

PRUNCUCIDAREA

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 25 Iunie 1936.



BOTA EMIL



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

PRUNCUCIDAREA

TEZĂ

PENTRU

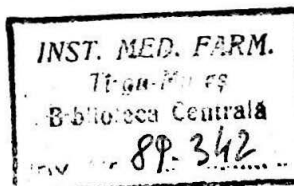
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 25 Iunie 1936.



BOTA EMIL

23 MAY 2005



CLUJ

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

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.

Profesor:

Clinica stomatologică	Prof. Dr	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	” ”	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	” ”	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ”	<i>Botez A. M.</i>
Clinică oto-rino-laringologică	” ”	<i>Buzoianu G.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ”	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia și embriologia umană	” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	” ”	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	” ”	<i>Pop A.</i>
Medicina legală	”	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl. ”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	Prof. ”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	”	<i>Michail D.</i>
” neurologică	”	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	”	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	”	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	”	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană	Supl. ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Balneologie	Prof. ”	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	” ”	<i>Tătaru C.</i>
” urologică	” ”	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	” ”	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	” ”	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	” ”	<i>Vasilu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Domnul Prof. Dr. *M. Kernbach*

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. <i>V. Bologa</i>
		” ” ” <i>D. Michail</i>
		” ” ” <i>V. Papilian</i>
		” ” ” <i>C. Tătaru</i>

Supleant: Domnul Doc. Dr. *I. Voicu*

Memoriei tatălui meu

*Mamei mele dragoste și recunoștință
pentru sacrificiile aduse.*



*Nemărginită dragoste fraților mei
Alexandru și Liviu și vărului Ștefi.*

*Unchiului Ioani și Mătușei Aurica
dragoste și recunoștință.*

*D-lui Prof. Dr. M. KERNBACH
pentru deosebita onoare ce-mi face
prezidând juriul de promoție,
omagii respectuoase.*



*D-lui șef de lucrări Dr. COTUȚIU
pentru ajutorul dat mulțumiri.*

*Onor. Juriu de promoție
respectuoase mulțumiri.*

Introducere.

Mult timp copiii nu s'au bucurat de ocrotirea legii și părinții puteau dispune de viața lor. În perioada barbară pruncucilerea nu era pedepsită, ba chiar era autorizată de obiceiuri. Mama dispunea după voința de viața copilului.

Urmează apoi o perioadă așa numită perioada patriarhală, când avem primele începuturi de legislație. La spartani Lycurg face o lege prin care toți copiii slabi și schilozi să fie aruncați de pe o stâncă în prăpăstie. La romani deasemenea se practica pruncuciderea, aruncându-se copiii rău conformați în Tiberu. Mai târziu legislația ebraică greacă și romană pedepsesc pruncuciderea și avorturile de teamă să nu scadă populația.

Urmează perioada creștină care aduce protecția copilului. Părinții nu pot dispune de viața copilului și pruncuciderea este pedepsită.

Azi copilul este sub protecția legislației.

Problema pruncuciderii interesează nu numai pe medicul legist, din punct de vedere tehnic, ci în aceeași măsură pe jurist și eugenist din punct de vedere social.

Noul C. P. definește astfel pruncuciderea art. 465: „Mama care își ucide copilul natural înainte de a fi expirat termenul legal de declarare la oficiul stării civile, comite crimă de pruncucidere și se pedepsește cu temniță grea dela 3—5 ani”. Termenul legal de declarare la oficiul stării civile e de 3 zile dela ușurarea femeii (art. 56 din legea privitoare la actele stării civile din 21 Febr. 1928.

Elementele constitutive ale crimei de pruncucidere, după C. P. R. sunt următoarele:

a) Copilul să fie născut viu.

b) Dela nașterea copilului să nu fi expirat termenul legal de declararea la oficiul stării civile.

c) Omorul să fie săvârșit cu voința.

d) Copilul să fie natural.

A) Copilul să fie născut viu.

Crima de pruncucidere se poate săvârși numai asupra unui *copil* născut viu. Când copilul s'a născut mort, chiar în cazul că găsim urme de violențe nu poate fi vorba de crimă, deoarece ne aflăm în prezența unei crime imposibile. Codul nostru penal cere numai ca copilul să fie născut viu, să fie avut o viață extraterină, indiferent dacă copilul s'a născut la termen adică la 9 luni fie înainte de termen la 8 la 7 sau chiar la 6 luni. Nu face deosebirea ca să fie viu sau viabil, cum specifică C. P. francez și cum pretind unii autori.

Prin urmare, chiar dacă femeia ar naște un copil debil incompatibil cu viața sau chiar un monstru de dată ce s'a născut viu, viața lui oricât de efemeră ar fi trebuie să fie respectată.

B) Dela nașterea copilului să nu fi expirat termenul legal de declarare la oficiul stării civile.

Un element caracteristic noului C. P. pentru definirea pruncuciderii, delimitând în cadrele legii, calificativul de nou născut. Legiuitorul vechiului C. P., a scăpat din vedere acest punct. Noul C. P. a suferit această modificare, în baza indicațiilor date de noul legiuitor.

C) Al treilea element al crimei de pruncucidere este intenția criminală a mamei, de a suprima viața copilului. ei.

Pentru că atunci când expertiza medico-legală va stabili că moartea copilului nu se datorește omorului săvârșit cu voința sau cu intenția de a-l ucide, ci este rezultatul unui accident neprevăzut, atunci mama va fi iresponsabilă de moartea copilului.

Noul C. P. prevede pedepsirea mamei nu numai când este activă în omor (pruncucidere prin comisiune) ci și atunci când mama omite de a da îngrijirile necesare noului născut (pruncucidere prin omisiune).

Art. 486 C. P. R. Prevele următoarele: „Acela care, având sub paza sa, sau îngrijirea sa o persoană care, din cauza vârstei sau a unei stări fizice sau mintale, este în neputință de a se proteja și îngriji ea însăși, o expune sau o părăsește, în așa fel sau loc, încât îi pune în pericol iminent viața, sănătatea sau integritatea corporală, comite delictul de abandonare a persoanelor neputincioase și se pedepsește cu închisoare corecțională dela 5 luni la 2 ani”.

Dacă faptul este săvârșit de mamă asupra copilului natural, înainte de a fi expirat termenul de declarare la oficiul stării civile, pedeapsa este închisoare corecțională dela 6 luni la un an”.

Art. 487. „Dacă persoana expusă sau părăsită... Prin aceasta... a rezultat moartea, pedeapsa este aceea prevăzută le art. 475, închisoare corecțională dela 3—10 ani și amendă dela 6.000 Lei la 12.000 Lei.

Citat după manuscrisul tratatului de melicină legală al D-lui Prof. Kernbach.

„Medicina legală va putea aprecia mai obiectiv dacă părăsirea și expunerea, s'a făcut în așa mod sau într'un astfel de loc, care se constituie într'advăr un pericol pentru viață sau sănătate. În cazurile prevăzute, medicul legist va trebui să constate vătămarea sănătății sau moartea și să dovedească că acestea sunt efectul direct al expunerii sau părăsirei”.

D) Copilul să fie natural.

C. P. R. consideră drept crimă specială numai atunci când copilul nou născut e omorât de propria mamă. Un capitol important al pruncuciderii căci de multe ori mama neagă că pruncul omorât i-a aparținut. De aceea se va ține seamă la expertiza medico-legal de grupurile sanghine, de posibilitatea sau imposibilitatea femeii de a avea sarcina.

Tatăl nu intră în cadrul crimei speciale de pruncucidere. Când tatăl săvârșește crimă asupra propriului său copil, intră în cadrele art. 464 C. P. R. al. d.

Art. 464 C. P. R. „Crima de omor se pedepsește cu muncă silnică pe viață, când este săvârșită în următoarele împrejurări:

d) Asupra unui ascendent sau descendent legitim adoptiv sau natural”.

Medicul legist fiind chemat să facă diagnosticul pruncuciderii va trebui să stabilească:

- I. Identitatea noului născut.
- II. Semnele vieții extrauterine.
- III. Pruncuciderea prin comisiune.
- IV. Pruncuciderea prin omisiune.

I. Identitatea noului născut.

Noul născut la termen prezintă caractere care analizate pe bază științifică medicală sunt în măsură să ne stabilească identitatea lui. Va trebui să facem diferențierea identității noului născut la termen față de copilul născut înainte de termen. Ca să știm la ce grad de dezvoltare anatomică și fiziologică au ajuns diferitele țesuturi sau organe la momentul în care începe viața extrauterină și ce modificări pot suferi în primele zile acestei vieți, va trebui să stabilim următoarele caractere.

1. Greutatea, noul născut la termen are greutatea care variază între 2800 până la 3300 grame (Popoviciu), care este influențată de sex, fetițele având 2800—3000 grame și băieții 3000—3300 grame. Greutatea se urcă ușor în raport cu vârsta mamei, numărul nașterilor anterioare și a distanței între ele (Brindeau). La examenul medico-legal al cadavrului copilului mai trebuie să luăm în considerare la greutate și scăderea greutății fiziologice după naștere.

2. Talia este în raport aproape constant cu greutatea, și este aproximativ 50 cm., băieții 49 cm., și fetițele 48 cm. (Popoviciu).

Gronnmer și Negri văd un semn de probabilitate în lungimea labei piciorului: când aceasta e mai lungă de 8 cm., fătul e născut la termen.

Diametrul bi-acromial 12 cm.; circumferința toracică 35 cm.; diametrul sterno-dorsal 9,5 cm.; diametrul

transversal bi-iliac 8—9 cm.; circumferința bazinului 27,5 cm.; diametrul bi-trochanterian 9—9,5 cm.; diametrul pubo-sacral 5,5 cm. (Minovici).

3. Scheletul nou născutului.

Capul și oasele craniene sunt moi și flexibile. Frontalul este împărțit în două putând rămâne așa până la o vârstă mai înaintată, (sutura metopică). Spina nazală cartilaginoasă. Sinusurile frontale neexcavate. Parietalul incomplet osificat de formă circulară. Occipitalul prezintă o porțiune scuamoasă și una bazilară unite printr'o bandă fibroasă. Țesuturile craniene ating duramater la marginea oaselor constituind fontanelele. Sfenoidul se osifică precoce, sinusul nu este excavat. Partea mediană a etmoidului n'a început încă să se osifice decât numai părțile laterale. Cele trei porțiuni ale temporalului nu sunt unite. Mastoida practic nu există la nou născut. Cercul timpanic la naștere este un veritabil cerc evoluând mai târziu. Diametrele capului sunt următoarele: circumferința orizontală care este cea mai mare este de 32 până la 37 cm.; diametrul bi-temporal 7,8—8 cm.; diametrul bi-parietal 9,5 cm.; diametrul fronto-occipital 12 cm.; diametrul mento-occipital 12,3 cm. (Minovici).

Oasele feței: maxilarul superior e complet osificat ua naștere, însă bordul alveolar nu scoboară decât foarte puțin din jos de bolta palatină. Sinusul este reprezentat printr'o simplă depresiune excavându-se ulterior. Cele două iumătăți ale maxilarului inferior nu sunt sudate. Ramurile formează un unghi obtuz. Alveolele abia formate. La naștere toți dinții sunt închistați. La noul născut la termen se găsesc în maxilarul inferior, de o parte și de alta, a liniei mediane câte 5 alveole, dintre care primele patru contin câte un mugur dentar, iar cea de a cincea e goală, cele din urmă 3-4 alveole sunt neseperate de peretele interalveolar. După Billard și Tardieu ar constitui un semn de siguranță al maturității copilului.

Coloana vertebrală la nou născut e rectilinie. Sutura celor trei puncte de osificare a vertebrelor este efec-

tuată. Sacrul și coccisul sunt compuse încă din piese independente.

Toracele de formă mai cilindrică cu cele două hemitorace egale. Suturile sternale neefectuate, punctele sternale de osificare apar între 6—8 luni.

Coastele incomplet osificate.

La membrul superior, clavicula, de care se spune că deschide și închide perioada le osificare, la naștere lipsesc punctele de osificare secundare.

Al 8-la punct de osificare al omoplatului apare în prima lună. Extremitățile umerului sunt cartilaginoase. Radiul și cubitul prezintă epifizele nesudate cu diafiza. La oasele carpiene și metacarpiene găsim punctele neosificate.

La membrul inferior osul iliac este constituit din cele trei oase, ilion, ischion și pubis, punctele complimentare vor apare mult mai târziu. Femurul la naștere este în mare parte osificat. Cele trei puncte complimentare ale extremității superioare, punctul cefalic și punctele marelui trochanter apar în primele zile după naștere. Punctul de osificare complimentar al extremității inferioare al femurului cunoscut sub numele de *punctul lui Béclard* lung de 4—7 mm.; la naștere; apare după Rambard în ultimele 15 zile ale vieții intrauterine. Acestui punct autorii îi dau mare importanță din punct de vedere medico-legal. Tardieu scrie: „Dacă punctul depășește 5—6 mm., suntem în drept să concludem că copilul s'a născut la termen și a viețuit mai multe zile”. Rotula este încă cartilaginoasă. Punctele de osificare complimentare ale tibiei și peroneului apar mai târziu. Punctul de osificare al cuboidului apare în ultimele săptămâni ale sarcinei, punctul calcaneului în a 4—6—7 lună; punctul astrăgarian între a 5—7 lună.

4. Pielea este acoperită de vernix cazeoasa, constituită din grăsime liberă, celule epidermice și lanugo. Se pot găsi caractere exterioare de ex. nevi materni etc. Lanugo constituie sistemul pilos care acoperă corpul în viața intrauterină, începe să cadă spre sfârșitul gestației. La naștere se găsește mai bogat pe umeri. Părul

este foarte variabil în desvoltare, acopere pielea capului având lungimea de 2—3 cm.

5. Unghiile sunt cornoase și trec dincolo de buricele degetelor dela mâini, iar la degetele dela picior abia ajung până la vârful.

7. Ombilicul, la copilul matur cordonul ombilical este lung de 50—54 cm. gros de 1—2 cm. cu diametrul de 10—12 mm., aspectul exterior caracteristic: albicios, lucitor, prin transparență se văd vasele ombilicale care proemină. Punctul de inserție al cordonului ombilical care la copilul născut la termen nu este la mijlocul corpului, ci la 1—2 cm. mai jos de această jumătate, numai foarte rar deasupra acestei jumătăți.

8. Ochi și pleoapele ne furnizează date absolute pentru diagnosticarea nașterii unui copil la termen sau aproape de termen de un prematur. Datele le constituie pe de o parte, absența sau prezența membranei pupilare, iar pe de alta pleoapele desfăcute sau lipite. Membrana pupilară persistă până la 190—195 zile de viață intrauterină, când începe să dispară, iar dela 215-a zi de viață intrauterină nu mai rămâne nici o urmă.

9. Organele genitale. La băiat testiculele sunt scoborâte în scrot, la fetițe buzele mari sunt lipite nelăsând să se vadă buzele mici și clitorisul. Uterul puțin desvoltat, trompele ondulate, ovarele lunguete situate la nivelul strâmtorii superioare. Canalul lui Nuck e închis. Vezicula lui Graf apare abia după naștere. Greutatea testicolului cât și a ovarului e de un gram.

10. Timusul este situat înapoia sternului pe care îl depășește până la al treilea spațiu intercostal sau chiar mai jos, acoperind parțial inima, crosa aortei și atingând hilul pulmonar. Greutatea e de 11—13 grame.

11. Glanda tiroidă are greutatea 2—6,5 gr.

12. Inima are greutatea 22—24 gr., cantitatea sângelui 180—200 gr., depinde de momentul legării cordonului ombilical. Sângele este mai bogat în emoglobină decât al adultului.

13. Plămâni copilului care încă n'a respirat sunt mici, tari de un roșu închis, cu o greutate de 60—65 gr., cel drept este mai greu cu aproximativ 5 gr.

14. Ficatul are greutatea 91—130 gr.
15. Vezica biliară plină cu bilă și are lungimea de 3 cm. cu o formă cilindrică.
16. Pancreasul foarte vascularizat 2—3 gr.
17. Splina are greutatea 10,6 gr.
18. Tubul digestiv. Buzele încep să se diferențieze de piele din a 5-a lună. Ezofagul este mai lung ca la adult 10—12 cm. Stomacul: mic cu fundul puțin dezvoltat și axa aproape verticală, cutele mucoasei puțin pronunțate, capacitatea 35 cm. c., sucii gastric clar cu reacțiune acidă. Intestinele au lungimea de 3—4 m. Intestinul subțire în raport cu cel gros e mai lung ca la adult. Valvula ileo-cecală e foarte dezvoltată. Vilozițiile mici, dar mai numeroase. Conținutul excretor al intestinului, meconiul, ce se formează progresiv în timpul vieții intrauterine, e alunecat în intestinul gros.
19. Rinichii sunt lobulați și au greutatea 15—20 gr., capsulele suprarenale 4—5 grame.
20. Placenta, foarte rar medicul poate examina placenta, în intervalul dintre expulsie și examinarea greutății scade prin scurgere și evaporarea sângelui.
21. Creerul are greutatea $\frac{1}{8}$ din greutatea totală a corpului la 180 de zile și $\frac{1}{10}$ din aceeași greutate dela 170 de zile în sus, iar media greutateii pentru creerul copilului matur e de 352 gr. (Letourneau, Hecker și Buhl). (Minovici).

II. Semnele vieții extrauterine.

Acest capitol este foarte important atât pentru medicul legist cât și pentru judecător, pentru că omorul săvârșit pe o ființă neînsuflătită constituie crima imposibilă. În decursul timpurilor, această chestiune a preocupat pe mulți autori căutând să aducă probe cât mai precise și mai sigure despre viața extrauterină.

Principalul act fiziologic ce se întâmplă la naștere este respirația. De aceea cele mai numeroase cercetări medico-legale sunt în acest domeniu și ne furnizează datele cele mai probabile.

Probele respirației se bazează pe examenul fizic al toracelui și al organelor respiratorii.

Diafragul la copiii ce au respirat, e boltit și se găsește la nivelul spațiilor 6—7 intercostale.

Plămâni la copiii cari au respirat umple cavitatea pleurală, iar la cei cari nu au respirat sunt atelectatici și refulați către gutiera costro-vertebrală. Culoarea înainte de respirație variază dela alb rozat la roșu, iar după respirație dela roz la roșu extrem. Consistența plămânilor care nu au respirat este dură și cărnoasă, cei cari au respirat sunt elastici și vor crepita la presiune.

Docimazia optică. Este o probă prin care examinăm cu lupa și vedem vezicule de aer dispuse ca un mozaic pe suprafața plămânului.

Docimazia hidrostatică. O metodă introdusă de mult timp pentru cercetarea vieții extrauterine de către Gallien. Această metodă se execută întâiu punând întreg pachetul organelor toracice pe suprafața apei: dacă copilul a respirat pachetul, plutește pe suprafața apei, iar dacă n'a respirat va cădea la fund. Punem apoi plămâni separat în apă și bucăți din plămâni. Se poate întâmpla că deși organele nu plutesc copilul să fi respirat și invers. Plămâni intrați în putrefacție se umple cu gaze rezultate și pot să plutească. Ca să înlăturăm această eroare vom examina plămâni la suprafață și a-nume vom studia dispoziția și mărimea veziculelor de aer care sunt mari și așezate neregulat pe suprafața plămânilor intrați în putrefacție. Putem să ne convingem de verosimilitatea probei dacă comprimăm fragmentele de plămâni și le aruncăm din nou în apă. Dacă copilul a respirat, aerul va pătrunde din nou în țesutul pulmonar, permițându-i elasticitatea și fragmentul va pluti. Va cădea la fund fragmentul din plămânul care nu a respirat, căci scoțind gazele prin presiune, elasticitatea țesutului neexistând nu va permite pătrunderea aerului. Se poate întâmpla ca plămâni să plutească și la copiii cărora li s'a introdus aer în plămâni prin insuflație sau prin respirația gazoasă intrauterină. Și aici veziculele de aer sunt mari. La copiii cari au trăit și au respirat, pot prezenta o docimazie pulmonară hidrostatică pozitivă. Deci această metodă nu ne dă totdeauna rezultate sigure. In cazul când plămâni au un conținut

scăzut de aer sau gaze, Prof. Balthazard recomandă examenul microscopic al plămânului. Această metodă de docimazie istologică ne mărește posibilitățile de diagnosticare a vieții extrauterine. Copiii cu stări atelectatice inflamatorii ca pneumonia albă pot prezenta un plămân cu aspect neaerat. Sau copiii născuți cu anomalii ale aparatului respirator, atrepsici pot avea docimazia hidrostatică pulmonară pozitivă, chiar după 6—12 ore de viață (viața apneică extrauterină). Acești copii au însă mult aer în tractul gastro-intestinal. Când copilul a fost fiert, ținut în alcool, congelat, docimazia va fi deasemenea pozitivă. Un alt semn, de un oarecare preț, despre viața extrauterină ni-l indică starea de destindere al bronchiolilor, ce se poate constata la examenul istologic, chiar până la un oarecare grad de putrefacție (Nippe). O altă indicație de o încontestabilă valoare diagnostică este identificarea în căile aeriene a corpurilor străini din mediul în care s'a aflat copilul. Emoragiile pulmonare nu trebuiesc interpretate totdeauna ca o dovadă a morții violente. Ele se explică prin încetinirea progresivă a funcționării aparatului circulator.

Docimazia gastro-intestinală. Se bazează pe faptul că cu cât un copil a respirat sau s'a alimentat, cu atât găsim aer în stomac și intestin. Deci starea de aerare a tubului digestiv constituie deasemenea o probă a vieții extrauterine și pe această stare de aerare se bazează docimazia gastro-intestinală (Breslau). Se leagă stomacul la cardia și pilor se introduce într'un vas cu apă facem o butonieră, prin care vor eși bule de aer mici regulate ca o spumă. În cazuri de putrefacție înaintată metoda e greu de aplicat pentru că stomacul e plin cu gaze și la deschidere vor eși bule de gaz. Prezența salivei indicată de Macaggi și Diniz nu ar constitui un semn de certitudine.

Docimazia otică a lui Wrden și Wendt. În viața intrauterină în cavitatea urechii medii există o substanță gelatinoasă care se elimină prin deschiderea trompei lui Eustache. Acest dop se compune din stratul subepitelial ce acopere pereții acestor regiuni precum și a celulelor mastoidiene. El dispăre cu totul după 24 de ore

dela naștere și în parte numai după ce au trecut 12 ore, atât la copiii cari sunt născuți înainte de termen cât și la cei la termen. Disparițiunea acestui dop se face în virtutea respirațiunii și a deglutițiunii. După ce am secționat oasele, pentru a extrage acest conținut, putem să facem un examen microscopic, mai ales când bănuim existența materiilor fecale, meconiu, introdus în urma unei morți violente.

Docimazia hepatică. Lacassagne și Et. Martin au arătat că ori de câte ori se găsește glucoză în mare cantitate, în ficat, înseamnă că moartea a fost bruscă și a avut loc în timpul facerii. În cazul când glucoza nu s'a găsit în ficat, s'a constatat totdeauna alterații ale placentei, sau s'a găsit la mamă o maladie cu repercusiune asupra organelor fătului și care a adus moartea lui. Această docimazie se execută în felul următor. Se ia o porțiune de 50 gr. ficat care se reduce într'o pulpă moale prin ajutorul unui mojar, se adaugă apoi 100 gr. apă se amestecă și se fierbe timp de 10 minute; se adaugă 50 gr. cărbune animal se fierbe din nou încă vreo 5 minute apoi se filtrează: a) dacă lichidul este opalin, opalescent sau lactescent, atunci conține glicogen și glucoză deci reacția este pozitivă; când lichidul e limpede, atunci el nu conține glicogen, dar poate avea glucoză. În cazul acesta: b) dacă dă un precipitat cărămiziu cu licoarea lui Fehling, conține numai glucoză și reacțiunea e parțială; c) dacă rămâne tot limpede, atunci nu conține nici glicogen și nici glucoză și reacția e negativă.

Petele de meconiu și de urină pot să ne dea unele indicațiuni. Copilul începe să elimine meconiul și urina după primele respirațiuni.

Bosa sanghina, datorită unor revărsări de sânge, sub pielea capului ar fi un semn sigur al vieții după Orth însă Zienke și Halzapfel au arătat formarea unui hematom asemenea cu bosa sanghină la un copil născut mort.

Prezența unor emoragii mai mari a unor revărsări sanghine epidurale și subdurale sau chiar în creier, e un semn al vieții.

Ombilicul și cordonul ombilical: a) infiltrația leucocitară dela capătul de inserție al cordonului ombilical găsită la microscop, este o dovadă a vieții extrauterine de cel puțin 1/2 ore după Kockel. Ungar notează o astfel de infiltrație și la un născut mort. b) Zona de inflamație dela linia de demarcație dintre omibilc și baza cordonului ombilical se formează la copilul care a trăit câteva ore. c) Căderea cordonului ombilical e un semn al vieții extrauterine ce se recunoaște prin aceea că ombilicul e cicatrizat în centru. Dacă dimpotrivă, cordonul a fost smuls dela inserție, atunci după prealabilă muierare în apă la care se adaugă și puțin amoniac după Brouardel se mai pot identifica sdrențe ale tecii amniotice aderente de ombilic. d) Aspectul și culoarea cordonului dacă este de nuanță sîdfie copilul a murit la câteva minute după naștere. După aceea dată cordonul se usucă primind o culoare negricioasă sau verzuie.

Obturarea circulației fetale, prin obliterarea vaselor ombilicale, a canalului arterial și gaurei lui Botal, care se produce imediat după stabilirea respirației, e o dovadă a vieții. Cu rezerva însă ca fătul să fi respirat mai intens, pentrucă obturația nu se instalează brusc, ci mai lent, iar durata ei variază după copil. Obliterarea se produce mai repede la artere decât la vene ombilicale și debutează înainte de căderea cordonului. Coagularea sîngelui din eventualele leziuni, ar fi o probă vitală după Bardinet și Tardieu totuși Casper a arătat că sîngele se poate coagula și după moartea copilului. Emoragiile capsulelor suprarenale pot fi interpretate ca o dovadă a vieții extrauterine (Magnus și Doerner).

III. Pruncucideri prin comisiune.

În pruncuciderea prin comisiune autorul exercită asupra nou născutului o acțiune distructivă, care-i face imposibilă viața. Această varietate de pruncucidere cuprinde următoarele forme:

1. Sufocare, a) prin astuparea gurii și a nasului copilului cu mâna goală, sau cu mâna învelită cu o cârpă, un fuloar, sau prin lipirea unei foi ude, procedeu apli-

cat în Japonia (Yamatsu Okomata), sau prin menținerea copilului cu fața în jos.

La examenul copilului găsim semnele comune de asfixie. Semnele externe: deformarea nasului și a buzelor, se pot confunda cu poziția cadavrului, urmele degetelor și ale unghiilor. Semne interne: spumă sanghinolentă în bronhii echimoze subpleurale, echimoze externe și interne, spumă în căile aeriene, emfizem interstital (Haberda). *b*) Prin introducerea de corp străin în gură și în căile respiratorii. Se introduc în aceste căi vată, cârpe, hârtii, lut etc., care se împing mai mult sau mai puțin departe. La examen se găsesc leziuni bucale și faringiene sau resturi de corpi străini. *c*) Prin compresiunea toracelui și abdomenului. Spre ex. se pune copilul sub saltea și se culcă deasupra lui. Greutatea pe de o parte lipsa de aer pe de altă parte aduc repede moartea copilului. Semne externe: eventuale impresiuni ale presiunii. Semne interne: semnele de asfixie și rupturi. *d*) Prin îngroparea de viu a copilului într'un mediu nerespirabil pulverulent, pământ, cenușe, nisip, făină, etc. Semnele de violență: găsim în căile aeriene, în stomac și chiar în intestine corpi străini ai mediului respectiv. *e*) Prin închiderea copilului într'un spațiu confinat, unde nu are destul aer pentru a respira. Cum ar fi de ex. o cutie, un dulap, o ladă, etc. Și în acest caz găsim deasemenea semnele de asfixie.

2. O pruncucidere destul de frecventă este săvârșirea crimei aruncând copilul în latrină. În multe din aceste cazuri femeile pretind că au născut în latrină. Aci trebuie să verificăm diametrele closetului, starea cordonului, dacă e secționat sau rupt, docimazia respiratorie, etc. La examenul copilului se găsesc materii fecale în căile respiratorii. Vom diferenția leziunile vitale de cele postmortale. Diferențierea nașterii spontane și a morții accidentale de pruncucidere, căutând diametrele capului, diametrul biacromial și diametrele bazinului mamei. Diagnosticul sigur ni-l dă ruptura spontană a cordonului ombilical sau aderența lui de placenta.

3. Alteori pruncuciderea se face prin înecare. Femeile spun că au născut în baie, în care caz căutăm

semnele înecării. Identificarea corpurilor străini în căile respiratorii, crioscopia sângelui și docamzia pulmonară.

4. Prin leziuni traumatice asupra capului: găsim hematoame și fracturi craniene. Aceste hematoame și fracturi trebuiesc diferențiate de cele datorite travalului (distoicii, forceps), apoi trebuie să le diferențiem de lacunele de osificare care se găsesc mai cu seamă pe parietal, datorite unui defect de osificare. Ele apar sub formă de pante sau fisuri și sunt bilaterale. Aceste lacune sunt lipsite de hemoragii.

5. Prin strangulare cu mâna, cu lațul sau cu cordonul. Unele femei pretind că au încercat prin aceasta să-și ajute nașterea. Uneori la examenul copilului găsim urme de unghii cu concavitatea în jos ceea ce înseamnă că este vorba de o pruncucidere. La autopsie găsim plămâni și tubul digestiv aerati, echimoze în țesutul subcutanat. În strangularea cu cordonul șanțul este neted, moale, lat, regulat și în direcție descendentă pe când în strangulările cu sfoară, șanțul are forma sforii, e mai adânc, pergamentat și în direcție transversală. În adâncimea gâtului găsim leziuni emoragice.

Prin mutilațiuni și răniri diverse. Distingem mutilări brutale, făcute cu instrumente tăioase ca cuțit, brici, bărdiță, foarfece, topor, etc. Uneori se taie capul copilului detașându-l complet de corp. Alteori se taie în bucăți, acest gen de crimă este cunoscut sub numele de „depesaj”. Afară de aceste mutilări brutale se mai execută plăgi mici, dar grave, așa numite „plăgi savante”. Acestea sunt în general făcute de o mână abilă, care cunoscând regiunile plăpânde ale copilului, determină în mod sigur moartea, iar pe de altă parte maschează crima. Thainot citează cazul unei dădace care înfigea ace în regiunea cardiacă a copiilor. Brouardel citează o moașe din Paris care introducea un ac prin fundul gurii copiilor împungând măduva cervicală. Guy-Patin citează cazul unei alte moașe, care împungea una din fontanele cu un ac.

7. Prin arderea completă sau incompletă a copilului. De obicei rară fiind omorît copilul înainte printr'unul din procedeele enumerate. Prin combustione

uneori nu mai rămân decât oasele din copil care sunt greu de diferențiat de oasele păsărilor sau a animalelor mici. Prof. Balthazard a studiat această diferențiere ce se face prin sistemul haversian, care apare la 3 și jum. luni și se dezvoltă treptat fiind format numai la 6 și jum. luni. La naștere mai găsim partea periostală a osului și sistemele haversiene primitive. Când arderea copilului nu a fost completă și copilul a respirat, plămânul la flacăra din aerat poate să devină neaerat. Docimazia pulmonară și examenul istologic nu au valoare diagnostică spre a se putea conchide cu certitudine dacă înainte de combustione, copilul a respirat sau nu. Pietrusky conchide în studiul său: „combustiunea poate simula sau o respirație intensă sau un emfizem de putrefacție”. Aspectul intestinului sub acțiunea căldurii poate să fie aerat din neaerat cum era. Aspectul leziunilor postmortale după Pietrusky care dă o oarecare importanță diagnostică hematomului extradural și în revărsarea unui lichid sanghinolent în canalul rachidian.

8. Prin opărire, când se toarnă peste copil conținutul unui vas cu apă clotoțită sau copilul este aruncat într'un bazin cu apă fierbinte. La examenul copilului găsim pielea bășicată care se diferențiază de pemfigus unde bășicile sunt mai mici. Uneori plămânul e neaerat.

9. Prin smulgerea cordonului ombilical, moartea e provocată de hemoragie. Vom avea semnele emoragiei externe, anemie și ruptura înserției cordonului ombilical. Acest procedeu ar fi mai rar.

Observații.

Obs. I. Istoric: A fost găsit ncaptea în stradă, cadavrul unui copil nou născut de sex masculin învălit în niște hârtii.

Examenul extern. Cadavrul aparține unui copil de sex masculin, având talia de 50 cm. greutatea 2750 grame. În jurul gâtului se află câteva echimoze de formă semilunară și niște sgărieturi. Aceste echimoze sunt mai abundente în dreapta. Făcându-se secțiuni asupra acestor echimoze, se constată: hiperemia țesutului

subjacent. Cordonul ombilical inserat la mijlocul corpului, extremitatea liberă are marginile neregulate: sdrănțuite. Punctul lui Béclard cu diametrul de 7 mm. Maxilaraul inferior prezintă 4 alveole cu muguri dentari, iar a 5-a alveolă goală. Examenul intern: a) capul și cavitatea craniană nu prezintă nimic deosebit. b) Toracele și cavitatea toracică. Pe suprafața plămânilor se găsesc echimoze punctiforme. Docimaziile pulmonare sunt negative, fragmentele de plămâni plutesc și după compresiunea lor între degete. Făcându-se mai multe secțiuni, în musculatura gâtului, se găsește în mușchii din dreapta gâtului sânge extravazat corespunzător echimozelor cutanate. c) Abdomen și cavitatea abdominală. Proba lui Breslau pozitivă, intestinul gros conține meconiu.

Concluziuni. I. Cadavrul aparține unui copil de sex masculin, născut la termen sau aproape de termen. 2. Copilul s'a născut viu și a trăit câteva minute. 3. Moartea acestui copil este violentă și se datorește asfexiei prin strangulare cu mâna. 4. Moartea datează de 2 zile.

Obs. II. Istoric. Femeia I. S. declară că a căzut jos și s'a lovit, după această cădere are dureri de facere, fiind gravidă în luna VIII-IX-a. Naște un copil viu, îi taie cu foarfeca cordonul ombilical, și îl aruncă în apă, copilul însă continuă să miște apoi îl înfășoară cu o cârpă în jurul gâtului după care copilul nu mai mișcă. Il îngroapă apoi în curte.

Examenul extern: cadavrul aparține unui copil de sex masculin greutatea 1900 gr., lun. 38 cm. Copilul este înghețat și are în jurul gâtului o cârpă neagră înfășurată de 2 ori. Pe corp și membre nici un semn de violență. Punctul lui Béclard cât un bob de orez. Examenul intern: maxilarul inferior prezintă 4 alveole cu muguri dentari, iar a 5-a alveolă liberă. Gâtul și cavitatea gurii. După disecarea pielii, în părțile moi din latura dreaptă a gâtului se găsește un focar emoragic de mărimea unui ou de porumbel. După ridicarea organelor gâtului găsim pe laringe și faringe insule emoragice. Regiunea retrofaringeană este ocupată de asemenea de o emorație de mărimea unei pișe de un leu. Glanda ti-

roidă este de culoare roșie emoragică și întreagă regiunea cartilajului tiroid e ocupată de un manson emoragic. Docimazia pulmonară negativă, fragmentele de plămâni plutesc și după compresiunea lor între degete. Restul examenului intern nu relevă nimic deosebit.

Concluziuni: 1. Cadavrul aparține unui copil de sex masculin născut în luna VIII-a a sarcinei. 2. Copilul s'a născut viu și a trăit câteva minute. 3. Moartea acestui copil este violentă și se datorește unei asfixii prin strangulare cu lațul. 4. Moartea datează de aproximativ 3 zile.

IV. Pruncucideri prin omisiune.

Se califică crimă de pruncucidere și atunci când mama nu dă ajutorul necesar copilului nou născut, fie prin neștiință, fie intenționat, în baza articolelor 464, 487, 475 C. P. R. Săvârșirea crimei de pruncucidere prin omisiune se poate face prin următoarele forme:

1. Prin nelegarea cordonului ombilical și consecutiva emoragie. Unii autori neagă acest fel de moarte, spunând că emoragia nu ar fi în stare să ducă la moarte, când însă cordonul ar fi în legătură cu placenta, copilul ar putea muri. Pentru stabilirea acestei morți, va trebui să căutăm semnele emoragiei externe (anemie) etc. și vom găsi cordonul ombilical nelegat.

2. Inecarea copilului în lichidele pe care le pierde femeia în timpul nașterii, lichidul amnitoc, sânge, urină. etc. Copilul în momentul expulzării poate să cadă cu fața în jos în aceste lichide și dacă nu se ridică imediat, el se poate îneca. Semnele morții vor fi asemănătoare cu ale înecării, vom găsi secrețiunile mamei în căile respiratorii.

3. Prin expunerea copilului la frig, acest fel de pruncucidere se practică foarte des în Rusia. În moartea prin expunerea copilului la frig, nu găsim semne caracteristice acestei morți. Putem găsi o piele caracteristică „piele de gâscă”, edem pulmonar, plămânul înghețat care plutește chiar neaerăt.

4. Prin expunerea copilului la un puternic curent de aer, copilul moare prin congestia pulmonară consecutivă.

5. Prin expunerea copilului la temperaturi înalte. Vom găsi o congestie cerebrală și emfizem pulmonar.

6. Prin lipsa de hrană, care poate să fie o inaniție completă sau relativă. Examinând copilul îl vom găsi atrofiat.

7. Prin necurățirea nasului, gurii și faringelui de mucozitățile fetale, sau părțile de membrane, ce eventual i-ar fi rămas copilului în căile respiratorii. Copilul moare asfixiat prin sufocare și găsim la examen aceste resturi în căile respiratorii.

8. Moartea copilului poate fi din cauză că nu s'au desfășurat la timp eventualele circulare ale cordonului ombilical de pe lângă gâtul copilului. Copilul moare asfixiat prin strangulare. Vom diferenția acest fel de moarte violentă de cea accidentală prin probele viabilității copilului. La examenul copilului vom găsi urmele cordonului la gât și hemoragii profunde ale gâtului.

Pentru diagnosticul pruncuciderii se vor mai face examene complementare, examinând: secrețiunile, meconiu, materiile fetale, lichidul de facere, secreția mamară, sebum, peri, pete de pe rufăria de pat etc. Va trebui să examinăm și femeia.

Examenul femeii.

Examenul mamei criminale este important pentru a avea dovada anatomică a facerii, starea fizică și mintală a ei. Vom examina femeia dacă din punct de vedere fizic și psihic a fost în imposibilitatea de a da ajutoarele necesare noului născut, sau a ignorat ori interpretat greșit durerile facerii. Se va examina starea mintală a femeii, fie că a fost o alienație mintală permanentă sau periodică, fie că a fost o psihoză puerperală care la o femeie normală n'ar ține mai mult de câteva ore, după Willer. De toate aceste date legistul trebuie să ție seamă pentru a se putea deduce voința sau intenția ma-

mei de a omori. Nașterea prin surprindere poate fi cauzată de mai mulți factori etiologici după Minovici:

a) Starea de inconștiență a mamei în momentul nașterii.

b) Starea de ignoranță a mamei.

c) Caracterul indolor al travaliului.

d) Rapiditatea anormală a travaliului.

e) Interpretarea eronată a travaliului.

f) Prelungirea nașterii, femeia găsimdu-se în locuri nefavorabile.

Sincopa, turburările mintale trecătoare sau permanente, psihoza puerperală pot fi cauzele acestor nașteri inconștinte. După Freyer, o naștere în picioare, expulsia subită a fătului, grija psihică, favorizează sincopa. Această sincopă poate apare imediat după naștere, putând fi rezultatul unei afecțiuni anterioare ca: albuminuria, anemia, nutrițiunea insuficientă și mai ales emoragia din timpul nașterii. Semnele emoragiei se pot găsi și după câteva săptămâni dela naștere. Această emoragie nu se întâmplă brusc, ci lent așa că uneori femeia ar putea da unele ajutoare după expulzarea copilului. Totuși sunt cazuri când sincopa apare și în emoragiile ușoare.

Dovada facerei ne o indică: examenul stării generale a femeii, examenul mamelelor și al sfârcurilor, examenul scurgerilor genitale, examenul organelor genitale externe și interne și al regiunii ano-perineo-vulvare. Toate simptomele ce ni le furnizează acest examen, pot să fie de durată mai lungă, putând face un diagnostic al nașterii. Psihoza puerperală poate fi uneori de scurtă durată și diagnosticarea ei va fi mai grea.

Pentru diagnosticul sarcinei avem simptome de presumpțiune oferite de modificările în aspectul abdomenului: flaciditatea și încrețirea tegumentelor, vergețurile glandelor mamare: volum, aspect și consistență, secrețiunea lactică, prezența colosului.

Simptome de certitudine ni le furnizează: aparatul genital; vulva, vaginul, uterul, lochiile, petele de mecaniu și de sebum. Probele biologice: acțiunea sângelui parturientei asupra albuminei laptelui (Lipperra),

prezența hormonului hipofizar în urina femeii reacția Zondek-Ascheim; reacția Abderhalden. Uneori va trebui să examinăm locul nașterii pentru examenul petelor și cantitatea emoragiei. Toate aceste date vor putea face pe medicul legist să dea indicațiuni prețioase judecătorului. (M. Minovici).

Observații

Obs. III. Istoric: Femeia P. P. declară că a dat naștere la 2 gemeni. Nașterea a avut loc într'un closet englez, primul copil s'ar fi născut viu, iar al doilea mort. După aceea i-a îngropat pe amândoi în curte. Eamenul preliminar: se constată cadavrul unui nou născut în legătură cu placenta prin cordonul ombilical, al doilea cadavru închis în membranele fetale.

Examen extern: Primul cadavru aparține unui nou născut de sex feminin greutatea de 2450 grame și lungimea de 49 cm. Punctul lui Béclard de mărimea unui bob de orez. Maxilarul inferior prezintă 4 alveole cu muguri dentari, iar a 5-a alveolă goală.

Examen intern: Capul și cavitatea craniană. Tesuturile mai epicraniene prezintă un hematom de 2/2 cm., în dreptul protuberanței occipitale externe. Pe suprafața calotei, subperiostale se constată numeroase peteșii. Meningele moi sunt subțiri cu vasele foarte congestionate. Gâtul și cavitatea gurii: nu prezintă nimic deosebit. Toracele și cavitatea toracică: pulmonii cu întreg pachetul de organe puse într'un vas cu apă cad la fund, de asemenea cad la fund fiecare pulmon în parte și bucăți din corpul pulmonilor. Bucăți din marginea pulmonilor înoată la suprafața apei și după compresiunea lor între degete. În secțiune pulmonii au o culoare roșie închisă cu zone de culoare mai deschisă. Acelaș sânge apare prin presiune din bronhii și bronchiole. Trachea are mucoasa de culoare roză acoperită cu puțină secreție sanghinolentă. Abdomenul și cavitatea abdominală: stomacul conține cca. 100 cm. c. de sânge închegat, mucoasa are culoarea albă, meconiul se găsește în întreg intestinul gros parte și în cel subțire. Examen compli-

mentar: la examenul microscopic asupra secțiunilor făcute din pulmonii, colorate cu hematoxină-eozină arată următoarele: sub pleura apar câteva alveole destinse în cari se găsesc globule roșii, pigment și celule cubice descumate mari. În rest nu se găsesc alveole destinse și întreg câmpul este ocupat de lacuri de globule roșii. Concluziuni: 1. Cadavrul aparține unui copil nou născut la termen sau aproape de termen. 2. Copilul s'a născut viu și a trăit câteva minute după naștere. 3. Moartea copilului nou născut este violentă și se datorește unei asfixii prin înecare în lichidele de facere. 4. Dat fiind că femeia P. P. este la prima facere, și fiind că a născut fără asistența unui medic sau moașe, apoi fiindcă ea a putut să interpreteze greșit durerile de facere, determinând-o să meargă la closet, moartea copilului său nou născut pare mai probabilă a fi accidentală și nu datorită unei omisiuni intenționate. Asfixia prin înecare s'a putut începe sau produce fie în timpul expulzării, din uter, fie după expulzare, căzând cu gura în lichidele de facere. 5. În mod obiectiv din punct de vedere medico-legal, nu avem nici un semn pentru a putea afirma sau exclude posibilitatea unei pruncucideri prin omisiune.

Obs. IV. Istoricul: Cadavrul unui copil nou născut care a fost găsit la marginea orașului, învălit în niște cârpe. Exameul extern: Cadavrul aparține unui nou născut, de sex feminin, greutatea 1965 gr. lungimea 45 cm. Putrefacția foarte înaintată, tegumentele acoperite cu sebum, pe spate se găsește lanugo. Punctul lui Béclard de mărimea unui bob de orez. Maxilarul inferior prezintă 4 alveole cu muguri dentari și a 5-a alveolă goală. Cordonul ombilical în legătură cu placentă. Examenul intern: Craniul și cavitatea craniană. Epicraniul prezintă mici echimoze, sub dura mater se găsesc emoragii meningeale întinse. Toracele și cavitatea toracică. Sub pleură se găsesc emoragii numeroase. Docimazia pulmonară negativă, fragmentele din plămâni plutesc și după compresiunea lor între degete. Abdomen și cavitatea abdominală. Stomacul conține o substanță de culoare albă gălbue, proba lui Breslau pozitivă. Intestine-

le au colorație verzue datorită putrefacției și conțin o materie gălbue, lichidă. Concluziuni: 1. Cadavrul aparține unui copil de sex feminin născut aproape de termen. 2. Copilul s'a născut viu și a trăit câteva minute. 3. Moartea acestui copil este violentă și se datorește lipsei de îngrijiri necesare unui nou născut (emoragie ombilicală prin nelegarea cordonului. 4. Moartea datează de 3 zile.



Concluziuni.

1. Pruncuciderea este definită în felul următor de noua C. P. „Mama care își ucide copilul natural înainte de a fi expirat termenul legal de declararea la oficiul stării civile, comite crima de pruncucidere și se pedepsește cu temniță grea dela 3—5 ani (art. 465 C. P. R).

2. Tatăl copilului nu este incadrat în art. 465 al C. P. R. Dacă tatăl își omoară copilul, crima lui este prevăzută în art. 464 C. P. R. al. d. Art. 464 C. P. R.: „Crima de omor se pedepsește cu muncă silnică pe viață, când este săvârșită în următoarele împrejurări: al. d. „Asupra unui ascendent sau descendent legitim, adoptiv sau natural“.

3. Pruncuciderea o poate comite mama fiind activă (prin comisiune) sau fiind pasivă (prin omisiune).

4. În Institutul Medico-legal din Cluj s'au înregistrat în decurs de 16 ani, 16 cazuri de pruncucidere.

9 cazuri prin comisiune;

7 cazuri prin omisiune.

5. Pretutindenii se constată o scădere a pruncuciderilor.

6. Cazurile de pruncucidere prin omisiune se pot confunda cu morțile accidentale ale nouilor născuți. Este necesar un examen al mamei pentru constatarea tuturor momentelor ce ar putea explica o imposibilitate fizică sau psihică de a da îngrijiri.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:

Decanul Facultății:

ss. Prof. Dr. M. KERNBACH

ss. Prof. Dr. D. MICHAIL

Bibliografie.

1. Ascarelli: „Compendio di medicina legale“. Ed. Bucciarelli Roma, 1924.
2. Balthazard V.: „Precis de médecine légale“. Ed. IV-a. Ed. Braillière et Fils. Paris 1928.
3. Borri-Cividalli-Leoncini: „Trattato di medicina legale“ Vol. III. Ed. Fr. Vallardi. Milano 1934.
4. Brindeau A.: „La Pratique de l'art des Accouchements“ Paris 1928.
5. Haberda A.: „Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin“. Urban. Wien, 1927.
6. Kernbach M.: „Curs de medicină legală“. Cluj, 1935.
7. Kratter: „Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Jena 1927.
8. Lacassagne et Martin: „Precis de médecine légale“. Masson, Paris 1921.
9. Minovici M.: „Tratat complet de medicină legală“. Ed. Socec. București, 1930.
10. Misiachevici E. „Contribuțiuni la studiul pruncuciderii prin strangulare“. Teză de doctorat. București 1933.
11. Stoenescu G.: „Pruncuciderea prin abandonare“. Teză de doctorat, București 1933.
12. Noul Cod Penal Român. 1936.