

AVORTUL MEDICAL

(CONSIDERAȚIUNI PATOGENICE, CLINICE
ȘI MEDICO-LEGALE)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 5 JUN 1940

DE
ION CODRIN

AVORTUL MEDICAL

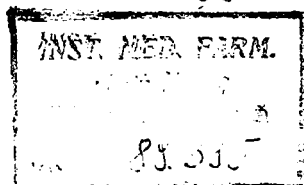
(CONSIDERAȚIUNI PATOGENICE, CLINICE
ȘI MEDICO-LEGALE)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 5 JUN. 1940

DE
ION CODRIN

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Anatomia umană	Prof. Dr. PAPILIAN V.
Chimie generală medicală	„ „ SECĂREANU ȘT.
Chimie biologică	„ „ MANTA I.
Istologie și embriologie	„ „ DRĂGOIU I.
Fiziologie și fizică medicală	„ „ BENETATO GR.
Anatomia patologică	„ „ VASILIU T.
Bacterologie	„ „ BARONI V.
Patologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ A. M.
Igienă și medicină preventivă	„ „ MOLDOVAN I.
Clinica medicală I	„ „ HAȚIEGANU I.
Clinica medicală II (semiologie)	„ „ GOIA I.
Clinica chirurgicală (semiologie, med. oper) „ „	„ „ POP A.
Clinica chir. și boalele căilor urinare „ „	„ „ ȚEPOSU E.
Clinica ginecologică și obstetricală „ „	„ „ GRIGORIU C.
Clinica dermatologică și sifilografică	„ „ TĂTARU C.
Clinica infantilă și puericultură	„ „ POPOVICIU GH.
Clinica neurologică și Endocrinologia „ „	„ „ MINEA I.
Clinica psihiatrică „ „	„ „ URECHIA C.
Clinica oftalmologică	„ „ MICHAIL D.
Clinica balneologică și dietetică „ „	„ „ STURZA M.
Clinica oto-rino-laringologică „ „	„ „ BUZOIANU G.
Clinica stomatologică	„ „ ALEMAN I.
Medicina legală	„ „ KERNBACH M.
Radiologia medicală	„ „ NEGRU D.
Istoria medicinei	„ „ BOLOGA V.
Farmacologie (supl.)	Prof. Dr. BARONI V.
Igienă și medicină preventivă (generală)	Agr. ZOLOG M.
Clinica boalelor contagioase	Conf. GAVRILĂ I.

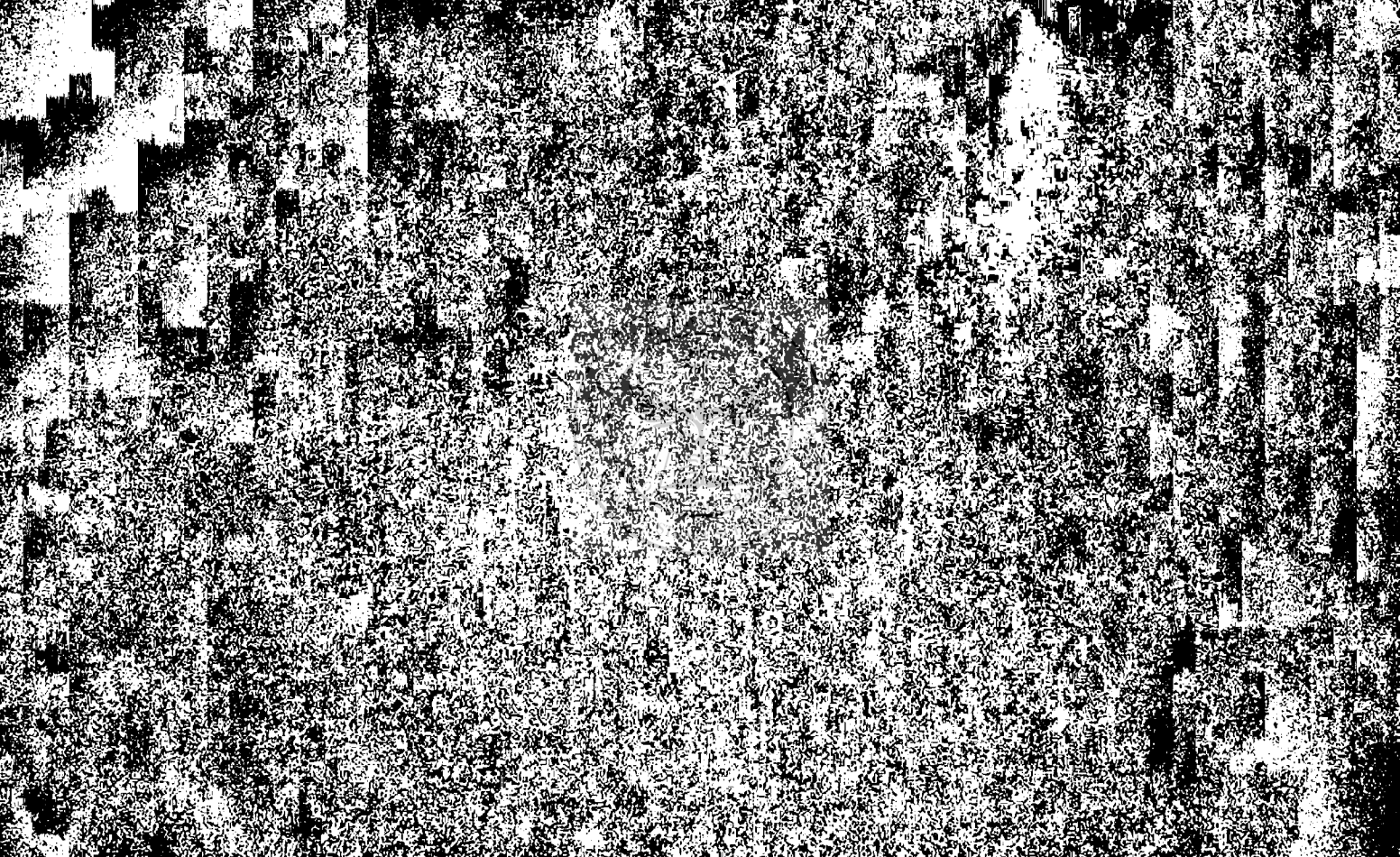
JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE: Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU

MEMBRII :	{	<ul style="list-style-type: none"> „ „ I. HAȚIEGANU „ „ V. BOLOGA „ „ M. KERNBACH „ „ GR. BENETATO
SUPLEANT :	Conf. „	TR. POFOVICIU

*Tatălui meu, PREOTUL NICOLAE CODRIN,
— acela care fiind un neobosit sfătuitor
dealungul cărărilor vieții mele, a făcut
totul pentru mine — și MAMEI mele dragi,
— închin lucrarea de față.*





C U V Â N T I N A I N T E

Bucuria care se poate trăi la această culme a succesului momentan, este nespusă pentru candidatul care intră, — cum se spune, — «de jure» în drepturi și datorii, ale clasei profesiei sale.

Prea au fost lungi așteptările, prea lovite au fost iluziile mărețe, pe care fiecare trăind un vis frumos și le-a făcut despre puterea mare pe care o posedă acela ce poate alina suferințele oamenilor. Anii primi ai școlarității noastre au fost anii idealului. Pe urmă... a venit ceea ce a fost mai greu; reîntoarcerea la realitate.

Realitatea foarte rar este măreață, tocmai pentru că-i lipsește farmecul de departe, de contur, al perspectivei. Este viața apropiată cu esența ei amară, așa cum o numește marele Hippocrat în aforismele sale: EXPERIMENTUM FALLAX, JUDICIUM DIFFICILE, DOCTRINA MULTIPLEX...

Deși învățând, ne fortificasem cu scutul granitat al științei, totuș puși față, în față cu — omul suferind — care ne spune: vindecă-mă!, am văzut în realitatea zilei de azi ce se poate, dar mai ales ceea ce nu se poate.

La vederea acestei din urmă posibilități, ne-am dat seama că suntem mici și că nu vom putea niciodată să depășim în mic, ceea ce pretindea odată idealul nostru. Aceasta este problema!...

Ne-am resemnat, și am acceptat viața așa cum e, strigând deodată cu marele poet: „A nu isbuti! Aici e măreția“...

Iată deci, bucuria noastră de azi, nu e bucuria ce ar fi trebuit să fie. E o altă bucurie mult mai modestă. Este aceea de care ne vorbea adeseori profesorul nostru *Hație-*

ganu, în neuitatele sale cursuri, despre un celebru doctor, care și el s'a resemnat în fața vieții și a zis: „Dacă nu am isbutit totdeauna, nu mă plâng, pentru că așa cred, că dacă am putut scăpa numai pe unul singur dintre semenii mei dela moarte, datoria mea în fața conștiinței mi-am împlinit-o“.

Aceasta este bucuria cu care fiecare dintre noi are ocazia să fie fericit în viață.

— — — — —
Lucrarea de față s'a scris prin bunăvoința Domnului Profesor Dr. Cristea Grigoriu, ce mi-a făcut marea cinste acordându-mi subiectul acestei teze. Pentru aceasta îi mulțumesc respectuos din tot sufletul.

Iar pe Domnul Conferențiar Dr. Traian Popoviciu, care oridecâteori i-am cerut vreun sfat, m'a întâmpinat cu întreaga inimă deschisă, cu acea amabilitate rară, care foarte greu poate fi uitată, îl rog să primească pe această cale, cele mai distinse mulțumiri ale mele. Noblețea caracterului Domniei Sale, nu pot să nu o subliniez în acest loc, purtând-o în amintirea mea multă vreme dealungul cărărilor vieții.

Deasemenea țin să mulțumesc Dlui asistent al Clinicii, Dr. Alexandru Chețianu, ce mi-a întins o mână de ajutor totdeauna când i-am cerut vreo îndrumare.

Cluj, 25 Aprilie 1940.

INTRODUCERE

În mentalitatea tuturor vremilor, nu cred să fi fost probleme medicale prea multe, așa de diferit judecate, atât de diametral opus înțelese, ca aceea a întreruperii unei sarcine.

În marea frescă a istoriei omenеști, s'a scos la iveală întotdeauna fenomenul miraculos al procreierii și al facerii.

Fiecare timp istoric a subliniat acest fenomen, l-a interpretat și apoi l'a judecat. Bine sau rău: acesta este marele alternativ, ce caracterizează esența firii omenеști. Totul, întregul univers văzut prin prizma minții omului, este raportat la persoana sa: fie benign, fie pejorativ. A treia posibilitate el o exclude. Asta este o dovadă destul de clară despre neputința și mai ales despre micimea orizontului de vederi al omului.

Totdeauna în materie de omenesc, a dominat arbitrarismul. S'a zis cu drept cuvânt că el este exponentul capacității raționale al fiecăruia. Lucru curios, aproape ridicul este însă, felul cât de variat și neconstant este acest arbitru al rațiunii omenеști.

Cele mai vechi civilizații: egiptene și orientale, au lăsat vestigiile despre felul cât de avansate și meticuloase erau procedurile, după care o femeie era eliberată de fructul unei noi vieți care începea în pantecele ei. Civilizația greacă însă, a culminat în perfecțiunea cunoștințelor omenеști, reprezentată prin marii filosofi, marii oameni de știință, dar mai ales în ceea ce privește sublimul artei. Nume mărețe ca: Omer, Aristot, Fidias, și Hippocrat, au rămas actuale până azi, servind aproape totdeauna ca simboluri de culmi ale perfecțiunii și de idealuri omenеști.

Conceptul științei Hippocratice, actualizat în proble-

mele de înțelegere și mai ales de judecare în materie de patologie, sunt și azi susținute cu entuziasm, așa cum e spre exemplu „neohippocratismul“.

Celebrul jurământ al lui Hippocrate, devenit pentru medic expresia unei înalte dogme, este plăsmuit din principiile celui mai pur eticism. Deontologia, aceasă nouă doctrină în curs de dezvoltare din ce în ce mai solidă, se poate spune cu drept cuvânt că își află temelia în expresia de adâncă înțelepciune morală ce o reprezintă „idealul hipocratic“.

Cuvinte ca acestea : „în orice casă în care voi fi chemat, voi intra pentru binele bolnavului, ferindu-mă de a pricinui cu voia mea cel mai mic neajuns, mă voi feri de cursele ispitelor, ocolind plăcerile dragostei cu femei sau bărbați, fie ei liberi ori sclavi. Nu voi da nimănui pentru a-i fi pe plac vreun leac ucigător, sau sfaturi care să-i aducă pieirea. Deasemenea nu voi da unei femei vreun leac, care să-i producă avort“. Cuvinte destul de elocvente pentru a ilustra pe mărețul „Pater Medicinæ“.

În decursul timpului, dela el până în zilele noastre, mentalitatea oamenilor și în special a medicilor, a fost foarte mult schimbată. Ca orice doctrină, a avut și prieteni credincioși și adversari înverșunați. Creștinismul a întărit cu baze mai largi și mai întemeiate, etica medicală a lui Hippocrat. El a conturat cu blândețea unei înalte morale, ceea ce era scris aspru și crud în cărțile vechi ale talmudului. Acolo scria „femeia care păcătuiește va fi ucisă“. Aci de de altă parte, se spunea că a păcătui este lucru urât în fața Domnului, care însă iartă pe cel care se pocăiește. Prin urmare nu sancționare fizică, cum era în „legea talionului“ ci puritate și candoare sufletească. Iată de ce doctrina creștină este o completare amplă și temeinică a bazelor deontologice hipocratice.

În lumina vremurilor de azi, când paralel cu noul măcel al armelor, s'a dat și e actuală încă marea bătălie a ideologiilor, se poate ușor vedea desechilibrul ce traduce lipsa unei temelii solide a perfecțiunii omenești. În atari cazuri, a interpreta cu absolută obiectivitate, un fapt care

a fost în o permanentă labilitate critică, atât între paragrafele legilor penale sau civile, cât și cele ale deontologiei medicale, mi se pare pur și simplu utopic. Fiecare lege își are tradus în fapt oportunistul ei momentan. Dela util până la perfect este însă o formidabilă distanță. Cu toatăcă principiul legii a rămas acelaș.

Incontestabil, că subiectul avortului indicat, deci medical, nu poate fi criticat cu rigorile legilor în care intră cel neindicat. Cel mult deosebirea se poate privi ca titlu comparativ. Noțiunea „stării de necesitate“, creiată de codul penal, stă la baza ideii avortului terapeutic. *Atunci când viața femeii gravide, este în un pericol iminent, din cauza unei boli ce e înrăutățită de o sarcină, atunci se poate cu adevărat vorbi de avortul medical.* Atunci acțiunea medicului se împacă și cu morala, deci cu conștiința sa, cât și cu paragraful legii. Acesta constituie primul principiu ce stă la baza avortului medical. Cel de al doilea îl constituie, așa zisa „legitima apărare a mamei contra copilului, ce-i amenință vieța“. La aceste două s'au adăugat și cele strict juridice, ce prin natura lor se rezumă la următoarele :

1. Mama să se afe în un pericol extrem.
2. Acest pericol să fie sub influența directă a sarcinei.
3. Să fie rebel față de toate metodele terapeutice.
4. Deodată cu întreruperea sarcinei, să dispară și susnumitul pericol, afară de eventuale noi complicațiuni inevitabile.

In orice caz „claritatea“ principiilor legale de mai sus, poate uneori întâmpina greutăți foarte mari. In acest sens s'a și ținut un congres — Congresul Avortului — la Cluj în 1934, unde profesorii Facultății de Medicină, au arătat pe specialități, afecțiunile care fiind agravate de sarcină îndeplinesc condițiunile medico-juridice, pentru a fi considerate ca indicațiuni sigure pentru întreruperea gravidității. Asupra acestor discuțiuni nu există o părere unitară nici între diferiții specialiști, fapt care contribuie și mai mult la nehotărîrea medicului chemat a se pronunța asu-

pra întreruperii unei sarcini. În acest câmp de opinii diverse „quod capita, tot sensu“, legiferarea avortului, cu introducerea în codul penal a listei cu toate indicațiile prealabile, se impune. Există afară de indicațiile propriuzise, altele cu caracter pur — eugenic — unde se procedează în acelaș mod, întocmindu-se deasemenea această serie de indicațiuni în codul penal.

Medicul practician — cunoscând aceste liste ale codului penal, ce constituie în acelaș timp și condițiile medico-juridice ale avortului medical — când se află în fața unei gravide care-i solicită avortul, se va comporta precum urmează :

1. Primo : enunțarea unui diagnostic exact, recurgându-se la toate mijloacele de investigațiune practicate obișnuit în cazul dat.

2. Secundo : enunțarea unui prognostic exact și mai ales precoce. Recrudescența bolii respective, condiționată de sarcină trebuie dovedită precis.

3. Tratamentul în prealabil al gravidei, cu tot arsenalul terapeuticeii moderne și numai în cazul unui eșec se va hotări definitiv.

4. Consulul medical chiar înaintea executării avortului. El se va face de un specialist în boala respectivă a gravidei. Rămâne stabilit că acest consult și certificatul medical, făcut cu această ocazie trebuie să fie semnat de cel puțin un medic specialist, sau care practică anumite ramuri medicale din specialitatea indicației. Neexecutarea acestor reguli nu satisface dispozițiite codului penal și duce prin urmare la calificarea de : avort criminal.

Pe lângă certificatul prealabil, medicul operator nu trebuie să uite a cere și consimțământul femeii sau al soțului (dacă e măritată) al părinților, tutorelui, când e vorba de o minoră. Fără să obțină consimțământul de mai sus, medicul riscă să fie șantajat în anumite cazuri, sau să cadă în mod neplăcut asupra lui, o răspundere nedorită.

* * *

Principiile odată formulate e cazul să fie amintit că, abuzurile sunt azi la ordinea zilei. Cum se abuzează în

avortul social, așa se abuzează și în cel terapeutic. Cu toate indicațiile și contraindicațiile respective, există întotdeauna mici dedesubturi care se invocă fiind exploatare eu orice preț de infractori. În acest sens foarte prudentă a fost tolerarea unui... compromis tacit, în concepția principiului lui Winter: «Nici un avort prea mult, nici unul prea puțin». În acest sens medicul să posede totdeauna probitate în ceea ce privește conștiința sa, să nu abuzeze nici când, dar nici să șovăiască, atunci când e cazul să intervie.



ETIOLOGIA ȘI PATOGENIA

A. *Toxicozele gravidice*. Sunt veritabile intoxicațiuni ale organismului matern, datorite unei toxine endogene cu punctul de plecare embrionar. Este încă neclar dacă poate fi vorba de o veritabilă toxină emanată dela embrion, sau învelișurile sale, și răspândită în circulația generală a gravidei, sau din contra o anafilaxie specială, datorită compușilor proteicici, sau unor dejecțiuni, cu punctul de plecare dela amnios. Primele simptome sunt neurovegetative: stomac, intestin, sistem vascular, asociate de tulburări renale foarte variabile.

1, *Hyperemesis gravidarum* — sindrom clinic survenind frecvent în primele patru luni ale sarcinei, aproximativ la un procent de 40% dintre gravide. Simptomatologia e foarte variată, rezumându-se în majoritatea cazurilor la tulburări psihice ușoare (faze melancolice, fobii, confuzii) și trecătoare. În cazurile tipice debutul se manifestă prin greață, inapetență, astenie, cefalee, vărsături incoercibile, (sindromul vegetativ) uneori hiperazotemie cu alură gravisimă și cu sfârșit letal. În aceste cazuri extirparea embrionului este unicul procedeu salvator. După o statistică a lui Seller, care avea în tratamentul său conservativ 16 femei cu hiperemesis, 7 din ele au avut sfârșit letal. Simptomele de alarmă în atari cazuri sunt:

Scăderea progresivă în greutate,
febra neregulată, în platou sau intermitentă,
icterul (creșterea bilirubinemiei în sânge: 2—4 mgr. %) albuminuria, cilindruria,
acetonemia (simptomul semnal: creșterea acetonei cu 200—300 mgr. ‰ — e indiciul unei hiperemeze grave).

2. *Hidropizia gravidelor* — nu are drept complex

cauzal direct nici aparatul cardiac, nici o leziune renală. Edeemele esențial apărute pot avea repercusiuni în funcțiunea rinichilor. Patogenia hidropiziei gravidice, se traduce prin turburări în ceace privește permeabilitatea capilarelor, datorită unui proces coloido-chimic. Atunci când edemele sunt rebele și rezistă tratamentului (regim declorurat, fără carne, apă puțină), atunci încep adevăratele disfuncțiuni ale celulei renale.

Indicațiuni în acest sens pentru a întrerupe o sarcină sunt:

- a) dacă apar turburări renale,
- b) dacă starea socială a femeii nu permite să stea multă vreme în pat.

3. Nefropatia Gravidelor — are puncte mult deosebite de succesiunea leziunilor anterioare. Aici avem o albuminurie mai mult sau mai puțin masivă. Ea variază între 1—25% și o hipertonie de 180 mm. În sediment: cilindrii hialini, celule epiteliale și foarte rare ori hematii. Anatomopatologic: degenerarea epiteliului renal al glomerulului, și a canalelor renale, este expresia unei leziuni cu caracter nefrotrop. Pare a fi o predispoziție pentru această leziune; dacă ea e absentă la primipare, desigur că nu va apare nici în celelalte gravidități (Grossmann). În acest sens aci avem următoarele indicațiuni de întrerupere:

- a) dacă albumina persistă multă vreme la un nivel de 20%.

- b) când sunt prezente și turburările vizuale: retinita albuminurică, dislipirea de retină (foarte gravă asociată de cecitate iremediabilă și totală). Orbirea totală în timpul gravidității pare a fi consecința aceleași toxine emanate de învelișurile embrionare, invadând organismul și în mod predilect cu localizări cerebrale. Examenul fundului de ochi arată leziuni ale capilarelor: capilarite, hemoragii capilare. În atari cazuri întreruperea unei sarcini nu poate fi discutată.

4. Eclampsia — e forma cea mai gravă dintre toxicozele gravidelor, cu un prognostic foarte sumbru. Este curios faptul că 8—10% dintre gravidele nevropatice fac eclampsie. Ea nu este deci apanajul primelor luni ale gravidității ci din contra, apare ante sau intrapartum.

Când apare totuș în primele luni, are o alură simptomatică foarte gravă cu evoluție aproape totdeauna letală, mai ales când e asociată dela început cu icter și hipemesis. Factorul indicator, este tensiunea arterială care mărită, poate fi, prin o ușoară manoperă, cel mai fidel indiciu.

5. Coreea gravidarum — complicație serioasă în evoluția unei sarcine cu un procent mortal de 15—20% (Ewald). Tratamentul conservator e indicat numai în cazul când gravida are antecedente coreice în copilăria sa, fiind expresia unei recidive intrapartum. În acest caz, tratamentul conservator este: liniște, repaos la pat, injecții cu ser de gravidă, atropină, proteinoaterapie, narcotice. Când tratamentul este negativ, întrerupem sarcina.

6. Anemia gravidelor (Boala lui Guserow) este una dintre cele mai redutabile boli dintre toxicozele gravidice. Desutul și simptomatologia apar deseori cu caracter insidios, ceea ce poate face neatent pe medicul practician. Guserow a fost primul care a descris simptomatologia acestei afecțiuni, stabilind-o în cadrele unei veritabile boli, în anul 1871. Instalarea stării anemice, apare frecvent înspre jumătatea a doua a gravidității, prezentând semnele unei anemii de alura boalei lui Biermer. Naegeli din cele 8 cazuri descrise, patru au avut sfârșit letal. Etiologia și în acest caz e aceeaș toxină embrionară, ce are însă un caracter hematotrop, mai ales că regenerarea cu elemente tinere nu se face suficient din cauză că sistemul mieloid nu reacționează suficient. Tabloul sanguin este deficitar, luând aspectul pernicios, de care e deosebită însă, prin lipsa megaloblaștilor și prin oligocromemia hematiilor. În sindromul pernicios, valoarea globulară este dinpotrivă peste unitate. În orice caz tabloul simptomatologic e foarte apropiat, încât numai o intuiție cu nex etiologic, poate descifra diagnosticul. Întreruperea prin avort a unei sarcini pare indicată, când alura anemiei nu e prea gravă.

7. Dermatozele gravidelor, sunt frecvente în timpul gravidității, încât ele pot, la fel cu anterioarele forme pa-

tologice, să fie considerate ca un indiciu direct de întrerupere terapeutică.

a) Impetigo herpetiform — este o dermatită rară, dar cu alură serioasă când e prezentă într'o sarcină. Starea generală e influențată de leziunile purulente, în sensul unei emacieri. S'a făcut o legătură între acest impetigo și strumectomia, tetania și osteomalacia. Prin administrare de calciu, ser de gravidă, s'au încercat implantări organice de paratiroidă. Stabilirea acestui diagnostic nu va fi nicicând compatibil cu sarcina.

b) Penfigul vulgar — are singur o alură gravă; când apare asociat de o graviditate, conduita medicului e pusă la grele încercări. Avortul e sigur indicat, dar se pune întrebarea dacă intervenția își mai are sau nu, vreun rost eficient.

c) Dermatita herpeliformă — Dühring (Herpes gestationes) cu un prognostic mult mai benign. Tratament cu ser de gravidă și întreruperea sarcinii.

d) Eczema gravidelor, — este afecțiunea obișnuită în sarcină. Este însă dificilă hotărârea dacă e cazul sau nu, să intervenim; în orice caz, uneori intervenția e tolerabilă.

e) Lupusul vulgar — este stigmatul unei tuberculoze legumantare: indiciu pozitiv de intervenție după cazul dat.

B) *Stari patologice ale organelor genitale feminine.*

a) Tumorile organelor utero-adnexiale sunt asociate, pe lângă un tratament radiumterapic și de o prealabilă întrerupere a gravidității, când e absolut cazul. Prognosticul în orice caz e letal (când e malignitate certă).

b) Hemoragiile mari (300—500 gr.) abia pot constitui un motiv legal al unei întreruperi indicate; scurgerile sanguinolente mici, dar repetate, au o indicație mult mai pozitivă.

c) Uterul în retroversie-flexie, cu incarcerație ireparabilă și cu degajare negativă, chiar cu concursul laparotomiei.

- d) Ectopia colului uterin.
- f) Autofixația corpului uterin.
- g) Fistulele urinare.
- h) Vagin strâmt și cezariana neexecutabilă. Toate aceste posibilități, corespund cu indicații de întrerupere a unei sarcini.

C) *Stări patologice ale oului.*

a) Mola hidatiformă, constituie o indubitabilă indicație.

b) Hidramniosul — în a doua jumătate a sarcinii, produce genă respiratorie și e cazul a întrerupe sarcina.

c) Moartea intrauterină a fătului — e o indicație sigură, fiind călăuziți totdeauna de principiul în fața celor 2 vieți: a mamei și a fătului, dând prioritate primei. Aceasta indiferent, în oricare din posibilități.

D) *Afecțiuni ale aparatului respirator.*

a) tuberculoza pulmonară — singură constituie un procent de 80% din totalul cazurilor de avort terapeutic. Cu toate acestea, nu există încă până azi din, acest punct de vedere o unicitate de păreri; există cum am mai spus adepți credincioși și adversari înverșunați și în acest caz. Intervenționistii cred, că o sarcină agravează în mod indubitabil tuberculoza pulmonară. Și aceasta aproape în toate formele ei. Neintervenționistii susțin că tbc. pulmonară nu ar fi agravată de o sarcină (Frossner, Barnes). E natural ca din două doctrine opuse să rezulte un... compromis. Concepția eclectică este cea hotărâtoare astăzi. Ea plecând dela clasificarea tuberculozei a lui Fränkel, în forme: active și inactive, admite avortul numai în formele ftiziei manifeste; pe când în celelalte: inactive, se recomandă insistent, epuizarea arsenalului terapeutice moderne conservatoare. Aceasta de altfel după concepțiile autorilor ca; Klemperer, Hussey, Cauvelaire, par a avea rezultate strălucite. Acești autori ne arată din statisticile lor, din 100 cazuri de tbc. cu sarcină, aproximativ 20 recrudescențe și numai în aceste cazuri activate se recomandă avort medical.

După concepția Prof. Hațieganu, în formele fibroase,

inactive ale ftiziei, se încearcă insistent tratamentul conservativ și numai în cazul când apar mai târziu semne de activitate, intervenim. *Indicațiuni indubitabile*: Tuberculoza exudativă asociată de sarcină; aceasta trebuie întreruptă până la a 3-a, sau cel mult a 4-a lună. Tot între cazurile absolute sunt tbc. manifeste active, infiltratele precoce, formele bronchogene, sau hematogene. Tbc. fibroaze și fibroase curabile active, evolutive cu Koch pozitiv în spută, asupra cărora sarcina influențează în mod defavorabil în primele luni ale ei, sunt toate indicii nediscutate de avort. Politica națiunii cere cât mai intensă prolificitate, dar nu se poate impune ca femeia să o facă, cu riscurile proprii sale vieți.

E) *Afecțiuni ale aparatului circulator.*

Prof. Hațieganu a indicat următoarele criterii de orientare :

- a) starea funcțională a miocardului,
- b) semne de activitate a leziunilor,
- c) natura și gradul lor,
- d) asociațiunea cu alte afecțiuni,³
- e) vârsta femeii,
- f) numărul nașterilor anterioare.

Dintre afecțiunile cordului, stenoza mitrală este mai defavorabil influențată de sarcină; în acest caz, în 28% survine mortalitatea. În celelalte afecțiuni valvulare, până la apariția decompensației se aplică un energetic tratament cu digitală. Nici digitala nu trebuie aplicată prea forte, fiind și ea un toxic în plus; conduita optimă este cea a prudenței, în spiritul aforismului lui Huchard: «Nie trop, nie trop peu, nie trop souvent, nie trop longtemps».

F) *Afecțiuni ale aparatului renal.*

Leziunea celulei renale este sensibil influențată în sensul unei înrăutățiri, de o graviditate. Nefrita acută — constituie numai în cazul apariției hipertensiunii arteriale și a edemelor, o indicație precisă. Nefrita cronică — după statistica lui Hussey provoacă o mortalitate de 40%. În acest caz intervenția va fi cât mai precoce, neașteptându-se instalarea semnelor uremice. După Winter, intreruperea

sarcinei se indică aci în următoarele cazuri :

- a) la primele simptome de azotemie și uremie,
- b) în cazul unei leziuni valvulare complicate cu o insuficiență renală,
- c) în alterațiuni retiniene,
- d) în cazul când nefrita e rebelă la toate tratamentele efectuate,
- e) în sindromele cardiorenale foarte pronunțate, hipertensiune, hipertrofie și dilatație cardiacă pronunțată (Hațieganu).

G) *Afecțiuni urologice.*

Acestea au fost expuse în următoarele cazuri în congresul avortului ținut la Cluj — 1934. de d. prof. Țeposu.

- a) rinichiul solitar hipogenetic, sau grefat pe o leziune secundară (pielonefrită, calculoză, tbc.)
- b) rinichiul polichistic bilateral, cu funcție la limită,
- c) tumorile maligne renale, tbc. renală bilaterală, pionefroză bilaterală cronică, calculoză bilaterală,
- d) tbc. renală unilaterală, floridă, ce după nefrectomie mai prezintă semne de proces bacilar în activitate,
- e) diverticuli mari vezicali, cu stază urinară,
- f) cistita bacilară.

H) *Afecțiuni ale tubului digestiv.*

Se indică întreruperea unei sarcine în următoarele cazuri expuse de prof. Hațieganu :

- a) icterul grav, unde sarcina e un factor agravant,
- b) insuficiența hepatică atunci când nu se obțin rezultate prin tratamentul conservator,
- c) cancerul incipient — operație precoce, fără a se ține cont de sarcină,
- d) cancerul rectului și al vezicii,
- e) diabetul, care ia o alură gravă, cu acidoză.

I. *Afecțiuni ale glandelor endocrine.*

a) Boala lui Basedow. Graviditatea are asupra acestei boli o acțiune rea, cu toată că unii autori au constatat unele ameliorări în timpul sarcinei. În formele clasice cu metabolism excesiv de ridicat, exoftalmie tipică și tachicardie peste 140, este indicată întreruperea sarcinei.

b) Boala lui Addison. Evoluția acestei boli în mod spontan nu e compatibilă cu sarcina. Vom avea în Addison de cele mai deseori avorturi spontane.

c) Tetania — care se dezvoltă în cursul unei gravidități are o alură foarte gravă. Accesele sunt mai dese, mai dureroase și interesează mai multe grupe musculare. Terapia în aceste cazuri consistă în: vitamina D, calciu, hormoni paratiroidieni, narcotice și transplante paratiroidiene.

d) Diabetul zaharat. Glicozuriile ușoare care survin în cursul gravidităților normale s'au cunoscut de mult timp. Poate surveni procentual în 30% dintre gravide, fără a avea vreun indiciu suspect patologic. În diabetul veritabil însă, fătul moare de obicei intrauterin, sau gravida avortează spontan. Când acidoza nu dispare, nici cu regim nici cu insulină, atunci sarcina e cazul a fi suspendată.

e) Osteomalacia — apare uneori în timpul unei gravidități cu origini diferite: puerperală, nonpuerperală, infantilă. Etiologia osteomalaciei este încă într'o sumbră causalitate; în orice caz disfuncția ovarului are un rol preponderant. Tratamentul va fi: fosfor, untură de pește, pituitrină, ser de gravidă. Când boala e rebelă la tratament, sarcina se întrerupe.

K. Afecțiuni Chirurgicale.

a) Tumorile maligne parauterine (cc al rectului, vezicii),

b) Ileusul și atoniile intestinale de origină toxică,

c) Litiata biliară și angiocolita infecțioasă.

d) Tbc osoasă și articulară.

e) Fractura cominutivă, a coloanei vertebrale.

f) Hernii și defecte ale peretului abdominal.

L) Afecțiuni ale ochilor.

a) Retinita gravidică, deslipirea retinei și hemoragiile ei.

b) Amauroza gravidică, staza papilară, nevrita optică retrobulbară.

M) *Afecțiuni ale nasului, gâtului, urechilor.*

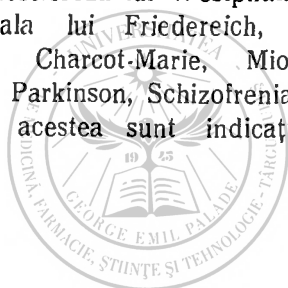
a) Otoscleroza.

b) Tuberculoza laringiană (Boala lui Isamber).

Mulți recomandă în atari cazuri o prealabilă sterilizare profilactică. Cu toate acestea se mai admite avortul în următoarele cazuri: când dela începutul sarcinei apar simptome labirintice și boala are o tendință progresivă spre urechea controlaterală, când survin turburări a unei glande endocrine sau semne vagotonice sau simpaticotonice și când apar simptomele unei intoxicațiuni gravidice.

N) *Afecțiuni ale sistemului neuro-psihic.*

Tarelele familiare, sunt indicate pentru sterilizare profilactică, precum urmează: Coreea Huntington, boala lui Wilson, Pseudoscleroza lui Westphall-Strümpel, Ataxia cerebeloasă, Boala lui Friedereich, Paraplegia spastică, Amiotrofia Charcot-Marie, Miopatia, Epilepsia, Psihoza periodică, Parkinson, Schizofrenia, Tabes, Tumori cerebrale. Toate acestea sunt indicații sigure pentru avort.



LEGIFERAREA AVORTULUI MEDICAL,

(Art. 484 c. p.)

S'a zis cu drept cuvânt că toleranța avortului este drept proporțională cu gradul de civilizație al unei țări. Aproape toate statele, în urma progreselor medicinei, legiferează avortul indicat, corespunzând datelor științei și limitând abuzurile medicilor dar mai ales ale pacientelor. Codul penal prevede avortul medical în Art. 484. :

„Nu se consideră avort întreruperea cursului normal al sarcinei făcută de medic când :

1. Vieța femeii este în pericol iminent, sau sarcina agravează o boală, de care suferă femeia, punându-i vieța în pericol, care nu putea fi înlăturat fără alte mijloace și este vădit că intervenția nu a fost făcută decât cu scopul de a salva vieța femeii.

2. Când unul din părinți este atins de alienație mintală și există certitudinea că copilul va purta grave tare mintale.

În caz de pericol iminent, medicul este obligat a aduce faptul în scris și confidențial la cunoștința parchetului la 48 ore după intervenție. În celelalte cazuri, medicul nu poate interveni decât cu autorizația parchetului, dată pe baza unui certificat medical al unui așezământ spitalicesc sau a unui aviz emis în urma unui consult între medicul care va interveni și cel puțin un medic specialist în boala care va interveni și cel puțin un medic specialist în boala care determină intervenția. Parchetul în toate cazurile prevăzute de acest articol, este obligat a păstra caracterul confidențial al tuturor comunicărilor, până la intervenirea unei eventuale reclamațiuni.

Art. 485. „In cazurile delictelor prevăzute în această secțiune : medicilor, agenților sanitari, farmaciștilor, droguiştilor sau moaşelor și interdicția corecțională dela 1—3 ani.“

In Monitorul Oficial din 15 April 1940 (Nr. 90) s'a precizat definitiv ultima trăsătură de condeiu în această problemă. Astfel la pag. 1867 se poate citi următoarea dispozițiune din articolul 484 din Codul Penal Carol II. :

„Art. 1. Se înțelege prin pericol iminent pentru viața femeii, hemoragiile sau infecțiile grave datorite proceselor patologice sau accidentale ale sarcinei, precum și acelea datorite insuficienței circulatorii renale sau hepatice.

In caz de pericol iminent, medicul este obligat a înștiința parchetul în decurs de maximum 24—48 ore.

Art. 2. Inainte de se face intervenția, medicul e dator a epuiza întreg arsenalul terapeutic pentru înlăturarea pericolului, avortul constituind ultima măsură terapeutică.

Art. 3. Pericolul pentru viața femeii gravide, sau pentru sănătatea ei, este numai atunci când, fie că sarcina agravează o boală preexistentă, fie că creiază o boală în timpul sarcinei, acest pericol este în strânsă legătură de cauzalitate cu sarcina. Inaintea oricăror intervențiuni și inainte de a se elibera certificatul medical pentru întreprinderea sarcinei, medicul curant va epuiza întreg arsenalul terapeutic pentru înlăturarea pericolului, avortul reprezentând ultima măsură de salvare. Numai după satisfacerea acestor dispozițiuni, medicul are dreptul de a elibera certificatul medical, pentru a obține autorizația parchetului.

Art. 4. Indicațiuni medicale : (urmează înșirarea tuturor afecțiunilor medicale, ce au fost descrise pe larg, în prealabil.)

Codul penal Român „Reg. Carol II.“ prin art. 484, legiferează pentru prima oară în mod definitiv avortul medical pe baza principiilor terapeutice și eugenice.

DEONTOLOGIA AVORTULUI MEDICAL

Problemele de responsabilitate medicală în materie de avort, au fost mult discutate și controversate. Doctrina medicală a recomandat în unanimitate, ca indicația de întrerupere a sarcinii să se hotărască, numai după un consult medical. Despre categoria medicilor ce trebuie a lua parte la consult, nu este un perfect acord de vederi.

Prof. Minovici, recomandă un prealabil proces-verbal făcut și semnat de medicul curant și cel operator. Winter opiniază pentru un consult între medicul de casă, specialistul indicației și obstetricianul operator. Un congres al medicilor la Lipsca a hotărât ca susnumitul consult să se facă între doi medici, dintre care unul va fi specialistul indicației, iar celalalt obstetricianul operator.

Intervenția avortului fiind prin natura ei numită pe drept o — „operațiune oarbă“ — răspunderea medicului în atare caz va fi și ea cu totul deosebită, specială. S'a zis că medicul nu-și poate da seama exact în toate cazurile, de toate condițiile în care va lucra. Și pe drept cuvânt. Totuși răspunderea medicului este legată de următoarele : a) greșeli în formularea indicațiunii, b) greșeli în executarea avortului, c) greșeli de comportare după producere de leziuni uterine în timpul intervenției.

Leziuni obstetricale ce nu conferă responsabilitate

A) Perforațiuni uterine sau uterointestinale, produse în timpul executării avortului medical, diagnosticate la timp și urmate de internarea imediată a bolnavei, în un serviciu de chirurgie.

B) Perforațiuni uterine, utero-intestinale cu extragerea sau nu, a unei anse intestinale, în timpul executării unui avort terapeutic și datorită unei afecțiuni ale pereților uterini, ce măresc friabilitatea lor. Internarea rapidă în spital e obligatorie.

Leziuni obstetricale ce conferă responsabilitate

A) Perforațiuni uterine sau uteroadnexiale produse în timpul executării unui avort medical, care sunt ascunse, neospitalizate.

B) Perforațiuni uterine cu smulgeri întinse ale organelor din bazin, în timpul executării avortului terapeutic (imperifiția).

TEHNICA OPERATORIE A AVORTULUI MEDICAL

Fiecare școală de medicină posedă mici modificări ale unuia și aceluiaș principiu : extirparea artificială a conținutului cavității uterine, după o prealabilă dilatare a colului și mai ales de o curățire impecabilă prin chiuretaj a pereților uterini.

Unii sunt pentru evacuarea într'un singur timp, prin dilatațiuni directe cu hegarul, sub anestezie generală sau locală (paracervicală — cu tutocaină) ceilalți sunt pentru evacuarea conținutului uterin în doi timpi : în prima zi introducând laminaria și după 24 ore, evacuarea propriu zisă prin chiuretaj. Când e vorba de o sarcină de maximum 2 luni, se procedează precum urmează :

1. Bolnava în poziție ginecologică ; se face inspecția organelor genitale externe, după care se execută un lavaj riguros cu apă și săpun lichid. Desinfecție cu sublimat 1‰, MnO_4K -sol. 1 : 5000 — 1 : 10.000.

2. Inspecția colului uterin, prin valve sterilizate, și examinarea fundurilor de sac anterior, posterior, eventuale friabilități, ramolimente patologice etc.

3. După un tamponament prealabil al colului pensat cu sol. tinctura jodi, vom introduce histerometrul, care ne va orienta asupra cavității uterine, apoi începem dilatarea cu hegarele de grosimi progresive, luate din trusa sterilizată.

4. Se introduce o laminarie sterilă Nr. 6—8, după care se așează totul la loc pentru al doilea timp.

5. Se scoate după un timp de 16—24 ore laminaria respectivă, cu oarecare atenție, spre a nu cauza dureri sau

genă neplăcută. Vom conținea cu dilatarea colului uterin prin hegarare corespunzătoare — până la Nr-ul 15—18—20 după caz.

6. Inceperea evacuatoare a uterului : chiureta optimă este cea boantă, neascuțită, respectând inepabil regulile clasice ale asepsiei. Resturile embrionare, apar deodată cu hemoragia de intensitate variabilă : indiciul — terminus, ni-l oferă sgomotul mai mult palpatoric de raclare a peretelui uterin. Durerile sunt neînsemnate.

Când e vorba de a întrerupe o sarcină între luna 2—4, se introduce o laminarie mai groasă, iar după 24 ore, înlocuită fiind cu o alta mai mare, alternând după cazuri, de 1—2 ori. După scoaterea laminariilor, așteptăm expulsia spontană a fătului completată apoi prin raclaj cu chiureta. In mod normal nici nu mai e nevoie de raclajul peretelui uterin ; eventual doar un control.

Manopere greșite și complicațiuni

Prima și cea mai redutabilă greșală cauzatoare de complicațiuni nedorite, este perforația peretelui uterin, fie cu hegarul, fie cu chiureta. In acest sens înaintea oricărei intervențiuni uterine este indicată insistent, inspecția colului uterin și apoi tușeul profund și repetat cu deosebită prudență. Dilatarea bruscă cu dilatatoare — hegar, sau dilatatorul — Scanzoni ori Syms, poate foarte deseori produce ruptura colului, ce poate avea o întindere consecutivă, uneori până la parametre. Ruptura consecutivă a vaselor din plexul uterin poate cauza emoragii gravissime atât exogene cât și interne — în țesutul intraligamentar. Deaceia atenția e deosebită în manopera dilatării. S'au înregistrat accidente în sensul unei perforări cu hegarul a fundului uterin, prin aplicarea unei forțe prea acute în dilatare. Schematic se disting trei grupe de perforațiuni :

a) Perforațiunea — accident — datorită : unui simplu control uterin, dilatație, raclaj, histerometru, laminarie, hegar, canulă, sau chiuretă. Se produc foarte ușor în mâna

celui mai modest medic practician, cât și în celea ale celor mai experți specialiști. Ei înșiși au recunoscut-o. Perforația accidentală în cazurile cele mai fericite, e limitată numai la pereții uterini: mucoasă, submucoasă, stratul muscular și seroasă.

b) Perforațiunea inevitabilă (Friabilitatea uterină) se consideră drept o expresie a unei stări alterative anterioare. Uterul puerperal, canceros, hernial, este acela care permite perforațiuni instrumentale inevitabile și rupturi spontane. Afecțiunile ce predispun la atari perforațiuni sunt:

1. Ramoliția pereților uterini în metritele postavortum, sau în sarcinile extrauterine necunoscute.

2. Gangrena localizată a pereților, sub forma de metrite acute și suprainfectate.

3. Scleroza cicatricială uterină, datorită unei metrite.

c) Perforația — stângăcie — este aceea datorită lipsei de abilitate și experiență. Nicăieri nu se potrivește mai just ca și aci celebrul dicton: „omul inabil este un deficient intelectual“. Există cazuri frecvente în literatura medicală, cu veritabile „catastrofe abdomino — uterine“, când cu ocazia unui avort s'au scos succesiv atât organele genitale interne, cât și ansele intestinale smulse și rupte, apoi vezica, rectul etc. Acestea dovedesc — imperiția, ignoranța și lipsa abilității obstetricale, ce toate duc la totala răspundere a medicului.

OBSERVAȚII CLINICE

Observația I, din Clinica Ginecologică și Obstetricală din Cluj (Dir. Prof. Dr. C. Grigoriu). Bolnava Maria B. de 20 ani căsăt. Data intrării în clinică 17. II. 1940. Antecedentele heredo-colaterale nu relevă nimic important. În cele personale, neagă boli infecto contagioase. Boala actuală datează din 16. II. 1940, când semnaleză dureri atroce în hipogastru, paralel cu pierderi de sânge.

Ciclu menstrual. Menstruată dela 15 ani, periodicitatea regulată, la 4 săptămâni; continuitatea de 2 zile. Cantitatea normală, fără inconveniente. Ultima menstruație înainte cu 6 luni.

Examenul genital. Uterul în a. v. flexie, mărit, corespunde unei sarcine din luna VI-a, canalul cervical deschis. Se constată prezent fătul și membranele fetale înaintea vulvei. Dg. Sarcină în luna VI-a, întreruptă de un avort spontan incomplet.

Tratament operator. Fiind vorba de un avort incomplet (L. VI.) bolnava pierzând sânge, după luarea măsurilor de asepsie și antisepsie, se raclează sistematic întreaga cavitate uterină, eliminându-se fătul și resturile placentare. Meșe cu alcool iodat, inj. cu postlobină. Operator Dr. Cheșe.

Observația II. (Clin. Gin, Cluj.) Ioana P. de 20 ani, căs. domiciliul Stâna de Vale. Antecedente heredo-colat.: nimic important. În cele personale, neagă boli infecto-contagioase și venerice. În istoricul bolii actuale, bolnava afirmă că din luna Oct. 1939 simte oboseală la cel mai mic efort, junghiuri în regiunea precordială, palpitațiuni. De 2 săptămâni observă tumefierea ambelor picioare. (Data intrării în clinică: 30. XII. 1939).

Ciclul sexual. Menstruată la 15 ani, periodicitatea neregulată variind între 1—3—4 luni. Cantitativ: puțină. Ultima mestr. 15. VIII. 1939. Vine în clinică în urma examenului medical făcut de diferiți medici care i-au pus dg. de Stenoză mitrală și i-au recomandat întreruperea sarcinei.

Tratament operator. În urma autoriz. Onor. Parchet al Trib. Cluj cu Nr. 1709/1939, în urma stabilirii dg. de stenoză mitrală, se indică întreruperea sarcinei. În condiții de asepsie se dilată canalul cervical până la Nr. 7 și se introduce o laminarie 8/8. Inj. postlobină. În aceleași condiții de asepsie și antisepsie, se scoate laminaria și se difată apoi cu hegare până la Nr. 14 și se reintroduce laminaria 8/8. Se dilată după o zi cu hegare până la Nr. 25. Se intervine în 2. I. 1940: se scot laminariile, completându-se dilatațiile până la Nr. 25, apoi se introduce un balon Champetrier des Ribes, cu ser fiziologic. Se atârână o greutate de 1 kg. iar după 2 ore se mai adaugă $\frac{1}{2}$ kg. Bolnava începe a avea dureri bune de facere. Se administrează o inj. cu orasthin. Dilatarea continuă progresiv și la 8 ore după introducere, balonul se elimină, urmat fiind de expulsiia fătului. La una oră se exp. și placenta cu mici lipsuri din care motiv se intervine cu un control uterin cu chiureta — Bumm, extrăgându-se numeroase resturi placentare. Se introduce o meșe în col. Inj. Gynergen. Fătul eliminat are o lungime de 22 cm. Dg. Gravitate în luna VI., stenoză mitrală cu iposistolie. A-

vort medical. Operatori Doc Dr. I. Voicu și Dr. Căprioară.

Observația III. Bolnava Iosefina F. 42 ani. Dom. Lupeni, jud. Hunedoara. Data intrării în clinică: 16. I. 1940. Data avortului 16. I. 1940. Data ieșirii 19. I. 1940. Anamneză. Antec. heredocolaterale: fără importanță. In cele personale: neagă boli infecto contagioase. Vine în clinică din cauza pierderilor de sânge prin vagin. Ciclul sexual: menstruată la 12 ani; periodicitate de 21 zile, cu durată de 3—4 zile. Cantitate normală. Ultima menstr. 1 Nov. 1939.

Examen ginecologic: Uterul în anteversie-flexie, moale, de mărimea unui pumn, canalul cervical primește în el pulpa degetului. Pierderi de sânge sub formă de cheaguri. Dg. avort incomplet luna III-a.

Tratament operatoriu. În condițiuni de asepsie și antisepsie, canalul cervical fiind dilatat, se extirpă conținutul cavității uterine ce cuprinde resturi embrionare, cu pensa Schultze, apoi cu chiureta Bumm se chiuretează sistematic. Operator Dr. Coșereanu. Bolnava părăsește clinica vindecată.

Observația IV. Ana M. 31 ani, necăs. din Ghintău—Cluj. Data intrării în clinică 18. I. 1940. Data avortului 18. I. 1940. Data ieșirii 23. I. 1940. Anamneza Antec. hered. fără importanță. Neagă boli infecto-contagioase și venerice. Boala actuală: datează de 3 zile, cu dureri și pierderi mari de sânge.

Ciclul sexual: menstruată la 13 ani cu periodicitate fixă de 4 săptămâni, cu durată de 1 săptămână, cantitate mare. Ultima menstruație de 3 luni.

Examen ginecologic. Uter a. v. fl. mai mare, coresp. gravid. în a III-a lună, canalul cervical deschis pentru un deget. In cavitatea uterină se palpează resturi placentare. Dg. Avort incomplet în luna a III-a. Operația. Bolnava pierzând sânge și fiind anemică se decide după luarea măsurilor juridice și cele de asepsie și antisepsie, la dilatarea canalului cervical cu hegare până la Nr. 20. Se scot resturi placentare cu pensa lui Schultze și se raclează cavitatea uterină cu chiureta lui Bumm. Se introduce o meșe de alcool iodat. Inj. cu postlobină 1 cm.³ Operator: Dr. Cheșe.

CONCLUZII

1. *Avortul medical sau terapeutic cuprinde intervenția de întrerupere a unei sarcine până în luna a șasea, incompatibilă cu starea de sănătate ori cu viața bolnavei.*

2. *Motivarea generală a avortului terapeutic a fost îndelung și îndoelnic controversată de medici.*

3. *Cazurile când este indicat avortul medical corespund cu condițiile etiologice și patogenice ce formează esența obiectului său.*

4. *Partea primelor indicațiuni, o constituie toxicozele gravidice, în frunte cu hyperemesis gravidarum și eclampsia, considerată ca expresia unei stări de absolută incompatibilitate a mamei cu noul fruct conceput în propriul ei organism.*

5. *Partea celorlalte indicațiuni, e reprezentată prin afecțiuni ale tuturor organelor corporale, față de care sarcina manifestă o vădită și dovedită recrudescență: pneumopatii, cardiopatii, nefropatii, gastroenteropatii, boli nervoase și endocrine.*

6. *Problema legiferării avortului medical, își află expresia în art. 484 din Codul Penal, corespunzând just fondului științific, bazându-și principiile pe date terapeutice și eugenice indubitabile.*

7. *Codul Penal prevede avortul medical în două posibilități capitale: când viața femeii e în iminent pericol, sarcina agravând o boală și ... când unul din părinți e atins de alienație mintală, existând certitudinea că noul copil va purta stigmatele unei afecțiuni mintale.*

8. *Problema responsabilității medicului în materie de avort, a fost oarecum elucidată în două categorii de cazuri: a) leziuni obstetricale ce conferă responsabilitate, totală și b) leziuni obstetricale ce nu conferă vreo responsabilitate.*

9. *Înainte intervenției propriu zise este esențială importanța executării unei perfecte aseptii, ocolind astfel multe din reductibilele accidente post avortum,*

10. *Technica de întrerupere a unei sarcine în mod terapeutic, cuprinde trei proceduri esențiale: a) eva-*

cuarea într'un singur timp prin dilatații progresive, cu hegare, b) evacuarea propriuzisă prin chiuretaj și c) evacuarea prin dilatații cu balonul.

11. Există atât manopere greșite datorită ignoranței cât și complicațiuni inevitabile.

12. Se clasifică următoarele grupe de complicațiuni : a) perforația — accident, b) perforația uterină inevitabilă și c) perforația datorită stângăciei medicului operator.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Fac. de Medicină : Președintele tezei :
ss. **Prof. Dr. I. Drăgoiu,** ss. **Prof. Dr. C. Grigoriu.**



BIBLIOGRAFIE

1. Alessandri J. Considerations sur l'avortement criminel: Thèse — Paris. 1926.
2. Balthazard. Étude de l'avort thérapeutique. Bulletin de l'academie de Medecine — Paris No. 41 Dec. 1922.
3. Benthin W. Diagnostic des Maladies de la femme Koenigsberg 1932.
4. Bernard H. Tuberculose et grossesse. Soc. d'obst. et gyn. de Paris. 23 Mai 1921.
5. Bumm Ernest. Precis d'obstétrique. Paris. 1929.
6. Dumoret. Grossesse et tbc. Presse med. 21. Juin 1922.
7. Hațieganu—Goia. Tratat elementar de Patologie Medicală. — Cluj 1940.
8. Hartemann. Le Malaise de l'avort thérapeutique. Thèse Paris 1930.
9. Laffont A. Gynecologie. Paris 1932.
10. Lombroso Cesare. La Donna Delinquente. Milano—Torino, 1894.
11. Kernbach Mihai. Tratat de Medicină Legală. Cluj, 1937.
12. Pascu Dumitru. Avortul în Clinica Obstetricală Cluj. Teză 1930.
13. Pinard. De l'avort thérapeutique chez les femmes tbc. Ann. d'obst. et gyn. 1922.
14. Winter—Naujoks. Der künstliche Abort. 1932.
15. Zancarol Jaques. L'Evolution des idées sur l'avort provoquées. Paris 1934. — Ed. Rieder.