

DERMATO-VENEROLOGIA
ÎN ACTIVITATEA
MEDICO-LEGALĂ



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

DE

23 MAY 2005

POP CORNEL
FOST EXTERN AL CLINICILOR

INST. MED. FARM.
71 an. 1936
Biblioteca Centrală

Inv. nr. 89.343

1936

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

Decan : Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori :

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

JURIUL DE PROMOTIUNE:

Președinte: D=1 Prof. Dr. M. Kernbach

Membri : { " " " C. Tătaru
 " " " V. Bologa
 " " " A. Pop
 " " " T. Vasiliu

Supleant : " Doc. Dr. V. C. Cimoța

**Memoriei tatălui meu, fratelui și
surorii mele, închin această lucrare.**

Mamei mele, care între împrejurări grele
n'a obosit nici un moment pentru a-mi da
posibilitatea realizării aspirațiilor mele,
dragoste și recunoștință veșnică.



Unchiului meu Gusti, care prin sfaturile și
îmboldurile date totdeauna la timp, a con-
tribuit în mare parte la susținerea mora-
lului meu, și în a cărei familie am găsit
totdeauna viața și atmosfera de acasă,
dragoste și recunoștință.

Vouă Mica și Mircea, toată dragostea mea
de frate.

D-lui Prof. Dr. M. Kernbach pentru deosebita onoare de a-mi încredința lucrarea acestei teze și de a prezida juriul de promoție, omagii respectuoase.

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



Onoratăului Juriului de promoție,
respectuoase mulțumiri.

Introducere.

Medicul legist este acela care răspunde justiției la toate întrebările cari privesc medicina în general. Aceasta nu o poate face un specialist decât în chestiunile cari privesc specialitatea sa. Însă deoarece în fața justiției omul viu sau mort se pune în întregime fără preferință asupra unor părți sau organe, specialistul nu va fi în stare să răspundă la chestiuni în afară de ramura sa de activitate. Medicul legist ca să poată corespunde cerințelor justiției trebuie să țină contactul permanent cu toate specialitățile, urmărind pas cu pas progresul ce se înregistrează în diferitele ramuri de activitate medicală.

Institutul medico-legal din Cluj în această ordine de idei prin o serie de teze a căutat a face legătura între medicina legală și celelalte specialități medicale. Astfel colegul Nicolescu a arătat cunoștințele urologice necesare medicinei legale, Tomoiagă și Incze o parte din medicina internă (pneumonia și tbc. traumatică) Barta pe cele endocrinologice, Stoienescu pe ale stomatologului, D-șoara Mocanu E. pe ale pediatriei, eu mi-am luat sarcina să fac legătura între medicina legală și dermato-venerologie. O astfel de lucrare nu poate avea pretenția unei contribuții originale, ci doar intenția de a realiza o mică operă sintetică colaborând activitățile celor două specialități. Vastitatea materialului a trebuit redus la ceea ce poate cuprinde o teză inaugurală și a fost tratată în următoarele capitole:

I. Dermato-venerologia și aplicările ei în domeniul medicinei legale penale.

La acest capitol voi vorbi despre :

- | | | | | | |
|---|---|--------------------|---|----------------------------------|-----------------------------|
| a) Leziuni și afecțiuni traumatice ale pielii | } | arsuri | } | agenți calorici | |
| | | | | | „ fizici |
| | | | | „ chimici | |
| | } | urmările arsurilor | } | cicatrici, | |
| | | | | | desfigurări, |
| | | | | moartea prin afecțiunile pielii. | |
| b) Boli venerice de origine traumatică | } | | } | Violul și atentatul la pudoare | |
| | | | | | Delictul veneric |
| | | | | | Boli venerice profesionale. |

I. Dermato=venerologia și aplicările ei în domeniul medicinei legale penale.

Sunt două mari capitole unde dermato=venerologia se întâlnește cu medicina legală. Aceste capitole cuprind pe de o parte leziunile și afecțiunile pielii în urma traumatismelor, pe de altă parte bolile venerice de origine traumatică. Voi trata mai jos fiecare capitol în parte.

A) Leziuni și afecțiuni traumatice ale pielii.

În acest capitol mă voi ocupa de arsurile cauzate de agenți diferiți, cât și de urmările acestor arsuri și importanța lor medico=legală.

1. Arsuri.

Căldura acționează prin: raze (solare, calorice, industriale, ultra=violete, Roentgen, rادیu), contact direct (corpuri solide, lichide și gazoase) și prin flacără. Din punct de vedere medico=legal ne interesează mai mult etiologia arsurilor. Arsurile pot fi produse prin agenți calorici, fizici și chimici sau caustice.

a) *Arsurile produse prin agenți calorici* sunt datorite: corpurilor solide, corpurilor incandescente, grăsimilor topite, lichidelor fierbinți, vaporilor de apă supraîncălziți, flacărilor, etc.

Corpurile solide produc arsuri limitate la suprafața de contact și sunt profunde; nu lasă însă urmări grave și incapacitate de muncă decât dacă sunt la nivelul ochilor. Lichidele dau leziuni ce depind foarte mult de temperatura lor și durata contactului; sunt însă aproape

totdeauna mai superficiale decât arsurile produse prin corpuri solide. Metalele topite sunt foarte periculoase, căci dau arsuri profunde, asemenea rezinele, sulful, fosforul, zahărul etc. topite. Produc încă arsuri întinse untura și grăsimile topite. Vaporii și gazele produc leziuni superficiale însă foarte întinse și deci foarte grave din punct de vedere al prognosticului. Vaporii cari țâșnesc sub presiune din robinete sau prin explozia cazanelor, produc arsuri generalizate și ale aparatului respirator. Flacăra produce arsuri superficiale, dar mai întinse decât cele produse prin lichide sau gaze fierbinți (mai ales când se aprind și hainele). Gazele inflamabile (eter, benzină, petrol, alcool, etc.) cari se aprind și fac explozie, produc arsuri foarte grave. Avem des astfel de arsuri în accidentele de aviație, tren, automobile, depozite de munițiuni, incendii în ateliere, chiar și în practica medicală (aprinderea lichidelor inflamabile prin termocauter). Razele calorice de proveniență industrială cari se observă mai mult în industria metalurgică, nu produc arsuri grave. Gradul combustiei depinde de temperatura agentului și durata contactului.

Forgue împarte arsurile în șase grade, iar alți autori în patru grade după gravitatea lor.

Avem o combustie de gradul I sau eritematoasă, caracterizată prin roșeață, edem, durere și căldură locală. Regresiunea se face prin restitutio ad integrum.

Combustie de gradul II sau buloasă, caracterizată prin bule pline cu lichid serocitrin sau o masă gelatinoasă, dureri intense. Regresiunea și aci se face prin restitutio ad integrum.

Combustie de gradul III sau escharotică, când avem eschare gălbui-brune, cruste groase pergamentoase cu o sensibilitate redusă, apoi o demarcație și eliminare a țesutului mortificat, urmat de granulație și epitelizare. Cicatricile sunt dure, cu bande fibroase ce iradiază centripetal și lipsite de fanere.

Combustie de gradul IV, când avem o adevărată carbonizare, se produc eschare negre, rezistente, dureri intense, și după regresiune lasă deformațiuni. Fenomenele generale în caz de arsuri sunt: durerea, care diferă în intensitate după gradul combustiei, înținderea leziunilor și după individ; febra ce durează până apare reacția. Complicațiile în caz de arsuri pot fi locale (erizipel, limfangită, tetanos) și la distanță (interesează tractul gastro-intestinal, sistemul respirator, nervos și urinar). Aceste complicații le voi trata la capitolul „Moartea prin afecțiunile pielii”. Dau mai jos câteva cazuri de arsuri.

Cazul I. — Combustie de gr. I.—II. produsă prin flacără.

F. T. 32 ani, fochist.

Voind să arunce cărbuni într'un cazan, a fost alins de flacără care a izbucnit pe gura cazanului, producându-i arsuri pe partea dreaptă a feței, pe mâna dreaptă și antebrațul stâng. Pielea este edemațiată infens, cu suprafețe întinse erozive madidante, bule de dimensiuni variate.

Cazul II. — Combustie de gr. I.—II.—III. cu apă fierbinte.

M. V. 20 ani, casnică.

Răsturnând un vas cu apă fierbinte, aceasta i-a cauzat arsuri pe dosul și degetele piciorului drept. Piciorul este tumefiat, cu pielea roșie, edemațiată, prezentând bule și ulcerăriuni întinse, acoperite cu un țesut necrotic alb-suriu.

Cazul III. — Combustie de gr. I.—II.—III. cu vapori de apă.

P. G. 29 ani, fochist.

Bolnavul lucrând la o țevă de locomotivă, aceasta se sparge și vaporii cari ies sub presiune, se proiectează asupra hipocondrului și axilei drepte. Combustia este întinsă pe o suprafață foarte mare, prezentând în centru un aspect de combustie eşcharotică, iar la periferie o zonă erozivă și cu flichtene.

b) *Arsurile produse prin agenți fizici* sunt datorite razelor Roentgen, radiu, ultraviolete, electricitate, etc. Aceste raze se transformă în raze calorice și produc arsuri. Acest fel de arsuri survin mai ales la medici, personalul ajutător în serviciile radiologice, la lucrătorii din fabricile de tuburi Roentgen, lucrătorii din uzinele electrice, etc. Gradul arsurii depinde de intensitatea și timpul iradiațiunii. După *Holzknacht* se împart în patru grade:

Gr. I. Aici fenomenele apar la 2—3 săptămâni dela data iradiației. Prezintă un ușor eritem, prurit, senzația de arsură și urmează descuamația și căderea părului.

Gr. II. In acest caz fenomenele apar după 2 săptămâni dela data iradiației, cu dureri, senzația de tensiune, eritem, hiperemie, tumefacție, căldură locală, poate chiar vezicule, pielea se colorează brun și se produce epilație și descuamație intensă. Epilația și pigmentația pot rămânea permanente.

Gr. III. In acest caz leziunile apar după 4—7 zile dela data iradiației, cu durere intensă, eritem cianotic, exudație, fenomene inflamatorii intense. Rămâne pigmentația brună și atrofia pielii.

Gr. IV. Arsura e foarte dureroasă și cu un prognostic grav: necroze cu o secreție purulentă și vindecarea întârzie luni sau ani. Prin expunerea pielii timp de săptămâni sau luni întregi razelor acestora, putem primi o radio sau radiumdermită cronică produsă prin acumularea razelor. Se produce o hipercheratoză, lichenificație și discheratoză, prurit intens, eczeme cronice foarte rebele, turburări trofice, etc. Urmează ragade dureroase și ulcerațiuni ce nu se vindecă. De seori se transformă în cancerom. Radiodermite ușoare se pot produce în urma unei doze terapeutice, iar cazurile mai grave se produc prin o supradozare a razelor (acumulare) sau prin o idiosincrazie.

Arsuri și accidente produse prin curent electric. Moartea se poate datori unui accident de muncă (cele mai frecvente), terapeutic, sinucidere sau omucidere. În cazuri mortale avem leziuni ale pielii și ale organelor interne. Prin putrefacție nu se alterează și leziunile de arsură. În accidente electrice trebuie a examina constelația electropatologică (individul, locul și instalațiunea electric). Leziunile pielii sunt de două feluri: specifice electricității, și datorite arsurii. Leziunea specifică se caracterizează prin o papulă dură, uscată, albă-cenușie, fără reacție în jur.

Nu prezintă durere și se vindecă fără infecție. Arsurile electrice sunt: arsuri localizate la piele, arsuri urmate de moarte fulgerătoare și arsuri cu moarte lentă. Poate să se producă o ardere a părului, orificii rotunde, plăci uscate galbene ale pielii. Dacă curentul electric e foarte intens, atunci produce o adevărată perforație ca în cazuri cu armă de foc. Cicatrizarea se face foarte repede, cu cicatrice moi. Leziunile prin electricitate sunt datorite curentului din locuințele particulare, a celui industrial, sau electricității atmosferice. Orice curent este periculos când se îndeplinesc anumite condiții favorabile spre a pătrunde în corpul omenesc.

Fulgerarea o întâlnim destul de rar, iar când avem de a face cu un muncitor ce venea dela lucru o considerăm ca un accident de muncă. Se observă mai frecvent în timp de furtună, la țărani cari merg acasă dela munca câmpului cu coasa pe umăr, vârful coasei fiind îndreptat în sus. Fulgerul produce leziunea numită figura de fulger ce constă din pete brune sub forma unei arborizațiuni pe membrele superioare și abdomen; mai putem găsi arsuri și perforațiuni.

Cazul IV.

D. N. 24. ani, calfă de cismar fără lucru.

Voind să se sinucidă a atins prin intermediul unei sârme o

conductă de înaltă tensiune. A fost aruncat la o distanță de 2 m. depărtare. La început n'a simțit nimic, însă la câteva minute simte dureri foarte intense în picioare, antebrăț și regiunea precardiacă. La genunchi găsim un placard cu pielea eritematoasă, în alte regiuni leziuni cu alterațiuni profunde a tegumentelor. Culoare surie, brună negricioasă, consistență dură lemnoasă a țesuturilor, insensibilitate și hiperemie locală. Sufuziuni sanghine înfinse. Bolnavul e agitat, acuză arsuri și dureri foarte intense. A decedat la două săptămâni după tentativa de sinucidere.

Cazul V.

B. A. 45 ani, casnică. Dg. Radiumepidermită. Înainte cu 3 săptămâni primește un tratament cu radium pe o tumoră cervicală. Peste o săptămână, pielea se înroșește, începe să madideze și se acopere cu cruste subțiri.

c) *Arsurile produse prin substanțe chimice caustice.* Arsurile caustice sunt de 2 feluri: prin acide și prin alcali. Acizi avem: SO_4H_2 , NO_3H , HCl , apa tare; alcaline avem: NaOH , KOH , NH_3 . Cea mai frecventă arsură prin caustice este vitriolajul (mai ales pe față și organele genitale).

Acizii coagulează, iar alcalii lichefiază țesuturile. Diferitele substanțe, produc eschare de culori diferite, ceace ne ajută mult la diagnostic. SO_4H_2 produce eschare negre, NO_3H eschare galbene, alcalii produc eschare cenușii, moi, săpunoase, etc. Găsim causticul și pe hainele individului. Mai sunt încă și simptome generale asupra cărora însă, nu insist. Unii își desfigurează fața prin vitriolare pentru a nu putea fi identificați.

Cazul VI. — Combustie chimică.

B. V. 28 ani, căsătorit, comerciant.

Bolnavul afirmă că o femeie din sat i-a aruncat cu vitriol în față. Leziunile interesează ambele pleoape ale ochiului stâng, partea stângă a nasului și pometa feței stângi, pavilionul urechii drepte cât și regiunea retroauriculară din dreapta. Pielea e roșie infiltrată, acoperită cu numeroase cruste brune-negricioase. Îndepărlând crustele, rămâne o suprafață roșie vie madidantă. La comisura bucală stângă prezintă o suprafață erozivă sângerândă. Conjunctiva ochiului stâng e inflamată intens și secretă foarte abundent. Subiectiv dureri cari îi produc insomnie.

Arsurile pot să se producă la copii mici ca accidente, la adulți ca accidente de muncă, sinucideri, omucideri, etc. Se face un diagnostic diferențial între diferitele feluri de arsuri: prin flacăără, solide, lichide, caustice.

2. Urmările arsurilor.

Din punct de vedere medico-legal are foarte mare importanță și urmările arsurilor. Aceste le împărțim în: urmări imediate (oprirea epidermizării cu ulcer aton, retracții produse printr'un țesut conj. fibros) urmări tardive (nevralgii datorite nevritelor toxice și infecțioase, hipertrofia cicatricii care poate da deformațiuni, aderențe de organele profunde, malignizarea cicatricii, cheloid, prejudiciu estetic, etc.). Din punct de vedere medico-legal ne interesează îndeosebi acele arsuri care dau prin ele însăși sau prin urmările lor, incapacitate de muncă, muflilări, sau chiar moartea.

a) Cicatricile deformante și desfigurările

Toate țesuturile animale au proprietatea de a repara pierderile de substanță cari le suferă. Repararea se face mai obicinuît prin un țesut conj. fibros, de o consistență dură și colorație albicioasă, care se numește cicatrice. Repararea prin cicatrice o avem în plăgile dela nivelul pielei, mucoaselor, cât și a organelor interne. O reparare prin regenerarea elementelor țesutului respectiv, o avem la sistemul osos și nervii periferici. Țesutul cicatricial are proprietatea de a fi retractil, care proprietate nu e un inconvenient mare, sau chiar de loc, în plăgile prin secțiuni chirurgicale; se schimbă însă situația în caz de plăgi întinse în suprafață, în care caz retractilitatea poate să ne dea afitudini vicioase ce pot rămânea definitive în caz că nu se intervine la timp. La nivelul articulațiilor, cicatricile localizate în sensul flexiunii sunt mult mai pericoase decât cele așezate în sensul extensiunii, și dacă nu intervenim la timp prin o plastie, se produse o ankiloză fără să fie atinsă însăși articulația. Dacă plaga interesează un orificiu natural, prin retractilitatea cicatricii se strâmtează sau chiar se închide acel orificiu. Dacă plaga interesează un organ tubulat (cavitar) ex. uretră, esofag, retractilitatea cicatricii diminuează sau chiar obliterează lumenul și dă o stare patologică secundară gravă. Avem și cicatrici anormale (complicate) cari prezintă caractere particulare, manifestându-se prin: dureri, colorație deosebită, puseuri inflamatorii, întindere excesivă aderențe, etc. Avem astfel:

a) *Cicatrice dureroase.* Mai frecvent observăm la cicatricile delatând nivelul bontului, în urma amputării membrului inferior, căci trebuie să suporte greutatea corpului. Mai avem cicatrice dureroase și spontane, dureri persistente, cu caracter nevralgic, fără ca să se exercite o presiune la nivelul lor, și pot fi o cauză a unei invalidități reale.

b) *Cicatrice colorate.* Avem diferite tatuaje produse prin încrustările particulelor solide (în special cărbunele). De fapt aceasta nu se consideră ca o complicație a cicatricii, însă într'un anumit grad poate pretinde o îndemnizare.

c) *Cicatrice întinse.* La unele plăgi cicatricile au tendință de întindere în suprafață. Câteodată n'are nici un inconvenient, însă alteori poate să ne dea o complicație serioasă. O cicatrice întinsă, la nivelul peretelui abdominal, cedează ușor presiunii intra abdominale și organele interne lunecă prin acest punct cu rezistență scăzută. În felul acesta se produc și recidivele în unele hernii operate corect și vindecate bine.

d) *Cicatrice aderente.* Dacă cicatricile aderă la mușchi, nu influențează mult capacitatea de muncă. Altfel stă însă situația dacă avem de aface cu o cicatrice cutanată aderentă la pulmon, creier, tendoane, etc.

e) *Cicatrice cheloide.* La unii cicatricile suferă o complicație curioasă numită cheloid, care e un fel de hipertrofie a țesutului cicatricial, care are un aspect tumoral și poate difuza în pielea vecină. Aceste cicatrice extirpate recidivează și numai radioterapia are un rezultat favorabil asupra lor.

f) *Cancerul cicatricelor.* Cicatricile constituie un punct de atracție pentru localizarea cancerului cutanat. Dacă tumora primitivă e localizată strict pe cicatrice, sigur responsabil va fi traumatismul inițial.

Desfigurarea e consecința unei răni situată pe față, care modifică culoarea, forma și funcțiunile de expresiune ale feței. Desfigurarea e permanentă, aparentă și inreparabilă. Se produce pe întreaga față, regiunea superolaterală a gâtului, pielea păroasă a capului. Desfigurările le întâlnim în crimele pasionale din răzbunare sau gelozie, în accidente de muncă, etc. Se produc mai des prin lichide fierbinți, caustice, răni mutilante. La față se discută mai mult deformația produsă prin cicatrice. Sunt cicatrice cari nu produc nici o genă în funcțiunea fiziologică, și ar constitui prin simpla lor prezență o genă în lucru. Purtătorul cicatricii, e obiectul ironiilor camarazilor săi, și chiar este refuzat să lucreze în anumite profesii. Jurispruden-

dența germană acordă 25% rentă pentru cicatricile desfigurante. Cele mai mari evaluări se acordă sigur femeilor. Voi descrie pe scurt desfigurări produse prin deformări asupra fiecărui organ al feței, în parte:

1. *Pleoapele*. În caz de plăgi orizontale cari respectă fibrele orbicularului, nu se produc deformări. Complicații putem avea: *Ptoza*, care poate fi completă, având drept consecință abolirea completă a vederii și incompletă, când bolnavul poate privi spre pământ și la o mică înălțime dela pământ. Bolnavul își dă capul pe spate, și în caz că are o meserie când în decursul lucrului trebuie să privească în sus, ptoza incompletă prezintă o incapacitate totală. Ptoza celor două pleoape superioare, îl fac pe individ inapt chiar și pentru serviciul militar. *Colobomul*, dacă e mic nu produce nici o turburare funcțională, în caz că e mare produce o infirmitate. *Ankyloblefaromul*, produce o incapacitate profesională prin pierderea vederii ce poate fi parțială sau totală. *Lagofthalmia*, se poate produce printr'o cicatrice retractilă, în urma pierderii de substanță din pleoapa superioară. Corneea se ulcerează sau suferă o xeroză și ambelz duc la pierderea ochiului. *Ectropion*, *Entropion*, *Trichiază*, se produc prin cicatrice retractile. Se produce ulcerarea corneei sau chiar abcesul cornean cu pierderea ochiului. Cicatricile căilor lacrimale, produc o scurgere continuă a lacrimilor accentuată prin frig și vânt.

2. *Nasul*. Cicatricile nasului pot duce la o deschidere largă a cavității, sau la o strâmtare. Deschiderea largă a cavității nazale constituie o diformitate respingătoare, și îi dăm mai mult considerajii estetice decât fiziologice. Se acordă o rentă de 20—40% pentru pierdere nasului exterior, fără stenoză nazală, și 10—20% pentru mutilarea parțială a nasului. Cicatricile nasului cu retracții, sunt importante și pentru dificultatea la respirație, care o produc. În caz de astuparea unei singure narine în timp ce cealaltă este perfect permeabilă, indemnizația este neînsemnată, iar în caz de astuparea ambelor narine, indemnizarea este 10%. *Guide-barêmul* din 1919, admite o indemnizație de 20—50% pentru mutilarea cicatricială a nasului, consecutivă unei striviri, cu stenoză nazală; asemenea acordă 5—25% pentru leziuni stenozante endonazale fără mutilări externe.

3. *Gura*. Cicatricile dela nivelul gurei produc desfigurări mult mai respingătoare, ce pretind o indemnizare ridicată de peste 20%. *Barêmul* belgian acordă 10—50% pentru cicatricile întinse ale feței și se ține seama dacă nu produc inconveniente în ceea ce privește funcțiunea și igiena gurei, cât și alterații însemnate ale esteticii feței.

4. *Urechea*. Diferitele deformațiuni a pavilionului urechii în urma cicatricilor retractile, se iau în considerare mai mult din punct de vedere estetic. Evaluarea se face între 5—10%.

5. *Gâtul*. Gâtul fiind o regiune articulară importantă, cicatricile dela acest nivel, pot să geneze mult funcțiunea lui. Pot să producă o înclinare a capului în o direcțiune oarecare (torticolis). Lucrul este foarte mult îngreunat întrucât câmpul vizual este deplasat, și în cazuri de acestea accentuate incapacitatea de lucru trebuie evaluată mult (în jurul cifrei 30%). Pe lângă pozițiile vicioase date capului, cicatricile dela acest nivel fiind pe o regiune descoperită, lasă mult de dorit din punct de vedere estetic. Sunt mai inestetice cicatricile de formă radiară sau cele în sens vertical, decât cele lineare în sens orizontal.

b) *Moartea în afecțiunile pielii.*

Din punct de vedere medico-legal ne interesează mai mult moartea prin arsurile pielii. Moartea poate surveni imediat, lent, sau tardiv. Poate avea o cauză primară (însăși asupra) sau una secundară (complicațiile arsurii). Moartea rapidă se explică printr'un mecanism nervos, toxiinfecțios. În producerea morții are mult mai mare rol înfînderea leziunii decât gradul ei, căci la o arsură ce ocupă $\frac{1}{3}$ din suprafața corpului, moartea se produce, chiar dacă e arsură de gradul I. Toxemia și toxiinfecția produse prin absorbția produșilor albuminați de descompunere, și infecțiile produse la nivelul plăgii, joacă un rol foarte mare la producerea morții, și la autopsie nu găsim leziuni macroscopice, decât arsura. Durerea e produsă prin excitarea terminațiilor fibrelor nervoase sensitive a pielii; e o senzație psihică intensă, ce lasă urme și în amintire. Singurul autor care acuză și durerea ca o cauză morții, e prof. Mina Minovici. În caz de arsuri, avem o comprimare îndelungată a nervilor prin edemul consecutiv arsuri. Durerea e mai vie la suprafața decât în profunzime, și influențează foarte mult diferitele funcții ale organismului. Durerea excită nervii secretorii, produce contrații mușchiulare și turburări vazomotorii: roșeața și paloarea tegumentelor. Dacă durerea e continuă, poate produce o stare de insomnie, inapetență și slăbire. Durerea o putem acuza ca fiind o cauză a morții, numai dacă moartea se produce în timp ce persistă și durerea (și această e foarte intensă) sau complicațiile ei. Se observă cazuri când bolnavii mor aproximativ în același interval de timp delă producerea arsuri, cu toate că extinderea arsuri variază între $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ din suprafața corpului, ceea ce pledează pentru faptul că moartea a fost produsă prin durere. Durerea trebuie considerată totdeauna împre-

ună cu consecințele ei: turburări nervoase, circulatorii, respiratorii și nutritive. Pielea are mai multe funcțiuni, cari suferă toate în caz de arsuri.

Funcția respiratoare fiind turburată, se produc anoxemii grave.

Funcția secretoare prin ajutorul glandelor colaborează cu a rinichiului, și joacă un rol capital în termogenază. În caz de turburarea acestei funcțiuni, toți produșii cari trebuie eliminați, se acumulează în sânge.

Funcția termogenică unde joacă rol mare, glandele sudoripare.

Funcția de sensibilitate, de absorbție mai ales în caz de substanțe amestecate cu grăsimi.

Funcția imunizată locală, etc. În caz de arsură se suprimă funcțiile vitale: protectoare, respiratoare și secretoare, iar dispariția lor nedă numai simptome clinice fără ca să constatăm ceva la autopsie. Dispariția acestor funcțiuni, nu au un dg. anatomic, decât clinic. Aceste cazuri de morți, constituie grupul morților *neverificabile*, adică medicul legist va lua în considerare simptomele clinice a celui ars. Aceste simptome, împreună cu durata supraviețuirii și extinderea leziunilor, ne dă cauza reală a morții. În caz de morți tardive găsim leziuni bine distincte a organelor interne.

În ceea ce privește mecanismul morții în arsuri, sunt 3 teorii: nervoasă (prin excitațiunile nervoase în mod reflex, scade tensiunea sanghină și inima nu se contractă în vid), sanghină (tromboze în vasele mici mai ales ale rinichiului, urmate de procese degenerative) toxică (prin absorbția produșilor proteici rezultați prin distrucție). Mulți autori susțin că e un ansamblu de cauze.

În arsuri avem o mulțime de complicațiuni, cari apar la intervale diferite. Unele le descoperim cu ochiul liber (piemia, edemul gotei, pneumonii, embolii pulmonare, stricturi cicatriciale, eclampsii, anurie, peteșii, hemoragii cerebrale, degenerescențe grăsoase, hemoragii în glandele suprarenale, etc.). Altele prin metode de laborator (fagocitoză, alterarea hematiilor, degenerarea parenchimului hepatic și renal etc. M. Minovici).

Complicațiile se împart după prof. Kernbach în:

a) Complicații datorite turburărilor de circulație: hemoragii, infarcte, tromboze, embolii. Moartea e produsă mai frecvent prin *hemoragiile suprarenalelor* ceea ce are mare importanța din punct de vedere medico-legal. Alterarea acestor glande poate să ne dea o moarte subită. În medicina legală sunt metode pentru stabilirea morții imediate sau tardive prin dozarea cantității de adrenalină.

b) Complicații datorite proceselor degenerative în organe; nefroza, degenerescenta ficatului. Mai frecvent găsim intumescența turbure sau degeneresceța grasă a rinchiului, apoi a inimii, ficatului, și produc o moarte tardivă.

c) Complicații datorite proceselor inflamatorii secundare. Putem avea o septicemie pură sau complicată cu procese degenerative și hemoragice. În cazuri verificabile, adică atunci când nu avem simptome clinice și nici arsurile nu sunt așa întinse și grave, stabilirea cauzei morții e foarte grea. În moartea datorită complicațiilor stabilirea cauzei morții e mai ușoară. Complicația cea mai puțin periculoasă e infecția. Prof. M. Minovici clasifică moartea prin arsuri, în:

1. Moarte quasi-fulgerătoare (în câteva ore, printr'un șoc de supraîncălzire sau asfixie).

2. Moarte lentă (dela 24 ore—câteva zile).

3. Moarte tardivă (datorită complicațiilor).

În cauza morții neverificabilă, moartea e quasi-fulgerătoare, datorită unui șoc nervos sau durerii mari.

În cauza morții verificabilă, moartea vine în 1—2 zile; arsuri întinse, semne de suspendarea funcțiilor pielii și leziuni în organele interne.

În cauza morții verificabilă, moartea vine tardiv (3—15 zile) datorită complicațiilor. Cauza reală a morții e în funcție de: suprimarea funcțiilor pielii, și complicațiilor secundare.

Prognosticul depinde de gradul combustiei și întinderea leziunilor. În arsuri totale moartea vine în 7 ore.

În arsuri ce cuprind $\frac{1}{8}$ din suprafața corpului, moartea vine în $13\frac{1}{2}$ ore.

" " " " $\frac{1}{8}$ " " " " " " " " 29 ore.

" " " " $\frac{1}{4}$ " " " " " " " " 43 "

" " " " $\frac{1}{5}$ " " " " " " " " 64 "

" " " " $\frac{1}{6}$ " " " " " " " " 74 "

" " " " $\frac{1}{7}$ " " " " " " " " 90 "

Dacă arsura e numai eritematoasă și cuprinde $\frac{2}{3}$ din suprafața corpului, moartea vine în 2—3 zile. Arsurile de gr. III e destul să cuprindă $\frac{1}{3}$ din suprafața corpului, pentru ca să fie mortale.

Cazul VII.

C. M. 4 ani. A căzut într'un ciubăr cu apă fierbinte. Prezintă un placard de combustie întins pe spate în întregime, flancul drept și abdomen. Arsuri de gr. I și II cu bule mari. Starea gene-

rală gravă, cu puls filiform, vărsături și sughituri. A sucombat după 30 ore.

Cazul VIII.

T. M. 8 ani, punând pe foc i s'au aprins hainele. Leziuni sub formă de placarde pe spate abdomen și coapse. Arsuri de gr. I și II cu foarte puține bule. Starea generală gravă. A sucombat după 36 ore.

Cazul IX.

S. I. 44 ani, mecanic. În urma unui accident de muncă, aprinzându-se un bidon cu benzină a suferit combustii prin flacări și oleu fierbinte pe antebrațe și față.

Pielea este roșie edemațiată, infiltrată, bule de diferite dimensiuni. Prezintă o combustie de gr. I—II și III. Subiectiv mâncărime, usturime și somnolență accentuată. Sucombă după 13 zile.

B) Boli venerice de origine traumatică

În cazuri de violuri, atentate la pudoare, delict veneric și boli venerice profesionale, medicina legală va trebui să cunoască fapte precise de venerologie. Voi trata mai jos aceste subiecte, cât și legătura lor cu medicina legală.

I. Violul și atentatul la pudoare

După definiția Prof. Kernbach, violul este actul sexual practicat pe o femeie virgină sau deflorată, fără consimțământul ei, uzând de violență, prin constrângere morală, înșelătorie sau surprindere. În atentatul la pudoare genitalele sunt numai atinse, în timp ce în viol avem intromisiunea penisului sau se încearcă intromisiunea. În Codul penal român, atentatul la pudoare se confundă cu violul, când se ating genitalele la copii sub 14 ani cu sau fără violență. În Codul penal Transilvănean, nu se precizează vârsta. Examinăm victima, violatorul și hainele. De cele mai multeori se întâmplă introducerea penisului în vagin. Găsim zgârieturi de unghii pe coapse, leziuni ale himenului, prezența de spermă în jur sau pe rufărie și eventual contaminarea veneriană. Vulvovaginitele cari le găsim deseori, pot să fie în urma unui viol sau accidental. Uneori găsim urme de masturbare (desvoltarea clitorisului, a buzelor mici și pigmentarea lor, dilatarea orificiului himenal, punct mamar dureros). În toate cazurile de vulvovaginite,

trebuie a face un diagnostic diferențial între vulvovaginitile traumatice (infecția primită în urma unui viol) și cele netraumatice. În vulvovaginitile netraumatice infecția se face dela o persoană din anturajul fetei, care suferă de gonoree, sau mai des se întâmplă să se infecteze umblând cu rufele sau obiectele de toaletă a mamei sale bolnave. În vulvovaginitile traumatice, infecția se face de o persoană străină, prin contact direct în urma unui viol sau încercări de viol. În caz de vulvovaginită netraumatică (accidentală) găsim o hiperemie și tumefiere a organelor genitale, o scurgere purulentă galbeno-verzue și uneori eroziuni. După dispariția fenomenelor acute, examinăm integritatea himenului și constatăm că acesta este intact, nu prezintă nici o fisură sau alte urme de violență. În caz de vulvovaginită traumatică pe lângă inflamația și tumefacția dela nivelul organelor genitale, găsim eventual și scurgeri de sânge, prezența spermei, himenul prezintă fisuri și uneori găsim și urme de violență pe regiunile învecinate. Deci pe lângă fenomenele pe cari le găsim în caz de vulvovaginită netraumatică, mai găsim și urme de violență. Din punct de vedere medico-legal, ne interesează numai vulvovaginitile traumatice sau prin contact direct. Trebuie a face întotdeauna interogatorul amănunțit și examinarea să se facă punând bolnava în poziție ginecologică și în prezența mamei și unei a treia persoane.

În caz de viol examinăm victima, violatorul, circumstanțele de fapt și toate împrejurările. La femeie examinăm: urme de violență, semnele virginătății sau deflorării, bolile venerice transmise, starea mintală a femeii, posibilitatea de a rezista sau nu atentatorului. Urmele de violență le găsim atât pe victimă cât și pe agresor, și sunt: zgârieturi, vânătăi, zgârieturi în jurul gurei, pe brațe și coapse, brățare. Virginăitatea e dovedită printr'un himen intact și care opune o rezistență la introducerea unui corp străin. Se controlează amănunțit și restul organelor genitale externe. În tentativa de viol găsim himenul intact, dar găsim și semne de violență, spermă sau eventual chiar sarcină. În caz de deflorare găsim rupturi recente ale himenului, caracterizate prin aspectul rănilor mucoase: rană roșie, hemoragie, tumefacție sau supurație; dar aceste semne recente dispar în 3—4 zile. După cicatrizare (7—8 zile) găsim lambouri izolate cari arată o deflorare veche. În toate cazurile trebuie să ținem în evidență dacă violatorul n'a transmis și o boală venerică. Luăm în considerare și timpul de incubație a fiecări boli. În toate cazurile ne interesează și violatorul și în cazul că aceasta a și infectat, se examinează dacă prezintă o boală venerică sau dacă a prezentat.

Cazul X.

B. R. 13 ani. Părinții afirmă că înainte cu 3 zile a fost violată de un individ 33 ani. La examenul obiectiv se constată la nivelul regiunii interne a coapsei 6 pete violacee și o zgârietură recentă. Himenul prezintă rupturi recente, hemoragice. Din vagin se scurge o secreție seroasă care peste 3 zile devine purulentă galbenă-verzue cu polinuclearitate și gc. +. Mai prezintă urme de violență pe fese, brațe, regiunea mamelonară (mușcătură) și față. Dg. Vulvovaginită gonococică și viol.

2. Delictul veneric. Este transmiterea conștientă sau inconștientă prin înșelăciune sau forță, a unei infecții venerice, de către o persoană infectată, unei alte persoane, presupusă sănătoasă. Avem în acest caz un delicvent, și o victimă, iar actul în sine constituie delictul. Avem factori de ordin social și factori de ordin individual sau moral. Factorii de ordin social ni-i dă colectivitatea, numărul cel mai mare de delicvenți e rezervat prostituatelor, cari sunt expuse contaminării prin însăși ocupația lor și cari constituie un izvor de infecție foarte periculos pentru toate clasele sociale. Unii sunt contaminați accidental de indivizi cari își ascund boala și nu pot fi contralabili. O persoană considerată sănătoasă, poate fi contaminată pe 2 căi: calea de infecție genitală (ceea mai frecventă) și calea extragenitală (ce se observă mai ales la copii și perverși, se mai observă la sugarii infectați de o doică sifilitică sau doica infectată de un sugari sifilitic). Când infecția genitală e făcută de către un major față de o minoră, avem două delikte deodată: viol și contaminare.

Factorii de ordin individual depind de individ: hereditatea similară sau colaterală (delictul și criminalitatea are ca substrat psihic o tară hereditară, deficit mintal sau psihic alterat, educație deficitară).

Trebue să fim siguri că înculpatul de fapt era contagios în momentul raportului sexual, și pentru aceasta îi facem un examen medical (clinic, microscopic, serologic) și un examen medico-legal pentru depistarea infecției avute (urme de puroi sau secreții pe lingerie sau alte obiecte întrebuințate) foarte important pentru un diagnostic retrospectiv. Delictul veneric e legiferat în multe state, și se face combaterea lui pe următoarele baze: profilactică, sanitară și asistență socială. Și în România se combate delictul veneric prin Legea Sanitară din 1930, pedepsindu-se persoanele cari infectează conștient.

Cazul XI.

M. E. 21 ani. La 3 zile după un contact sexual, prezintă o

scurgere purulentă din vagin, acompaniată de prurit și usturime. Microscopic: polinucleare și gc. †.

Cazul XII.

C. V. 22 ani. La 3 zile după un contact sexual cu o femeie particulară, prezintă o scurgere uretrală purulentă galbenă-verzue. Microscopic: polinucleare și gc. †.

3. Boli venerice profesionale. Ullman, Oppenheim, și Rille în tratatul lor se ocupă foarte mult de acest subiect. Posibilitatea de infecție în viața profesională este multiplă în cât nu există aproape nici o meserie în care n'ar exista posibilități de infecție. În unele ocupații pericolul e mai mare căci vine în contact cu infecția, mai frecvent și direct. Numai acele infecții sunt profesionale, cari sunt transmise prin însăși executarea meserii. Numai acei indivizi se infectează cari prin meseria lor vin în contact intim cu bolnavii de sifilis, cât și cu produsele excretorii ale bolnavilor (puroi, sânge, spută, secreții, etc.) cum sunt: sifiligrafii, chirurgii, ginecologii, dentiștii, laringologii, personalul ajutător). Se observă încă la evrei, la persoana care practică circumcizia rituală, în caz că are de aface cu un copil sifilitic. Prin întrebuințarea comună a instrumentelor de suflat, fluier (conducătorii de tren), se poate produce o infecție sifilitică profesională. A făcut mare vâlvă mai de mult în Franța, sifilisul profesional al suflătorilor de sticlă. S'a mai observat la bucătarii cari au gustat cu aceeași lingură. Casierul poate să se infecteze cu banii infectați, spălătoresele prin rufele cu secrețiile unui sifilitic. Localizarea cea mai frecventă e la degete și mână. Din 375 cazuri s'a observat că 134 sunt medici, ceea ce face 35,7% (după statistica lui Scheuers, iar după Fournier face chiar 65%). Sifilisul s'a observat a fi foarte frecvent la servitorii dela instituturile de experimentare a sifilisului pe animale. Sifilisul îl putem considera uneori ca accident de muncă, și ca o cauză agravantă a leziunilor traumatiche. Sifilisul profesional contractat în timpul exercițiului meseriei, dă dreptul la o rentă pentru incapacitate permanentă, căci nu se poate afirma absolut în mod sigur vindecarea sifilisului. Indemnizarea zilnică se face până la dispariția simptomelor cari ne arată vreun pericol de contagiune. Traumatismul poate servi ca o cauză favorizantă sau determinantă și de fixație; traumatismul acesta se produce mai ales prin mișcărilor obicinuite profesionale, decât prin accidentele de muncă. În ceea ce privește consolidarea Janbrau și Fergue o fixează pentru data dispariției accidentelor secundare. Incapacitatea permanentă sau parțială se fixează între 15—

50%. Revizuirea ei trebuie să se facă din 3 în 3 ani, având în vedere influența tratamentului.

Tot o boală venerică câștigată în practicarea profesiei, e blenoragia profesională. Se observă aproape exclusiv numai la medici, moașe, personalul ajutător dela ambulanțele venerice. Aceștia umblând cu secrețiile bolnavilor, poate să-și ducă mâna la ochi, și astfel contractă oftalmia blenoragică.

II. Dermatovenerologia și aplicările ei în domeniul medicinei legale civile

Din acest punct de vedere ne interesează trei mari capitole: impotența la bărbați, sterilitatea la femei, și incapacitatea de muncă după sechelele traumatiche ale pielii, cari le voi trata mai jos:

A) Impotența la bărbați.

Potența este rezultatul echilibrului între tonicitatea nervoasă, impregnația humorală și cauzele inhibitoare de origine somatică sau psihică (Palazzoli). Este funcția posibilității de erecție, durată, și repetiție. Ea se modifică de la o zi la alta pentru că depinde de numeroși factori: partenera, vârsta, obiceiurile zilnice, climatul, starea generală și mintală. Potența genitală este rezultatul unei coordonări între fenomenele psihice și organice, iar impotența este consecința unei disordini în unul din acești factori, sau lipsei de coordonare între acești factori. Impotența nu este o boală, ci mai de grabă un sindrom prin care se manifestă o leziune sau o disfuncțiune.

Putem vorbi de o potență diminuată, impotență parțială (modificări de durată sau stabilitate a erecției), și impotență totală (lipsa erecției). Din punct de vedere psihic avem 2 cauze principale: lipsă de excitație psihică sau funcțională și o inhibiție psihică ce se poate manifesta chiar dacă factorii organici rămân normali. Impotența poate fi și rezultatul turburărilor pur organice. Palazzoli împarte impotența după patogenie în:

1. Impotență prin lipsă de excitație. Această lipsă de excitație poate fi produsă prin turburări funcționale organice, sau să fie de origine pur psihică. Putem avea o cauză locală ce ar influența nervii

sau centrui (inflamații a uretrei posterioare, stări congestive pasive a uretrei posterioare ex. congestie pasivă prin abstenență).

2. Impotență prin inhibiție. În acest caz avem o origină pur psihică.

3. Impotență prin leziuni a centrilor nervoși, în unele boli a centrilor sau a nervilor.

4. Impotență prin malformațiuni, cauze mecanice, când raportul sexual asemenea este imposibil.

Turburări funcționale testiculare și impotența. Ne interesează să vedem ce efect au asupra potenții diferitele turburări testiculare la diferite vârste. Din punct de vedere medico-legal ne interesează turburările produse prin traumatisme la nivelul testiculelor.

La pubertate. Castrație care poate fi produsă și prin un traumatism la nivelul testiculelor nu duce la abolirea totală a funcțiunii sexuale. Cu cât castrația se produce la un timp mai lung dela pubertate, adica mai tardiv, cu atât reflexele genitale sunt conservate mai complet și mai mult, atât în durată, cât și în intensitate. Impulsiunea sexuală dispore cu atât mai repede cu cât individul este mai tânăr.

La adult. Impotența unui adult o foarte greu de apreciat dacă e vorba de o lipsă hormonală, de o castrație fiziologică, patologică (tumoră), chirurgicală sau în urma unui traumatism.

La o vârstă mai înaintată. Castrația în acest caz are relativ mică influință asupra potenței. La vârsta aceasta foarte frecvent impotența este mai mult psihică produsă prin abandonarea unei virilități încă latente.

După ce am făcut aceste considerații generale asupra impotenței, să vedem de câte feluri poate fi.

Impotența este de două feluri: impotența coeundi și impotența generandi sau fecundandi.

În impotența coeundi avem o absență totală, sau o insuficiență a erecțiunii. Absența totală a erecțiunii o avem în: absența penisului, ce poate fi congenital sau dobândit (accident, mutilare accidentală, criminală, ex. prin instrumente sau mușcăături de om, și mutilări mistico-religioase). Absența totală a erecțiunii mai avem în diferite constituții neuro-psihice, intoxicații cronice (alcoolism), bătrânețea, copilăria (când însă termenii variază în limite foarte largi).

Insuficiența erecțiunii o avem în neurastenie și adipozitate. Avem o impotență prin lipsa tonicității. Aceasta e foarte des consecința actelor sexuale nefiziologice, onanie, sau are cauze accesorii (congestie sau inflamație cronică a uretrei posterioare). În ceea ce privește

durata, aci intervin 2 factori: excitabilitatea și epuizarea. Abuzul nu există dacă coitul se face normal, decât dacă este întrerupt în careva din fazele sale. Avem o absență a erecțiunii și temporar. Se observă la abstenenți, la novici din cauza nesiguranței, în cazuri de amenințări cu farmece când joacă rol exclusiv factorul psihic, în boli infecțioase și intoxicații cu oxid de carbon, în caz de aversiune față de femei când joacă rol vârsta, slujenia, aberații, murdăria mirositoare, etc.

Se mai observă o impotență bruscă în noaptea nunții, față de o mirească cu peri pe corp, față de mireasa foarte frumoasă, prea bătrână, etc. Impotența prin onanie este mult discutată. Mai nou nu se dă onaniei așa mare rol în producerea impotenței. Avem o impotență prin turburări de excitabilitate date de leziunile locale: inflamațiile uretrei și consecințele lor. De fapt orice turburare organică produce și o reacție psihică. Avem leziuni ale uretrei anterioare și a corpilor erectili, și leziuni ale uretrei posterioare, cari sunt susceptibile de a produce impotență. Leziunile dela nivelul uretrei anterioare, produc impotență mai mult prin inhibiție psihică. În retracții uretrale asemenea putem avea turburări genitale, mai ales ejaculări precoce. La nivelul uretrei posterioare, toate leziunile pot fi încriminate în producerea impotenței (infecții glandulare, uretrale, etc.). Leziunile tractului urogenital au acțiune mult mai mare asupra turburărilor de ejaculare decât asupra turburărilor de erecție. Uretra posterioară și glandele sale intervin în dezvoltarea reflexului local. Sunt impotenți cari prezintă leziuni ale uretrei și alții cari nu prezintă (la un examen uretrosopic) și totuși în ambele cazuri avem simptome subiective și turburări funcționale, astfel că leziunile organice nu sunt singura cauză a impotenței. Gravitatea leziunilor nu corespunde intensității turburărilor genitale. Se poate ca turburarea genitală să dispară, în timp ce leziunea persistă, și invers. Mai avem turburări funcționale genitale de origină pur psihică, cari însă nu intră în cadrele acestei lucrări, și deci nu le voi trata aici. Uneori nu e vorbă de o turburare organică, decât de o insuficiență nervoasă trecătoare. Turburările de erecție, fie ele psihogenice, fie reflexe locale, au o patologie comună.

Anerecția e dată de 3 feluri de cauze: organice (leziuni locale, ale centrilor, ale căilor conducătoare), funcționale (sistemul endocrin și nervos), și psihice (turburare a stimulațiunilor, defect de excitație, inhibiție).

Tot o impotență coudi o avem și prin imposibilitatea intromisiunii penisului care poate avea la bază mai multe cauze: penis in-

fantil, elefantiază, indurația corpurilor cavernoși, penis despicat, dublu, gland dublu, tumori ale scrotului, elefantiază scrotală, penis sudat cu scrotul, etc. iar din partea femeii o strâmtare himenală.

Impotența fecundandi sau sterilitate virilă, după Iacobovici este consecința producerii unei sperme anormale din punct de vedere fiziologic, sau în urma imposibilității unei ejaculații favorabile fecundăției. Turburările în ejaculare, consistă în: ejaculare precoce, întârziată și suprimată. Cauzele și aici sunt: organice (leziuni ale măduvei sau a sistemului nervos vegetativ, boli locale, uretrite cronice), funcționale (disfuncțiunea centrilor medulari a sistemului vegetativ, sub influința unei boli locale sau generale) și psihice.

a) Așpermatismul este lipsa ejaculării și este produs de cauze periferice și centrale, periferice sunt; stricturi, spasm, inflamații acute, hipertrofie de prostată, etc. se produce senzația ejaculării, dar aceasta nuse face în afară ci înspre vezică. Cauza centrală e o inhibiție ce se proiectează asupra centrului ejaculator spinal, cu răcirea consecutivă a acestuia.

b) Dispermatismul este ejacularea precoce, și avem leziuni în canalele excretoare.

c) Azoospermia e caracterizată prin lipsa spermatozoizilor capabili de fecundăție. Avem o azoospermie temporară și definitivă. Azoospermie fiziologică avem la copiii impuberi, indivizii epuizați, și bătrâni (peste 60 ani după dreptul român, însă această limită e foarte relativă). Azoospermia patologică este de origine testiculară: anorhidia congenitală sau dobândită (automutilări la cretini, scopiși, frigiditate, accidentală în război, etc.), criptorhidia, ectopia testiculară, degenerescența grăsoasă testiculară, infantilism, maladiile testiculelor (atrofia compresivă, sifilis, tbc. cancer, acțiunea razelor Roentgen), epididimită și funiculită de origină blenoragică cari duc la obliterarea canalului deferent și duc în 23—33% la sterilitate. Impotența generandi și coeundi produsă prin o orchită traumatică, are mare importanță medico-legală. Pierderea unui singur testicul, nu aduce incapacitate dar pierderea bilaterală mai ales la un tânăr produce o incapacitate de muncă. Traumatismele asupra testiculului și epididimului pot redrepta inflamații latente: blenoragia și tbc. Hidrocelul când produce genă funcțională dă o incapacitate de 10—25%.

B) *Sterilitatea la femei*, sau impotența concipiendi, are la bază cauze generale, locale și ovariene; sau le împărțim în cauze genitale și extragenitale.

Cauze generale sunt: mizeria fiziologică, infecția tuberculoasă, boli infecto contagioase, sifilis, boli cu temperatură înaltă, inflamații cronice, stări cașectizante, mixoedemul, tabesul, basedow, saturnismul, etc.

Cauze locale sunt: metrite, salpingită dublă, hipoplazia uterului, inperforarea, atrezia colului, tumori uterine, purtarea prea mult timp a pesarelor, etc.

Cauze ovariene sunt: absența gongenitală sau dobândită a ovarelor, tumori, atrofii a ovarelor, ovarite, chiste ovariene, turburări în funcțiunea ovarelor și uterului în urma proceselor cronice inflamatorii sau degenerative. Castrarea radiologică sau operatorie, făcută în perioada genitală activă duc la suspendarea menstruației și a facultăților maternale.

Ovulația poate fi influențată de foarte multe cauze, cari modifică ziua ovulației și lungimea ciclurilor menstruale. Prin modificarea zilei de ovulație se va schimba și perioada genezică. Avem turburări în sfera genitală cu schimbarea lungimea ciclurilor și în urma nașterilor, avorturilor, inflamațiilor locale cronice, etc. Uneori sterilitatea de origină ovariană este dată de faptul că mucoasa uterină nu e preparată pentru nidarea oului prin acțiunea luteinei. Seguy a arătat lipsa unei secreții care ajută la ascensiunea spermatozoizilor, care secreție și dacă există poate să nu coincidă cu ovulația și astfel s'ar explica multe cazuri de sterilitate.

C) *Incapacitatea de muncă după sechelele traumatiche ale pielii.* Chestiunile aparținătoare acestui capitol le voi trata la capitolul asigurărilor sociale.

III. Dermato=venerologia și aplicațiunea ei în domeniul medico=legal al asigurărilor sociale.

Leziunile pielii în asigurările sociale, joacă un rol secundar. Cu toate acestea atât în materie de accidente de muncă cât și în bolile profesionale sunt cazuri cari duc la incapacitate de muncă permanentă. În toate cazurile însă incapacitatea permanentă este parțială. În accidentele de muncă sunt semnalate contuzii, răniri complicate sau nu, cu infecții consecutive, cari printr'o vindecare vicioasă aduc cu sine deformațiuni ale membrilor și trunchiului. Cicatricele, prin

aderențele ulterioare pot produce defecte în motilitatea segmentului respectiv, fie a extensiunii, fie a flexiunii, sau în fine ale ambelor. Gradul de ankiloză și redoare variază foarte mult și dela caz la caz. La fel acționează și combustiunile cari aduc cele mai frecvente incapacități. Bolile profesionale duc la așa numitele dermalite profesionale.

A) *Accidentele de muncă*, sunt toate leziunile, bolile sau turburările funcționale de natură chirurgicală, medicală, dermatologică, sau nevoasă, ce rezultă dintr'o acțiune bruscă a unei violențe externe, sau dintr'un efort violent neobicit, sau prin inocularea directă a unei boli, cu condiția ca aceasta să se producă în decursul sau cu ocazia lucrului, și să atragă după ele o incapacitate de muncă temporară sau permanentă, mai mare de 20% sau moartea. Pensia de accident decurge din ziua când s'a stabilit că e vorba de o incapacitate permanentă. Urmarea unui accident poate fi moartea imediată sau mai târzie, și incapacitate de muncă care poate fi parțială sau totală, și vindecarea ad integrum. Multe sunt urmate de sechele cari produc o incapacitate de muncă, care poate fi parțială și permanentă. În caz de incapacitate permanentă, accidentatul are drept la pensie de accident. În caz de incapacitate mai mică de 20%, nu se acordă pensie de accident, ci o despăgubire globală. Pentru aprecierea incapacității permanente, la terminarea tratamentului medical, se vor întocmi certificate medicale, iar medicul șef al Casei de Asigurare, va stabili gradul de invaliditate. Pentru orientarea în stabilirea câtului de invaliditate, sau stabilit Ghiduri numite Barême și astfel se stabilește gradul incapacității. La nivelul pielei afecțiunile cari ar constitui sechele în urma traumatismelor și cari ar produce o incapacitate de muncă, sunt cicatricile, mai ales cicatricile anormale. Incapacitate permanentă ne dă aproape numai cicatricile largi, în urma plăgilor vindecate per secundam intenționem. Pentru evaluarea incapacității sunt mai multe elemente cari trebuiesc luate în considerare. În mod principal ne interesează :

a) Localizarea. Localizarea este foarte importantă, căci ne poate da consecințe funcționale grave. Astfel avem după cum am mai amintit, cicatricile de la nivelul orificiilor naturale, organelor cavitare, articulațiilor (mai ales pe partea flexiunii) etc. Tot atât de mare importanță au și cicatricile localizate în o zonă expusă compresiunilor în timpul mersului sau în timpul lucrului, (plantă, palmă) cari rămânând dureroase, produc o incapacitate permanentă.

b) Soliditatea cicatricei. De multeori la nivelul cicatricelor se

observă briede, cari expuse la șocuri pot suferi o ulcerăție. Cicatricile fragile constituie o infirmitate genantă. Toate cicatricile recente sunt sensibile la atingere sau șocuri și chiar pentru aceea trebuie să așteptăm ca cicatricea să se consolideze, de unde rezultă că consolidarea juridică nu corespunde termenului de închidere a plăgii. În aceste cazuri de cicatrice recentă, se dă bolnavului o indemnizație suplimentară de incapacitate temporară ce variază între câteva zile și 2—3 săptămâni. Sunt și cicatrice cari nu se întăresc nici odată. Dacă în o plagă largă, pielea este distrusă pe o întindere mare, și în profunzime, epidermul neformat va rămânea mai frecvent roz și subțire care chiar la traumatisme mici repetate, se poate distruge. Aceste cicatrice permit purtătorului doar o viață socială normală fără să se preteze însă la eforturile muncii. Sunt și plăgi cari nu se cicatrizează niciodată, și chiar dacă se acoperă de epidermă, e destul ca să se scoale bolnavul pentruca plaga să se reproducă (ulcer varicos). De fapt aici traumatismul joacă un rol foarte mic. Cicatricelor dureroase li se acordă o invaliditate de 5—25%.

c) Intinderea. Intinderea cicatricei în suprafață și mai ales în profunzime are foarte mare rol în consecințele lor funcționale. Se observă de ex. arsuri întinse la copii, cari prin cicatrizare produc o deviere pronunțată a coloanei vertebrale. În mod secundar ne interesează:

d) Evoluția plăgii. O cicatrice produsă după o vindecare per primam intentionem, nu dă incapacitate de muncă, în timp ce o cicatrice produsă după o vindecare per secundam intentionem, fiind o cicatrice largă, retractilă, fragilă, e susceptibilă de a produce o incapacitate de muncă prin ea însăși.

e) Cauzele accidentului. După o plagă lineară chirurgicală, cicatricea nu produce inconveniente. Dacă incizia s'a făcut însă pentru deschiderea unui flegmon (ex. la mână) cicatricea poate produce o invaliditate importantă. Cicatricile cari produc cele mai mari turburări funcționale, sunt acele cari succed arsurilor și mai ales dacă sunt atinse și masele musculare subjacente. Cicatrizarea este foarte lungă și toată cicatricea e formată din travee fibroase cu un caracter retractor foarte pronunțat.

f) Vechimea cicatricei, are un rol foarte mare, căci nu tot așa se evaluează o cicatrice în urma unei răni abia închise, și o cicatrice bine consolidată.

g) Vârsta rănitului. Pe lângă faptul că cicatrizarea se face mult

mai lent la un bătrân decât la un tânăr sau copil, mai are importanță și faptul că cicatricea rămânând pe loc în timp ce copilul crește, se vor produce deformații ce se vor accentua cu creșterea.

h) Inflamațiile vecinătății. Dacă o plagă de arsură se infectează și supurează producându-se distrucții musculare, necroze tendinoase, sinovite, etc. poate urma o cicatrice profundă ce va da turburări foarte grave.

Este foarte important a vedea ce grad de incapacitate și deci ce îndemnizare pretind cicatricile dela nivelul diferitelor regiuni ale corpului, după gradul și felul turburărilor funcționale ce le produc.

1. Cicatricile dela nivelul feței și gâtului, le-am descris la capitolul desigurărilor.

2. Cicatricile membrului superior. Cicatricile dela nivelul brațului drept pretind o îndemnizare mai mare decât cele dela brațul stâng. Dacă pentru brațul drept socotim o îndemnizare de 60%, pentru cel stâng, socotim 48%.

a) Axila: La acest nivel cicatricile pot produce chiar o fuziune a brațului cu toracele, mișcările umărului fiind suprimate complet. Cicatricile acestea mai obișnuit sunt profunde, și produc o distrucție a țesutului muscular complicată cu o atrofie musculară secundară. Pentru cazurile grave se acordă o incapacitate de 45—50%. Barémul francez din 1919 evaluează în felul următor:

Brațul lipit de corp 30—40%.

Abducția până la 45° 30—20%.

Abducția până la 90° fără posibilitatea ridicării 10%.

b) Cotul: Imobilitatea cotului dată de o cicatrice, se face aproape întotdeauna în flexiune, care dacă nu e exagerată, ne putem folosi întru câțva de braț. În cazul când avem o flexiune extremă prin cicatrice, nu ne putem folosi deloc de braț și produce o incapacitate chiar superioară celei a umărului.

În caz de ankiloză în unghi drept sau flexiune, cere îndemnizare de 20—25%.

În caz de ankiloză în flexiune mai pronunțată, cere îndemnizare de 35%.

În caz de ankiloză în extensiune ceea ce e foarte rar produsă prin cicatrice cere o îndemnizare de 50%.

c) Mână și degete. Înlocuirea țesutului conjunctiv normal prin țesut conjunctiv cicatricial, constituie o cauză foarte importantă a în-

capacității definitive. Ligamentele suferind și ele transformări, produc o limitare sau chiar o suprimare a mișcărilor articulare. Cicatricea cutanată poate să prindă în aderențe tendonul, care nu poate să alunece ca mai înainte. În caz de inflamații prelungite se observă des o retracție tendinoasă chiar dacă tendonul nu este atins direct. Se observă uneori în traumatismele mânei și degetelor că pielea suferă o transformare, rămânând netedă și subțire, de colorație pală violacee, și putem avea și dureri persistente ce pot iradia spre rădăcina membrului. Toate aceste alterații limitează mult mișcărilor degetelor. Dacă aceste turburări le avem la mai multe degete, dacă durerile sunt persistente și cu iradiații, incapacitatea produsă e comparabilă cu cea a supresionii funcționale a mânei. Se observă uneori turburări trofice ce să manifestă cu ulcerării spontane pe cicatrice sau pe pielea transformată și cari n'au tendință la vindecare, persistă chiar ani. În ankiloze îndemnizarea depinde de gradul și felul ankilozei, cât și de degetul interesat.

În ankiloză în extensiune corectă,	îndemnizația este	20%.
" " " hiperextensiune	" "	45%.
" " " flexiune completă	" "	50%.
" " a policelui	variază între	20—6%.
" " " indexului	" "	15—5%.
" " " mediului	" "	10—2%.
" " " inelarului și degetului mic	" "	8—1%.

La degete îndemnizarea depinde după cum sunt interesate toate falanșele sau numai una singură, asemenea după cum sunt în flexiune sau în extensiune. De fapt în caz de cicatrice, degetele păstrează oarecare mișcare care va fi mult mai liberă înspre partea cicatricei și limitată spre partea opusă cicatricei.

3. Cicatricele membrului inferior. Flexiunea care depășește câteva grade, este foarte vicioasă, și duce repede la imposibilitatea mersului care nu se mai poate face decât cu cârge. O scurtare de 2 cm. nu pretinde o îndemnizare.

Îndemnizarea pentru ankiloza genunchiului în flexiune (între 45—90) este 60%.

Îndemnizarea pentru ankiloza șoldului în poziție rea este 50%.

Îndemnizarea pentru ankiloza gâtului, piciorului, în hiperflexiune dorsală = 75%.

Îndemnizarea pentru ankiloza gâtului, piciorului, în extensiune = 30%.

Indemnizarea pentru ankiloza degetului mare este între 5—10%.

Indemnizarea pentru ankiloza altor degete este între 0—3%.

Pe lângă incapacitatea de muncă produsă prin aceste cicatrice mai amintesc tot la acest capitol și despre legătura între traumatism și siflis, având drept consecință o incapacitate de muncă. Traumatismul poate accentua manifestațiunile sifilitice latente. Siflisul apare după o perioadă de vindecare aparentă mai lungă sau mai scurtă. Expertul trebuie să se asigure de realitatea acțiunii traumatismului, localizarea corespunzătoare traumatismului, și de faptul de a nu exista un puseu specific bolii, ce n'are de aface nimic cu traumatismul.

Voi da după Brisard—Faquez și Gras, câteva exemple de incapacitate consecutivă cicatricelor.

Cazul XIII.

H. 28 ani, tăetor de lemne. Cicatrice.

Cicatrice aderentă și cheloidiană de 7 cm. la fața dorsală a articulației metacarpofalangiană. Medius: flexiune limitată la 2 cm. dela palmă. Inelarul: flexiunea limitată la 4 cm. dela palmă. Degetul mic: flexiunea limitată la 4 cm. dela palmă. Mișcările sunt genate, mâna este slăbită. Indemnizarea = 25%.

Cazul XIV.

H. 30 ani, electrician. Arsuri de gr. III—IV a antebrățului.

Cicatrice pe fața anterioară a antebrățului, așezată transversal la unirea I/3 mijlocii cu I/3 inferioară. Cicatricea este hipertrofică, lungă de 8 cm. lată de 3 cm., aderentă la tendonul marelui palmar, dar nu e aderentă la tendoanele flexorilor. Extensiunea gâtului mâinei ușor limitată, nu avem atrofie muscuiară. Indemnizația = 6%.

Cazul XV.

F. 53 ani, cameristă. Cicatrice după arsuri pe ambele antebrațe.

Antebrațul drept în I/3 inferioară prezintă o cicatrice în manșetă, ușor cheloidiană, când la centru un inel cicatricial aderent la planurile profunde. Flexiunea mediusului și inelarului limitată la 3 cm. dela palmă, iar a indexului la 2 cm. Antebrațul stâng în I/3 inferioară prezintă tot o cicatrice în manșetă puțin mai mică decât cea din dreapta. Motilitatea degetelor normală. N'avem atrofie musculară. Indemnizarea = 15%.

Cazul XVI.

H. 59 ani, electrician. Arsură de gr. III pe fața anterioară a coapsei.

Cicatrice de 17 cm. pe 8 cm. stelată, aderentă, genând jocul mușchilor. Anestezie pe fața antero-externă a coapsei, ușoară genă în mers. N'avem atrofie musculară. Indemnizarea = 10%.

B) *Bolile profesionale*, survin în urma executării unei profesii, sunt specifice ei, pentru producerea cărora procedeele și condițiunile industriale sunt în întregime sau parțial responsabile. Pentru a judeca bine o astfel de boală, medicul trebuie să cunoască tot procedeul industrial respectiv, și substanțele cari se întrebuințează. În ceea ce privește cauzele acestor boli, joacă rol mai ales 2 factori importanți: elementul personal și totalitatea condițiilor de lucru, și pe aceste două elemente se bazează prevenirea acestor boli. Bolile profesionale trebuie declarate. Sunt datorite substanțelor toxice (chimice) agenților fizici, substanțelor amorfe (pulberi) sau agenților animați, paraziți.

Voi aminti aici mai mult acele boli profesionale cari au ceva acțiune asupra pielii sau cari se produc prin o absorbție prin piele.

Intoxicațiile cu Pb. Se observă cazuri când plumbul s'a absorbit prin piele (cosmetice, vopsele) mai ales atunci când plumbul e amestecat cu diferite emoliente. Se mai absoarbe prin aparatul respirator și digestiv. La nivelul pielii se observe o paloare foarte accentuată. Se observe o alterare a stării generale, caracteristică acestei intoxicațiuni, asupra căreia însă nu insist aici. Plumbul produce o sterilizare a persoanelor expuse intoxicației.

Intoxicațiile cu Hg. Poarta de intrare a mercurului e mai ales pielea (unguente) apoi mucoasele (spălături vaginale cu sublimat) aparatul digestiv și respirator. Asemenea avem și aici diferite semne generale caracteristice asupra cărora nu insist aci. Poate să producă dermatită la persoanele foarte sensibile. Dă eczeme și fisuri foarte rebele la tratament.

Intoxicațiile cu As. Aci pe lângă alte simptome digestive, oculare, nervoase, etc. mai apar și leziuni cutanate, căderea părului și a unghiilor, și pigmentarea brună a pielii. Leziunile cutanate apar mai ales în regiunile cutanate neacoperite și unde pielea e mai expusă traumatismelor mici și repetate. Apar ca eriteme cu mâncărimi, apoi eczeme, descuamații, pustule și ulcere. În stadiul ultim putem avea diferite turburări trofice. Pentru dg. se ia mult în considerare și turburările cutanate pe lângă cele digestive și nervoase. În caz de tricolorură de As. care este un lichid uleios avem leziuni foarte grave

cutanate și ale mucoaselor, cu edeme și necroze, asemenea și fenomene generale toxice.

În intoxicațiile cu acid cianhidric încă avem poarta de intrare pielea pe lângă aparatul digestiv și respirator. Asemenea în intoxicațiile cu alcool metilic, benzină, când se produc și leziuni cutanate. În intoxicațiile cu hidrogen sulfurat avem o predispoziție pentru furunculoză.

Boli profesionale propriu zise dermatologice sunt dermatitele profesionale. Acestea sunt turburări cutanate date exclusiv de acțiunea locală a agenților noveci în decursul lucrului, asupra tegumentelor muncitorului. Predispoziția individuală joacă un rol foarte mare, mai frecvent sunt afinși indivizii cu pielea fină, blonzii, copiii, și bătrânii; asemenea convalescenții după o boală febrilă, alcoolicii, cei ce suferă de turburări gastro-intestinale, etc. Trebuie luate în considerare și idiosincrazia, anafilaxia, sensibilizarea. Printre bolile profesionale dermatologice figurează mai des:

1. Elaiokonoză foliculară. Foliculitele acneiforme ating pe lucrătorii metalurgi cari lucrează cu ulei, căci acesta astupă porii umplându-i cu pulbere de metal și microbi. Se prezintă un prurit, puncte negre ce devin foarte numeroase, și se transformă în pseudocomedoane, apoi urmează un stadiu papulos, foliculita devine perifoliculită, apoi stadiu pustulos, și poate merge până la abces. Localizarea e mai frecventă pe mâini, degete, antebrați apoi picioare și corp. Poate să fie asociată de o pigmentație, cicatrici numeroase, etc.

2. Dermatita lustruitorilor de mobile. Se caracterizează prin un polimorfism extraordinar, limitare la părțile descoperite, apariția neașteptată, semne subiective intense dar trecătoare și benignitate. Mici papule intens roșii ce durează 24—48 ore, sau o erupție foarte polimorfă pe față, un simplu eritem fără infiltrație, dar diseminat cu papule mici. Pe bărbie, gât, ceafă, mici papule roze; pe mâini, picioare și axilă, vezicule cu un lichid clar.

3. Eritrodermia dată de cianamida calcică. Se observă erupție artificială cu caracterele: apariția neașteptată, generalizarea eritemului, caracter descumativ, etc. Se observă mai frecvent la cultivatorii cari întrebuințează îngrășăminte artificială.

4. Eczema tăetorilor de lemne. Este o dermatoză ce se observă la unii indivizi ce lucrează cu lemne cu coajă. Localizare la mână, față și genitale.

5. Accidente cutanate date de crom. Se observă mai frecvent la nivelul mâinilor, antebrațelor, picioarelor și toate părțile pielii cari

au venit în contact cu soluția care e iritantă și caustică. Dă leziuni foarte polimorfe. Se observă eriteme, arsuri superficiale, și la cei ce transpiră ușor, dermatite eczematiforme. La unii se observă fisuri, exfoliații, chiar ulceratii caracteristice, dure și dureroase. Regresiunea nu se face decât la încetarea contactului cu soluția cronică.

6. Boala de rășină. Rășina este întrebuințată în industrie pe o scară întinsă. În uzinele unde se întrebuințează acest produs, lucrătorii sunt expuși prafului de rășină și sunt atinși de accidente profesionale numite boala de rășină. Dermatoza este polimorfă, poate merge dela acnea simplă, până la dermatozele eczematiforme sau psoriaziforme. Debutul se face pe membrele superioare sau scrot. Prezintă 3 grupe de simptome: a) Simptome iritative acute ce consistă în senzația de arsură și înțepături ce se produc numai la lumina soarelui. b) Simptome ce depind de glandele pilosebacee (comedoane, acnee, pustule, chiste sebacee). c) În grupul III avem turburări pigmentare, hiperkeratoze, cancer, inflamații cronice, atrofie cutanată.

IV. Dermato-venerologia și aplicațiunea ei în stabilirea identității.

Identificarea constă în determinarea tuturor semnelor cari diferințiază o persoană de alta, în viață sau după moarte. Aici voi trata despre identificarea omului viu prin anumite semne particulare: defor-mațiuni, cicatrici, tatuaj, semne profesionale, cari interesează poliția judiciară pentru identificarea criminalilor.

1. Cicatrici. Ne interesează localizarea (se indică locul și distanța dela punctul de reper cel mai apropiat) forma, numărul, întin-derea, diametrul, direcția și culoarea. Forma lor variază după instru-mentul care le-a produs. Există cicatrici efice, ex. la scopiți (secțiu-ne a organelor genitale, sânilor) circumcizia la evrei. Mai sunt ci-catrici în urma secțiunilor chirurgicale la diferite nivele pe suprafața corpului. Mai putem avea cicatrici în urma diferitelor afecțiuni: va-riolă, acnee, diferite leziuni inflamatorii ale pielii, scrofuloză, etc. Data producerii cicatricii o putem stabili aproximativ după culoare. În toate cazurile stabilim și gradul de organizare al cicatricii (ade-rențe, capacitate funcțională a membrului cicatrizat). Cicatricile con-stitue un semn de identitate permanent pentru același individ, deoa-rece nu pot dispărea decât doar să și schimbe forma și dimensiunile prin producerea unei noi cicatrice în locul acela.

2. Deformațiuni. Ne interesează: buza de epure, nevi (sunt foarte caracteristici) tumori, chiste, etc.

3. Semne profesionale. Pe lângă alte semne avem și deformațiuni ale pielii: băătăuri, chiste, fibrome, dermite, particularități al nivelul unghiilor, etc. Unele sunt durabile, altele trecătoare (dacă se lasă de meserie). Leziunile ne interesează din punct de vedere al: sediului, natura, gradul leziunii și dispariția în funcție de profesiune. Ingroșarea epidermului o găsim la toate profesiunile: fotografi, birjari, spălătorese, mecanici, lucrători cu ciocanul, coafori, zugravi, etc. Alteori găsim alterațiuni a structurii pielii (fisuri), uneori ramolirea și distrugerea dermului: zugravi, spălători chimici, etc. Colorația și uzura unghiilor încă ne arată des îndeletnicirea. Se observă distrugerea unghiilor la argintari, spoiangi, etc. Tumori și chiste găsim la croitori, hamali, etc. Dermatite profesionale găsim la lucrătorii cu substanțe chimice și toxice: clor, acizi, ciment, etc. Schimbarea culorii pielii o găsim la lucrătorii cu substanțe chimice, pulberi, metale, etc. G. Falco ne arată ce mare importanță au calozitățile în stabilirea meseriei unui individ. Calozitățile profesionale recente se observă la muncitori. Calozitățile încarcerajilor sunt specifice lor, sunt localizate pe regiunea dorsală a degetelor la nivelul articulațiilor. În unele meserii calozitățile au o localizare specifică meseriei. Nicerfo în tratatul său „La Police et l'Enquête Judiciaire scientifiques” înșiră diverse meserii cu calozități localizate specific meseriei. Ex. să pătorii în bronz prezintă la mână dreaptă pe fața palmară, calozități comune și altor muncitori manuali, dar fața dorsală prezintă o calozitate caracteristică la nivelul policelui și indexului, iar la fața palmară a mânei stângi prezintă un calus orizontal ce traversează prima falangă, și pe fața dorsală a mânei stângi o impresiune caracteristică a pielii la falanga I și II a indexului.

Este deosebire între calozitățile diferiților muncitori manuali: ex. între un muncitor ce face o muncă grea și un artist (violinist) sau un croitor cari fac tot muncă manuală. La muzicanții ce cântă pe instrumente cu coarde, găsim la nivelul mânei diferite calozități mici, a căror localizare depinde de instrumentul cu care cântă. Ex. la cei ce cântă la vioară, găsim calozități la nivelul mandibulei în partea stângă, și vârful degetelor arătător și mediu dela mâna stângă, unghiile tăiate scurt, iar dacă nu sunt tăiate prezintă la centru o mică scobitură. Afară de acestea, mai sunt încă o serie întreagă de meserii, cari își imprimă semnele lor pe diferitele părți ale mâinei sau corpului.

4. *Tatuaj.* Se observă mai frecvent la indivizi cu sistemul nervos alterat, cu sensibilitatea cutanată diminuată, niște deseme pe piele, cari și le fac cu tuș, cărbune, etc. Aceste semne sunt persistente toată viața, și nu dispar decât cu distrugerea pielei în acel loc. Pe lângă altele, ne interesează și ceea ce reprezintă tatuajul (figuri de regi, coroană, femei, scene obscene, pumnal, ancoră, craniu, șerpi, date, nume, etc.). Se observă mai ales la criminali, că transformă simbolul tatuării anterioare prin o nouă tatuare în un nou simbol, pentru a nu fi recunoscuți.

V. Responsabilitatea dermato-venerologului.

De multe ori chiar prin urmările practicei sale, medicul este obligat să răspundă penal sau civil sau în ambele deodată, pierderilor produse. Medicul va repara orice greșală, chiar cauzată prin neglijență sau imprudență. Numai neglijența culpabilă, greșeli grave, vor constitui cazuri de responsabilitate civilă.

Jurisprudența română și străină, între alte cazuri când s'a aplicat responsabilitatea civilă, citează și accidente datorite radioterapiei și greșelii de diagnostic.

Erori grave de diagnostic și tratament.

Greșelile cari le face mai frecvent un medic sunt greșeli de diagnostic și deci și de tratament, în urma unui examen superficial atât clinic cât și de laborator. În fața justiției medicul este chemat mai frecvent pentru greșeli de tratament cu raze, care are ca rezultat producerea unei noi stări patologice mult mai grave decât afecțiunea pentru care a fost instituit, și mai ales când tratamentul se face numai din motive de ordin estetic.

În urma unui examen superficial atât clinic cât și de laborator, foarte des se fac erori de diagnostic și deci și de tratament. Aceste greșeli chiar dacă nu periclitează viața bolnavului urmând alt tratament, poate să se agraveze boala sau e condamnat la tratament pe viața întreagă.

Cel mai mare număr de erori de diagnostic în practică, ne dă sifilisul. În caz că bolnavul este infectat în altă parte decât organele genitale, vor putea fi induși în eroare atât medicul cât și bolnavul, confundându-l cu un furuncul.

In perioada secundară, sifilisul prezintă un polimorfism încât poate fi confundat cu aproape toate dermatozele și trebuie să ne ajutăm de laborator sau tratamentul de probă, pentru a verifica natura leziunilor. Erorile de diagnostic în aceste faze au mare influință asupra evoluției boalei. Dacă leziunile terțiare nu sunt recunoscute, ele evoluează producând distrucții sau chiar o desfigurare a regiunii unde evoluiează, și distrucțiunile sunt ireparabile și definitive. Tratamentul specific aplicat, poate face să dispară în câteva săptămâni leziuni care au rezistat poate ani de a rândul altor tratamente. Se poate însă întâmpla și invers, ca un bolnav cu leziuni cutanate să fie luat drept un sifilitic și tratat în consecință și neavând de fapt decât de ex. un lupus. E bine a institui cât mai precoce un diagnostic, pentru a preveni eventualele urme permanente (cicatrice, pigmentații), ce ar putea lăsa afecțiunea respectivă.

După sifilis o importanță mare au diferitele micoze. Dacă o micoză este diagnosticată de sifilis sau tbc. etc. se fac tratamente lungi fără nici un folos, în timp de boala poate lua o formă gravă. Micozele dela nivelul pielei păroase a capului, foarte des sunt măscate de alte afecțiuni și diagnosticul punându-se greșit nici tratamentul instituit nu va fi urmat de succesul dorit și chiar se va produce o agravare. Micoza fiind o boală contagioasă, sigur că dg. și deci și tratamentul greșit vor face ca afecțiunea să fie un pericol permanent pentru societatea bolnavului.

Tuberculoza cutanată fiind o dermatoză foarte greu de vindecat și tratat, nerecunoașterea ei dela început și deci neinstituirea unei intervenții radicale, duce la un tratament îndelungat, care uneori nu se poate face decât în institute speciale.

Diagnosticul piodermiilor este foarte important mai ales în caz de diabet, când cea mai mică cantitate de puroi constituie un pericol permanent pentru viața bolnavului.

Eczema de asemenea poate fi agravată, generalizată prin nerecunoașterea ei. Dar nici o boală a lui Paget care este un proces malign al mamelonului și a regiunii areolare, nu trebuie luată drept eczemă.

Când se pretinde un dg. de urgență și deci și un tratament și profilaxie de urgență (boli infecțioase) greșelile de diagnostic pot fi fatale pentru bolnav și foarte periculoase pentru anturaj. Diagnosticul bun este important chiar și pentru a ne putea orienta asupra prognosticului, chiar dacă nu posedăm un tratament sigur eficace în afecțiunea respectivă. În caz de nevocarcinom, intervenția chirurgicală e

fatală pentru bolnav, căci în câteva săptămâni avem metastaze și generalizare. În acest caz trebuie făcut deodreptul electrocoagularea, singura dela care se poate aștepta rezultate bune. Cheloidele totdeauna recidivează cu dimensiuni mult mai mari, în caz că nu li se aplică o radioterapie pre și post operatorie.

Aceste sunt afecțiunile în cari se produc mai des erori de diagnostic, cari erori duc des la o agravare a afecțiunii respective și uneori chiar la moartea bolnavului.

Greșeli în radioterapie

Prin radioterapie se pot produce adevărate necroze a țesuturilor. Tribunalul din Sena a declarat că aplicarea multiplă și foarte prelungită a razelor X constituind o operație vătamătoare bolnavului, angajează responsabilitatea medicului când are consecințe. Consimțământul dat de o persoană în scop de a servi ca obiect de experiență, Curtea de Paris a hotărât să fie luat ca un fapt ilicit și contra bunelor moravuri, mai ales dacă experiența nu prezintă nici o utilitate sau chiar prezintă pericole (A. Pommerol). Medicul în acest caz este răspunzător pe cale civilă și chiar penală. Când e vorba de inovații în materie medicală nu e interzis, dar numai dacă tentativa este conștiincioasă, dacă se bazează pe lucrări științifice foarte serioase, și are unicul scop vindecarea bolnavului (Pommerol). Medicul într'un tratament trebuie totdeauna să întrebînjeze invențiile cele mai recente. Curtea din Paris a afirmat dreptul medicului de a nu evita a prescrie un tratament ce poate fi chiar periculos, când starea bolnavului cere, fără ca medicul să fie responsabil în caz de accident, dar trebuie să se îndeplinească două condiții esențiale: bolnavul să consimtă știind riscul la care se expune și consimțământul său să fie liber și conștient, iar riscul înlăturat să corespundă la o necesitate gravă și scopul să fie vindecarea. (A. Peytel). Jurisprudența actuală zice că dacă bolnavul sau familie cer un tratament periculos, medicul va refuza atunci când metoda în proporție e mult mai periculoasă decât gravitatea boalei. Mai ales trebuie să refuze când singurul scop ar fi de natură estetică. Greșala cea mare este totdeauna că se omite a explica bolnavului riscurile la cari se expune.

Cei trei factori ai constelației electropatologice în cazurile de accidente în timpul terapiei cu electricitate (radioterapie, lampa quarz), se repartizează asupra: aparatelor cu cari se aplică terapia, felului cum se aplică terapia, boalei pentru care se instiue și tot odată constituției

individuale a bolnavului. În cea ce privește aparatele în cazurile de accidente terapeutice, pe lângă medic trebuie să fie și un expert tehnician, care să verifice starea de funcțiune a aparatelor, în special a aparatelor de control. Modul în care se aplică un tratament electric variază, și majoritatea proceselor cari se fac contra medicilor curanți, pun în discuție un tratament defectuos. Controlul de fapt e foarte greu dacă bolnavul nu are o fișă în care să fie înregistrate toate dozele de tratament primite. Se întâmplă și faptul că bolnavul merge dela medic la medic pentru tratament și nu dă nici o informație despre tratamentele primite anterior, fie că are scopul de a-l șantaja, fie că medicul neinsistând asupra acestui fapt, bolnavul uită să-i spună.



Concluziuni.

I. Medicina legală în activitatea ei utilizează venerologia și dermatologia în cinci ramuri de aplicațiune practică.

1. Medicina legală penală.
2. Medicina legală civilă.
3. Medicina legală a asigurărilor sociale.
4. Stabilirea identității și
5. În problemele de rezpozabilitate ale dermato-venerologului.

II. Medicina legală penală studiază leziunile și afecțiunile traumatiche ale pielei produse prin diferiți agenți precum și consecința acestora. Ea se mai ocupă și de bolile venerice traumatiche în legătură cu violul, atentatul la pudoare, delictul veneric și bolile venerice de origine profesională.

III. Medicina legală civilă se ocupă de impotența la bărbați și sterilitatea la femeie de origine venerologică în legătură cu actele civile ale persoanelor. Tot aci ea rezolvă și problema incapacității de muncă în urma sechelelor traumatiche ale pielii.

IV. În asigurările sociale, medicina legală încadrează accidentele de muncă și bolile profesionale ce interesează pielea și anexele ei. După ghidul Barême stabilește gradul incapacității permanente de muncă a cicatricelor cutanate sau a desfigurărilor.

V. Afecțiunile traumatiche sau netraumatiche cași bolile profesionale localizate asupra pielei, furnizează noi și bogate semne pentru stabilirea identității prin metode medicale.

VI. Rezpozabilitatea civilă și penală a dermato-venerologului se apreciază după aceleași criterii generale. Numai erorile grave de diagnostic și tratament, legate de ignoranță, neglijență sau imprudență evidentă duc la pedepsirea profesionistului.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății:

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. M. KERNBACH

Concluzii

1. În domeniul...

2. În domeniul...

3. În domeniul...

4. În domeniul...

5. În domeniul...

6. În domeniul...

7. În domeniul...

8. În domeniul...

9. În domeniul...

10. În domeniul...

11. În domeniul...

12. În domeniul...

13. În domeniul...

14. În domeniul...

15. În domeniul...

16. În domeniul...

17. În domeniul...

18. În domeniul...

19. În domeniul...

20. În domeniul...



Prof. Dr. M. KERNACH

Director Facultate

Prof. Dr. L. B. B. B. B.

Bibliografie.

Barta Alexandru: Activitatea medico-legală a endocrinologului. Teză. 1936. Cluj.

Boteanu V.: Delictul veneric. Teză 1934. Cluj.

Brisard, Faques Gras: Echelle de Gravité et taux des incapacités permanentes. Ed. II. Paris, 1935.

Cimoca V.: Dermatologie.

Cimoca V.: Venerologie. Tip. Lepage. Cluj. 1925.

Cimoca V. și Tătaru V.: Erorile diagnostice grave în dermatosifilografie. Clujul Medical No. 1. din 1932.

Falco Guiseppe. *Identità*: Metodo Scientifico di segnalamento e identificazione. Ed. Maglione Strini. Roma. 1923.

Forgue: Patologie externe. Ed. VIII. vol. I. Paris. 1928.

M. Grenet, Melles Laurent et de Pfeffel et M. Levent: Vulvovaginite, septicemie, endocardite et meningite a gonocoques, Paris Medical 1930.

Gheorghiu Victor: Verificarea morții în arsurile pielei. Teză. 1934. Cluj.

S. Honard et R. Palmer: La gynecologie în 1934. Sterilité. Paris Medical.

I. Janet: Diagnostic et traitement de blenoragie. Ed. Masson. ed. II. 1930. Paris.

Iaklowsky Dionisie: Perioadele agenezice ale femeii și importanța lor medico-legală. Teză. 1936. Cluj.

Iacobovici I.: Propedeutică chirurgicală. Tip. Cartea Românească. 1927. Cluj.

Imberd: Guide pour l'Evolution des incapacités. Ed. III. Masson. Paris. 1923.

Kernbach M.: Curs de Medicină Legală. Lito. Schildkraut. 1935. Cluj.

Mozeș Cornelia: Vulvovaginita gonococică a fetițelor. Teză. 1933. Cluj.

Minovici M.: Tratat complet de Medicină Legală. București. 1930.

Peytel A.: La responsabilité medicale. Ed. Baillièrè et fils. Paris. 1935.

Palazzoly M.: L'impuissance sexuelle chey L 'hnomme. Ed. Masson 1935.

Pommerol A.: La responsabilité medicale devant les tribunaux. Ed. V. Bresle. Paris.

Stoyanoff et Mme Scherstenikoff: Etude bacteriologique dela vulvovaginite des petites filles. Le Progres Medical. No. 16. 1935.

Simko Gh.: Accidentele de muncă cauzate prin agenți fizici. Teză. 1934 Cluj.

Stassen. M.: Les maladies professionnells. Ed. Masson. Paris. 1933.

Szabo Zoltan: Accidentele și moartea prin curent electric. Teză. 1932. Cluj.

Ullman, Oppenheim, Rille: Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit. Leipzig. 1926.

Zolog M.: Curs de igiena generală. 1935. Cluj.