

# DESPRE SIMULAȚIUNE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 29. II 1940

DE

**IULIAN NAFTALISON**



\*440003675\*

Biblioteca UMFST

Nr. 1548

# DESPRE SIMULAȚIUNE



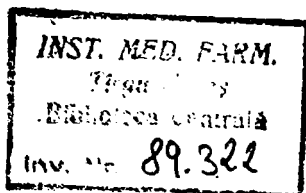
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 29. II. 1940

DE

**IULIAN NAFTALISON**

24 MAY 2005



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

---

Decan : Domnul Profesor Dr. DRĂGOIU I.

**PROFESORI :**

Clinica stomatologică	— — — — —	Prof. Dr. Aleman I.
Farmacologia și farmacognozia	} — — — — —	„ „ Baroni V.
Microbiologie		
Fiziologia umană	— — — — —	„ „ Benetato Gr.
Istoria medicinei	— — — — —	„ „ Bologa V.
Patologia generală și experimentală	— — — — —	„ „ Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	— — — — —	„ „ Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	— — — — —	„ „ Drăgoiu I.
Semiologia medicală	— — — — —	„ „ Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	— — — — —	„ „ Grigoriu C.
Clinica medicală	— — — — —	„ „ Hațieganu I.
Medicina legală	— — — — —	„ „ Kernbach M.
Chimia biologică	— — — — —	„ „ Manta I.
Clinica oftalmologică	— — — — —	„ „ Michail D.
Clinica neurologică	— — — — —	„ „ Miinea I.
Igiena și igiena socială	— — — — —	„ „ Moldovan I.
Radiologia medicală	— — — — —	„ „ Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	— — — — —	„ „ Papilian V.
Clinica chirurgicală	} — — — — —	„ „ Pop A.
Medicina operatorie		
Clinica infantilă	— — — — —	„ „ Popoviciu Gh.
Chimia medicală	— — — — —	„ „ Secăreanu Șt.
Balneologia	— — — — —	„ „ Sturza M.
Clinica dermato-venerică	— — — — —	„ „ Tătaru C.
Clinica urologică	— — — — —	„ „ Țeposu E.
Clinica psihiatrică	— — — — —	„ „ Urechia C.
Biologia generală	— — — — —	„ „ Racoviță E.
Anatomia patologică	— — — — —	„ „ Vasiliu T.
Igiena generală	— — — — —	Agr. Zolog M.
Fizica medicală	— — — — —	Conf. Bărbulescu N.
Clinica bolilor infecțioase	— — — — —	„ Gavrilă I.
Clinica Chirurgicală	— — — — —	„ Nichita M.

**JURIUL DE PROMOȚIE :**

Președinte : Dl Prof. Dr. Kernbach M.

MEMBRII :	{	„ „ „ Benetato Gr.
		„ „ „ Bologa V.
		„ „ „ Buzoianu Gh.
		„ „ „ Goia I.
SUPLEANT :	„ Conf. Dr. Nichita M.	

*Dlui Prof. V. Boloș,*  
*În semn de respect*

*I. Paștalariu*

**MAMEI MELE**

*Inchin această modestă lucrare,  
în semn de nețărmurită dragoste  
și recunoștință.*



*Fratelui meu drag.*



## Introducere.

Se pare că simulațiunea creatoare, conștientă și voluntară, nu e frecventă în afara anumitor circumstanțe excepționale, războiul în special.

Impresia care rezultă din lectura multor cazuri de simulațiune e aceea a unei insuficiente examinări și discuții a diagnosticului diferențial. (Costedoat)

Clinica simulațiunii este una dintre cele mai dificile. Expertul nu poate aștepta evoluția unei boli, el trebuie să-și formuleze părerea și să ia o deciziune rapidă. Unele situațiuni, în viața militară în special, îi interzic orice naivitate și orice slăbiciune; responsabilitatea sa e enormă dacă se înșeală, față de autoritățile superioare dacă ia drept bolnav un simulant sau față de conștiința lui de medic și om în cazul contrar. Expertul trebuie să aibă înainte de toate cunoștințe clinice temeinice și întinse, cunoștințe de laborator și tehnici speciale, în sfârșit sânge-rece și bun-simț.

Astăzi trăim vremuri „istorice“, în care orice medic poate fi chemat să facă o expertiză de acest gen. Scopul lucrării de față este de a-i ușura întrucâtva sarcina.

\* \* \*

Mulțumesc D-lui Prof. M. Kernbach pentru încrederea avută, acordându-mi acest subiect de teză, precum și d-lor Conf. Nichita, Dr. Simion, Dr. Posticescu și Dr. Gârbea pentru bunăvoința și ajutorul dat.

Țin să aduc viile mele mulțumiri și în acest loc d-lor Dr. A. Schwartz, medic șef al Spitalului Israelit din Galați, Dr. H. Lack, medic secundar al aceluiaș spital și Doc. Dr. M. Roth, medic primar al Serv. Chirurgical din Spitalul Evreesc din Cluj, și să le exprim recunoștința mea pentru cunoștințele căpătate dela D-lor.





## Simulațiunea în general.

Studiul simulațiunii cuprinde afirmațiile fanteziste ale turburărilor subiective și imitația artificială a stărilor morbide sau a leziunilor spontane. Caracterul acestor afirmații este fraudă, care poate interesa dreptul civil (tutelă, interdicție, etc.), criminal (martor, jurat), administrativ (admisie, concediu, pensionare prematură, etc.) și mai ales militar. (Posticescu).

Simulantul poate face parte din trei categorii : 1. inventatorii, 2. exageratorii și 3. perseveratorii, după cum n'are nici un simptom real (veritabil), are unele simptome veritabile dar adaogă altele inexistente sau e vindecat și totuși nu-și modifică atitudinea și acuzele. (Costedoat).

Simulațiunea este : a) patologică, când individul e determinat să simuleze de starea de mintală patologică și b) normală sau banală, în caz contrar. Această distincție se face numai prin examenul psihiatric, care va completa întotdeauna expertiza simulațiunei.

Contrar simulațiunei este disimularea, când bolnavii își ascund boala reală, ascundere tot cu caracter fraudulos, interesat (ofițeri pentru a nu fi puși în disponibilitate, muncitori pentru a fi angajați, etc.). Găsim și aici disimulanți patologici, recrutați dintre paranoici melancolici.

Frecvența cazurilor de simulație variază după epoci, mediu și medici. Se pare că armata, mai ales în timp de război, dă procentul cel mai mare de simulanți, apoi închisorile și asigurările sociale. Printre experții civili sau militari sunt unii cari văd foarte des simulațiunea și alții aproape niciodată ; această divergență ține la diferența de caracter și de cultură medicală. Numai experiența profesională ne învață să cunoaștem ascunzișurile patologiei, formele fruste sau anormale ale bolilor, debuturile insidioase. Practicianul se convinge pe încetul de iluzia schematizării cazurilor clinice. *Acuzațiile nejustificate de simulațiune aparțin mai ales medicilor neexperimentați și impulsivi.* (Costedoat).

\*

*Simulația normală* este de obicei interesată, mergând dela o simplă afirmare nejustificată de turb. subiective — formă frecventă și care încurcă pe medic, turburările dispărând repede, ceea ce face în general imposibilă demonstrarea minciunii — până la automutilare sau la provocarea unei boli, formă de obicei cronică, care se pretează studiului științific.

Diagnosticul simulațiunii se face pe baza 1. semnelor de prezumție și a 2. semnelor de certitudine. (Costedoat).

1. *Semnele de prezumție* au numai o valoare de orientare pentru expert.

a) Atitudinea. Adesea simulantul e încurcat, reticent, uneori indiferent, inert, alteori însă activ. Inerții sunt mai dibaci, ei nu se trădează prin imprudență, cei activi însă totdeauna exagerează și astfel se dau de gol. Tendința de exagerare se găsește la majoritatea simulanților. Ei nu reproduc niciodată un tablou morbid pe jumătate; formele ușoare, fruste, simulantul le ignorează. Totuși nu rareori găsim accente de sinceritate care pot convinge...

b) Caracterul interesat al plângerii. Imprejurările plângerii fac ca aceasta să fie suspectată, medicul face involuntar legătura între cauză și efect și astfel adesea cade în eroare. Din acest motiv medicul nu va fi niciodată scutit de a face proba fraudei.

c) Apariția sub formă epidemică, în serie, a afecțiunilor care nu sunt contagioase, a leziunilor chirurgicale mai ales, dau de bănuț, dar acest caracter pseudo-epidemic nu e desigur o probă de fraudă. În patologia medicală „seria“ e dimpotrivă în favoarea sincerității afirmațiunilor.

d) Modul de vindecare. Repezițiunea unei vindecări, când împrejurările devin defavorabile menținerii simptomelor sau leziunilor, e suspectă, la fel și încetineala vindecării, în cazul contrar. Dat fiind diversitatea mare a factorilor, cari intervin în procesul vindecării, acestea nu constituie probe suficiente.

e) Valoarea semnelor subiective. Expertul e ispitit de obicei să dea importanța numai semnelor obiective și să suspecteze vorbele bolnavului. Această tendință poate duce la erori, căci există ulcere gastrice nedecelabile prin röntgen, manifestându-se exclusiv prin dureri, crize anginoase de origine coronariană sau gastro-colică fără semne obiective, afazii sau monoplegii tranzitorii prin spasme vasculare cerebrale... Cazul lui Chavigny: Un soldat se plânge de oboseală permanentă. Examine repetate nu arată nici un semn obiectiv. Ținut drept simulant, el preface o exagerație enormă a refl. rotuliene (simulație „de reacție“). Aceasta antrenează convingerea medicului. Soldatul trebuia să fie trimis la Comp. de Disciplină, când brusc face febră și se instalează o peritonită bacilară.

În realitate prin interogatorii clinicianul poate de multe ori ajunge la dg. Simulantul de cele mai multe ori nu va da decât indicații insuficiente și neverosimile. Persistența cu care un om se plânge de aceeași durere nu e un semn în favoarea simulării, dimpotrivă chiar.

f) Valoarea semnelor obiective e în funcție de o semiologie riguroasă. Există ictere datorite unei ingerări de ac. picric, abcese provocate de o inj. subcut. de petrol.

g) Anomaliile clinice sunt relative. În patologia normală ele se întâlnesc des în ceace privește modul de debut al unei boli, evoluția ei, intensitatea turburărilor. În plus ele variază f. mult

după cultura medicală a expertului și experiența lui. „Domeniul medicinei e atât de vast, încât ar fi prezumțios să prefinzi că îl cunoști în întregime“. Trebuie să luăm în considerare posibilitatea aparițiunei unei boli nouă (er.cefalita epidemică în 1917 a fost considerată pe-alcouri drept histerie) sau rare în regiunea noastră.

h) Valoarea semnelor asociate. O durere nu există de obicei izolată, dacă au trecut câteva zile dela apariția ei. O expertiză serioasă necesită un examen complet.

i) Antecedentele. O stare morbidă e în general preparată de fenomene anterioare (nefrită-amigdalită, etc.)

j) Gravitatea turburărilor nu ne poate da indicații precise. Un simulant caută rezultate „cu cât mai puține cheltueli“ dar s'au văzut abcese septice voluntare determinând moartea prin infecțiune supraacută. Simulația este proporțională cu mobilul, va trebui să comparăm riscul pe care îl prezintă pentru individ simularea cu riscul în cazul când individul n'ar recurge la acest act.

## 2 Semne de certitudine :

a) Mărturisirea, semn de o import. f. mare. Totuși există rezerve: mărturisirile smulse prin violență, prescripțiunea unui regim alimentar insuficient fără motiv terapeutic, întrebuițarea electricității în aplicațiuni dureroase contra consimțământului interesatului sunt procedee brutale ce justifică critica și scad valoarea mărturisirii. Violența limbajului poate face să obținem mărturisiri uneori, acestea însă n'au valoarea celor spontane.

b) Surprinderea în flagrant delict. De o valoare considerabilă, nu privește însă decât simptomele și afecțiunile provocate și e, dificilă în practică.

c) Probele obiective. Se înțelege prin acestea, probe independente de tendința de spirit a expertului, de ex.: descoperirea ac. picramic în urina unui pseudo-icteric, a ovalbuminei în urina unui albuminuric, evidențierea inclusiunilor de hidrocarbură în leucocitele unui abces provocat, granule de ipeca în secreția unei conjunctivite. Aceste probe necesită tehnici precise, experiențe de control și îndepărtarea cauzelor de eroare (de pildă ac. picric poate fi introdus în organism în urma unui accident: rană provocată de o schijă de obuz impregnată încă cu ac. picric, inhalația prafului amestecat cu această substanță în cursul unui bombardament intens, etc.).

d) Corpul delict. Interesatul nu va da o justificare verosimilă prezenței acestuia.

În concluzie: *Simulația nu se ghicește, ea se demonstrează. De multe ori expertul se găsește în imposibilitatea de a o face; e preferabil atunci să abandoneze partida decât să riște de a dezonoara un nevinovat.* Discuția diagnosticului diferențial trebuie să fie riguroasă. Toate eforturile expertului trebuie să tindă la găsirea probelor obiective. (Costedoat)

În ceea ce privește conduita expertizei, medicul nu trebuie să o facă pe judele de instrucție; el trebuie să-și păstreze spiritul

clinic și să nu întrebuințeze decât procedee medicale, ferindu-se de a se lăsa prins de pasiune, generatoare de erori. (Id)

Exagerațiunea interesată este de multe ori greu de apreciat. Intensitatea unei dureri sau a unei astenii se judecă numai după reacțiunile pe care le observăm. Exageratorul în schimb e în largul său, căci el rămâne pe terenul faptelor, mulțumindu-se să le amplifice numai; deaceia se și întâlnește mai frecvent exagerațiunea decât invenția.

Putem distinge trei forme de exagerări: 1). nepatologică, banală 2). patologică, asociațiune hystero-organică, 3). sinistroza.

Considerând posibilitatea unei exagerațiuni, medicul va avea în vedere mediul și rasa bolnavului, raportul dintre semnele obiective și acuzele bolnavului, va preciza exact condițiile accidentului, modul și rapiditatea apariției turburărilor. Medicul va trebui să nu uite că există pneumonii și pleurezii ambulatorii cu durere minimă și nevrome minuscule dar extrem de dureroase; peristența într'un mușchi a unei mici cantități de praf metalic — invizibilă la röntgen — poate determina o contractură tenace.

Intensitatea durerii e variabilă după emotivitatea individului și în funcție de atenția lui de multe ori.

Exagerațiunea nu poate fi recunoscută decât prin comparația cazului dat cu cele asemănătoare, a căror sinceritate nu poate fi pusă la îndoială. Observarea bolnavului va ușura diagnosticul.

Sinistroza, caracterizată prin inhibarea buneii voinți, (Urechia) evoluează după Dupré în etape succesive: traumatism, emoție, auto-sau hetero-sugestie, simulare, revendicare. (În cazul sinistrozei se va face dg. diferențial cu delirul de revendicare, chestiune destul de dificilă uneori).

Perseverarea se datorește mediului bolnavului sau lui însuși, fiind determinată de cauzele obișnuite ale simulării. Medicul e într'o situație grea: el are în memorie tabloul bolii veritabile, știe că se poate înșela în privința evoluției unei afecțiuni, că rapiditatea vindecării variază după starea anterioară, etc. etc.; simte totuși că e înșelat. Trebuie atunci să repete examinarea minuțioasă, va vorbi apoi cu bunăvoință și clar bolnavului, care nu știe poate că e vindecat sau nu știe ce trebuie să facă pentru a se vindeca. Abia după aceasta medicul va putea lua o atitudine mai severă.

### Simulația patologică.

După ce s'a examinat dacă afirmațiunile bolnavului sunt fondate și dacă simptomele sunt spontane sau provocate, se va trece întotdeauna la examinarea psihiatrică, la expertiza mintală a simulantului, căci altfel se judecă o simulație banală și una patologică. Medicul va căuta nu numai psihozele ci și tarele mintale, oricât de ușoare ar fi. Aceste tare, anomalii mintale nu sunt rare la simulanți, psihozele dimpotrivă. Simulația debilizilor mintali se caracterizează prin faptul că o găsim în epidemiile de simulație, căci

debilul mintal poate imita, nu poate însă să inventeze sau să compare; ei sunt nefindemânateci, explicațiile lor sunt neverosimile; în general simulația debilului mintal nu ține mult. Vom găsi toate caracterele debilului mintal: incapacitatea de a-și preciza cuvintele, excesiva supunere, timiditatea, etc.

Anxioșii, emotivii patologici pot fi confundați uneori cu simulanții. Ei sunt sinceri însă în afirmațiile lor, suferința lor este mai ales morală, din care cauză pot fi socotiți drept cei mai nenorociți bolnavi. Automutilațiile sunt frecvente și uneori se sinucid, evidentă probă de caracterul lor patologic. Criza de nervi a emotivilor, asemănătoare cu criza hysterică uneori prin spectaculozitatea ei, n'are însă luciditatea celei din urmă, care izbucnește în momentul voit. Emotivii simulează uneori conștient și voluntar pentru a evita un pericol, pe care psihicul lor l-a mărit monstruos. Această simulație însă nu trebuie judecată după criteriile obișnuite. Judecarea emotivilor se va face în urma unui examen atent, antecedentele lor vor fi minuțios analizate, pentru a putea elimina pe simplii fricoși.

Simulanții patologici se pot recruta dintre „revendicatorii” paranoici sau dintre schizofrenici — în perioada așa-zisă „medico-legală”. Observația atentă va permite evidențierea stărilor patologice, care-i face iresponsabili.

În fine simulația hysterică este prin excelență simulațiunea patologică. Hysteria, socotită azi ca o turburare psihică și nu ca o nevroză, comportă manifestațiuni, care se diferențiază de turb. organice cu ajutorul semnelor obiective precise, după cum a arătat Babinsky. Atributul principal al hysteriei este tendința la simulație de natură esențial imaginativă. Diferențierea de simulația vulgară se va face ușor dacă se va examina personalitatea simulanțului; vom găsi în antecedentele hystericului o imaginație exaltată, ceace Dupré a numit „mythomanie”, scrisori anonime, calomnii, — cu privire mai ales la atentate sexuale — etc. În urma acestei turb. de imaginație, hystericul reproduce pe propriul său corp simptomele morbide pe care imaginația sa le-a conceput. Alt caracter al hysteriei e sugestibilitatea mărită, hystericul e mai cu seamă sedus de ceace este patologic. În general hystericul nu simulează în mod discret, turburările sale funcționale sunt f. aparente: paralizie totală a unui membru, tremurături cu oscilații mari. El supra-adaogă unei paralizii o anestezie senzitivo-senzorială care în clinica sinceră nu se întâlnește. Hystericul nu împinge lucrurile la extrem: nu se rănește serios într'o criză convulsivă etc. (Dg. diferențial cu epilepsia). În fine sindromele cele mai grave pot dispărea în câteva minute prin simpla intervenție a unei sugestii noi și contrarii. Hystericul mai diferă de simulant și prin spontaneitatea sa mult mai mare; el joacă comedia față de alții dar și față de sine-însuși. „Stigmatetele hysterică” ale lui Charcot au importanță diagnostică, dar nu le găsim întotdeauna, lipsa lor nu include absența hysteriei.

Se pune chestiunea dacă hystericul simulează în întregime inconștient și involuntar, dacă e sincer sau dacă trebuie confundat cu simulatorul vulgar? Sunt probleme dificile, care trebuie judecate dela caz la caz. Babinsky susține că mulți sunt sinceri, dar recunoaște că argumentele lui sunt de ordin moral; Dupré declară că activitatea mythopatică e conștientă și voluntară în unele cazuri, în altele însă nu. Expertului, căruia va trebui să precizeze gradul de sinceritate a unui hysteric, îi va fi de cele mai multe ori f. greu acest lucru. El va trebui să examineze fiecare caz în particular și să nu se expună din naivitate să fie înșelat de un individ, care caută numai să scape dintr'o situație dificilă.

Hystericul va trebui socotit ca un dezechilibrat constituțional, ca și cyclotimicul; docilitatea inteligenței sale de a primi sugestiunile exprimă o infirmitate mentală. Totuși nu trebuie tratat ca iresponsabil, ci numai ca având o responsabilitate atenuată.



## Simulațiunea în particular.

Cazurile de simulațiune sunt extrem de variate în ceea ce privește simptomele și bolile simulate. Fecunditatea spiritului uman e mare în fraudă. Desigur că pentru a face un studiu complet al maladiilor simulate, cadrul restrâns al lucrării de față este insuficient. Voiu analiza bolile și simptomele simulate numai în legătură cu cazurile observate.

### I. Mutilațiuni voluntare.

Expertizele de mutilațiune voluntară ar trebui să fie făcute numai de medicii legiști titrați, obișnuiți prin profesiunea lor cu cercetări de acest fel. În acest mod s'ar evita erori cu consecințe ireparabile, erori cari n'au fost puține la număr în războiul trecut.

Cele mai multe mutilațiuni voluntare sunt făcute prin armele de foc.

Plăgile prin arme de foc care interesează medicul militar sunt acelea produse prin gloanțe. În general regiunile atinse sunt cele prin a căror pierdere sau imobilizare definitivă individul nu suferă prea mult: Mâna stângă, degete, mai puțin indispensabile decât brațul, genunchiul, sunt în același timp regiuni mai ușor de atins de individul însuși.

Expertiza trebuie făcută puțin timp după rănire, căci f. repede aspectul plăgii se modifică, fie spontan, fie prin intervenția medicală.

Medicul expert nu se va pronunța decât asupra chestiunii dacă plaga prezintă caracterele rănii produsă la distanță scurtă, el nu va declara dacă rana a fost sau nu făcută voluntar, această chestiune aparține magistratului instructor.

Plăgile prin arme albe sunt mai puține.

Caz. Caporalul R. Teodor din Oradea, 25 ani, contg. 1936. Intră în Spit. Milit. din Cluj în 15 Noembrie 1939. Antec. h.-col. și Antec. pers. fără importanță. Declară că ar fi suferit un accident. La examenul obiectiv se constată lipsa prin amputație a două falange a degetelor 2, 3 dela mâna stângă. Explicația amputării și a circumstanțelor nu par conforme cu realitatea. Se pune dg. *suspect de automutilare* și e înapoiat la corp pentru cercetări.

Caz. Soldatul P. Nicolae din Teleorman, 21 ani contg. 1939. Intră în Spit. Milit. din Cluj în 25 Noembrie

1939. Antec. h.-col. și antec. pers. fără importanță. Bolnavul declară că în 23 Nov., tăind lemne cu toporul, acesta îi scapă peste mâna stângă. Examenul obiectiv arată lipsa prin secțiune a degetelor arătător și mediu și plăgi zdrobite ale degetelor 2, 3, și 4 dela mâna stângă. În urma relatării martorilor oculari se pune dg. *automutilare*.

## II. Turburări de auz.

*Surditatea*. Poate fi inventată, exagerată sau individul care a avut turburări ușoare perseverează într'o atitudine, pe care nimic n'o mai justifică. Technica expertizei e aceeaș pentru toate trei cazurile. Ea tinde să demonstreze inexistența turburării afirmate.

Nu trebuie să conchidem la dg. de simulare pentrucă examenul otologic nu arată nicio leziune organică; există surdități organice veritabile care nu se descoperă prin nicio investigație a căilor auditive. Invers perforația sau distrucția timpanului, turb. labirintice nu constituie probe absolute de legitimitatea unei surdități totale. Uneori acuitatea auditivă este satisfăcătoare chiar când ciocanul și nicovala lipsesc, persistând numai scărița. Ea e dimpotrivă f. compromisă în anchiloza oscioarelor și în scleroza cicatricială a mucoasei timpanice, mai ales când interesează vecinătatea ferestrei ovale.

Fiind vorba de o senzație subiectivă, medicul va căuta să înșeie bolnavul asupra naturii examinării sale; va tinde prin procedee de surpriză să-i slăbească vigilența. Technica variază după cum e vorba de o surditate bilaterală completă, bilaterală incompletă și unilaterală.

*Surditatea bilaterală completă*. Ancheta ne va da indicații asupra infirmității în trecutul bolnavului, în cece privește debutul și remisiunile. Un surd pretins congenital trebuie să fie și mut. De multe ori simulantul spune că a pierdut auzul de când era mic; se știe însă că un individ care a pierdut auzul chiar până la vârsta de 10 ani, cu timpul va uita aproape toate cuvintele învățate (Posticescu). Atitudinea adevăratului surd nu este resemnată. Atenția lui spontană este mărită, el face eforturi de a citi de pe buze cuvintele. Simulantul din contra fuge de societate, nu luptă pentru a-și suplini infirmitatea, răspunde deobicei prin fraze stereotipe sau monosilabe. Simulantul păstrează modulațiile timbrului, surdul vorbește monoton, ne mai putând controla timbrul. Aparatele asurzitoare, cum e cel al lui Lombard, se bazează pe reflexul cochleofonator. Adevăratul surd vorbește ca deobicei, iar falsul își ridică vocea, când ambele urechi se scot din funcțiune. Se poate descoperi uneori fraudă prin mijloace simple: se distrage atenția bolnavului prin diferite manopere, de ex. cateterismul trompei și i se pun chestiuni banale: i se ordonă de pildă să deschidă gura sau e întrebat de când e surd. Nu rareori bolnavul se execută. Proba deșteptării în timpul somnului: un zgomot puternic deșteaptă în-



totdeauna pe simulator. În fine s'a propus narcoza cloroformică și în primele momente, când bolnavul și-a pierdut controlul, i se pun întrebări. Ingeniozitatea medicului variază aceste procedee, succesul lor însă depinde de prezența de spirit a expertizatului. Alte mijloace, tot simple, sunt cele care se bazează pe actele reflexe: întoarcerea capului, reflexul cochleo-palpebral, contracția corzilor vocale, dilatația pupilei. E bine se punem bolnavul să numere pentru a-i devia atenția. Aceste procedee sunt însă susceptibile de erori: scheletul e conducător de vibrațiuni și unele zgomete sunt percepute de surzi (tremurul podelei de ex.), mai ales când sunt în contact cu sursa sonoră.

Reflexul psiho-galvanic necesită o aparatură specială și măsurarea intensității curentului depinde de intensitatea excitației, de emotivitatea individului și de starea tegumentelor, factori cari îi diminuează importanța.

Pletismograful are o valoare ceva mai mare. Surzii veritabili nu reacționează în timp ce la cei cu acuitate auditivă chiar f. redusă apare o reacție vaso-motrice. Ea depinde însă de aceeași factori ca și refl. psiho-galvanic. În tot cazul absența reacției nu ne permite să tragem concluzia unei surdități în mod sigur.

Cititul de pe buze ne poate descoperi uneori simulația: îl învățăm pe bolnavul adevărat sau fals acest procedeu. Surdul adevărat va greși de multe ori cuvintele care seamănă (pendulă-pensulă, etc.) cel fals, plin de încredere în noua metodă, comite de obicei mai puține erori.

*Surditatea bilaterală incompletă.* Dacă se poate măsura acuitatea auditivă, se va compara aceasta în decurs de câteva zile. Răspunsurile însă sunt în funcție și de atenția și inteligența bolnavului. Repetiția examinării poate avea efect variabil: de a-i ascuți auzul sau de a-l oboși. Alt procedeu: se leagă ochii bolnavului și i se cere să anunțe când aude ceasul pe care-l apropiem și îndepărtăm de fiecare din urechile lui, fără ca bolnavul să vadă aceste mișcări. Simulantul va greși de cele mai multe ori. Avertizatului va răspunde însă numai când aude ceasul f. distinct, ceea ce scade mult din valoare probei. Un procedeu de o valoare mai mare e proba lui Weber: Simulantul necunoscând fenomenul va pretinde că numai aude, când i se astupă urechile. Proba lui Dölger: Se măsoară distanța pe care expertizatul recunoaște a o auzi când se vorbește în dreptul urechei surde. Medicul continuă să vorbească cu aceeași voce, însă întoarce capul. În mod normal o persoană, care aude vocea șoptită la 2 metri, nu o mai aude decât la un metru astfel. Repetarea tuturor cuvintelor de către expertizat înseamnă că nu e sincer și că aude la o distanță mai mare decât cea indicată. Probele lui R. Foy — a măsurării distanței și a intensităților proporționale — sunt admirabile dar nu pot fi făcute decât de specialist. (Buzoianu).

*Surditatea unilaterală.* Aftitudinea e caracteristică: surdul unilateral veritabil face eforturi să-și compenseze infirmitatea așezân-

du-se în poziția cea mai favorabilă celei mai bune audiții (el înclină ușor capul cu urechea sănătoasă către medic, întredeschide puțin gura). Simulantul n'are această preocupare.

Printre metodele simple este aceea cu ceasul arătată mai sus; se observă dacă răspunsurile sunt plauzibile. Micile erori pot ține de neatenție, oboseală sau autosugestia bolnavului.

Manopera lui Köbel-Tschudi e mai eficace: introducem un dop de plută perforat la mijloc în urechea sănătoasă și repetăm procedeul cu ceasul. Simulantul cade în cursă.

Un procedeu simplu e următorul: pe când medicul examinează și vorbește cu simulantul, un ajutor al expertului va începe să pună și alte întrebări, diferite de ale primului examinator și pronunțate în acelaș timp cu ale acestuia de partea urechii bolnave; dacă conversația este repede și continuă, examinatul va obosei și va răspunde și la una din întrebările puse de partea acestei urechi. Se recomandă a se întrebuița de ambii examinatori cuvinte cu primele silabe identice (de ex. copilărie-copilăță).

Surdul veritabil aude, grație percepției osoase și dacă-i astupăm cu degetul urechea sănătoasă (falsul Rinné negativ), simulantul neprenit nu aude. (Buzoianu)

Weberul se lateralizează la urechea bolnavă în caz de afecțiuni ale aparatului de transmisie sau la urechea sănătoasă în caz de boală a aparatului de recepție: obturând meatul urechei sănătoase, simulantul pretinde că nu mai aude.

Un procedeu f. interesant și f. eficace e cel al lui Escat, bazat pe fenomenul următor: două surse sonore, care nu diferă decât prin intensitate, plasate la aceeaș distanță, una de urechea dreaptă, cealaltă de stânga, produc un unison lateralizat de omul normal de partea urechii supuse la sunetul mai intens. Se pare că urechea de partea căreia se află sursa mai puțin intensă nu percepe nimic. Ne servim de 2 diapazoane (la 3) de grosime inegală (305 gr. și 37 gr.), vibrând primul 3 m., al 2-lea 70 sec. Examinatul e așezat cu ochii legați. Facem să vibreze micul diapazon lângă urechea sănătoasă, apoi se apropie diapazonul gros de cealaltă ureche. Veritabilul surd declară că aude de partea sănătoasă, din contra simulantul va pretinde că nu aude nimic.

Principiul lui Tarakanoff, descris de Sylvano-Thomson: senzațiile auditive percepute de ambele urechi simultan și identic sunt confundate într'o singură percepție a cărui sediu e raportat la occiput. De acest fenomen de exteriorizare în spațiu a zgomotului perceput s'a folosit Preusse cel dintâi pentru descoperirea simulațiunei. Dânsul intercalează două telefoane în circuitul unui curent galvanic în așa fel încât să poată după voință a face să circule curentul în fiecare telefon izolat sau în amândouă deodată. Apoi pune fiecare telefon la câte o ureche a examinatului. Simulația e probată îndată ce senzația auditivă e localizată către occiput (va trebui să ținem seama însă de paracuzia de loc, o orientare defectuoasă a sunetelor, care se întâlnește în surditățile unilaterale re-

cente) sau mai bine îndată ce bolnavul declară că percepe un sunet, care nu-i putea fi transmis decât prin telefonul corespunzător urechii „surde“.

Proba lui Gellé este asemănătoare, dar el întrebuițează un tub otoscopic lung de 70 cm. în locul telefoanelor.

În domeniul otologiei se mai poate simula oțorea prin introducerea în conductul auditiv extern de substanțe asemănătoare cu puroiul. Frauda este grosolană, specialistul o descoperă repede cu speculul și oglinda.

Prin introducerea unui corp străin în conduct se poate produce o otită veritabilă, care va fi greu de recunoscut, dacă corpul străin a ieșit cu puroiul sau a fost ulterior scos.

Caz. Sold. G. Mihai din com. Brusturi (Bihor), 23 ani, contg. 38. Intră în Spit. Milit. din Cluj în 16 Dec. 1939. Antec. h-col. și pers. fără importanță. Declară că îi curg urechile din copilărie. Starea prezentă: secr. purul. în ambele conducte aud. ext. Timpanul dr. congestionat, acoperit cu secr. purul. și perforat, timpanul stg. cu polipi granuloși și perforat de-asemeni. Refl. cochleo-palp. pozitiv. Prezintă o ușoară diminuare a audicienii, pe care o exagerează f. mult. După faradizare aude în condiții bune. (Dg.: otită medie supur. cron. bilater.)

Caz. Sold. O. Anton din Răbrișoara (Năsăud), 22 ani, contg. 38. Intră în Spit. Milit. din Cluj în 23 Nov. 1939. Antec. h-col. și pers. fără importanță. Declară că nu aude bine din naștere. Prezintă un certif. comunal, unul medical, o adeverință a cdt. centrului PP, o declarație iscălită de 12 oameni din sat, o adeverință a directorului șc. prim., un proces verbal al com. Răbrișoara. St. prez.: Faringe larg, hipertrofia cornetelor inf., ambele timpane ușor retractate, membr. lui Schrapnell ușor congestionate. Examinat cu Lombard, refl. cochleo-palp. e pozitiv la nr. 10 (adică la cea mai mică intensitate). Dg.: exagerare a surdității.

Caz. Sold. M. Ion din Vad (Maramureș), 26 ani, contg. 36. Intră în Spit. Milit. din Cluj în 6 Ian. 1940. Antec. h-col. și pers. fără import. Declară că nu aude bine din copilărie. St. prez.: cerumen f. abundent în ambele urechi. Timpanele au triunghiul luminos dispărut. Vocea de conversație este auzită. Dg.: exagerare a surdității, bolnavul e clasat la serv. auxiliar.

### III. Turburări de vorbire.

*Mutismul.* Mutismul câștigat este absolut. Individul e uneori inert, alteori își exprimă prin gesturi incapacitatea de a vorbi. Nici o boală nervoasă sau laringiană nu dă un mutism complet. Afazia este singurul sindrom neurologic cu aspectul mutismului. Fiecare

turburare afazică (surditate verbală, afazie motrice, agrafie, cecitate verbală) poate fi simulată. Vom recunoaște simulațiunea, analizând simptomele concomitente ale unei afazii reale. Cauzele afaziei sunt stări patologice, care se însoțesc de numeroase alte semne: traumatismele craniene, boli inf. acute (Ty., Pneumonie) sau cronice (în special Sifilisul), uremia, tumorile și abcesele cerebrale, meningitele și mai ales leziunile vasculare (hemoragii sau ramolimente) ale encefalului. Există totuși cazuri, care nu se exteriorizează mult timp decât prin simptome f. ușoare. Astfel Hemiplegia dr. (stg. la stângaci) cu Hemianestezie tactilă, care întovărășește de-obicei afazia motrice, lipsește în general în afazia sensorială sau e f. ușoară și tranzitorie. Hemianopsia laterală omonimă e și mai puțin constantă, când există, ea întovărășește afazii importante și durabile. Aceste cazuri sunt însă excepțiuni. La acești bolnavi turburările mintale sunt întotdeauna frecvente: atenția, memoria, stăpânirea de sine sunt compromise. Evoluția nu ne va spune nimic, dat fiind că există afazii fugace (hipertensiune arterială, arterite cerebrale, uremie, tumori și meningite ale convexității, epilepsie jacksoniană, migrena oftalmică, intoxicația nicotinică).

În Psihiatrie mutismul câștigat se întâlnește în melancolie, în schizofrenie, dar mai ales în histerie. În histerie mutismul e f. des asociat surdității, mult mai rar cecității, el apare în aceleași condiții ca și celelalte manifestațiuni hysterice, se grefează pe același fond mintal, se vindecă la fel, de multe ori brusc. Semne obiective de diferențiere față de mutismul voluntar și conștient nu există.

Un caracter f. obișnuit al mutismului hysteric sau simulat este suprimarea totală a vorbirii; funcția e complet distrusă, nu pe jumătate, individul nu șoptește, uneori poate mișca limba și buzele, laringele e mobil. O atare disociație nu e realizată decât f. rar de afazie. Afazicul dispune încă în general de un vocabular pe care-l întrebuințează, oricât de redus ar fi; se observă în mica și scrisul lui diminuarea intelectuală datorită leziunii cerebrale. Mutul dimpotrivă e mult mai abil de a-și compensa prin gesturi și scris inferioritatea socială. Mutul simulant sau hysteric vorbește uneori când atenția-i diminuează, când e pe cale de a adormi sau când se trezește; i se întâmplă să vorbească în somn. Dându-și seama că s'a trădat el se poate decide brusc să se declare vindecat. În fine mutismul hysteric sau simulat poate fi descoperit prin narcotizare.

Caz. Sold. S. A. din Cluj com. Negreni, 23 ani, contg. 1939. Intră în Spitalul Militar în 5 Nov. 1939. Vine cu un certificat iscălit de primar, notar, preot, învățător, și șeful de post, în care se afirmă că bolnavul n'a vorbit până la 6 ani, de atunci f. greu și mai mult prin semne, „având și semne de defect mintal“. Nicio leziune obiectivă. O. R. L. (prof. Buzoianu). La examenul neuro-psihiatric (prof. Urechia) nu

se găsește nimic L. C. R. negativ, înțelege tot ce i se spune și execută în condiții f. bune, e orientat în timp și spațiu. La Clinica O. R. L. i se face faradizare f. intensă și de durată f. lungă cu rezultat negativ. I s'a spus că va fi internat pe un timp îndelungat pentru a fi tratat cu faradizări. Acest lucru l-a îngrozit pe bolnav, a devenit palid, retras, inapetent, etc. Intervine atunci Dr. Simion, care-i dă asigurări însoțite de cuvântul de onoare al D-sale, că nu i se va face nimic, promițându-i în acelaș timp și un concediu. Toți plutonierii din salon i-au explicat cuvântul de onoare de ofițer, ceea ce l-a determinat să-l cheme de-o parte pe medic și să mărturisească simulația.

### Surdi-mutitatea simulată.

Surdimitatea câștigată e aproape întotdeauna simulată sau hysterică. Adultul care devine surd păstrează amintirea mișcărilor necesare pentru a vorbi. Dg. se va face cu procedeele indicate la surditate, combinate cu examenul căilor aeriene superioare, care se face și în mutismul simplu. Simulatorul nu afirmă percepția diapazoanelor cu tonalitate coborâtă așezate pe mastoidă, cari dau o senzație tactilă și cari prin urmare sunt sensibile pentru adevărații surdomuți. Simulanții nu întorc privirea sau capul la zgomotul însoțit de o zguduitoră puternică, surdomutul încearcă oarecum să vorbească emițând sunete aspre, sparte sau încearcă o înțelegere prin semne.

Caz. Sold. B. Nicolae din Ghelmenți (Hotin), 21 ani contg. 1940. Intră în Spit. Milit. în 23 Nov. 1939. Vine cu certif. de notor. publ. iscălit de primar, notar, preot, învățător și șeful de post, atestând că e surdo-mut. Examenul O. R. L. negativ. Reflexul cochleo-palp. produs prin bătaia din palme și cu apar. Lombard este negativ. Atitudinea e f. curioasă, dând de bănuț: o atitudine „fuyante“. I se face faradizare la clinica O. R. L., după care aude și vorbește.

Caz. Sold. A. Vasile din Vișeu de Sus (Maramureș), 21 ani contg. 1940. Intră în Spit. Milit. în 9 Dec. 1939. Starea prezentă; bolnavul are o atitudine „fuyante“. Examenul O. R. L.: cerumen în urechea dreaptă; refl. cochleo-palp. intens pozitiv la bătaia din palme și cu Lombard. După faradizare începe să vorbească și să audă bine. A declarat apoi că a simulat fiind îndemnat de frații săi mai mici pe care-i îngrijea!

Interesant e că la 3 Ianuarie 1949 a sosit în urma solicitării spitalului dela Primăria din Solca (Suceava) un certificat, prin care se atestă că are auzul defect, semnat de primar, șeful poliției, directorul școlii primare, secretar și 5 capi de familie.

*Afonia*, f. ușor de realizat voluntar, pentru a fi diagnosticată drept simulată, va trebui să eliminăm toate cauzele care o pot determina: inflamații banale sau specifice ale laringelui, edemul toxic, leziunile prin caustice, arsuri, ulceratii, obstrucții, compresiuni parțiale laringiene, paralizii corzilor vocale, etc.

*Bălbăiala*, are la bază o emotivitate anormală; cercetarea manifestațiilor emotive concomitente ne va lămurii diagnosticul.

#### IV. Paraliziiile.

Paralizia este pierderea motilității voluntare. Mișcările involuntare la nivelul teritoriului interesat persistă: sincineziile, coreoatetoză, reflexele de apărare (bazat pe prezența acestora din urmă se poate diagnostica drept simulare o paralizie veritabilă!). Caracterile paraliziei simulate sunt descrise de Babinsky (Gazette des Hopitaux 5 și 8 Mai 1900):

a). Incapacitatea de a executa anumite mișcări în timp ce altele, comandate de aceleași grupuri musculare pot fi executate.

b). Într'o hemiplegie organică impotența musculară prezintă — afară de perioada de debut — intensități diferite după regiune (membru sup. mai mult decât membru inf. și acesta mai mult decât fața). În hysterie sau simulațiune aceasta nu se întâmplă.

c). Variabilitatea și retrocedarea pasageră a paraliziei pledează contra realității acesteia. Există totuși paralizii periodice sau intermitente de natură organică: paralizia periodică a lui Westphall, paralizia bulbară astenică (sau miastenia gravă pseudo-paralitică sau sindromul lui Erb-Godflamm), paraliziiile postepileptice, postmigreneice, paraliziiile fugace din scleroza în plăci, din encefalita epidemică, hipertensiunea arterială, paralizia generală. În toate aceste cazuri însă găsim simptome care indică origina organică a paraliziei: aboliția reflexelor osteotendinoase și diminuarea sau aboliția excitabilității faradice sau galvanice a nervilor și a mușchilor paralizați în paralizia periodică a lui Westphall, reacția miastenică electrică în sindromul lui Erb-Godflamm, precesiuarea simptomului-semnal și a migrenei în epilepsia jacksoniană și migrena oftalmică; simptomele clasice în scleroza în plăci, encefalita, tensiunea arterială, R. W. etc.

d). În caz de parezie, câteva manopere permit de a recunoaște dacă bolnavul execută efortul cerut: i se cere să strângă f. puternic o sticlă, care i se smulge brusc apoi: dacă el o strângea într'adevăr, mâna i se va închide complet; în cazul contrar mâna păstrează poziția anterioară. Manevra lui Hösselin: Ne opunem la flexarea antebrațului pe care i-o comandăm bolnavului, apoi cedăm brusc: antebrațul va continua mișcarea dacă efortul bolnavului a fost sincer.

e). Existența unui interval liber între traumatismul cauzal și apariția paraliziei poate fi considerat ca perioadă de meditație, precedând instalarea accidentelor hysteric. Totuși s'au observat

paralizii organice certe instalându-se după perioade de latență.

Paraliziile organice sunt întovărășite de-obicei de o serie de semne, a căror căutare se impune, prezența lor elucidând dg.:

1. Refl. osteotendinoase și cutanate. E adevărat că voința le poate modifica, exagerându-le sau inhibându-le chiar; timpul de latență nu poate fi modificat însă și inhibiția este aproximativă. Babinsky se poate obține cu ajutorul voinței, dar veritabila extensie a halucelui se efectuează cu o încetineală greu de imitat.

2. Tonusul nu poate fi modificat nici în plus nici în minus. Paralizia flască e însoțită de hipotonie, ușor de evidențiat.

3. Contractura se pune în evidență prin semnul pronației automate (Babinsky), fenomenul pronației (Strümpell), semnul lui Bechterew, al lui Néri. Contractura organică a mâinii se diferențiază de contracția fiziologică, hysterică sau nu, prin faptul că în prima e posibil — de obicei — să ne insinuăm mâna în a bolnavului și extinzând-o pe a lui, degetele bolnavului se flectează mai mult și ne strâng mâna; aceasta nu se întâmplă în contracția voluntară.

4. Atitudinea în repaos poate fi ușor imitată, însă tot atât de ușor se recunoaște falsul sau hysteria: lipsa flascății obrazului, prezența ridurilor frunții, lipsa mișcării globului ocular la închiderea pleoapelor, lipsa fibrilațiilor musculare, etc. în Paralizia facială; poziția umărului, mersul lui Todd, etc. în Hemiplegie.

5. Sincineziile: semnele lui Souques, Klippel-Weil, flexiunea combinată a coapsei și a trunchiului (Babinsky), Strümpell, Grasset, etc., sunt importante, pot însă uneori lipsi în hemiplegii, care totuși sunt indiscutabil organice.

6. Conservarea mișcărilor voluntare inconștiente: semnul pielosului în paralizia facială simulată lipsește, căci simulantul nu reproduce decât ce a observat și e f. rar să fi fost atent la cele mai mici detalii ale unei paralizii, la detalii pe care nici medicii nu le remarcaseră până într'o epocă destul de recentă; tot așa este semnul lui Froment în paralizia cubitală: imposibilitatea de a apropia degetul mic de inelar, sau în paralizia radială lipsa coardei lungului supinator în flexiunea puternică a antebrațului (în nevritele saturnine totuși lungul supinator rămâne intact).

7. Afazia: coexistând cu o hemiplegie stângă este f. suspectă, cu condiția ca individul să nu fi fost stângaci.

8. Sfincterele: sunt compromise de obicei în paraplegiile organice, e rar ca pseudobolnavii să se murdărească. Buna lor funcțiune însă nu dovedește nimic.

9. Reacțiile electrice. Sunt modificate în leziunile neuronului motor periferic, lipsind în sindromul piramidal. În paraliziile simulative sau hysterică nu se observă niciodată. Trebuie însă să știm că, pentru-ca modificările reacțiilor electrice să apară, trebuie să treacă un timp după distrucția nervului. În unele cazuri, deși motilitatea e abolită, reacțiile sunt normale, ceea ce se explică prin faptul că un număr de fibre au rămas intacte, porțiunile de mușchi

inervate de aceste fibre se contractă, însă aceste contracțiuni sunt insuficiente pentru a deplasa segmentul de membru.

10. Atrofia musculară nu întovărășește nici ea paraliziiile simulate sau hysterice. Imobilizarea nu pare să fie suficientă pentru a produce o amiotrofie, căci în hemiplegiile fără cointeresarea neuronului motor periferic și fără artrită susceptibilă de a produce o atrofie reflexă nu se constată în general o diferență apreciabilă între membrul sănătos și cel bolnav.

Fibrilațiunile mușchilor atrofiați indică o mielopatie și nu pot fi reproduse voluntar.

11. Turburările vaso-motorii și trofice sunt semne de valoare mare. Bazați pe existența acestor turburări în special, Babinsky și Froment au diferențiat turb. hysterice de cele fiziopatice în războiul 1914-18.

12. Turb. sensitive și sensoriale. Hemianestezia sensitivo-sensorială durabilă nu se explică anatomic, ea e un produs al autosugestiei sau al simulației (f. rar). Suprapusă unei hemiplegii, face ca ambele să fie f. suspecte.

Paralizie și anestezie localizate la acelaș membru :

În sindromul talamic tabloul e f. diferit de hemiplegia cu anestezie totală a hysteriei.

Sindromul parietal se caracterizează prin disociația turburărilor sensitive ; hemianestezia simulată e totdeauna mai globală.

Paraliziile și anesteziile din leziunea pedunculară, protuberanțială, quadrigeminală, din sindr. lui Brown-Séguard, din paraplegiile de origine medulară, în leziunile trunchiurilor nervoase, polinevrite, paraliziile radiculare, se diferențiază de paraliziile și anesteziile simulate sau hysterice prin tablourile lor clinice.

Examenul neurologic atent va permite aproape întotdeauna dg. Aproape, căci multiplicitatea leziunilor anatomice capabile să producă o paralizie organică nu ne permite să tragem concluziuni valabile pentru toate cazurile din prezența sau absența semnelor asociate.

Discuția tabloului clinic al unei paralizii convinge cel mai adesea pe neurolog dar nu trebuie să ne bazăm pe anomaliile de acest ordin pentru a convinge pe magistrați sau profani de falsul unei paralizii. Cum expertul nu va putea produce probele obiective ale simulării unei paralizii (cum o face de ex. pentru abcesele provocate), expertul va prefera să o vindece repede prin metode de psihoterapie energetică și inteligentă și să previe recidiva. Astfel el va evita să se compromită în discuții dificile. Expertul nu va uita că neurologia este în plin progres și că turburări considerate până la războiul drept funcționale au fost dovedite de-atunci organice.

Caz. Sold. D. Andrei din Cireșoia (Someș), 28. ani. Intră în Spît. Milit. din Cluj în 10 Nov. 1939 pentru paraplegie. Antec. h-col. și pers. fără importanță. Bolnavul



afirmă că de câlăva vreme simte dureri în ambii genunchi, împiedicându-l la mers. La examenul obiectiv se constată articulațiile normale, mobilitatea pasivă păstrată, cea activă pare a se face cu dificultate. Mușchii coapsei și gambei reacționează normal la excitațiile electrice. Bolnavul e amenințat cu cons. de războiu. În zilele următoare i-se repetă de 2-3 ori examenul electric, fiind mereu amenințat cu condamnarea. După ultima ședință soldatul spune că nu mai simte dureri, poate merge, fugi, ceeace și face. Afirmă că s'a vindecat în „urma tratamentului electric!” Pleacă la regiment în 18. Nov. de unde nu se mai întoarce.

Caz. Sold. M. Petre din Florești (Cluj), 45 ani (a făcut războiul!), muncitor, intră în spital pentru paralizia membrului inf. stg. Antec. h.- col. fără importanță. Antec. pers.: în războiu a fost rănit de o schiță de șrapnel în gamba stânga. St. prez.: La examenul general nu se constată nimic patologic. La examenul local: gamba stângă prezintă 2 cicatrici, una cu  $L=10$  cm. și  $l=2$  cm. la jumătatea gambei pe partea postero-externă, alta cu  $L=8$  cm. și  $l=1,5$  cm. în treimea superioară pe partea internă. Ambele cicatrici sunt de culoare brună, aderente de țesuturile subiacente; înclinația lor e verticală. Bolnavul afirmă că aceste cicatrici sunt dure-roase și că din cauza acestora mersul este aproape imposibil. Bolnavul mai spune că nu poate face flexiunea activă a gambei de coapsă. Mersul bolnavului are caracterul mersului de hemiplegic. E pus să-și flecteze în mod pasiv gamba: bolnavul fiind în ortostatism nu ajunge cu mâna la gambă, nu-și flectează trunchiul, ci flectează puțin gamba din genunchi, dovedind inexactitatea afirmației făcute. Bolnavul luat din scurt se încurcă în răspunsuri, dar nu recunoaște simularea. E trimis la Cons. de Războiu.

## V. Contracturile.

Hipertonia este starea de contracție a mușchiului involuntară, permanentă și superioară în intensitate aceleia care se observă în stare normală. Asemănarea e mare cu contracția normală voluntar prelungită. Cauzele invocate nu explică contractura simulată. Aceasta nu e însă decât un semn de prezumție, căci scleroza în plăci poate fi cauza unei contracturi fără nici-un traumatism și pe de altă parte traumatisme neînsemnate pot s'o determine.

Modul de apariție: contractura hysterică sau simulată Țapare brusc sau f. repede, nu progresiv. Acest caracter are însă o valoare f. redusă pentru că individul poate fi prevenit și apoi nu diferențiază perseverațiunea și exagerațiunea.

Atitudinea poate fi simulată.

Forma mușchiului nu permite dg. căci accentuarea reliefului muscular din contractiunea voluntară se produce și în contractura extra-piramidală.

Încercarea de reducere a contracturei nu întâmpină o rezistență mai mare în contractiunea voluntară ca în contractura veritabilă însă rezistența voluntară obosește pe individ și se produc o serie de neregularități, de sacade în timp ce contractura veritabilă cedează mai ușor și mai regulat. Fenomenul roții dințate se întâlnește însă și în parkinsonism, iar dacă e vorba de un sindrom piramidal, rezistența e mai mare la sfârșitul mișcării. În plus această rezistență este sub dependența ideii ce și-o face simulantul asupra modului de a rezista medicului.

Prin surprindere se învinge uneori hipertonia cu ușurință dacă ea e simulată.

Modul de dispariție are o valoare relativ mică.

Kinezia paradoxală a lui Souques nu trebuie a fi uitată.

Aplicația bandei lui Esmark produce dispariția contracturei datorite leziunilor organice, ea n'are acțiune în cea simulată.

Narcoza cloroformică nu face să cedeze contractura veritabilă decât când e destul de profundă, în timp ce contractiunile voluntare cedează f. repede de îndată ce individul și-a pierdut conștiința.

În timpul somnului natural numai contractiunea voluntară cedează.

Contractiunea voluntară produce oboseală, nu poate fi menținută timp mai lung.

Refl. osteo-tendinoase au o valoare redusă, căutarea lor preținzând lipsa contractiei musculare; nu vom putea conchide precis din explorarea reflexelor membrului contracturat. De altfel, dacă în leziunile piramidale refl. osten-tend. sunt exagerate, în sindromele extrapiramidale reflexe'e de postură sunt cele cari suferă această modificare.

Reflexele sunt în general abolite în s. piramidal.

În leziunile piramidale paralizia și contractura coexistă și au aceeași localizare în general (intensitățile lor nu trebuie să fie proporționale!), contractura extrapiramidală însă nu se întovărășește de paralizie propriu-zisă.

Sincinezia globală întovărășește de-obiceiu contractura piramidală, de care e strâns legată.

Caz. Sold. L. Adalbert din Satu-Mare, 26 ani, contg. 1933, intră în Spit. Milit. în 15 Nov. 1939. Antec. fără importanță. Înainte cu 4 ani lucrând într'o mină, aceasta s'a

prăbușit, fracturându-i tibia stângă. În urma acestei fracturi bolnavul nu și-a mai putut mișca membrul inf. stg. din genunchi. La examen se constată: membrul inf. stg. e în extensie și prezintă o cicatrice de 10 cm. pe fața internă, supra și sub genunchi. Mișcarea pasivă de flexiune a gambei nu se poate face. Se recurge la rachianestezie și se constată o mobilitate perfectă în articulația genunchiului stâng.

Caz. Sold. S. Augustin din Bistra, 40 ani, contg. 22, intră în spital în 16 Nov. 939. Antec. fără importanță. Cu 5 luni înainte în urma unei căderi (fractură?), i se aplică un pansament gipsat la membrul inf. stg. În urma acestuia (pansamentul a fost ținut 2 luni) bolnavul a rămas cu anchiloză genunchiului stâng. Examenul arată membrul inf. stg. în extensie, tonicitatea mușchilor normală la palpare. Se face un rausch și se descoperă simulațiunea.

## VI. Turburările mintale.

Frecvența cazurilor de simulațiune în psihiatrie este mult discutată. Ea depinde în primul rând de mediul în care se fac statisticele, de factorul etnic, social și în sfârșit de inegalitatea cunoștințelor medicilor în domeniul patologiei mentale; diferența statisticilor ține apoi și de lipsa înțelegerii suficiente asupra definițiilor. Dacă din cadrul simulațiunii scoatem debilizii mintali, histericii, anxioșii, perversii, desechilibrații, rămâne un nr. f. mic de simulanți propriu-ziși.

Motivele simulației în psihiatrie prezintă unele particularități: f. adesea motivul este de a evita o condamnare.

Pentru a rezolva un caz dat expertul se bazează numai pe cunoștințele sale psihiatrice, probele obiective neexistând în acest domeniu, iar mărturisirea și prinderea asupra faptului neputând convinge decât după studiu amănunțit. Medicul trebuie să-și amintească că debilizii mintali, hiperemotivii și mai cu seamă histericii mărturisesc f. ușor, prea ușor chiar, apoi demenții precoce — batjocoritori și sugestionabili — convalescenții de confuzie mintală, demenții senili — pentru a salva aparențele — mărturisesc că au simulat. O auto-acuzație spontană de simulație e caracteristică pentru melancolici și delirul cronic.

Mimica, scăpând adesea influenței voinței, poate trăda sentimentele disimulate; gesticulația la fel. Atitudinea jenată, aspectul „fuyant“ pot trezi bănuiel. Schimbările de atitudine, cari survin în anumite condițiuni au o valoare de prim ordin: simulantul se trădează când, crezându-se neobservat, părăsește conduita sa obișnuită, reluând-o, când i se pare că e din nou observat.

Simulanții cad de-obicei în păcatul de a exagera, prin dorința de a atrage atenția medicului și de a convinge pe cei din jur de gravitatea stării sale.

Aceste semne (discordanță și exagerare) n'au decât valoarea unei indicațiuni, căci sunt ocupațiuni (diplomația, comerțul) în care indivizii reușesc perfect să-și mascheze emoțiile, apoi rasa, moravurile, profesiunea și mediul social imprimă mimicei anumite particularități; discordanța mimicei poate ține chiar de starea mintală patologică.

Turburările de vorbire pot fi simulate: reticența (adesea un mijloc prudent de a evita trădarea), mutismul, neologismele, limbajul pueril. Acestea trebuie apreciate în legătură cu alte simptome. Sindromul lui Ganser (vorbeireden, nichtwissenwollen, unsinnige Antworten), frecvent la degenerați e considerat de unii ca specific simulațiunii, se întâlnește însă și în schizofrenie — în perioada de debut ca un fel de joc, un fel de plăcere patologică de a-și bate joc de medic și în perioada de stare ca o manifestațiune a negativismului — se mai constată și în histerie, în confuzia mintală și în demențele paralytică, arterioscleroasă și senilă.

Modul de apariție a psychozei în condițiuni în care bolnavul ar putea profita de ea este suspect însă nu hotărâtor. Poate fi vorba de o coincidență sau numai de un dg. care a fost pus cu această ocazie. Psychozele de detenție apar numai la debilii mintali și la cei cu tare mintale hereditare, constituționale (Costedoat). Aceste psychoze au de-obicei un debut brusc, evoluție scurtă și vindecare rapidă și completă.

La unii psychopați se întâlnește disimulația simptomelor, ea nu trebuie să fie confundată cu vindecarea prin sugestie, care ar face plauzibil dg. de simulație.

Expertiza simulației turburărilor mintale trebuie încredințată numai medicului alienist, cu experiența anomaliilor clinice și evolutive ale stărilor mintale și cu cunoștințe întinse în domeniul patologiei medicale. Observația trebuie să aibă loc într'un spital sau ospiciu, nu în celula închisorii. Observația trebuie să fie permanentă și făcută cu ajutorul unui personal auxiliar instruit. Ne vom informa asupra relațiilor și antecedentelor bolnavului, asupra modului de viață; se va controla corespondența lui. Medicul nu se va lăsa influențat de acușările de simulație aduse de persoane necalificate nici de gravitatea infracțiunii.

Observația va fi prelungită cât va fi necesar căci unele psychopatii au o perioadă „medico-legală“ în care simțul moral e abolit și în spiritul bolnavilor poate fi trezită dorința de a simula.

Dintre turburările mintale sunt mai ușor de reprodus și de menținut un oarec re timp stările depresive, de inerție, mutismul, demența, amnezia. Totuși stările de agitație sunt deobicei alese, pentru că ele corespund mai bine ideii pe care publicul și-o face despre nebunie și pentru că există tendința de exagerare amintit mai sus.

Tabloul maniei acute poate fi reprodus dar nu poate fi susținut mai mult decât câteva ore. Se cere din partea simulantului o imaginațiune prea fecundă și continuă; intervalele de repaos ale maniacului sunt relative, somnul lipsește; simulantul n'are rezistența adevăratului maniac. Maniacul e tot așa de agitat aproape și când e singur. În fine nu găsim la simulanți scăderea în greutate, tachicardia, mononucleoza, simptome destul de frecvente la maniaci (Urechia). De altfel totul, afară de simptomele fizice, depinde de inteligența, abilitatea, tenacitatea, știința medicală a simulantului.

Stările depresive simple nu sunt simulate, căci prin discreția lor riscă să rămână neobservate (Costedoat). Totuși melancolia, în forma ei delirantă sau anxioasă mai ales, este după unii autori (Urechia) una dintre bolile mintale mai frecvent simulată. În dg. diferențial vom pune preț mai ales pe simptomele somatice, totdeauna prezente în melancolia veritabilă: inapetența, starea saburală a limbii, flatulența cu meteorism, tremurăturile (limba gelatinoasă a lui Parant) ușoara hipotermie, turb. sanguine (anemie, mononucleoză și eozinofilie), criza hemoclastică pozitivă, etc.

Tentativele de suicid pot fi toate simulate, fie în scopul de a intimida anturajul, pentru a obține avantajii refuzate altfel („chantaje au suicide“), fie pentru a atrage atenția asupra persoanelor, fie în sfârșit din răutate, din răzbunare. Aceste tentative nu sunt niciodată întinse prea departe; ele reușesc uneori dar printr'un concurs de împrejurări independente de voința individului. Rănile lor sunt sângerânde și f. aparente dar superficiale. Rănile prin armă de foc (revolver) au un traect tangențial. Cuțitul nu intră prea adânc în regiunea precordială. Locul și timpul actului prezintă un deosebit interes: o față se aruncă în apă sub ochii trecătorilor acolo unde curentul este slab, albia puțin adâncă, la o oră când are toate șansele să fie salvată repede. Se trimit scrisori, care să sosească destul de repede pentru a putea împiedica gestul, se fac confidențe expuse de a fi divulgate. Acești pseudo-sinucigași se recrutează dintre hysterici, mitomani, adolescenți cu caracter încă pueril, debili mintali, demenți dar și dintre indivizi fără nici-o țară mentală reală. Trebuie să deosebim de simulația sinuciderii tentativele nereușite de suicid; ezitarea înaintea morții face să dea înapoi uneori pe acela care era hotărât să moară, pentru a-și repeta gestul după un timp. Aceste tentative uneori pot semăna cu cele simulate din cauza micii gravități a leziunilor. În stările depresive, din cauza inerției, rănile pot fi superficiale. E mai bine să nu fim prea severi cu privire la buna sau reaua credință a unui sinucigaș. E adevărat că e cam umilitor de a fi păcălit, dar eroarea contrarie produce remușcări mai penibile pentru autorul ei.

Confuzia mintală simplă și stările stupide. Efortul pe care îl face confuzul pentru a se explica, pentru a se „degaja din ceață“ (Costedoat) pledează pentru realitatea stării patologice reale. Confuzia fiind determinată de toxi-infecții, bolnavul dă impresia unui

bolnav fizic. Stările stuporoase pot fi simulate dar la observația atentă se găsesc semne care indică persistența conștiinței și a atenției: tremurătura pleoapelor, mișcări de deglutiție; pulsul e desul de amplu, refl. osteo-tendinoase normale sau vii. Slăbirea, euația personală întârziată, asociația de idei, obnubilația conștiinței sunt lucruri greu de simulat (Urechia). Fugile confuzive (din beția patologică, delirul transitoriu alcoolic, histerie și epilepsie) trebuie recunoscute, pentru a nu considera simulant sau dezertor pe soldatul care -și părăsește postul sau comanda în această stare. Individul după câteva ore poate redeveni normal. Pe lângă antecedente și observațiune de zile — săptămâni, care ne permite punerea dg., trebuie să avem în vedere că bolnavii prezintă o amnezie pentru timpul acestor fugi confuzive.

Demența precoce este greu de simulat. Insomnia, turb. vasomotorii, edemul lui Dide, turb. formulei leucocitare nu pot fi simulate, deasemeni nici absolutul indiferentism, flexibilitatea ceroasă, etc. (Urechia).

Epilepsia se încearcă de multe ori a fi simulată. Medicul va căuta să vadă personal accesul, constatând areflexia pupilară, mușcătura limbei, felul și durata accesului, insensibilitatea la excitațiunile externe, starea urinei, etc. Echimozele produse în timpul acceselor constituie un stigmat sigur de epilepsie. Spuma la gură se poate simula cu o bucată de săpun în gură. Cianoza se poate simula prin reținerea respirației, însă paloarea feței dela începutul crizei nu poate fi voluntară. Putem favoriza un acces când bolnavul pretinde că accesese sunt rare prin inj. subcut. de adrenalina 1-2 mgr., ergotina 1-3 mgr., cocaină, hiperventilație aceste metode nu dau întotdeauna rezultate. (Urechia).

Din analiza ideilor delirante nu putem trage nicio concluzie precisă.

În discuția simulației în materie de patologie mintală, capitolul impulsivității este dintre cele mai principale. Nu vom caracteriza drept impulsivitate morbidă dorința violentă a unora dintre cleptomani. Epilepticul „fură“ sub ochii funcționarilor obiecte cu totul inutile pentru dânsul. Analiza condițiilor în care infracțiunea a fost comisă permite să apreciem dacă impulsivitatea afirmată prezintă caracterele actelor patologice, iar examenul psihiatric consecutiv ne va lămurii complet.

Părăsirea de post, insulta superiorului, lovituri pot fi impulsivități. În acest caz însă ele sunt urmate de amnezie și sunt precedate de o luptă internă dureroasă și prelungită, în timp ce în caz de afirmare falsă de impulsivitate patologică reacțiunea este imediată și indivizii știau ce fac, deoarece își reamintesc mai târziu.

Părăsirea postului în caz de război ridică discuția asupra fricii patologice. Sentimentul pericolului provoacă în mod normal o reacție psihică și anumite turburări organice, dar în condițiunile obișnuite voința reușește să stăpânească aceste turburări. Antrena-

mentul militar are acest scop. La hiperemotivii patologici orice efort rămâne zadarnic. Semnele hiperemotivității acesteia nu diferă de ce'e ale fricei normale decât prin intesitatea și persistența lor excesivă. Reflexele osteo-tendinoase sunt rapide și ample, refl. cutanate sunt vii; reacțiuni vii la înțepare și la atingere sau la sgomote subite (fugă, aspect terifiat), la gădilire; instabilitatea vasomotrice, răceala extremităților, dermografism, turb. secretorii (sudori, uscăciunea gurii, polakiurie, diaree, plâns), tremurături, frisoane, contracții spasmodice ale mușchilor netezi (disfagie, angoisse), tachicardie durabilă și ușor exacerbată, eretism cardiac; accese care consistă în muierea picioarelor și pierderi de cunoștință cu aspect sincopal, adevărate icturi emotive. Psihic se constată anxietate și obsesiuni. Anxietatea e permanentă, survine chiar când orice primejdie a dispărut, traducându-se prin agitație, plâns, fugi impulsive, părăsirea de post în fața inamicului, dezertare în țară sau chiar la inamic, uneori chiar sinucidere. Nu e necesar ca pericolul să fie real pentru ca toate turburările, temporar dispărute, să reapară: tirul artileriei proprii este uneori suficient. Cele mai importante dintre aceste turburări sunt tachicardia durabilă și icturile emotive. Voința nu le poate reproduce.

Acești hiperemotivi morbizi se recrutează dintre indivizii cu tare mintale ereditare, cu o predispoziție constituțională (nehotărâți, timizi, scrupuloși, pedanți, fobici, obsedați, caractere care nu trec neobservate de anturaj) sau câștigată (traumatism cranian, comotie, infecție cerebro-meningeală, intoxicație endo sau exogenă, hipertiroidism) sau dintre cei cari au suportat emoții puțin intense dar frecvent repetate: la sclerotici și alcoolici în fine.

Simulanții își regăsesc repede echilibrul fizic și mintal după ce primejdia a trecut: în antecedentele nimic care să amintească anxietatea patologică; puternic egoism, lipsă de amor-propriu, insensibilitate la umiliri, vicleni și intriganți, lucizi, calculatori, — acestea sunt caracterele lor. — Dacă ei simulează o anxietate permanentă, exagerările și discordanțele lor îi trădează.

*Amnezia* trebuie caracterizată în ceea ce privește forma (globală, lacunară, a faptelor recente) și căutate semnele stării mintale sau organice patologice. O metodă eficace pentru depistarea falsului este narcoza cu eter.

*Psihopații și simulația turburărilor mintale.* Acești bolnavi de-obicei exagerează sau perseverează. În marea majoritate a cazurilor însă acești bolnavi sunt victime ale acuzațiilor nejustificate de simulațiune. Rezolvarea problemei cere studiul amănunțit al fiecărui caz în parte.

Debilii mintali simulează uneori un tablou morbid, spontan — în vederea unui scop aparent — sau în urma unei sugestiuini. Ei imită însă și în anturajul lor găsim modelul; imitația lor e caricaturală și lipsită de îndemânare. Interogați greșit, debilii mintali mărturisesc prea ușor o simulație totuși inexistentă, fie pentru a fi pe placul interogatorului, fie pentru a scăpa mai repede.

Demenții pot fi acuzați de simulație. Din acest motiv trebuie să știm că demenții senili pot face accese trecătoare de confuzie mintală cu confabulație.

Hystericii reproduc stări mentale patologice, psihotice sau demențiale în care aduc nota lor demențială.

Vindecarea bruscă a stării mentale poate fi histerică sau simulată, pentru a le diferenția trebuie să facem examenul fondului mintal înainte și după perioada de simulare. Analiza manifestațiilor trădează simularea.

Epilepticii sunt acuzați uneori de simulare. Epilepsia însă va fi ușor recunoscută.

Caz. C. S., 51 ani, căs., ort., rom., funcționar, Blaj. Intră în serv. Clinicei Psihiatrice la 2 Iulie. 1939.

Voi reda numai expertiza medicală făcută de D. Prof. Dr. C. A. Urechia și d. Dr. Bumbăcescu, în urma cererii cabinetului de instrucție Alba cu Nr. E. 2654/938. cât și în urma ordonanței Jud. de Inst. Trib. Cluj din 24 Iul. 1939.

D. S. C. e acuzat de delapidare și înstrăinarea patrimoniului public, fapte comise și constatate în Ian. 1938 și apoi alte nereguli săpârșite în 1936-37.

1. Dl. S. C. a fost internat în Cl. Urologică din Cluj dela 2 Martie 1938 până la 18 Martie 1938, când a părăsit Clinica ameliorat. Cercelând foaia de obs. s'a constatat că a suferit de litiază renală gravelară. Tot din această foaie reiese că în 1928 ar fi avut simptome trecătoare de nefrită în urma urma unei gripe, iar în 1932-34 ar fi avut primele simptome de litiază renală pentru care a fost internat 10 zile în clinica urologică. În decursul internării din 1938 nu a prezentat decât urme slabe de albumină în urină și o sporire f. ușoară de azot. (0,54%) în sânge. R. W. în sânge a fost negativ. În tot timpul cât a stat în clinică pentru aceste simptome relativ ușoare nu a prezentat nici o turburare psihică.

2. La 7 Apr. 1938 se internează în Spit. de b. mintale din Sibiu însoțit fiind de soția sa.

Din foaia de obs. dela acest spital reiese că în ultimul timp se simțea neliniștit, avea insomnie și gânduri de sinucidere (stare explicabilă în urma situației sale juridice).

În timp cât a stat internat s'au constatat simptome bizare și cari după însăși declarațiunea medicilor respectivi și a celor cari i-au eliberat certificatul nu se putea încadra în nicio afecțiune psihiatrică. Era frapant că simptomele de confuzie mintală, erau



mereu aceleași neschimbate, stereotipe ; uneori răspundea contrar celor întrebate sau nu vroia să răspundă. Cu toată această stare de confuzie mintală, se alimenta, nu slăbea, nu avea insomnie, iar azotul din sânge, dozat de mai multe ori, n'a trecut de 0,50, limita apropiată de normal.

Această stare de confuzie pe de a altă parte nu l-a împiedicat să evadeze de câteva ori și apoi să se întoarcă la spital singur, dând pe ici pe colo răspunsuri destul de corecte.

Deși pe deoparte era confuz cu idei delirante, a fost totuși nemulțumit și a plâns când a fost mutat dela un pavilion la altul, cerând în câteva rânduri eliberarea din spital.

Cum să ne explicăm că acest om, care era desorientat în timp și în spațiu, crezând că e internat în clinica urologică din Cluj, că soția și copiii au fost uciși, poate totuși să evadeze și se poate întoarce singur la spital?

Mai găsim că în unele timpuri citește, în altele plânge, ceea ce deasemenea nu cadrează cu starea sa de confuzie mintală. Deși confuz, spunând că nevasta sa a fost omorâtă, a plâns când a văzut-o fiind emoționat. Intr'una din zile a fost dela orele 10 dim. până la orele 10 seara în oraș cu soția; în altă zi s'a agitat mult, aflând că sora sa a fost la spital și nu i s'a dat voie să vorbească cu dânsa și în acelaș noapte a evadat, deschizând ușa cu o cheie falsă, întorcându-se singur la spital, a doua zi, ceea ce nu s'ar potrivi deloc cu un alienat confuz și halucinat. Găsim deasemenea notat, au fost zile când a vorbit cu ceilalți bolnavi, făcând critice asupra spitalului și remarcă politice. După o evadare a declarat singur directorului că a fost silit să părăsească spitalul ca să vorbească cu cineva în interesul său, iar în 1. IV. 1938 se notează în foaia de obs. următoarele :

„Bolnavul dealfel este clar și se poate susține cu el o conversațiune în condițiuni bune ; *deviază însă uneori când e vorba de motivele evadării, de care fapt ne vorbește delirant*“. În altă zi s'a bătut cu un bolnav pentru un scaun din grădină și s'a arătat revoltat că infirmieruș n'a raportat adevărul.

Mai observăm din aceeași observație dela Sibiu că deși s'a afirmat de familie că ar fi avut sifilis, toate probele de sânge și L. C. R. au fost negative ; el însuși când a fost la Clinica Urologică a declarat că n'a avut sifilis, iar probele pentru sifilis au fost și aici negative. Ne întrebăm dacă sifilisul n'a fost o piatră de încercare pentru a i ușura situațiunea. Albumina, când a fost găsită pozitivă, a fost totdeauna în cantități nedozabile, deci redusă la urme, iar azotul în sânge, cât a stat la Sibiu n'a trecut de 0,50‰. Remarcăm deasemenea că la intrarea în spitalul din Sibiu a avut grija să producă un certif. medic dela Cl. Urologică din Cluj, certif. ce nu-i putea servi deoarece nu era vorba de tulburări mintale.

3. La noi în clinică se observă că pe deoparte: mănâncă bine, doarme bine, *ține socoteala banilor pe care-i are și a cheltuelilor ce le face*; de ex.: într'o zi cere servitorului împrumut

câteva țigarete, spunându-i că i le va înapoia îndată ce va primi banii de acasă, deoarece acum nu mai are decât 10 Lei și într-adevăr a avut 110 Lei depuși la infirmier din care i s'a cumpărat tutun și a știut f. bine cât s'a chelluit și ce a mai rămas la infirmier.

Scoțându și dintre hârtiile ce le purta la sân fotografiile copiilor a început să plângă.

Din punct de vedere psihic se observă cam acelaș tablou ca la Sibiu și anume, eviță să privească direct, caută să vorbească mai mult în șoap'ă, neînțeles, făcând numai mișcări cu buzele. Răspunsurile sunt de multe ori aceleași și contrare întrebărilor puse sau în altă ordine de idei (reponses à coté sau vorbeireden). Din acest tablou reiese un contrast între starea fizică normală și tulburările sale psihice, iar în ceea ce privește tabloul psihic, nu cadrează cu ceea ce prezintă confuzul, la care memoria e alterată și unde halucinațiile, ideile delirante, sunt variabile și schimbătoare. Cercetările biologice au arătat că urina nu conține albumină, pu-roi, zahăr. Azotul în sânge este 0,34 % (normal). R. W. în sânge și L. C. R. e negativă.

*In rezumat:*

Până la data de 2 Apr. 1938. d. S. C. nu a prezentat nicio tulburare psihică, fiind deci perfect normal. Așadar până la aceasă dată, 2 Apr. 1938, nu poate fi pusă în discuție iresponsabilitatea sa.

Dela internarea sa la Sibiu, 7 Apr. 1938. și până în prezent D. S. C. prezintă simptome de simulațiune.

Ca atare faptele de care e acuzat și pe care le-a comis în 1936-37 și în Jan. 1938. au fost făcute cu o deplină responsabilitate.

În ceea ce privește simulația pe care o prezintă ținem a preveni că acum se cunosc cazuri și am văzut și noi, unde inculpatul a continuat și după condamnare să prezinte simptomele de simulațiune.

---

## Considerațiuni asupra observațiilor personale.

Cazurile expuse în această lucrare sunt în număr de 13. Cu excepția unui singur caz, toate au fost observate în mediul militar, cu ocazia concentrărilor masive din aceste timpuri turburi. Aceasta confirmă faptul că cel mai mare număr de simulanți îl dă armata.

Cazurile au putut fi ușor recunoscute, fie prin metodele simple, fie prin acelea mai complicate, expuse mai sus. În afară de un caz suspect de automutilare, a cărui confirmare a necesitat investigații străine metodelor medicale; (în automutilări într'adevăr metodele polițienești sunt chemate să clarifice diagnosticul), simptomele pe care le-au prezentat simulanții au corespuns în general acelor pe care le-am găsit descrise și care au fost redată în parte în lucrare.

Simulanții au fost în majoritate tineri țărani, cari nu se loviseră încă de greutățile vieții.

Faptul că și la noi găsim cazuri de simulațiune, mai ales în aceste vremuri grele, când țara are nevoie de cât mai multe jertfe și dovezi de abnegare și de adevărat patriotism și curaj din partea locuitorilor ei, ne silește să căuțăm mijloace pentru a preînlămpina această „lașitate“, cum o numește pe drept cuvânt Codul Justiției Militare. Trebuie făcută o publicitate largă condamnărilor pronunțate; pedeapsa are un caracter intimidant. Se vor urmări oficinile unde se fac injecțiile hipodermice de petrol; acestea se află mai ales în jurul gărilor sau cazarmelor. Complicii trebuie urmăriți cu acelaș zel ca și în avort. Va trebui să facem educația populației prin conferințe, articole, etc, vorbindu-i de dragostea de țară, de onoarea și demnitatea de ostaș și arătându-i în acelaș timp pedepsele f. grave prevăzute atât de Codul Justiției Militare cât și de Codul Penal. Aceste pedepse sunt:

Art. 533 (Lașitatea) C. J. M.

al. 3. Militarul care simulează o boală sau o rănire sau care sub pretextul unui serviciu ordonat părăsește unitatea sa pentru a se sustrage dela o luptă în curs, se pedepsește cu închisoare dela 3—12 ani, ofițerilor li se va aplica maximum această pedeapsă și destituirea.

al. 4. Militarul care cu voință se mutilează pe sine sau pe altul cu învoirea lui, în scopul de a deveni impropriu serviciului,

se pedepsește în timp de războiu cu moartea, iar în timp de pace cu închisoare dela 3—12 ani, ofițerilor aplicându-se și destituirea. Cu aceeași pedeapsă se pedepsesc și instigatorii.

Art. 480 C. P. :

Acela care se face impropriu serviciului militar prin ciuntire, mutilare sau alte mijloace întrebuințate de el însuși sau de altul, cu consimțământul său, comite delictul de automutilare și se pedepsește cu închisoare corecțională dela 3 luni la un an.

Acceași pedeapsă se aplică și aceluia care pune pe o persoană, după cererea ei, în stare de a nu fi proprie serviciului militar.

\* \* \*

Cea mai bună profilaxie a simulației o va face medicul lucrând neîntrerupt și inteligent pentru a-și mări experiența clinică personală (Costedoat).



## Concluziuni

1. Prin simulațiune nu trebuie să înțelegem numai crearea propriu-zisă a unor stări morbide, simptome sau leziuni externe, ci și exagerarea sau perseverarea intenționată a stărilor patologice.

2. Diagnosticul simulațiunii se face pe baza semnelor de prezumție și a celor de certitudine.

3. Simulațiunea nu se ghicește, ea se demonstrează. La baza diagnosticului este studiul clinic atent, ajutat de un interogatoriu minuțios, de semnele de certitudine și de corpul delict acolo, unde poate fi identificat.

4. Pentru diagnosticul simulațiunii medicul nu va utiliza decât metode strict medicale, evitând metode brutale, care uneori pot duce la îmbolnăviri adevărate sau chiar la moarte. În simulațiunea patologică se cere în plus un examen psihiatric minuțios și îndelungat. Afecțiunile simulate trebuie să fie în primul loc diferențiate de afecțiunile adevărate, ce au o bază organică sau funcțională.

5. Bolile organelor de simț sunt cel mai frecvent simulate. În domeniul otologiei exagerarea surdității se întâlnește mai des, surdi-mutitatea ocupă rangul al doilea.

6. Vorbirea, dacă este simulată, este interesată în totalitate. Afonia sau disfonia se întâlnesc f. rar.

7. În mutilațiunile voluntare medicul se va pronunța numai asupra faptului dacă rănilor au putut fi produse de bolnavul însuși, pe baza criteriilor medico-legale ale traumatismelor.

8. Paralizia simulată este de multe ori greu de recunoscut. Medicul va prefera să o vindece — dacă bănuiește falsul — prin mijloace psihoterapeutice.

Contractura se recunoaște ușor, când bolnavul își

pierde cunoștința, aceasta fiind realizată prin hipnoză sau narcoză. Aici este absolut indicat depistarea histeriei.

9. Turburările mintale sunt relativ puțin simulate. Probe obiective nu există, expertul se bazează numai pe cunoștințele sale temeinice psihiatrice.

10. Găsindu-ne în timpuri cu totul excepționale, medicii au obligația de a face o profilaxie a simulațiunii prin educația populației asupra pericolelor și sancțiunilor în caz de simulațiune.

*Văzută și bună de imprimat :*

*Decanul Facultății :*

(ss) Prof. Dr. I. DRĂGOIU

*Președintele tezei :*

(ss) Prof. Dr. M. KERNBACH



## Bibliografie

- Bogdan Gh.*: Atentate în contra sănătății și a vieții. C.R. 1921. Cit. după Posticescu. Loc-cit.
- Botez P.*: Simularea surdității în armată și mijloacele de a o diagnostica. Teză, Cluj 1926. Cit. după Posticescu. Loc-cit.
- Buzoianu Gh.*: Elemente de otologie. Cluj 1937. 8°. 504 p.
- Chavigny.*: Diagnostic de Maladies Simulées. Baillière, Paris 1921. Cit. după Posticescu. Loc-cit.
- Costedoat A.*: La Simulation des Symptomes Pathologiques et de Maladies. Baillière, Paris, 1933.
- Dupré.*: Pathologie de l'Imagination et de l'émotivité. Payot, Paris, 1925 Cit. după Costedoat. Loc-cit.
- Kernbach M.*: Medicina Legală. Universala S.A. Cluj, 1937. 8°. 744 p.
- Léri.*: Commotions et Emotions de guerre. Masson, Paris 1918. Cit. după Costedoat. Loc-cit.
- Posticescu V.*: Simularea surdității. Teză, Buc. 1924.
- Urechia C. I.* și *Mihalescu S.*: Tratat de patologie neuro-mintală. Lepage, Cluj 1924-31.
-