta în caz de copii maturi măsoară 666 gr. Între placenta și copil trebuie să existe o proporție de greutate de 1:3, până la maximum 1:7,6. Se găsesc totuși diferențe în unele cazuri, de exemplu la primipare, deși copilul este normal. Aceste date sunt totuși relative și supuse criticii, ele fiind numai medii. Cele mai importante date rămân, greutatea și lungimea.

Aceste date neaflându-le la examenul unui copil, putem afirma că este vorba de o lipsă de maturitate. Copilul este prematur, în interpretarea acestor semne vom ține seamă și de faptul că durata sarcinii variază, stabilit fiind că timpul între coabitare și naștere poate varia. După *Runge* timpul concepțiunii nu poate fi precizat. În general nașterea unui copil matur se face la 272 zile, dela data concepțiunii și la 280 zile dela ultima menstruație. Acest timp nu este nici el precis, putând varia. După *Nürnbergger* acest timp poate să fie 244 zile și totuși copilul să fie matur. *Znagemaster* sustine că un copil născut la 221 zile de concepțiune, poate să fie matur. Acestor copii poate să le lipsească anumite semne de maturitate. Limita maximă a duratei sarcinii este socotită 310—320 zile.

## Cercetarea hiper maturității copilului

Date precise de hiper maturitate avem atunci când copilul are o lungime mai mare de 52 cm. și greutate de peste 3500 gr. In acest caz sarcina este mai lungă decât normal. *Zunge-master*, dă următorul tablou despre raportul între durata sarcinei și lungimea copilului :

Lungimea copilului	durata sarcinei	zile
46 cm.	262	zile
47 "	267	" "
48 "	273	" "
49 "	277	" "
50 "	279	" "
51 "	282	" "
52 "	283	" "
53 "	285	" "
54 "	287	" "
55 "	288	" "
56 "	289	" "
57 "	290	" "

La o sarcină de peste 302 zile, majoritatea copiilor se nasc morți.

Un copil hiper matur nu poate fi născut sub 240 zile. In asemenea cazuri paternitatea este exclusă. Au fost cazuri unde paternitatea s'a pus la îndoială. Exemplu un nou născut de 4060 gr. și 57 cm. lungime, cu diametre: biparietal 9 cm., fronto-occipital 11 cm., mento-occipital 13,5 cm., circumferența capului 34., diametrele umerilor 15 cm., diametrul mare al bazinului 10 cm. Copilul s'a născut la 19 Aprilie 1929. După datele mamei și ale soțului, primul act sexual a fost la începutul lunii Septembrie 1928, nașterea la 19 Aprilie 1929. Durata sarcinei a fost de 231 zile. Era vorbă deci de un copil hiper matur și soțul nu putea fi tatăl copilului.

## Cercetarea prematurității

Copilul prematur are o lungime mai mică de 48 cm. și greutate sub 3000 gr. Nu este necesar numai decât ca la un copil prematur sarcina să fi durat mai puțin decât normal, căci s'au văzut nașteri la 270—280 zile dela

data concepțiunii și totuș copilul născut a fost prematur, 1700 gr. și 46 cm. lungime. Membrana pupilară se rezorbe în luna a VI-a a sarcinei. Pielea este de culoare roșie până în luna a IX-a. Țesutul celular subcutanat mai bogat în luna a IX-a.

*Datele copilului sugaci.* După câteva luni sau săptămâni, examenul copilului nu mai are aceeaș importanță, de oarece semnele de maturitate sau prematuritate dispar.



### III. Noile metode științifice în căutarea paternității

#### 1. Stabilirea momentului concepțiunii

Asupra timpului de ovulație există diferențe între părerile autorilor. Urmărind literatura medicală, vedem că la prima ediție a cărții lui Knaus 1933, majoritatea autorilor nu erau de acord cu datele stabilite de acest autor. Astăzi numărul celor necredincioși este mult mai mic, grație cercetărilor minuțioase ale lui Knaus, Ogino, etc. Primul care s'a ocupat de această chestiune a fost Leopold. Acesta face cercetări asupra ovarelor scoase în urma laparotomiilor și el constată că din cele 95 de cazuri, la 59 ovulația s'a făcut înaintea menstruațiunii sau în timpul ei, grație congestiei ovarelor în acest timp. Knaus își bazează cercetările privitoare la stabilirea termenului de ovulație, pe observațiile radiologice. La radioscopie se observă că uterul umplut cu o substanță radiologică se prezintă sub diferite aspecte. Odată arată contracții vii, alteori nu reacționează deloc la exercițiile provocate prin introducerea aceleiași substanțe. Această variație, el o pune în legătură cu acțiunea corpului galben, care știm că are o acțiune inhibitoare, liniștitoare asupra musculaturii uterine.

În decursul cercetărilor sale *Knaus* descopere un aparat, cu ajutorul căruia poate să înregistreze contracțiunile musculare. Cu acest aparat înscrie contracțiunile uterine la femeile sănătoase, cu un ciclu de 28—30 zile. Cercetează reacțiile uterine față de extractul de lob posterior hipofizar, în diferite zile ale ciclului menstrual. Astfel obține două feluri de curbe. Unele cu reacțiune

pozitivă, când după injecție cu pituitrină presiunea intra-uterină se ridică și contracțiunile devin mai puternice, iar altele cu reacție negativă, când uterul nu reacționează la pituitrină. Până în ziua a 16-a ciclului menstrual, reacțiunile cu pituitrină sunt pozitive, dela această dată reacțiunile devin negative și ele reapar în ultimele două zile ale ciclului. Dar și fără injecție de pituitrină se observă o diferență între curbele obținute înaintea zilei a 16-a și după această dată. Cele luate înaintea zilei a 16-a arată ondulațiuni, pe când cele după această dată, se prezintă cu o lungime dreaptă. Știind că reacțiunea față de pituitrină devine negativă după ziua a 16-a. Aceasta înseamnă că la această dată, deja avem un corp galben nou format, ceace a fost și confirmat prin laparatomie.

Prin urmare ovulația a trebuit să se întâmple cu o zi sau două mai înainte, adică în ziua a 14-a sau a 15-a a ciclului menstrual. Știind că lungimea ciclului menstrual este variabilă, *Knaus* a calculat data ovulației dela ziua menstruației proxime și a putut să dovedească faptul că la o femeie cu funcție genitală normală, ovulația se întâmplă în ziua a 15-a înaintea menstruației proxime. În ce privește durata vieții corpului galben menstrual, ea este de 14 zile întotdeauna, după cum a stabilit *Knaus*. Cunoscând aceste legi biologice, teoria veche care susținea că ovulația la femei se întâmplă tot în urma coitusului ca la epuroajice, a căzut. Există și o altă ipoteză care susține că ovulația provocată, dacă nu intervine în orice zi a ciclului menstrual, ar putea interveni atunci când foliculul ar fi în maturație complectă. Un contact în acest timp deci cu 2—3 zile înaintea ovulației spontane, ar trebui să conducă la sarcină. Dar s'a constatat contacturi în acest timp, făcute chiar fără nici o prevențiune, și care nu au condus la sarcină, deci la ovulație. Cercetările cu aparatul lui *Knaus* s'au făcut pe o scară întinsă și de alți autori, însă rezultatele obținute n'au confirmat întotdeauna constatările lui *Knaus*.

*Ciclul mensural.* Din toate cercetările amintite până acum rezultă următoarele reguli: 1. Vitalitatea ovulului este de foarte scurtă durată în mod practic, dacă nu devine fecundat. 2. Vitalitatea spermatozoidului în organele genitale feminine nu depășește timpul de 48 ore. 3. Corpul galben menstrual are o viață fixă de 14 zile. 4. Ovulația la o femeie sănătoasă din punct de vedere genital,

se face înaintea menstruației proxime cu 15 zile. De aci putem vedea că zilele în care o femeie poate concepe în timpul unui ciclu menstrual, sunt foarte reduse. În mod teoretic ar fi în total 3 zile, din care o zi în care se face ovulația și 2 zile înaintea ovulației, timpul de vitalitate al spermatozoizilor în organele genitale feminine. Această teorie s'ar putea aplica în practică dacă femeile ar avea un ciclu menstrual fix de 28 zile. În cazul unui astfel de ciclu fix de 28 zile, aceste trei zile ar fi zilele de 12, 13 și 14 ale ciclului menstrual. În acest caz perioada genezică de trei zile este situată în mijlocul ciclului menstrual, și este precedată și urmată de câte o perioadă sterilă. În acest caz ideal ar fi vorba de o abțință de trei zile, pentru ca femeia să nu fecundeze. Inșă un ciclu fix de 28 zile întâlnim foarte rar la femei. *Ogino* dă un procent destul de mare de femei care menstruează cu un ciclu fix de 28 zile. El descrie trei tipuri de cicluri :

1. Un tip constant și simplu, cu aceeași lungime de 28 zile.

2. Un tip constant și multiplu, cu schimbări de 2—3 zile și

3. Un tip complet neregulat. Primul tip în mod practic nu există, toate femeile aparținând tipului 2, și având variațiuni de 2—3 zile în lungimea ciclului. Pentru ca să putem fixa zilele perioadei fertile a unei femei, trebuie să cunoaștem lungimea ciclului, urmărită timp de cel puțin un an. Pentru aceste urmăriri atât *Knaus*, cât și *Ogino*, recomandă întocmirea unui calendar menstrual în care se va nota data apariției fiecărei menstruații și momentele principale ce obvin în decursul acestui ciclu. Pentru ca să aflăm perioada genezică a unei femei procedăm în felul următor : Să luăm ca exemplu o femeie care are ciclul cel mai lung de 31 zile, iar cel mai scurt de 23 zile. Fixăm data menstruației proxime, luând ca bază ciclul cel mai lung (deci de 31 zile). Numărând înapoi 14 zile, obținem ultima zi a perioadei genezice, în cazul de față a 18 a zi. Apoi fixăm zilele ovulației ciclului mai scurt (de 23 zile) și obținem ziua a 9-a, dela care numărând înapoi încă trei zile vom avea ziua a 6-a, adică prima zi a perioadei genezice. Deci o femeie cu ciclul variabil între 23 și 31 zile va avea perioada fertilă între a 6—18-a zi, dela data apariției menstruației. Pentru aflarea perioadei fertile și a perioadelor sterile



ale femeii, Dl. Asistent *Dr. Hurghișiu* a imaginat un aparat cu ajutorul căruia se pot calcula în mod aproape automat. Aparatul acesta numit «Genezimetru» poate fi utilizat de persoane chiar mai puțin instruite.

Azi când cunoaștem momentul ovulației, durata de fecundabilitate, durata și supraviețuirea spermatozoizilor, precum și zilele perioadei genezice ale femeii, atâtea criterii după care ne putem conduce, putem să stabilim când a putut să aibă loc coitul fecundant și dacă presupusul bărbat a putut sau nu să fie tatăl copilului.

## 2. Proba medicală

### *Noțiuni curente asupra eredității în medicină*

Legile Mendeliene ale eredității au importanță atât în regnul vegetal, cât și în cel animal. Nu încape nici o îndoială în ceea ce privește posibilitatea de a le aplica și la speța umană. Un mare număr de fapte arată că sunt la om caractere normale ori patologice, care sunt transmise după legile eredității alternative. Trebuie însă să precizăm că nici o observație făcută asupra omului, nu prezintă garanția unei experiențe de genetică. Niciodată legile eredității Mendeliene nu s'ar fi putut deduce din experiențele făcute asupra umanității. Numai pentru că ne-am deprins în altă parte să le cunoaștem (regnul animal și vegetal), putem să le recunoaștem ici colo și în familiile umane. O primă greutate vine din faptul că aproape nu există o rasă umană pură din punct de vedere al particularităților morfologice, (culoarea părului, culoarea irisului) a căror analiză genetică se face de obicei. Imensa majoritate a oamenilor sunt niște heterozigoți complecși, datorită nenumăratelor încrucișări în toate sensurile care reprezintă ascendența lor. Uniunile umane fiind condiționate pe de altă parte de considerente cu totul altele decât acelea care interesează pe geneticieni. Nici o serie de generație, nu are valoarea unei experiențe sistematice. Metoda așa de fructuoasă a încrucișărilor între frați și surori fiind în afara oricărei aplicări practice. Numai uniunile consanghine pot în unele cazuri particulare să dea documente

prețioase. Altă dificultate provine din slaba fecunditate a speiei umane. Acest defect este cu atât mai grav într'un studiu unde legea marilor numere, este la baza tuturor interpretărilor. Această dificultate crește prin faptul că un număr de caractere ereditare umane, pot să se realizeze din acțiunea unor factori multipli. Sunt chiar cazuri unde întinderea descendenților este în special necesară. Așa că în prezent chestiunea unui studiu mendelian, al caracterelor ereditare normale sau patologice a rasei umane, este exclusă. A încerca ceva asemănător, cu cele câteva documente împrăștiate pe care le posedăm, ar fi să vrem să forțăm faptele și să riscăm a discredită o metodă a cărui forță stă doar în experiență. Este totuș cu puțință să se releveze un anumit număr de fapte care sunt într'un acord perfect cu rezultatele genetice, fără a uita că neavând însă posibilitatea unui control experimental, concluziile pe care le putem trage, n'au decât un caracter provizoriu.

Cunoscund aceste noțiuni, să vedem ce se cunoaște spre exemplu despre culoarea părului. Aceasta pare să fie legată de doi factori fundamentali. Unul dominant, care determină apariția unui pigment negru sau brun, după factorii de intensitate prezenți. Al doilea factor recesiv, condiționează apariția unui pigment galben sau roșu. Doi indivizi cu părul negru, pot fi eterozigoți adică să aibă în stare latentă, factorul producător de pigment roșu. Ei pot avea câțiva descendenți cu păr blond sau roșu. Pot să fie însă falși roșii, care au din punct de vedere genotipic factori producători de pigmenți bruni, cu foarte puțini factori de intensitate și care pot apoi să aibă descendenți cu părul brun. Observațiile par să indice precis existența unui mare număr de factori intensificanți. În ce privește *forma părului*, cel buclat se comportă ca dominant, părul lins ca un caracter recesiv. Părul ondulat pare să corespundă eterozigoților intermediari. Tipul părului creț al negrilor este cu desăvârșire dominant la încrucișările între albi și negrii, mulații au toți părul creț. Se cunoaște un mod de ereditate al unei bucle albe frontale, care este un caracter dominant D. O femeie având o asemenea anomalie, a avut un băiat normal și o fată care i-a moștenit particularitatea. Această fată D. r. măritată cu un om normal RR, a avut 12 copii, dintre care 5 cu o buclă albă. *Harman* a raportat

istoria acestei familii care a putut fi urmărită în 6 generații. Culoarea irisului, pare să prezinte trei tipuri fundamentale : ochi albaștrii prin absența pigmentului pe fața anterioară a irisului, constituind un caracter recesiv, ochi gri sau verzi având un pigment galben, ochi căprij sau negrii al căror iris conține un pigment negru. Indivizii cu ochi albaștri având un caracter recesiv în teorie, nu trebuie să dea decât descendenți cu ochi albaștrii. Dar caracterul ochilor albaștrii poate fi amăgitor. Indivizi cu ochi în aparență albaștrii, pot să aibă factorii altori pigmenti nemanifestați, din cauza absenței factorilor de insentitate sau din cauze pur somatice. Albinismul care survine la rasele umane cele mai diverse, atât la negrii cât și la albi, este totdeauna un caracter recesiv ca la toate mamiferele legate de existența factorului condițional C. Dacă însemnăm cu N ansamblul factorilor pielii albe a unui european, vedem că albinismul de negru CN încrucișat cu un alb normal Cn va avea totuși descendenți colorați mulatrii Cc, Nn. Tipul Habsburg caracterizat prin prognatismul său, pare să fie un caracter dominant. Avem iarăși câteva indicațiuni asupra eredității mendeliene a congenității și gemeliparității.

### *Ereditatea patologică în căutarea paternității*

În ultimele două decenii, s'a început să se dea o importanță deosebită eredității patologice, în căutarea paternității. Până acum însă nu s'au putut preciza date care să poată servi drept pure din punct de vedere legal. Medical se admite ereditatea în căutarea paternității, dar numai cu restricțiuni. În cazuri de anomalii evidente la copii va trebui să se cerceteze aceste anomalii și la părinți, până chiar și la rudele îndepărtate. Prezența anomaliilor la față, pledează pentru paternitate. Lipsa anomaliilor la copii nu înseamnă negarea paternității, pentru că după cum am zis mai sus, numai jumătate din copii moștenesc anomaliile. Anomaliile trebuiesc constatate de timpuriu, la naștere și în prima copilărie, deoarece mai târziu apar alte manifestațiuni patologice, care ne pot induce în eroare. În general ereditatea unei formațiuni sau a unei boli dominante se va prezenta astfel: însemnăm cu MS caracterul dominant și cu S

starea sănătoasă recesivă. Dacă un bolnav cu MM se însoară cu o parteneră sănătoasă SS copiii lor vor fi toți bolnavi heterozigoți MS. Dacă unul din acești copii bolnavi MS, se căsătorește cu un partener SS, va avea descendenți MS bolnavi, și SS sănătoși. Cele două categorii vor apărea și vor fi numeric egale pentru un mare număr de descendenți. Este important de remarcat că copiii sănătoși SS, sunt deplin sănătoși și nu conservă nici o urmă de boală a unuia din părinți, Factorul este eliminat. Dacă printr'o unire consanghină sau prin întâmplare doi indivizi MS sunt în prezență, vor avea teoretic în descendenții lor  $\frac{1}{4}$  bolnavi puri,  $\frac{1}{2}$  MS bolnavi eterozigoți și  $\frac{1}{4}$  sănătoși puri. Un mariaj între doi indivizi bolnavi puri  $MM \times mm$  nu poate da naștere decât la indivizi bolnavi.

Printre anomaliile dominante putem cita: 1. *la extermități*, brachi dactilia, polidactilia, poziția mânilor și picioarelor în extensie, hipotrichosis achondroplasia. În ceea ce privește brachidactilia Farabée în 1905 a raportat istoria unei familii din Pensilvania urmărită timp de cinci generații. Anormalii sunt niște DR care se încrucișează cu RR. Orice anormal transmite anomalia la jumătatea sa în medie dela descendenții lui.

2. *Pielea și anexele*, Fistule congenitale în regiunea gâtului. Cheratoza palmară și plantară, epidermoliza traumatică, teleangiectazia ereditară emoragică, leuconichie, moniletrichosis, hipotrichosis, anoonichie.

3. *Ochi*. Microftalmie, epicantus, colorația închisă a pupilelor, ptoză congenitală, oftalmoplegia externă, colobomul irian, colorația albastră a scleroticeii.

4. *Cap*. Oxicefalie (cap în turn), microcefalie, gură de lup și buză de epure, micrognație și prognatie.

5. *Organele genitale*. Hipo și epispadias.

6. *Sistem nervos*, miotonie congenitală, boala lui Thomsen, atrofie miopatică progresivă, atrofie musculară progresivă de origine nervoasă.

### 3. Proba antropologică

Metoda anteopologică se referă la ereditatea morfologică normală. Multe din caracterele anatomice ale corpului sunt ereditare, urmând unele din ele legile eredi-

tății. Astfel culoarea ochilor, părului și a pielii, apoi forma părului erau așa zisele caractere fiziologice ereditare. Justiția apreciază empiric asemănarea dintre tată și copil, găsiind în această asemănare o dovadă pentru convingerea ei intimă. Cercetările din ultimii ani au încercat să găsiască în ce constă asemănarea dintre părinți și copii. S'a dovedit că foarte adesea între copil și tată există o asemănare a habitusului general sau asemănări între anumite regiuni ale corpului, în special se cunosc organele ce compun fața. Forma nasului (nasul pronunțat convex, este dominant față de nasul lat și scund), e un caracter ereditar dominant. Alt caracter dominant este proeminența maxilarului inferior (buză habsburgică). Forma buzelor (înguste, frânte), este de asemenea ereditară. Culoarea irisului, dispoziția părului (omogen sau în mănunchi), forma vârtejului părului (simplu, dublu), sunt semne importante. Părul buclat, părul brun și negru, irisul închis, sunt semne dominante. Părul neted, blond, irisul albastru sau cenușiu sunt semne recisive. Vârtejul îndreptat dela dreapta la stanga e dominant față de cel invers.

Aceste semne antropologice trebuiesc căutate cu amănunțime. Aplicarea lor în căutarea paternității este de o dată foarte recentă și datorită unui savant rus, Poliakov), Numărul semnelor antropologice, dela 130 azi a crescut, grație cercetărilor ultimilor ani. În studiul cercetării paternității, Poliakov a plecat dela simpla observație empirică, că între copii și părinți există asemănări. Semnele care se găsesc constant la părinți, ca și la copii sunt în număr de 21. Enumerăm mai jos aceste semne :

1. Figura rombică
2. Proeminența puternică a maxilarelor.
3. Maxilarul inferior prognat
4. „ „ redus
5. „ „ foarte prognat
6. Păr roșu
7. Păr creț
8. Sprâncene îmbinate
9. Capătul extern al sprâncenei de sus
10. Unghiul extern al ochiului în sus.

1) Poliakov: Die Vererbung und ihre praktische Anwendung Deutsch. Z. Gerichtl. Med. Bd. 13 H. 6. 1929.

11. Pleoape acoperite
12. Vârful nasului dublat
13. Bărbie dublată
14. Vârful nasului adâncit
15. Dosul nasul pronunțat, ascuțit
16. Unghiul gurii în jos
17. Lobulul urechii pătrat
18. Urechi inegale
19. Vârful urechii drepte înainte
20. Anti-tragus pronunțat
21. Tuberculul lui Darwin.

Dela aceste semne Poliakoff a trecut la examenul microscopic al părului, la nevi (alunițe) de pe corp, gă-sind și aici importante semne ereditare. La încrucișarea raselor aceleiaș populațiuni, semnele ereditare cresc până la 106.

Rezultatele acestui autor, prezintă cele mai serioase garanții dat fiind numărul mare al examinărilor : aproape de 1500.

Poliakoff a recurs la această metodă, spre a complecta metoda biologică, în care căutarea paternității se face prin examenul sângelui. El a și aplicat metoda antropologică în 42 cazuri de procese de alimentație. În 19 din ele a dat rezultate precise, fiind vorba de plurium concubentium. Acolo unde semnele copilului au fost moștenite dela mamă, a recurs și la proba de sânge. Particular a mai avut 75 de examinări : în 21 de cazuri a exclus paternitatea. În unele din aceste cazuri femeile au mărturisit, că au avut raporturi sexuale extraconjugale.

Cu proba de sânge se obține un procent de 10—20%, când putem indica paternitatea ; cu semnele antropologice procentul în caz de indicii crește la 40%.

Tot aici trebuie să amintim proba dactiloscopică în căutarea paternității. Această probă se bazează tot pe legile eredității. Rezultate definitive până în prezent nu avem în aplicarea acestei probe în problema de care ne ocupăm.

*Di Prof. M. Kernbach*, de asemeni a avut mai multe cazuri în practica D-sale, de stabilirea paternității pe baza semnelor antropologice. Voi expune la cazuistică unul din aceste cazuri.

Dau mai jos un model de examen antropologic făcut la Institutul de Antropologie din Wiena.

Pe cei supuși probelor s'a efectuat următoarele experiențe (cercetări):

1. Observația morfognotică, ceea ce înseamnă, o cercetare macroscopică, antropologică în găsirea și depistarea semnelor de degenerare.

2. Examenul macro și microscopic, oftalmoscopic al irisului.

3. Probele perilor capului.

4. Examenul sanghin prin KK, luat în regiunea călcâielor, la ceilalți supuși oxamenelor, prin venepuncție. Sângele a fost recoltat în eprubete sterile, îngrijirea răni s'a făcut sub observația medicală obișnuită.

5. Dactiloscopia. Impresiunea palmară și impresiunea pulpei degetului, prin rotația laterală, cu ajutorul unui tuș pe hârtie albă.

6. Fotografia anriopologică a capului (școala vieneză), în trei feluri: frontală, temporală în regiunea urechii, a ochiului, planșeul nasal al maxilarului superior. KK pe o placă  $6\frac{1}{2}$ —9, pe ceilalți pe o placă  $13 \times 18$ .

7. Stereofotografia pavilionului urechii drepte și stângi, în regiunea oculo-auriculară. Placa  $9 \times 12$ .

8. Fotografia mâinii drepte și stângi (dorsal), placă  $6\frac{1}{2}$ —9.

9. Fotografia piciorului drept și stâng (dorsal), pe placă  $6\frac{1}{2}$ —9.

10. Fotografia și desenul irisului. Placă  $4.4 \times 10,7$ .

Pre lucrarea și diversele concluzii la cele găsite și observate, s'a făcut pe baza unor cercetări obținute prin fotografii, desene, dactilograme, examenul sângelui, examenul perilor și examenul scrisului.



## IV. Cazuri

*Cazul I.* Examenul antropologic făcut în Institutul Medico Legal din Cluj, într'un caz de căutarea paternității.

### Raport medico legal

Subsemnatul Dr. X. Y., invitat de On. Judecătoria..., de a examina și a mă pronunța asupra paternității copilului de 3 luni, copilă naturală a mamei X., după depunerea legiuitorului jurământ, procedând am constatat cele ce urmează :

*Proba biologică :* (s'a făcut).

### Examenul antropologic :

Procedând la examenul antropologic după semnele Prof. Poliakoff, am constatat cele ce urmează :

<u>Mama</u>	<u>Copilul</u>	<u>Tatăl presupus</u>
Fața : ovală	pătrată	exagerat ovală
Părul șaten rozat	idem	șaten închis
Sprâncene: neîmbinate	idem	ușor îmbinate
Unghiul extern al ochiului : descendent	idem	orizoutal
Pleoapele : parțial descoperite	idem	descoperite
Bărbie : cu gropițe	idem	lipsă
Dosul nasului : liniar	idem	convex
Linia gurii : orizontală	idem	idem



<u>Mama</u>	<u>Copilul</u>	<u>Tatăl presupus</u>
Lobulul urechii trei= unghiular	idem	pătrat.
Urechi: egale	idem	inegale
Antitragus: mic	idem	mare
Eșitură Darwin.	Scobire și dințare	absență
Ochi: verzui	albaștrii	albaștrii

Din acest examen rezultă că marea majoritate a semnelor antropologice sunt identice la femeea X. și copilul Y. — Bărbatul N. ure cu totul alte semne antropologice. Totodată se mai constată că copilul, prezintă două semne pe care nu le are nici mama, nici presupusul tată. E vorba de forma copilului și semnul darvinian dela ureche. Conform regulilor *Prof. Poliakoff*, s'ar putea deduce bazat pe aceste semne, că tatăl copilului, să nu fie Dl N.

### Concluziuni.

1. Rezultatul probei bilogice.
2. Copilul y a moștenit majoritatea semnelor antropologice dela mama sa X. Acest copil prezintă și semne streine, pe care nu le are nici mama sa, nici Dl N.
3. Din punct de vedere antropologic, Dl N. nu poate fi tatăl copilului Y.

*Cazul II. Ereditate potologică.*

Hereditatea hiperkeratozei palmo-plantare în sânul unor familii înrudite).

Mama  $M_1$  bolnavă de Ker. pal. plant. a dat naștere la: 3 băeți (A. C. D.) și 4 fete (B. E. F. G.)

Dintre băeți: A și D. adică primul și al treilea sunt bolnavi.

Dintre fete toate sunt bolnave; prin urmare se observă în prima generație *predominența boalei la sexul feminin.*

În generația următoare avem: 10 băeți și 9 fete; dintre băeți 3 bolnavi, dintre fete tot 3 bolnave.

<sup>1)</sup> *Doc. Dr. Axente Iancu și Dr. Apostol: Hereditatea hiperkeratozei palmo-plantar: în sânul unor familii înrudite. Rev. Clujul Medical No. 5 1937.*

Aci deci există paritate, dar care bănuim că s'a fixat așa din cauza că fata B II, bolnavă nu a avut copii, dar și din faptul că nu avem date precise despre cei din America și Ungaria.

In generația IV avem: 2 băeți sănătoși și 5 fete, dintre care una e bolnavă, și aci predomină boala la sexul feminin.

In total Mama M<sub>1</sub> are copii, nepoți și strănepoți: 33 de inși dintre cari: 15 băeți și 18 fete; dintre băeți 5 sunt bolnavi, dintre fete 8 sunt bolnave.

Deci și aici se află *predominența la sexul feminin.*



## V. Considerațiuni generale

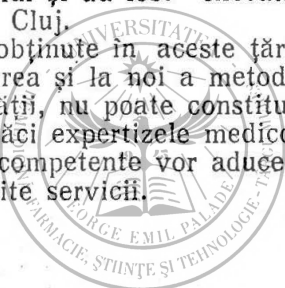
În cele expuse până aici vedem că isvoarele științifice pentru dovedirea paternității sunt destul de numeroase. Studiul probelor bazate pe ereditate este în curs de cercetare. Până în prezent s'au aflat puține caractere ereditare de ordin *anatomic*, caractere cari pot apărea *precoce* sau *tardiv*. Unele dintre ele sunt *sigure*, altele de *probabilitate*. Majoritatea acestor probe fiind legate de stadiul evolutiv al științei, sunt *provizorii*. Numai puține au caracterul de *definitiv*. Dintre caracterele anatomice care se moștenesc până în prezent mai mare importanță au două: culoarea ochilor și inserția părului.

Căutarea paternității prin metode medicale se face pe două căi: cercetarea semnelor de maturitate a copilului și cercetarea semnelor ereditare. Prima se referă la căutarea semnelor de maturitate, nematuritate sau supramaturitate, pentru a vedea dacă copilul născut poate fi datorit raportului sexual declarat de mama copilului. A doua cale se referă la ereditatea biologică. După cum am văzut în cuprinsul acestei lucrări și la om se aplică legile mendeliene ale eredității, iar cercetările ultimilor ani au creat trei metode științifice, prin care se poate dovedi paternitatea: 1. metoda serologică sau a grupelor de sânge; 2. metoda antropologică și 3. metoda medicală patologică. Mai nou — și la noi este o problemă de viitor, — se utilizează în căutarea paternității stabilirea momentului concepțiunii, cu ajutorul metodei lui *Knaus* și *Ogino*. Despre această ultimă metodă am insistat în corpul tezei, problema fiind de actualitate și ea găsind teren din zi în zi tot mai mult în țările civilizate.

În ce privește legislațiunea în dovedirea paternității în codurile civile aplicate azi în România nu găsim dispoziții categorice. În vechiul Regat nu se cercetează paternitatea. În codul transilvănean se admite căutarea paternității. În mod curent în justiție se utilizează proba cu martori, prin jurământ și dovedirea raportului sexual în limitele de timp fixate de cod. Justiția a rămas la vechea credință că «pater semper incertus» și metodele științifice nu s'au utilizat la noi. Dintre celelalte state Germania și țările nordice apelează des la expertizele medico-legale în procesele de alimente. Danemarca, Polonia, Austria, Suedia, Rusia, Statele Unite etc. au adoptat oficial metoda serologică a grupelor de sânge. Aceasta metodă a admis'o printre metodele medico legale și înalta Curte de Casație Italiană.

În România primele expertize medico-legale pentru dovedirea paternității au fost cerute de instanțele judiciare ale Ardealului și au fost executate în Institutul Medico-Legal din Cluj.

Rezultatele obținute în aceste țări ne îndreptătesc a crede că aplicarea și la noi a metodelor științifice în căutarea paternității, nu poate constitui decât un nou pas de progres, căci expertizele medico-legale încredințate persoanelor competente vor aduce desigur justiției reale și netăgăduite servicii.



## CONCLUZII

1. In starea actuală a cercetărilor științifice, probele medicale, biologice și antropologice oferă criterii de probațiune în căutarea paternității.

2. Valoarea probelor medicale și antropologice, crește cu rezultatele statistice demonstrate pretutindeni.

8. Față de probațiunea prin mărturii, care de cele mai multe ori sunt false și aproape totdeauna inexacte, probele științifice ajută în numeroase cazuri, să dovedească paternitatea unui copil.

4. Probele medicale în căutarea paternității constă în :

a) Cercetarea semnelor de maturitate a copilului și

b) Cercetarea semnelor ereditare.

5. Probele antropologice se referă la ereditatea morfologică și antropometrică normală.

6. Noile legiuiri în căutarea paternității, trebuiesc să lase câmp larg deschis tuturor probațiunilor, în special celor pozitive, pentru demonstrarea adevărului,

Cluj, la 5 Iunie 1937

Văzută și bună de imprimat.

Președintele Tezei :

(ss) Prof. Dr. M. KERNBACH.

Decanul Facultății :

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL.

## BIBLIOGRAFIE

1. *Guyénot Emile*: L'hérédité, Edit. Gaston Doin Paris 1924.
2. *Doc. Dr. Axente Iancu și Dr. Od. Apostol*: Heredititatea hiperkeratozei palmo-plantare în sânul unor familii înrudite. Rev. Clujul Medical No. 5. 1937.
3. *Ivan E. Maria*: Contribuțiuni la studiul perioadelor genezice și agenezice ale femeii. Teză. Ed. Ardealul. Cluj 1937.
4. *Jaklovsky D.*: Perioadele agenezice ale femeii și importanța lor medico socială. Teză. Ed. Victoria. Cluj 1936.
5. *Herbert Karner*: Die Fruchtbarren und Unfruchtbarren Tnge de Frau. Ed. W. Maudrich, Wien 1936.
6. *M. Kernbach*: Căutarea paternității la lumina noilor date biologice, medicale și antropologice. Rev. juridică No. 31—1929. Cluj, Tip. Fondul cărților funduare
7. *H. Knaus*: Zur bestimmung des ovulations und Konzeptions termines, z. f. Gyn. No. 45 1935.
8. *H. Knaus*: Die Periodische Fruchtbarkeit und fruchtbarkeit des Weibes Ed. W. Maudrich Wien 1934.
9. *I. Marchal*: La liberté de la conception, Lille 1935 Ed. Libr. Medicis.
10. *G. Schrader*: Gerichtszärztliche Untersuchungen zum Nachweiss der Vaterschaft. Hdb. der biolog. Arbeitsmethoden. Li. f 350. Urban u. Schwarzenberg 1931.
11. *H. Vignes*: Physiologie. Gynécologique et Médecine des femmes. Ed. Masson 1929. Paris.
12. *H. Vignes et Robey*: La stérilité des femmes. 1935. Ed. Masson Paris