

# Zurburările sensibilității ÎN LEPRĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

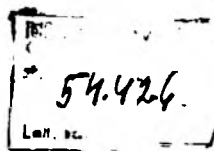
Presentată și susținută la 21 Iunie 1899

DE

S. G. NICOLAU

23 MAY 2005

BUCUREȘTI



Institutul de Arte Grafice și Editură „MINERVA”

FILIP, MOROIANU, POPOVICI ȘI TĂLĂȘENCU

6, STRADA REGALĂ, 6

1899

# FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCURESCI

Decan: D. Profesor Dr. MĂLDĂRESCU

## D-nii PROFESORI:

Clinica ginecologică . . . . .	D-nu dr. . . . .	
Chimia medicală . . . . .		ATHANASESCU N.
Anatomia patologică, bacteriologia și patologia experimentală . . . . .		BABEȘ V.
Clinica III medicală . . . . .		BUICLIU CH.
Medicina operatoare . . . . .		DEMOSTHENE ATH.
Teoria și clinica obstetricală . . . . .		DRĂGHIESCU D.
Igiena și poliția sanitară . . . . .	»	FELIX I.
Botanica medicală . . . . .		GRECESCU D.
Fiziologia umană (suplinitor) . . . . .		CONSTANTINESCU I.
Anatomia topografică și clinica chi- rurgicală . . . . .	»	IONESCU T.
Clinica II-a medicală . . . . .		KALINDERU N.
Farmacologia și materia medicală . . . . .		MĂLDĂRESCU N.
Oftalmologia și clinica oftalmol. . . . .	»	MANOLESCU N.
Medicina legală (suplinitor) . . . . .	»	MINOVICI M.
Clinica bôlelor nervoase (suplinitor) . . . . .	»	MARINESCU GH.
Istologia normală . . . . .		OBREGIA AL.
Terapeutica și arta de a formula . . . . .		PETRESCU Z.
Clinica dermatologică și sifilopatică . . . . .		PETRINI-GALATZ
Anatomia descriptivă . . . . .		PETRINI PAUL.
Patol. chir. bandage și apar. de fract. . . . .		RÔMNICEANU Gr.
Clinica I-a chirurgicală . . . . .		SEVEREANU C.
Zoologia medicală . . . . .	»	SIHLEANU St.
Clinica III-a medicală . . . . .	»	STOICESCU GH.
Clinica mentală . . . . .	»	SUTZU AL.
Patologia și terapia generală . . . . .	»	THEODORI I.
Clinica infantilă. (suplinitor) . . . . .	»	THOMESCU N.
Patologia medicală (suplinitor) . . . . .	»	THOMESCU T.
Fizica medicală . . . . .		MICULESCU C.
Capul lucrărilor anatomice . . . . .		DUMA N.

## JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte D-nu Profesor Dr. N. KALINDERU

Membri	}	»	»	BUICLIU C.
		»	»	MĂLDĂRESCU N.
		»	»	OBREGIA AL.
		»	»	PETRINI PAUL

*Facultatea consideră opiniile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare nici desaprobare.*

EMINENTULUI MEU PROFESOR ȘI ȘEF

**Domnului Dr. N. Kalinderu**

MEDIC PRIMAR AL SPITALULUI BRANCOVENESC,  
PROFESOR DE CLINICĂ MEDICALĂ,  
MEMBRU CORESPONDENT AL ACADEMIEI DE MEDICINĂ DIN PARIS. ETC..

Dedic această lucrare, în semn de adâncă  
recunoștință și admirațiune.

# *Memoriei mamei mele*

Iubitului meu Tată

Afecțiune nemărginită



Domnului M. Eustatiade

Vă mulțumesc din suflet pentru  
afecțiunea ce 'mi arătați.

# INTRODUCERE



În timpul cât am fost intern și preparator în clinica D-lui PROFESOR KALINDERU, am avut ocasiunea de a vedea numeroase cazuri de lepră, și a mă convinge de polimorfismul clinic, sub care se poate prezenta această curioasă afecțiune, cât și de dificultățile de neînving ce înconjoară câte odată diagnosticul ei.

D. PROFESOR KALINDERU, atât în publicațiunile sale cât și în savantele sale lecțiuni clinice, a atras atențiunea asupra principalelor semne care caracterizează această boală și care permit a o sustrage confuziunii cu cele l'alte afecțiuni asemănătoare (siringomieli, boala lui MORVAN, sclerodermie, etc.); în ultimul timp D-sa a insistat în special asupra rolului important ce'l j'ocă în stabilirea diagnosticului, una din principalele manifestățiuni ale leprei, *Turburările de sensibilitate*, inspirându-mă ast-fel subiectul acestei lucrări; d-sa mi-a pus la dispoziție profundele sale cunoștințe asupra leprei, cât și vastul material științific de care dispune, înlesnindu-mă studiul acestei delicate chestiuni.

Extensiunea din ce în ce crescândă, pe care a luat-o lepra, în ultimul timp la noi în țară, fac din această boală o chestiune de actualitate; statisticile personale ale D-lor PROFESORI KALINDERU și PETRINI PAUL,

aú putut aduna 208 casuri de lepră, dar opinia D-lor e că acéstă țifrá nu este expresiunea exactă a realității, numărul lor trecând peste 500.

Lucrurile stând ast-fel, studiul amănunțit al leprei, la noi în țară, presintă un deosebit interes, nu numai din punctul de vedere pur științific, dar și din punctul de vedere al sănătăței naționale; de cunoscința exactă a leprei, de diagnosticul său precis și făcut la timp, se leagă o chestiune de cea mai mare importanță din punctul de vedere practic, chestiunea profilaxiei.

Posibilitatea contagiunei leprei e ađi, universalmente admisă, și ca atare izolarea leproșilor de restul societăței se impune; în evul mediú legile și societatea era foarte severă față de leproși; în unele țări leproșii erau duși la biserică, li se cânta cântecul morților, și apoi erau inchiși pentru tot d'auna în leproserii; în timpul cruciadelor numărul acestor leproserii ajunsese aprópe la 19.000, numai Franța posedând peste 2000. Aceste măsuri extra-ordinare erau impuse, de înspăimântătórea extensiune, pe care o luase în acele timpuri, acest flagel; în adevăr, izolarea leproșilor în stabilimente speciale, a fost urmată în diferite țări, de rezultatele cele mai favorabile, numărul lor descrescând din an în an.

La noi contagiunea leprei se observă în numeroase casuri; dar se pare că acésă contagiune nu e ce-va fatal, ci din studiul observațiunilor, se pare că ea e sub dependența unor anumite condițiuni morale și igienice; într'adevăr, consultând geografia leproasă a țarei, vedem că casurile de lepră sunt împrăștiate, formând mici focare de câte-va cazuri într'o comună, nici odată mai mult; și dacă ches-

tiunea izolării se impune, avându-se în vedere viitorul acestei hóle, totuși ea trebuie să fie în raport cu caracterul actual al hólei, și în concordanță cu ideile vécului.

D. PROFESOR KALINDERU, călăuzit de acest larg spirit umanitar, a propus izolarea în leproserii speciale, numai pentru acele cazuri considerate ca periculoase, și pentru leproși care primesc acésta de bună voie; pe de altă parte d-sa a propus, să se creeze în spitalele rurale, un azil pentru leproși din vecinătate; prin acest mijloc, țice d-sa, ei sunt perfect izolați, fără a-i depărta de locul lor de naștere, din mijlocul afecțiunilor și suvenirelor lor, armonisând ast-fel sentimentele umanitare, care fac gloria timpului nostru, cu trebuințele sănătăței publice» (Conferința asupra leprei. Berlin 97.)

În privința chestiunii care face subiectul acestei lucrări, în prima parte voiú face o ochire clinică asupra leprei; am cređut necesar acésta pentru unitatea și o mai bună înțelegere a lucrării de față.

În a doua parte voiú face o descriere cât se póte de amănunțită asupra acestui important simptom, turburările de sensibilitate, fără a avea pretențiunea de a face o lucrare originală, ci numai a adăuga contingentul observațiunilor mele la faptele deja cunoscute, contribuind, pe cât va fi posibil, a stabili tipul și fisionomia acestui simptom.

Într'un alt capitol, insist asupra rolului ce'l jócă în diagnosticul leprei, turburările de sensibilitate, punându-le în paralel cu cea ce găsim în siringomielié și făcând să reiasă caracterele lor deosebitóre.

În fine, într'un ultim capitol, am trecut în revistă,



diferitele pareri, care aũ fost invocate pentru a explica natura și patogenia acestor turburări de sensibilitate.

Observațiunile clinice, care urméză acest studiũ, cea mai mare parte le-am adunat în serviciul D-lui PROF. KALINDERU, iar o bunã parte în leproseria de la Rãchitõsa.

Profit de acésta ocaziune, pentru a'mi indeplini o plãcutã datorie, exprimând aci mulțumirile mele, tuturor acelora, cari în decursul studiilor mele, aũ contribuit la luminarea și educațiunea mea.

Consider ca o piõsã datorie, a aduce omagiile mele, memoriei unui șef iubit, care nu mai este, D-RULUI W. KREMnitz.

Timp de doi ani jumãtate, am avut onõrea și fericirea de a fi elevul strãlucitului nostru clinician D. PROF. KALINDERU; cunoscințele capãtate de la acest maestru al medicinei, noblețã inimei sale și atențiunea ce mi-a arãtat, aũ sãpat adẽnc în inima mea, un sentiment de recunoscințã neștearsã.

Am trecut apoi, ca preparator în institutul de Bacteriologie și anatomie patologicã, condus de D. PROF. V. BABEȘ; aci am avut ocaziunea sã admir vasta erudițiune și stralucitele calitãți sufletesci ale acestui ilustru savant și șef iubit; pentru deosebita onõre ce mi-a fãcut incredințându-mi postul de preparator, și pentru încrederea și considerațiunea ce mi-a arãtat, îl rog sa bine-voiascã a primi expresiunea recunoscinței mele.

Rog pe D-nii PROFESORI PETRINI PAUL și BUCLIU

să primescă respectósele mele mulțumiri pentru buna-voința ce mi-a arătat în diferite ocațiuni.

D-lui PROF. OBREGIA, director general al serviciului sanitar, îi exprim mulțumirile mele pentru atențiunea ce mi-a arătat și amabilitatea cu care mi-a facilitat studiul cazurilor din leproseria de la Răchitosa.

Mulțumesc asemenea D-lui PROF. MARINESCU, care a bine-voit a'mi pune la dispoziție una din cele mai importante observațiuni, pe care le reproduc în această lucrare.

Nici odată nu voi uita prietenia sinceră, cu care m'a onorat D-nii D-ri CRISTE și LUCA; îi rog să primescă aci mulțumirile mele, asigurându-i de respectul și iubirea ce le voi păstra tot-d'auna.

D-lui PROF. I. TH. THOMESCU, pentru cunoscințele ce am căpătat și amabilitatea ce mi-a arătat, în timpul cât am avut onórea a face serviciul împreună, îi mulțumesc sincer.

D-lui PROF. MALDĂRESCU, Decanul facultăței de medicină, îi mulțumesc pentru solitudinea și interesul ce pórta studenților.

Exprim recunoscința mea, onoratei Epitropii a Așezămintelor Brâncovenesci, în ale cărei spitale mi-am complectat educațiunea mea medicală.

D-lor D-ri AUREL BABEȘ, E. POP, HÂRSU, MANICATIDE, OPRESCU, BARDESCU, STAICOVICI, I. NANU, DUMA, și Colegei D-ȘORA MANICATIDE, le mulțumesc pentru atențiunea ce mi-a arătat.

Prea distinsei D-ne D-r. STON, D-lui D-r. STON și amicilor RIEGLER și MIRONESCU, medici veterinari, le mulțumesc din suflet pentru amabilitatea cu care tot-d'auna m'a împărțit din întinsele lor cunoscințe

sciințifice, asigurându-i de nestrămutata mea prietenie și recunoștință.

Colegilor și amicilor din spitalul Brâncovenesc, le voi păstra cea mai plăcută amintire de timpurile petrecute împreună.

Prea iubiților mei prieteni, BARONCEA și LEVADITI, de amintirea cărora se lęgă cele mai frumoșe țile din viața mea de student, le voi păstra cea mai nestrămutată iubire frățescă.

---



# PARTEA I

## CAPITOLUL I

### Ochire clinică asupra leprei

Lepra este o boală cronică, ereditară sau căpătată după naștere, caracterizată din punct de vedere anatomic prin dezvoltarea unor neoplazii de tipul granulos, adică niște tubercule și infiltrațiuni, a căror localizare predominantă asupra diferitelor sisteme, determină tipul clinic al boalei; ea e datorită pătrunderii în organism și înmulțirii într'un mod extra-ordinar de prodigios, a unor bacili, asemănători cu ai tuberculosei, bacilii lui HANSEN.

LELOIR a creat denumirea de *lepre sistematizate* pentru acele forme de lepră în care neoplaziile specifice păstrează o localizare evidentă asupra unui sistem anumit de organe.

Ast-fel când leziunile specifice predomină asupra tegumentului (cutanat și mucos), asupra vaselor și ganglionilor limfatici corespunzători, avem *lepra sistematizată tegumentară* a lui LELOIR, sau *lepra tuberculosă*; din contra, când ele se localizează asupra sistemului nervos, central sau periferic, avem *lepra sistematizată nervoasă* (LELOIR), și să și *lepra anestezică* sau *trofo-nevrotică*.

Sistematizarea absolută a leziunilor, așa în cât să justifice scindarea tipului clinic al leprei, în două forme cu limite precise, e foarte rară; localizațiunile, leziunile și simptomele lor se combină cele mai adese-ori, constituind *lepra mixtă*, care e expresiunea clinică cea mai frecventă

a acestei bóle. Este adevărat că une-ori turburările nervóse evoluează cele d'entái, făcându-ne a crede că vom avea a face cu o formă pur nervóasă, dar cu timpul, vedem că ele sunt complectate prin leziuni tegumentare; alte-ori din contră, leziunile cutanate încep, combinându-se în timpul evoluțiunei lor cu manifestări nervóse; în fine, aceste două forme pot fi asociate chiar de la început și evoluează paralel în tot timpul bólei.

Or care ar fi tipul sub care se va prezinta mai târziu bóla, ea începe prin o serie de fenomene *prodromice*, constante, de intensitate variabilă, care caracterizează perióda dîșă de *invaziune*. Aceste fenomene prodromice traduc invasiunea și extensiunea bacilului lui HANSEN în organism, și considerate în totalitatea lor, amintesc foarte bine fenomenele premonitoare speciale periódei de invaziune a bólelor infecțioase în general.

Ele ne avënd nimic caracteristic, determinarea esactă a naturei lor, scapă cele mai adese-ori atențiunei și perspicacității medicului, fiind puse pe seama altor bóle, ca ímpaludism, reumatism, nevralgii diverse, etc; adevărata lor valóre nu póte fi stabilită de cât mai târziu, atunci când principalele simptome ale bólei au început să apară; ori cum ar fi, rare ori ele lipsesc, și răscolind memoria bolnavului le vom descoperi mai tot d'auna; pentru aceasta se cere răbdare din partea medicului și óre care inteligentă din partea bolnavului.

Diferitele fenomene ale periódei de invaziune au fost descrise cu un prisos de detalii și precisiune de profesorul LELOIR. (*Traité pratique et théorique de la lèpre*); mé voi mărgini a le înșira în treacăt, ne insistând în special de cât asupra celor mai importante, intențiunea mea fiind de a nu face de cât o privire generală, introductivă, asupra manifestațiunilor clinice ale leprei, pentru a trece apoi la partea care mé interesează în special, adică la turburările sensibilităței.

Aceste fenomene sunt: febră, cu caracter continuú sau intermitent; o anemie a cărei causă nu se póte explica;

slăbiciune, oboseală la cea mai mică sforțare, dureri de cap, amețeli și o tendință ne obișnuită la somn; tendința la somn e foarte caracteristică, și une-ori atât de iresistibilă în cât bolnavul adoarme în societate, mâncând, lucrând sau vorbind (LELOIR); turburări în respirațiune, o presiune; turburări digestive traducându-se prin fenomene dispeptice, greață, vărsături etc; dureri reumatismale, rachialgii, nevralgii; prurit generalizat sau localizat în jurul nasului, la membre etc; furtună și o stare de hiperestezie, une-ori foarte accentuată; într'un cas ce am avut ocaziunea să observ de curând, această hiperestezie premonitoare ocupa palma mânilor și talpa picioarelor, și era atât de intensă, în cât cea mai mică atingere sau presiune îi provoca dureri insuportabile, forțându-l astfel pe bolnav a sta nemișcat în pat și să suspende ori ce lucru; anomalii de secrețiune a glandelor pilo-sebacee, căderea perilor de la mustăți și sprincene, turburări în secrețiunea glandelor sudoripare; une-ori secrețiunea sudorici e exagerată, amintind sudorile ftisicilor, alte-ori ea e scăzută în anumite teritorii; suprimarea menstruațiunii; un alt semn important e *coriza* tenace, însoțită de uscăciunea nasului și *cpistaxis* frecvente; unii autori (JEANSELME) îi atribuie o importanță capitală, revelătoare, cum e hemoptisia în tuberculosă, punându-l în legătură cu hipotesa că mucoasa nasală ar fi punctul pe unde bacilul lui HANSEN pătrunde în organism.

D. JEANSELME și alții au găsit bacilul lui HANSEN în mucozitatea nasală a leproșilor a căror boală era cu totul la început; el trage de aci concluziunea că o eroziune a pituitarei servă de poartă de intrare bacilului și că el se înmulțește în cavitățile nasului înainte de a invade organismul. Voi adăuga în treacăt că părerea D. JEANSELME mi se pare cam exclusivă; e posibil că în unele cazuri infecțiunea să se facă prin nas dar nu putem admite că aceasta e singura cale de infecțiune; în tot cazul nu se poate trage nici o concluziune din găsirea timpurie a bacililor în mucus nasal, căci aceasta nu e de cât resulta-

tul ubicuității, și extra-ordinarei proliferări a acestor microbii, în diferite regiuni a corpului, chiar atunci când simptomele boalei nici nu sunt încă bine declarate.

Așa D. PROFESOR KALINDERU', care s'a ocupat în special cu chestiunea de a se ști care e poarta de intrare a bacilului leprei în organism, examinând un mare număr de cazuri, i-a găsit tot atât de abundenți în mucusul nasal, cât și în secrețiunea vaginală, conjunctivală, în teaca perilor și în pelea cu aparență absolut normală.

Simptomele perioadei de invasiune nu se găsesc toate reunite la același bolnav, ci de obicei numai unul sau două predomină, cel-l'alte sunt prea puțin pronunțate în cât trec ne băgate în seamă; durata ei e variabilă de la câte-va săptămîni până la 1 sau 2 ani, putînd a prezenta din când în când remisiuni.

După această perioadă cu manifestățiuni incerte, și care sunt comune tuturor formelor de lepră, trecem la o altă fază în care manifestățiunile morbide încep a se specifica într'un sens sau altul, după tendința ce au bacilii lui HANSEN de a invada în special sistemul tegumentar sau nervos.

\* \* \*

În *Lepra tegumentară* apar de obicei la început niște *pete eritematoase*, izolate sau confluențe, de mărime variabilă, putînd acoperi une-orî în întregime fața sau regiunea dorso-lombară (Leloir); obișnuit de formă circulară, ele pot prezenta câte odată aspectul unor cărți geografice; colorațiunea lor variază de la roș palid (rose), până la roș-vinos, sau roș-brun, după vîrsta lor cât și după nuanța peleii individului la care se dezvoltă; plane sau făcînd un ușor relief d'asupra nivelului peleii suprafața acestor pete e netedă, lucitoare, unsuroasă, din cauza exagerării locale a secrețiunei sebacee; apăsînd cu degetul asupra lor, colorea dispăre în locul apăsut, ca la orî-ce eriteme.

Afară de aceste pete eritematoase sau hiperemice se observă câte odată niște *macule* sau *pete pigmentare* ce au o predilecție vedită pentru anumite regiuni, ca spatel

abdomenul, membrele superioare și inferioare în sensul extensiunii; de obicei nu fac nici un relief la suprafața peleii, colorea lor e bronzată, brun neagră sau arămie.

După cum se vede din descrierea făcută, aceste erupțiuni nu prezintă caractere speciale, și că atare ar putea fi confundate cu erupțiuni de altă natură ca eritemul nodos, erisipel, eritemul pelagros, mai ales dacă ne referim la simptomele care preced, și care câte odată însoțesc aceste erupțiuni.

Ceea-ce ne pune în asemenea cazuri, pe calea diagnosticului, e un semn de mare importanță, care joacă un rol capital în simptomatologia leprei și care ca un semn revelator, apare de la primele manifestațiuni ale bôleii, pentru a'și ajunge expresia sa cea mai înaltă, în forma nervoasă a leprei; voesc să vorbesc de turburările de sensibilitate, ce constatăm de obicei la nivelul acestor pete; la început există *hiperestezie*, însă încetul cu încetul ea face loc unei anestezii mai mult sau mai puțin durabilă. Mai rar anestesia e completă, de cele mai multe ori e disociată; așa une-ori sensibilitatea tactilă a dispărut, pe când sensibilitatea durerosă și termică e conservată; alte-ori din contră disocierea prezintă caracterul siringo-mielitic, adică sensibilitatea tactilă e conservată, cea durerosă și termică fiind dispărută (veți observația IV și schema No. 3); anestesia e cu atât mai pronunțată cu cât petele sunt mai vechi; trebuie să mai notez încă unele turburări subiective a sensibilității, ca usturime, înțepături, mâncărime, etc.

În general, aș putea dice că *turburările sensibilității constatate la nivelul manifestațiunilor eruptive cutanate ale leprei prezintă caracterul disociațiunii, fie banală, fie siringomielitică.*

Apariția acestor turburări de sensibilitate, simptomatice unor alterațiuni a nervilor, chiar odată cu primele manifestațiuni ale leprei tegumentare, ne indică odată mai mult, că în nici una din formele bôleii, și în nici unul din momentele sale evolutive, nu pôte fi vorba de leziuni sistematisate, în strictul înțeles al cuvântului; și dacă în



această descripțiune am adoptat divisiunea leprei, în tegumentară și nervoasă, aceasta nu am făcut-o de cât pentru a mă conforma unui vechiū uz, devenit clasic.

Durata periodei eruptive e variabilă; erupțiunile eritematoase se fac în serii și considerate în parte, ele sunt de obicei efemere, durând de la câte-va zile, până la mai multe săptămâni, și apoi dispărând fără a lăsa nici o urmă sau lăsând în locul lor, o ușoră pigmentație brună; când aceste pete sunt pe cale de dispariție, sau chiar atunci când au dispărut complect, o ușoră cauză iritativă, ca expunerea la aer rece, o fricțiune iritantă, etc. sunt de ajuns pentru a le face să reapară. Maculele au o durată mult mai lungă de cât petele hiperemice.

În total erupțiunile cutanate, cu momentele lor de remisiune și exagerare, pot dura un timp îndelungat, mai mulți ani chiar; în lîne apare elementul caracteristic al bôlei, *infilttrațiunea neoplasică*, la început în mod difus, apoi din ce în ce mai bine circumscris, constituind *lepromul propriu-șis*.

Cu apariția lepromului trecem în fasa de constituire a leprei tuberculöse; erupțiunile caracteristice perioadei inițiale, de obicei dispar în această fasă, ele însă pot co-exista încă cât-va timp alături de tuberculi.

Lepromele se dezvoltă în general la nivelul petelor sau maculelor, mai rar într'o regiune unde pelea are aparența normală; aparițiunea lor e însoțită de cele mai multe ori de o redeșteptare a fenomenelor generale pe care le-am vădut în periôda prodromică, și în special a febrei.

Lepromul care n'are de caracteristic de cât prezența bacilului lui HANSEN, dar care din punct de vedere histologic se aseamănă foarte mult cu cele-l'alte neoplasii de tipul granulos, cum sunt acelea determinate de sifilis și tuberculoasa, pôte presenta ca și ele numeroase variațiuni de formă, volum, consistență, dezvoltare și evoluțiune: așa el pôte ocupa dermul, *lepromul dermic*, sau țesutul conjunctiv sub-cutanat, *lepromul hipo-dermic*; pôte fi circumscris, bine delimitat, constituind *tuberculul propriu-șis* sau *lepromul*

*nodular*, sau se poate prezenta sub forma unor infiltrațiuni mai difuze, ale căror limite nu se desințază în mod atât de precis constituind *lepromul difuz* sau *infiltrat*.

Varietatea hipo-dermică a lepromului e mai rară, constituind plăci de infiltrațiune sau nodule de mărime variabilă ce ocupă stratul profund al țesutului sub cutanat; ei nu fac relief la suprafața peleii, dar plimbând mâna pe d'asupra lor simțim niște mici nodosități în profunzime, ca și când niște alice de diferite mărimi s'ar afla sub pele; acești noduli, după cum se exprimă *LELOIR*, mai mult se simt de cât se văd.

Din contra tuberculii dermici formează relief la suprafața peleii, impunându-se vederei; la început se observă o îngroșare a peleii, pe o întindere variabilă, și pe această suprafață îngroșată încep a se desina niște mici ridicături ce se circum-scriu și se delimitează din ce în ce mai bine; volumul lor variază, depinzând în mare parte de vârsta lor, de la mărimea unui bob de linte până la cea a unei alune sau unei nucii.

Când tuberculii nu se isolează bine de masa de infiltrațiune circum-vecină, atunci avem forma difuză a lepromului, prezentându-se ca o placă, mai mult sau mai puțin mare, de îngroșare a peleii, cu suprafața netedă sau prezentând ici-colo mici nodosități ce exprimă tendința, ne realizată bine, de izolare a unor tuberculi.

Ca localizare tuberculii prezintă óre-care predilecțiune pentru anumite regiuni; așa ei ocupă de obicei fața, membrele superioare și inferioare (în sensul extensiunei), mucósa nasului, gureii, laringelui, faringelui, etc.; la față ei ocupă de obicei regiunea frontală, inter-sprincenósă, părțile laterale ale obrazului, nasul, busele, bărbia și urechile, producând oribile deformațiuni a figurei, și creând împreună cu turtirea nasului și căderea perilor feței, aspectul caracteristic al figurei leonine. Acastă mască leonină este atât de specială în cât diagnosticul leprei tuberculóse se poate face de la distanță, și este de ajuns ca cine-va se o fi văzut odată spre a o recunósce tot-d'a-una; diformațiui-

nile leprose atacând tocmai elementele esențiale ale figurei, care caracterizează expresiunea fisionomiei individului, sexului și rasei, leproșii de pe totă suprafața globului se aseamănă unii cu alții; și aflându-ne în fața unui leonin accentuat, numai după expresiunea figurei sale, nu ne-am putea pronunța nici asupra virstei, nici asupra sexului său a naționalității lui. Colorațiunea pelei la nivelul acestor leprome nu e normală, ci are o nuanță roșie-brună sau bronzată.

Desvoltarea lepromului cât și a infiltrațiunii leprose, prin jena mecanică ce determină, de sigur nu poate fi indiferentă elementelor conținute în grosimea pelei și țesutului celular sub-cutan, ca peri, glande sebacee, firisoarele și terminațiunile nervoase etc.; în adevăr ei determină o cădere a perilor în regiunile unde se desvoltă, așa în cât după cât-va timp bolnavii își perd cu totul perii sprincnelor, barbei și mustăților; perii capului în majoritatea casurilor sunt respectați, dată fiind excepționala localizare a tuberculilor în această regiune; secrețiunea sebacee de cele mai multe ori e exagerată dând aspectul lucitor acestor regiuni, pare că sunt unse cu unt-de-lemn; în fine ei provocă la nivelul lor *turburări de sensibilitate*.

*Turburările sensibilității* are ore care predilectiune pentru zonele tuberculose din regiunea frunței, antebrațelor și gambelor; pentru constatarea lor trebuie un examen foarte amănunțit, căci pot exista la nivelul unor tuberculi sau grupe de tuberculi, lipsind la nivelul altora, și deci ar putea scăpa ne apreciate la un examen limitat și superficial; ele par a fi în raport cu vârsta și volumul tuberculilor, fiind mai pronunțate în casurile în care tuberculii au ajuns la o desvoltare ore-care.

Turburările sensibilității la nivelul tuberculilor prezintă o mare asemănare cu acelea pe care le-am descris la nivelul maculelor și petelor eritematoase. La început, după LELOIR și RAYER ar exista o stare de hiperestezie; și aci anestesia poate fi totală, adică poate interesa toate telurile de sensibilități (tactilă, termică și dureroasă), sau poate prezenta

tipul unei disociațiuni banale sau siringomielitice. De obicei anestesia e mult mai profundă de cât cea pe care o observăm la nivelul petelor.

LELOIR citează mai multe casuri de această natură, în care practicând biopsia tuberculilor leproși, bolnavii simt foarte bine pătrunderea bisturiului în pele și în profunzimea tuberculului, fără însă să simtă cea mai mică durere; de curând am avut ocaziunea să observ și eu un cas de acest fel; era vorba de o lepră tuberculosă, manifestată prin mai mulți tuberculi, unii ajungând până la mărimea unor alune mici și ocupând regiunea inter-sprincenosă, gamba, dar mai ales fața posterioară a antebrațelor; ei erau hipodermici, bine limitați, făceau relief la suprafața pele care era mobilă d'asupra lor; voind a extirpa unul din acești tuberculi, pentru studiu microscopic și ne având la îndemână o soluție de cocaină, am procedat la extirpare, fără injecție prealabilă; în tot timpul cât a durat această mică operațiune, cât și în momentul aplicării punctului de sutură, bolnavul n'a dat nici cel mai mic semn de durere; întrebându-l dacă operațiunea a fost dureroasă ne răspunde că n'a simțit nimic de cât atingerea cuțitului.

Iată dar că turburările sensibilității sunt destul de frecvente în lepra tuberculosă, ocupând însă teritorii circumscrise, limitate, corespunzătoare petelor și neoplasiilor tuberculose, și nu depășesc limitele lor; nici odată nu vom găsi turburări atât de întinse și de sistematisate ca în lepra nervosă, afară numai de casurile în care lepra tuberculosă începe să se combine cu leziunile sistemului nervos, devenind o lepră mixtă.

Mult timp s'a crezut că turburările sensibilității constituie apanagiul exclusiv al leprei nervose; așa DANIELSEN și BOECK susțineau că în lepra tuberculosă nu se observă nici o turburare de sensibilitate, făcând din acesta principalul caracter de distincțiune între lepra tuberculosă și nervosă și clasa între lepre mixte casurile în care constatau cea mai mică anestezie.

Mai târziu BIDENKAP, un medic norvegian publică re-

sultatul cercetărilor sale asupra sensibilității cutanate în lepra tuberculosă, afirmând că în mai toate cazurile examinate a găsit-o dispărută sau diminuată la nivelul tuberculilor.

În anul 1872, ARMAURER HANSEN publică și el rezultatul examenului a 141 cazuri de lepra tuberculosă; din acestea numai în 9 cazuri sensibilitatea cutanată era normală; conchise deci cu multă dreptate că turburările de sensibilitate sunt aproape constante în lepra tuberculosă.

La ce ar putea ține aceste modifi cațiuni ale sensibilității? ele țin, de sigur, la o leziune a nervilor, și nu e imposibil de admis că infiltrațiunea neoplasică, lepromul, care înglobează în masa sa toate elementele țesutului dermic sau hipo-dermic se înglobeze și expansiunile terminale ale nervilor cutanați, comprimându-le la început și apoi cu timpul distrugându-le, determinând la început hiperestezie, ce traduce faza de iritațiune inițială, și apoi anestesia micului teritoriu înervat de ele. Se vede câte odată că unii tuberculii retrocedând, resorbindu-se, sensibilitatea care dispăruse cu totul la nivelul lor, reapare încetul cu încetul; aceste cazuri de anestezii temporare s'ar putea explica printr'o regenerare a tubilor nervoși, cauza care îi distrusese și se opunea regenerării lor dispărând.

Din cele expuse rezultă că anestesia e un simptom ce se observă adese-ori în leziunile tuberculose ale leprei, fără însă a fi constant; după LELOIR ea n'are o valoare absolut patognomonică, de cât atunci când e destul de accentuată, de ore ce, țice el, a observat câte-va cazuri, foarte rare de tuberculosă cutanată sau lupus cu anestezie.

Concomitent cu erupțiunile, fie maculoase fie tuberculose ce se observă din partea peleii, se produc de obicei leziuni analoage și din partea mucoselor și organelor viscerale. În cavitatea bucală leziunile se localizează în special asupra limbei, stâlpilor faringelui, amigdalelor și vâului palatin; suprafața dorsală a limbei e acoperită sau de tuberculi mai mult sau mai puțin proeminenți sau de

plăci de infiltrațiune, lobulate prin șanțuri longitudinale și transversale profunde; acești lobuli sunt duri, de consistență sclerôsă, cu suprafața netedă sau granulosă; în aceste condițiuni limba mărită de volum își pierde mobilitatea sa obișnuită, masticatiunea devine durerosă și dificilă.

Acești tuberculi rar sunt hiperestesiici; cu timpul devin și ei anestesici; *simțul gustului rămâne însă multă vreme ne alterat*; rare ori el este diminuat (LELOIR).

Pe mucosa nasală se formează de timpuriu (unii autori pretind, după cum am arătat mai sus, că această mucosă ar fi punctul de intrare al bacilului lui HANSEN în organism) infiltrațiuni sub-mucoase moi, ce prezintă o tendință particulară de a se ulcera și a sângera la cea mică atingere; bolnavul are frecvente epistaxis, iar mai târziu se scurge din nări un liquid muco-purulent amestecat cu porțiuni de mucosă sfacelată sau bucățele de cartilagiū necrosat; din cauza distrugerii cartilagelor și ôselor proprii nasul se turtește, se infundă.

Cu toate aceste leziuni atât de întinse a foselor nasale, *simțul mirosului persistă mult timp intact* la leproși; el nu dispare de cât atunci când leziunile nasului sunt foarte profunde, când nările sunt aprópe complect obstructe. Decí aceste turburări a *sensibilităței speciale*, când ele există par a nu ține la o leziune a nervilor respectivi, căci în acest cas ar trebui să le observăm mai de timpuriu și în mod mai frequent; spre ex. vorbind de simțul mirosului, am văzut că el nu e alterat de cât numai atunci când obstacole mecanice se opun pătrunderii aerului și particulelor odorante în fosele nasale.

Infiltrațiunea leproșă din gură și fosele nasale se coboară în jos către faringe și mai ales laringe ocupând epiglota și córdele vocale; bolnavul e la început răgușit pentru a deveni cu timpul afon; respirațiunea e dificilă, lungă, șuerătóre, dispneică; leproșii sunt foarte expuși, mai ales în urma unei răceli, la edeme acute a glotei și sufocațiuni ce merg până la cianosă și chiar mórte.

Dintre organele simțurilor speciale, ochiul este adese ori atins în lepră; după statisticile diferiților autori (Leloir, Danielssen și Boeck, Bockman, Hansen, Bull, Kaurin etc), <sup>2</sup>/<sub>3</sub> și chiar <sup>3</sup>/<sub>4</sub> din leproși ar prezenta leziuni oculare. Se produce la început o conjunctivită și apoi unul sau mai mulți tuberculi miliari în apropierea limbului cornean; tuberculii nu întârziează a se întinde la supra-fața corneei, sau în totalitate sau în parte, sub forma unei infiltrațiuni gris-gălbui, ce se vascularizează constituind panusul lepros, producându-se opacități mai mult sau mai puțin întinse a corneei; în această fază lepromul se poate ramoli, ulcera, perfora, camera anterioară se goleşte, producându-se un stafilom; alte ori infiltrațiunea leproasă se propagă către iris, cristalin, coroidă, camera posterioară, etc; rezultatul final e același, *perderea totală a vederii*. Perderea vederii prin leziuni primitive a fundului ochiului (papila, nerv optic) e extrem de rară, se pare că aceste leziuni în majoritatea cazurilor sunt secundare, rezultat al propagării infiltrațiunei leprose din polul anterior. *Simțul auzului* foarte rar e atins; LELOIR și MONTAGNANA citează câte-va cazuri de turburări a auzului produse prin propagarea infiltrațiunei leprose din fundul gâtului, către conductul auditiv intern și urechea medie, sau prin leziuni a conductului auditiv extern.

În mod general am putea deci conchide că *turburările sensoriale se observă rar în lepră; atunci când ele există, de obicei nu sunt datorite leziunii nervilor speciali, ci organelor speciale* (ochiul, fosele nasale, limbă, conductele auditive și urechea medie, etc.); de aceea ele se și observă mai des în lepra tuberculosă, lipsind aproape cu totul în lepra nervosă.

Tuberculii leproși prezintă o tendință naturală de a se ramoli, foarte rar resorbindu-se, de cele mai multe ori eliminându-se prin supurație, și constituind punctul de plecare a unor enorme ulcerațiuni sau flegmone difuze ce pot provoca mórtea bolnavului, alte-ori ele se pot cica-

trisa dând naștere la niște retracțiuni mai mult sau mai puțin întinse.

Dacă bolnavul supra-viețuește acestor întinse leziuni cutanate și mucose, tuberculii nu întârziază a se generaliza și asupra organelor viscerale ca ficat, pulmon, splina, ovar, testicul, etc.; starea generală devine din ce în ce mai rea, îndrumându-l către cachexie, și făcându-l un teren propice pentru dezvoltarea altor bôle ca tuberculoza, pneumonia, infecțiunile gastro-intestinale, care sfârșesc prin a pune capăt existenței sale miserabile.

În perioada de extensiune a leziunilor leprose se observă adese-ori că sistemul nervos central sau periferic nu e cruțat; și de unde lepra tuberculôsă evoluase timp îndelungat fără alte manifestațiuni nervoase de cât turburările de sensibilitate la nivelul maculelor și tuberculilor, acum încep a apare manifestațiunile proprii leprei sistematizate nervoase; acestea sunt formele de lepră mixtă, *tardivă*, în opozițiune cu formele ce sunt mixte chiar de la începutul evoluțiunei lor.

În afară de formele de lepră sistematizată și mixtă, cu modalitățile descrise mai sus, există casuri în care manifestațiunile morbide proprii celor două forme de lepră, nu se combină, ci se succed în timp, substituindu-se una alteia, fără a coexista; așa se observă câte odată casuri de trecere a leprei din forma tuberculôsă în forma nervôsă, coincidând cu ulceratiunea, eliminarea și cicatrizarea tuberculilor.

Aceste fapte au făcut pe LELAIR să considere stadiul de erupțiune leproasă tegumentară, nu ca o formă specială a leprei, ci ca niște simple manifestațiuni ale periodei de invasiune echivalente cu erupțiunea maculôsă. Iată cum se exprimă în această privință: «Casurile de dispariție a lepromelor tegumentare urmate de apariția leprei sistematizate nervoase, nu pot fi considerate ca lepre mixte; ele trebuiesc, mai bine, considerate ca depinzând în mod natural de evoluțiunea normală a leprei care din tuberculôsă cu timpul devine anestezică pură, dacă bolnavul supra-



vește eruptions tuberculose, dacă nu more în timpul cât durează lepra tuberculosă; lepra trebuie considerată în mod general ca o boală infecțioasă, care apare sub forma unei eruptions care pôte fi numai maculosă sau maculo-tuberculosă de durată mai mult sau mai puțin lungă, localisându-se apoi asupra nervilor» (Traité pratique et théorique de la lèpre. Paris 1886 pag. 104).

Durata acestei bôle cronice este foarte variabilă, în termen mediu de 8—12 ani; LELOIR citează câte-va cazuri în care ea a durat 24—25 ani. Mórtea e provocată câte-odată prin cahexia și marasmul în care 'l aduce pe bolnav leziunile sale tegumentare; cele mai adese-ori leproșii mor prin complicațiuni fie consecutive leziunilor leprose (ca degenerări amiloide a rinichilor și ficatului, sufocațiune produsă prin obstrucțiunea laringelui, edem al glotei etc.) fie altor bôle supra adăugate despre care am vorbit mai sus.

Acestea sunt în câte-va cuvinte formele, manifestațiunile și modul de terminare al leprei tuberculose; trec acum la o altă formă a leprei care mă interesează în special, lepra nervosă.

**Lepra nervosă** este cea în care predomină manifestațiunile ce sunt sub dependența leziunilor sistemului nervos.

Am văzut mai sus, cum cele mai adese-ori aceste manifestațiuni nervose se combină, sau succed manifestațiunilor tegumentare ale leprei; câte odată însă ele par a exista singure constituind *lepra sistematizată nervosă*. În aceste cazuri faza confirmată a bôlei e precedată de o fază mai mult sau mai puțin lungă, de fenomene premonitoare care caracterisază perióda de invaziune și care nu diferă de fenomenele similare proprii periodei de invaziune a leprei tuberculose, ele exprimând prima reacțiune a organismului față de infecțiunea leproasă.

După perióda de invaziune urmază perióda de *eruptions* tegumentară, care însă n'are însemnătatea și durata periódei eruptive din lepra tuberculosă. Eruptionsile eritematoase și maculoase se observă, însă ele sunt cu totul fugace și efemere; cea ce caracterisază perióda eruptivă a leprei

nervóse sunt apariția unor bule, *pemfigus lepros*, al căror sediū de predilecție e dosul mânilor, picioarelor, vecinătatea cōtelor și genuchilor, etc.; după cât-va timp ele se rup spontaneū, dând scurgere unui liquid citrin, supurază sau nu, și apoi se usucă lăsând în locul lor niște cicatrice ovalare, superficiale, puțin sbârcite, pigmentate sau acromice, cu sau fără turburări de sensibilitate.

Aceste erupțiuni pemfigoide sunt privite de majoritatea autorilor ca fiind expresiunea unor turburări trofice (Jean-selme). După periōda eruptivă urmază o altă fază, care manifestă în mod evident suferința sistemului nervos, precum sunt turburările trofice și turburările de sensibilitate.

Printre turburările trofice primul loc 'l ocupă atrofiile musculare, leziunile pelei și óseler.

*Atrofia musculară* în general nu e precedată de paralisia mușchiului, ci scăderea forței musculare e în raport cu atrofia masei musculare, cu disparițiunea fibrelor contractile. Atrofia începe la micii mușchi ai mâinei, prin eminențele tenare, hipotenare și mușchii inter-osoși pentru a se ridica încetul cu încetul la mușchii ante-brațului. Palma mâinei se turtește, devine plană din cauza disparițiunei reliefulor pe care le face în stare normală mușchii tenari și hipotenari; spațiile inter-osóse încep a se desina din cauza atrofiei mușchilor corăspundători, iar degetele se flexază către palma mâinei, (prima falanga e în extensiune cele-l'alte două în flexiune luând atitudinea caracteristică de *ghiară* (Aran-Duchenne), din cauză că acțiunea mușchilor flexori nu mai e contrabalansată de inter-osoși.

La membrele inferióre atrofia ocupă mușchii extensori ai degetelor, plantari, inter-osoși, și piciorul ia o atitudine viciósă, de obicei varus-equin.

Adese-orí se observă atrofia unora din mușchii feței, care sunt sub dependența nervului facial, și în special a mușchilor orbiculari producând o imposibilitate a închiderii pleopelor; conjunctiva continuū expusă injuriilor exterióre se inflamază, se ulcerază, putând provoca pierderea

totală a vederei. *Pelea* extremităților se subțiază, se atrofiază, se sbârcește, căpătând un aspect senil; pe măsură ce *pelea* se atrofiază, ea devine uscată și periile se răresc din cauza disparițiunii foliculilor pilo-sebacei; unghiile crapă în diferite direcțiuni, și une-ori se elimină în parte sau în totalitate. *Pelea* fiind subțiată și rezistența sa micșorată, ea crapă și se ulcerază la cea mai mică lovitură. Din acest punct de vedere cele mai expuse sunt extremitățile membrelor și regiunile unde *pelea* acoperă o ridicătură ososă, sau este expusă la o presiune continuă; într'adevăr de timpuriu să observă în lepra nervoasă ulceratiuni în talpa piciorului, mal perforant, în dreptul capului primului și ultimului metatarsian, ulceratiuni ce pot merge până la os; de asemenea în virful degetelor se produc crăpături și ulceratiuni ce dau naștere la supurații nestârșite, extremitatea falangelor care se află în plagă se necrosază treptat, se elimină, până când degetele sunt distruse în totalitate; acesta e forma de lepra nervoasă, disă *mutilantă*, asemănătoare cu bóla descrisă de MORVAN.

În fine mutilațiunile mânilor mai pot recunoște și altă cauză, al căruia mecanism a fost descris de D-nii Profesori KALINDERU și MARINESCU, și pe care îl consideră ca special leprei. Degetele nu se elimină dar ele devin foarte scurte, ca niște mici mamelone în virful cărora mai există o porțiune de unghie deformată. Radiografia aplicată la studiul acestei mâni, ne explică cauza particularităților ce ea prezintă; în adevăr atrofia degetelor depinde de atrofia și disparițiunea celor două din urmă falange; în urma turburărilor de nutrițiune a *óselor*, datorite alterațiunilor nervoase, se produce o adevărată osteo-malacie prin resorbțiunea sărurilor calcare, și ósele se fracturează cu ușurință în punctul unde rezistența este mai slabă; degetele ne mai fiind susținute prin schelet, se deviază, se atrofiază, se turtesc, păstrându-și însă în virful lor resturi din unghie.

*Turburările de sensibilitate* observate în decursul leprei

nervóse, făcând în special subiectul acestei lucrări le voi descrie într'un capitol deosebit.

Acestea sunt pe scurt principalele manifestațiuni ale leprei nervóse. Ajuns într'o fază înaintată a bólei sale, bietul lepros, ȓice LELOIR, presintă un aspect vrednic de plâns. Anestesia ocupă aproape tot corpul; masca feței nu exprimă nici un sentiment, imobilisată fiind prin atrofia și paralisia musculară; și pe această mască imobilă, galbenă-cadaverică, slăbită și diformată să ved două ochi mari, deschiși, cu privirea vagă și fără nici o lucire, căci sármanul e orb.

Mânile și picióarele oribil diformate și mutilate nu mai au nimic omenesc; ros de úlcere, a căror secrețiune nu se mai sfârșește, bolnavul cufundat într'o stare de stupóre profundă, asistă cu indiferență la mutilațiunea propriului său corp; în fine, mórtea vine să pună capăt acestei existențe miserabile. Câte-odată o bólă intercurentă (pneumonie, pleuresie, tuberculosă, infecție purulentă) vine și grăbesce terminațiunea fatală (LELOIR). Durata mijlocie a bólei e de 18 ani, cu tóte că LELOIR citéză casurí care au depășit peste 25 și 30 ani.

## CAPITOLUL II

### Turburările sensibilității în lepră

Turburările sensibilității împreună cu leziunile trofice domină simptomatologia leprei disă nervoasă; aceste două feluri de manifestățiuni, destul de deosebite în aparență, am putea dice că aũ aceiași valóre patogenică, leziunea sistemului nervos central saũ periferic, specializarea lor ne fiind de cât o chestiune de localizare.

Alterațiunea sensibilității în lepră constituie o manifestațiune atât de caracteristică, atât de bizară, în cât ea a impresionat și a atras atenția chiar a primilor observatori. Deja ARETEU și medicii arabi (ABDUL-CASEM) vorbesc despre dēnsa; dar adevărata sa importanță n'a fost recunoscută de cât de medicii evului mediũ, -FERNEL, AMBROISE PARÉ, THÉODORIC, LAFRANCO, GILBERT, etc; — care o consideraũ ca un semn de mare preț pentru diagnosticul leprei: așa, găsim relatat în scrierile lor, că bolnavii bănuți de a fi leproși, în scop de a-i isola, erau întâpați, fără ca ei să bage de seamă, cu un corp ascuțit; dacã nu dădeaũ semne de simțire erau considerați ca incontestabil atinși de lepră.

Urmărind în decursul timpului diferitele interpretări ce s'aũ dat acestor turburări de sensibilitate în lepră, vedem că acest simptom în loc de a servi pentru a caracteriza în mod definitiv această bółă, și a o face sē reiasă din haosul celor l'alte bóle, cu alterațiuni a sensibilității, din contrã a fost o cauză nesfârșită de erori și interpretațiuni nefundate.

Așa unui autori, printre cari locul de frunte 'l ocupă D. ZAMBACO-PASA, bazându-se numai pe faptul că în le-

pră se pôte constata une-orî, o disociare particulară a sensibilităței, pe care o găsim în mod constant în siringomieliie, așa șa *disociare siringomiclitică*, n'aú ezitat a afirma că siringomielia și alte câte-va bóle nu sunt de cât forme speciale de lepre, niște lepre degenerate; nu voiú insista, pentru moment, mai mult asupra acestui punct, rezervându-mî dreptul de a reveni, când voiú discuta valoarea diagnostică a turburărilor de sensibilitate.

Alteratiunea sensibilităței în lepră, de și observată, după cum am zis încă din timpurile cele mai vechi, cu tóte acestea, ea n'a fost studiată într'un mod amănunțit de cât în ultimii ani. (LELOIR, JEANSELME, MAX LAEHR, BLASCHKO, etc). În anul 1882 SCHÜLTZE descrie siringomielia, o bólă care presintă multe puncte de asemănare cu unele forme de lepră; pentru a învinge dificultățile diagnosticului, era firesc ca diferiții observatori să caute a studia, cu cât mai multă precisiune diferitele semne caracteristice ale acestor doué bóle, pentru a putea trage din ele cât mai multe caractere diferențiale.

JEANSELME a presintat la congresul de lepră din Berlin (1897) o remarcabilă lucrare, din punct de vedere al observațiunei exacte a faptelor, asupra turburărilor sensibilităței în lepră, resumându-și în 12 puncte principale rezultatul observațiunilor sale.

Disponênd de un câmp destul de întins de observațiune, am căutat să studiez și eú această chestiune, pentru a confirma și de va fi posibil a întregi, observațiunile acestor autori, adăogând contingentul observațiunilor mele la faptele deja existente.

\* \* \*

Explorarea sensibilităței e una din chestiunile cele mai delicate din semeiologia bólelor nervóse; senzațiunile ce căutăm a provoca bolnavului, fiind de ordine cu totul subiectivă, și neavênd altă manifestațiune exterióră de cât afirmațiunile lui, nu putem exercita un control riguros asupra lor, și adesea suntem expuși a cădea în erori, în ceea-ce privește interpretarea exactă a faptelor.

Chiar atunci când presupunem că bolnavul e de bună credință, se mai cere și un oare-care grad de inteligență din partea lui, pentru a-și interpreta senzațiunile în mod exact; pe de altă parte, după cum ține d. JEANSELME, observatorul nefiind nici el cu totul la adăpostul erorilor, fenomenul studiat riscă foarte mult, prin trecerea succesivă prin două creere, de a fi diformat, atenuat sau exagerat.

Pentru a ne pune la adăpostul acestor erori de interpretare, este trebuință de a face pe același bolnav examene repetate, probe și contra probe, ținând seamă, bine înțeles, de micile variațiuni zilnice, ce putem constata în distribuțiunea acestor turburări de sensibilitate, variațiuni ce se observă adese ori în manifestările sistemului nervos; numai ast-fel putem distinge ceea-ce este în adevăr sub dependența unor leziuni materiale constituite, de ceea-ce este expresiunea unor simple fenomene dinamice, fără substrat, și ca atare supuse la variațiuni.

Chiar inconjurându-mă de aceste precauțiuni n'am pretențiunea a spune că fie-care schemă a turburărilor de sensibilitate, luată în parte, ar fi expresiunea fidelă a realității, o fotografie a fenomenului; ea nu exprimă acest lucru de cât cu oare-care aproximație. Pe de altă parte nu suntem autorizați a trage, dintr'un număr restrâns de cazuri concluziuni generale, în ceea-ce privește schema-tip a turburărilor sensibilității.

De aceea am căutat a examina un număr cât mai mare de cazuri, atât din serviciul d-lui PROFESOR KALINDERU, cât și din leproseria de la Răchitoasa, pentru ca, punându-le unele lângă altele, observându-le, comparându-le, să pot suprima cauzele de erore ce sunt strâns legate de fie-care cas în particular, de a deosebi ceea-ce e întâmplător, de ceea-ce e regulă, degajând, pe cât e posibil, cu cât mai multă aproximație, formula generală a alterațiunei sensibilității în lepră.

În exprimarea acestui fenomen am adoptat, pentru cazurile principale, sistemul schemelor, care permit cititorului dintr'o singură aruncătură de ochi să aprecieze topografia

și întinderea acestor turburări, scutindu'l ast-fel de o descriere pe cât de aridă, pe atât de obositoare și greu de urmărit.

La fie-care cas în parte am studiat comparativ turburările sensibilității tactile, dureroase și termice; cum însă în cea mai mare parte din casuri turburările diferitelor sensibilități se superpun în mod mai mult sau puțin exact, și pentru că locul nu-mi permite, n'am dat de cât schema uneia din ele, rămânând a reprezenta în parte pe fie-care, numai în acele casuri în care există o deosebire manifestă în distribuția lor.

Pentru a provoca senzațiunea tactilă, m'am servit de o ușoară atingere produsă prin o bucată de hârtie răsucită, care nu exercită nici o presiune asupra peleii, ferindu-mă ast-fel de a cădea în erorea, adese-orî comisă, de a lua drept o senzație tactilă cea-ce nu e de cât o senzație de presiune, acesta din urmă fiind foarte rar alterată în lepră după cum se va vedea din observațiile următoare; pentru aprecierea sensibilității dureroase m'am servit de un *ac aestesiometric*, luând ca normă un anumit grad de presiune, și deci de înțepătură; pentru aprecierea sensibilității termice, în lipsa unui termo-estesimetru, m'am servit de eprubete pline cu apă a căror temperatură varia de la 0°—70°, ținând socotela de faptul că peste aceste temperaturi, senzațiunile termice nu mai sunt percepute ca atari și ca senzațiuni dureroase.

Acestea șise, ca explicațiune, să-mi fie permis a trece la studiul și expunerea faptelor observate.

\* \* \*

Invasiunea sistemului nervos în lepră nu se face pe tăcute; la un moment dat al evoluțiunei bólei, coincidând cu diferitele erupțiuni tegumentare dacă e vorba de o lepră mixtă, sau cu diferitele leziuni trofice, dacă e vorba de lepra pur nervoasă apar diferite *turburări* a sensibilității, pe care le-am putea numi *subiective*, care atrag atențiunea bolnavului prin intensitatea și jena ce ele produc.



Față de ori-ce cauză care 'l atacă și 'l distruge în mod lent, sistemul nervos are un mod general de a reacționa, la început prin fenomene de iritațiune (dureri dacă e vorba de sistemul sensitiv, contracturi dacă e vorba de cel motor), pentru a se traduce în faza ultimă prin fenomene de distrucțiune (paralisii și anestesii corespunzând teritoriului distrus); acelaș lucru se observă și în evoluțiunea turburărilor de sensibilitate în lepră.

LELOIR a insistat în special asupra unei *hiperestesii cutanate*, de intensitate variabilă, ce precede faza de anestezie, și pe care am constatat-o în trecutul celor mai multe din casurile studiate de mine. Une-ori ea e cantonată în câte-va mici regiuni, ne producând dureri de cât numai atunci când apăsăm asupra lor, alte-ori din contră ocupă regiuni foarte întinse, începând de obicei prin extremitățile membrelor (palma mâinei și talpa piciorului), făcând extrem de penibilă cea mai mică atingere, luând caracterul unei adevărate torturi; când ele ocupă aceste regiuni fac imposibilă ori-ce acțiune din partea bolnavului: punând piciorul pe pământ are senzațiunea că merge pe ace, sau pe petre ascuțite, alții nu pot face nici cea mai mică acțiune manuală, neputându-și duce nici chiar alimentele la gură, căci cea mai ușoară presiune le-ar provoca dureri atroce.

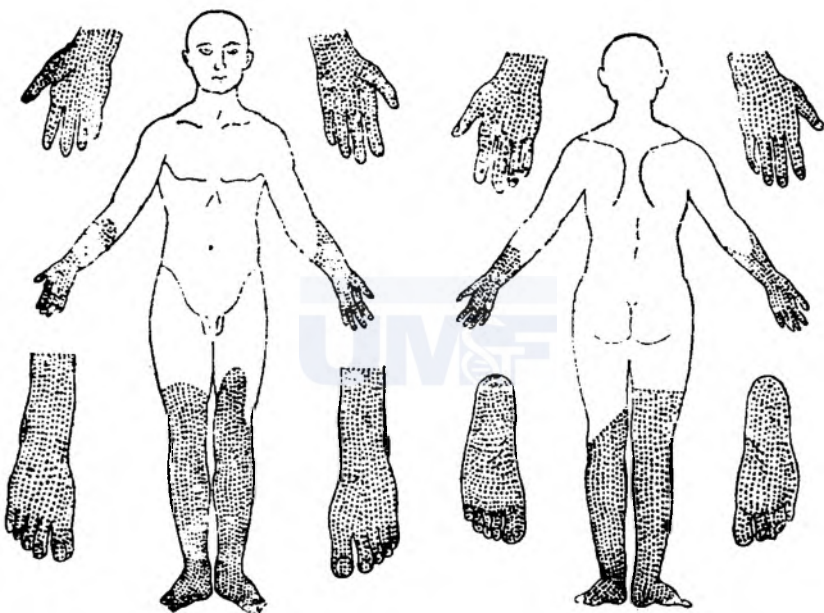
Aceste suferințe pot lipsi pe bolnav de repaos și somn 'l pune în imposibilitate de a se alimenta, și ele sunt fără îndoială una din cauzele slăbiciunii și depresiunii ce observăm la acești bolnavi.

Hiperestesia precede turburările mai profunde ale sensibilității, și une-ori poate desemna prin anticipație teritoriul ce va fi ocupat de aceste anestezii.

Am avut ocaziunea să observ, de curând, un curios caz de lepră tuberculosă, ce începea a se îndruma către o formă mixtă, în care această hiperestezie exista în gradul cel mai înalt (Veđi schema No. 1 și obs. VI...); ea ocupa la membrele superioare mâinile și ante-brățele iar la membrele inferioare se întindea de la extremitatea degetelor până aproape de treimea superioară a cósnelor; în aceste

regiuni cea mai mică atingere, înțepătură sau aplicațiunea unui corp cald este precepută în mod dureros.

Alți bolnavi se plâng de furnicături, înțepături, dureri vagi peri-articulare, având caracterul durerilor reumatice sau dureri repezi ce străbat membrele de sus până jos, amintind durerile fulgurante ale ataxiei locomotrice; unii



SCHEMA I

Regiunile însemnate prin puncte exprimă zonele de hiperestezie

bolnavi au mâncărimi ce nu se pot alina prin nici un mijloc, alți au senzațiunea ca o ploaie rece sau bucăți de gheață ar cădea asupra membrelor lor.

LELOIR și HILLIS mai insistă asupra unui alt simptom, *durerile nevralgice* pe care le consideră ca aproape constante; posibil ca acest simptom să fie atât de frequent,

cu toate acestea eu nu l'am putut nota in observațiunile mele de cât într'un număr restrâns de casuri (de 4 ori); ele ocupă, la început, traectul marilor trunchiuri nervoase sciatic, cubital, trigemen, etc, putându-se apoi generaliza și asupra firșórelor nervoase mai mici; aceste dureri vin prin accese, une-orí spre séră, alte orí in timpul nopței, putând fórte bine simula nevralgiile de altă natură, cum ar fi cea sifilitică saú palustră. Mai ales când aceste dureri ocupă sfera trigemenului, ele aú cu totul caracterul unei nevralgii trifaciale banale, cu punctele sale dureroase supra-orbitare, sub-orbitare și la rădăcina nasului, deosebindu-se numai prin persistența și tenacitatea sa față de orice tratament; de obicei uni-laterale, foarte rar ele ocupă sfera ambilor nervi trigemeni.

Intensitatea și durata acestor dureri e variabilă; une-orí suportabile, alte-orí sunt atroce, intolerabile făcând din acești nenorociți leproși niște adevărați martiri (LELOIR); se înțelege ușor că aceste suferințe nu pot rămânea fără răsunset asupra stărei generale, sufletești și fizice.

HILLIS mă citează în această perioadă o óre-care stângăcie ce se observă din partea bolnavilor, in executarea diferitelor acte manuale, in apucarea unui obiect pe care adesea 'l scapă din mână. Mușchii nu sunt dureroși la presiune.

Această perioadă nevralgică póte dura un timp mai mult saú mai puțin îndelungat, presentând din când in când remisiuni; ea fiind expresiunea unei anumite faze in evoluția procesului destructiv al sistemului nervos, anume a fazei de iritațiune, evoluția și durata sa va fi in strânsă legătură cu repeđiciunea acestui proces.

La un moment dat durerile diminue saú dispar de tot, starea generală începe a se ameliora, bolnavul începe a întrevedea speranța unei vindecări apropiate; dar speranțele sale sunt deșerte, căci durerile dispărând fac loc *anestesií* traducând degenerescenta complectă a nervilor; cum acest proces degenerativ nu interesază într'un grad egal diferiții nervi, adese orí se întâmplă ca atunci când anestesia s'a stabilit

in mod definitiv in unele regiuni, in altele hiperestesia și nevralgiile să persiste încă.

Bolnavul nu 'și dă seama de existența anesteziei de cât în mod întâmplător și numai atunci când ea a atins deja un grad destul de înaintat; de cele mai multe ori o ignorază și cu mare surprindere o constată în momentul când medicul explorează sensibilitatea, când vede că fiind înțepat cu acul nu simte.

Mai târziu atențiunea sa e deșteptată prin ôre-care fenomene ce nu pot trece ne băgate în seamă; așa d. ex. când anestesia ocupă talpa picórelor și e destul de profundă, bolnavul nu mai simte solul pe care calcă, i se pare că calcă pe puf sau pe un covor gros; când anestesia ocupă palma mânilor, se înțelege că nu mai simte bine obiectele ce apucă, și nu'și mai dă seama esact de forma și dimensiunile lor, decât privindu-le.

LELOIR în observațiunile sale, citează ca curiositate, diferitele incidente care au atras atențiunea unora din bolnavii săi, asupra anesteziei; așa unul din bolnavii spune că a fost foarte surprins că nu mai simte căldura pipei, în momentul când indeasă cu degetele tutunul aprins: un altul a fost foarte mirat că arđându-și complect talpa ghetelor n'a perceput nici cea mai mică senzație de căldură; în fine un altul a fost avertisat prin aceea că nu mai simțea tăeturile pe care și le făcea pe obraz, răđându-se.

Asemenea incidente sunt banale în istoria orî cărui lepros anestezic și fie-care observator a avut ocaziunea de a le constata; adese-ori întâlnim acești nenorociți, care pe lângă mutilațiunile și diformațiunile proprii bólei, mai sunt purtătorii unor enorme ulcere sau cicatrice, consecutive unor arsuri, produse în mod inconștient; am în memorie cazul unei femei, leprósă anestezică, care pentru a combate un junghiú, aplicându-și, în locul dureros o cărămidă încălđită a cărei temperatură n'a putut'o controla din cauza profundelor turburări de sensibilitate, și-a produs o adâncă combustione, mergând până la mușchi,

și de care n'a fost avertizată, de cât prin mirosul ce răs-pândea țesăturile arse.

Câte-odată anestesia e atât de profundă în cât se pot practica adevărate operațiuni sângerânde, fără a deștepta cea mai mică durere; am văzut numeroase casuri de leproși anestesici la care s'a practicat amputațiunea unei sau mai multor falange (pentru necroza osului său vr'un bont vicios), fără întrebuițarea nici unui anesthetic, și fără ca bolnavul să fi simțit vr'o durere.

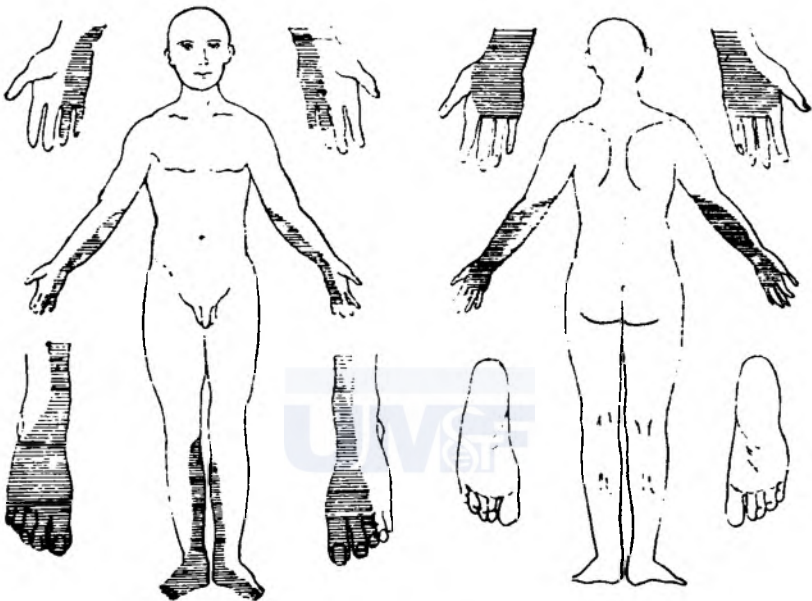
*Anestesia în lepră începe de obicei la membre,* mai des la cele inferiøre de cât la cele superiøre, ea ocupă la început extremitățile membrelor, adică mâinile și picioarele pentru a se ridica treptat către rădăcina lor. Nici odată însă, după cum observă cu multă dreptate Jeanselme, ea nu presintă întreruperi, adică ca în mersul său progresiv ascendent, să respecte unele teritorii; așa s. ex. n'am întâlnit nici un cas în care anestesia ocupând piciorul, să respecte gamba, pentru a se continua mai departe la nivelul cõpsei; o singură excepțiune se observă la această regulă, și acesta în mod destul de frequent, anume că anestesia de și începe prin extremitățile membrelor, cu toate acestea ea ocupă adesea numai partea dorsală a picioarelor sau mânilor; din contra sensibilitatea palmei mânilor, tălpei picioarelor și a tuturor sau numai a câtor-va degete e absolut normală. (veđi schema II).

În aceste casuri bolnavul simte foarte bine terenul pe care calcă, și pôte încă executa diferite lucrări care cer integritatea sensibilităței palmare și a degetelor; numai astfel se pôte explica cum cea mai mare parte din leproși de și presintă o profundă anestezie a membrelor, cu toate acestea au destulă siguranță în mers și în acțiunile manuale.

*Anestesia confirmată e de obicei simetrică,* adică ocupă cam aceleași teritorii, așa în cât pe scheme desennul care reprezintă distribuțiunea anesteziei la unul din membrele inferiøre sau superiøre se asemănă destul de mult cu acela al membrului inferior sau superior opus; acesta se pôte dice în mod general, și mai cu sémă atunci când anestesia

apare în același timp la ambele membre omologe, (veți schema II, V, VII etc).

Câte odată însă ea nu apare în mod simultaneu la am-



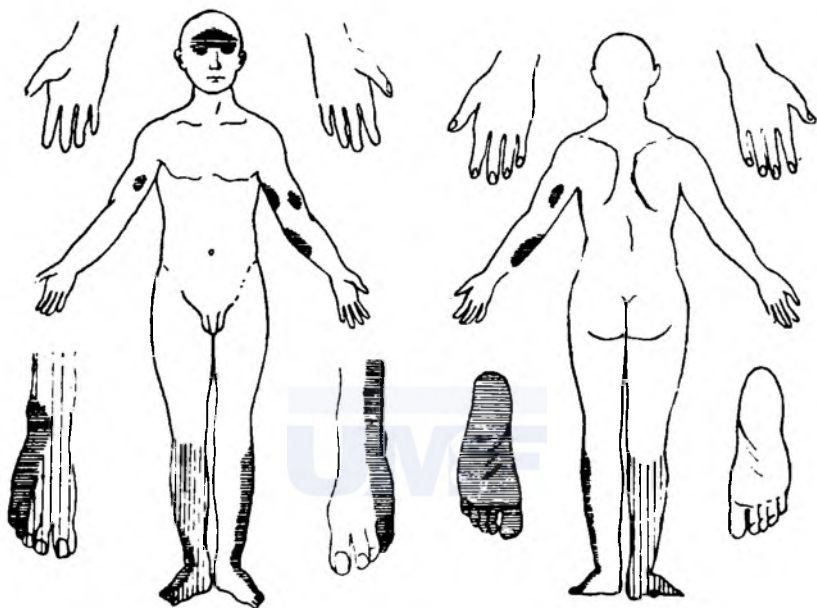
SCHEMA II

Regiunile însemnate cu linii indică Zonele de anestezie tactilă.

bele membre, ci apare mai întâi la unul din ele, având deja ore care întindere când apare la membrul opus; acest raport inițial menținându-se, va exista o discordanță destul de pronunțată, în distribuțiunea și intensitatea acestei anestezii, ea fiind mai întinsă la membrul la care a început. (veți schema III, VIII, IX).

Din examinarea casurilor incipiente reese un lucru de mare importanță în ceea ce privește, începutul și modul de a progresa al anesteziei.

Așa am văzut că în casurile deja înaintate, anestesia se întinde mai mult sau mai puțin către rădăcina membrului, dar ea ocupă totă circumferința lui; acesta ne-ar face să



SCHEMA III

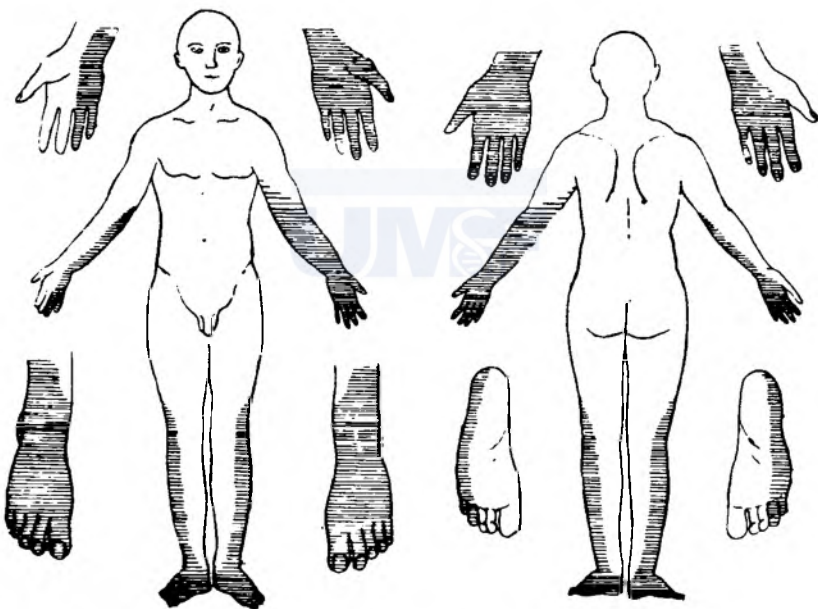
Regiunile însemnate cu linii dese indică zonele de anestezie tactilă și dureroasă care se superpun; liniile mai rare și verticale indică zonele unde termino-anestezia depășește limitele celorlalte anestezii. Zonele însemnate la membrele superioare și față, indică anestezia la nivelul petelor (vezi obs. IV).

presupunem, până la un punct, că această dispoziție circumferențială a anesteziei, ar exista chiar de la începutul evoluției ei; cu alte cuvinte că ea ar progresa într'un mod masiv, ca să zic așa, de jos în sus.

Examinând casurile recente vedem că lucrurile nu stau astfel, ci anestezia la început ocupă una din marginile membrelor fie internă, fie externă, prezentându-se sub forma

unei bande : Așa s. ex. la membrul inferior ea ocupă de obicei micul deget sau cele două din urmă degete, apoi marginea externă a gambei, (veđi schema III și IV) ridicându-se cu un lampas, la o înălțime mai mult sau mai puțin variabilă, ajungând câte-odată până în regiunea trochanterienă ; alte-ori această bandă în loc de a ocupa fața externă, ocupă fața internă a membrului (veđi schema II).

La membrul superior acelaș lucru ; banda ocupă, de obicei, la început micul deget, marginea cubitală a mânei, partea internă a antebrațului, și așa mai sus (veđi schema



SCHEMA IV

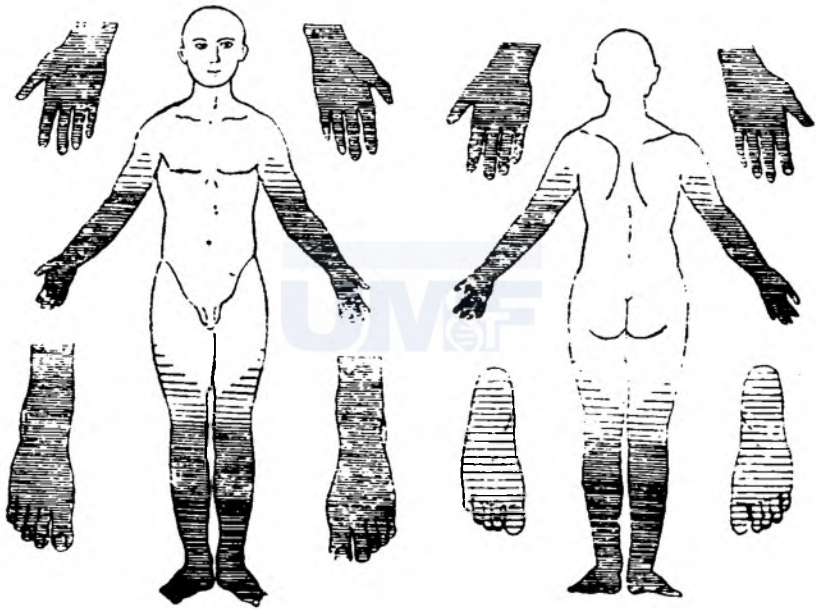
Niculae S. (obs. II), Această schemă reprezintă anestezia tactilă.

II și IV) ; în fine alte-ori ea ocupă marginea externă (veđi schema VIII).

Acest tip de anestezie în bandă, care constituie un



semn destul de important pentru diagnosticul casurilor de lepră incipientă, cu timpul începe a se deforma, propagându-se nu numai în sensul vertical ci și circumferențial. Există două modalități în evoluțiunea acestei bande anestetice: sau că ea e limitată de la început ocupând numai marginea internă a piciorului, și nu se ridică în sus, până ce mai întâi nu se lățește și înconjoară tot piciorul, ca o ghiată, cu alte cuvinte evoluează repede către tipul segmen-



SCHEMA V

Nicolae S. (vezi obs. II) Această schemă reprezintă anestesia dureroasă și termică, la acel'uzi bolnav, a cărui anestezie tactilă e reprezentată prin schema IV.

tar; sau că de la început ea se ridică în sensul vertical până aproape de rădăcina membrului, până la nivelul ce'l va ocupa anestezia definitivă (vezi schema IV și III), și apoi încetul cu încetul se întinde în sens circumferențial,

descriind o semi-gutieră ce îmbracă jumătatea externă sau internă a membrului (veđi schema IV), apoi trei părți, până ce în fine cele două margini ale gutierei se împreună, membrul e înfășurat într'o manta complectă de anestezie *tipul segmentar*, așa cum 'l găsim de obicei în clinică, fiind constituit (veđi schema IV, V, VII, IX etc).

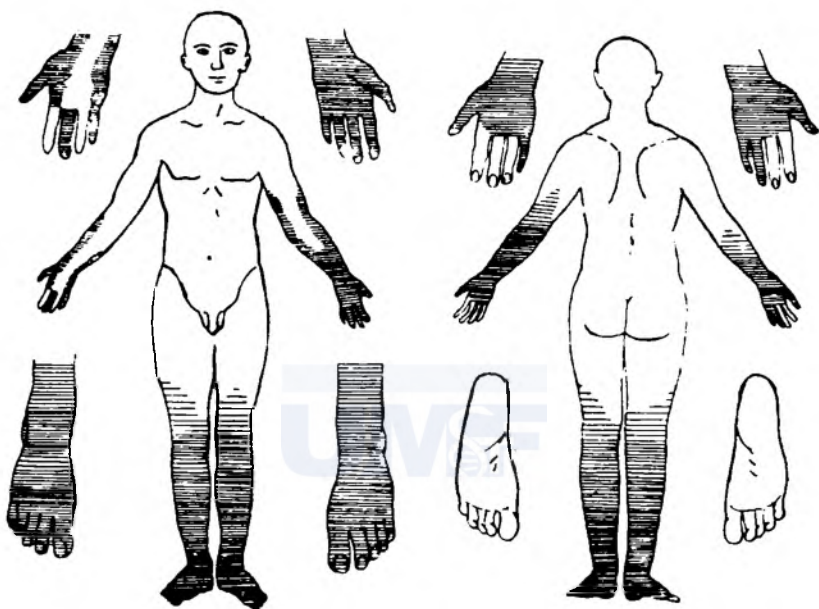
În fine în casuri rări, anestesia în loc de a progresa în sensul transversal prin cele două margini ale sale, se întinde numai prin una din ele; așa s. ex. începând de la partea externă, marginea posterioară a anesteziei se întinde, acopera fața posterioară a membrului, ajunge la marginea internă și apoi trece pe fața anterioară, așa în cât în această fasă când aprópe tot segmentul e anestezic, există pe linia mediană anterioară o bandă unde sensibilitatea e normală (veđi schema VI).

După cu am mai arătat, anestesia în mersul său progresiv póte respecta unele regiuni ca palma mânei, talpa piciorului și degetele în totalitate sau în parte (veđi schema II, IV, VI, VII etc).

Cum diferitele calități ale sensibilității (tactilă, durerósă și termică) nu sunt alterate simultaneu, ci unele cu mult înainte celor-l'alte, se întâmplă adese ori să constatăm că *tipul în bandă*, care s'a diformat și a dispărut pentru sensibilitatea care a fost atacată la început, mai există încă pentru sensibilitățile care au fost atacate mai târđiú; așa dacă comparăm schemele IV și V, care represintă diferitele anestezii. la acelaș bolnav vedem că pe când *tipul segmentar* s'a constituit pentru sensibilitatea durerósă și termică (schema V) *tipul în bandă* persistă încă pentru sensibilitatea tactilă (schema IV).

În lepră *anestesia foarte rar ocupă fața și trunchiul*; n'am putut observa de cât o singură dată o anestezie parțială a feței (schema III) într'un cas de lepră tuberculósă, în care regiunea frontală și inter-sprincenósă era ocupată de o placă de infiltrațiune; în acest cas anestesia nu acoperea toată fața sub forma unei măscii, ci era cantonată în zonele infiltrate.

Anestesia completă și izolată a toracelui, îmbrăcându-l sub forma unei veste, cum se observă de obicei în sirin-gomielie, n'am întâlnit'o în nici unul din casurile pe care le-am studiat ; când există (veți schema X) ea e datorită



SCHEMA VI. Voicu S. (obs. I).

Acésta schemă reprezintă anestesia tactilă.

extensiunii și propagațiunii anesteziei membrelor, găsin-du-se în raport de continuitate directă cu dânsa.

Se pare că anestesia trunchiului se constituște ast-fel : anestesia membrelor superioare ajungând la rădacina lor se întinde înainte asupra regiunii marelui pectoral, iar înapoi către regiunea scapulară ; de aci se întinde încetul cu încetu către linia mediană pe care o respectă multă vreme ; în fine ele se contopesc numai într'o fază foarte înaintată a bólei ; extensiunea anesteziei de la membrele

inferiore se face mai mult către regiunea sacro-lombară, regiunea inguinală și abdominală fiind mult timp cruțate.

*Limita superioară a anesteziei* membrilor nici o dată nu descrie un contur complet circular, perpendicular pe axa membrului, ci descrie o elipsă mai mult sau mai puțin oblică, îmbrățișând membrul ca o eșarfă, ca o rachetă; cred că această oblicuitate este o consecință a dispoziției prime a anesteziei, în bandă, extermitatea elipsei corespunzând vârfului bandei.

*Anestezia constatată la un moment dat nu constituie o schemă definitivă, imutabilă, neschimbătoare*, ci se găsește în continuă stare de progres, tinzând a ocupa regiuni din ce în ce mai întinse: la început sub formă de bandă, apoi segmentară îmbrăcând mâna și antebrațul ca o mănuișă, piciorul ca o ghiată, gamba ca un ciorap, în fine membrele în totalitate pentru a se întinde de aci une-ori asupra trunchiului.

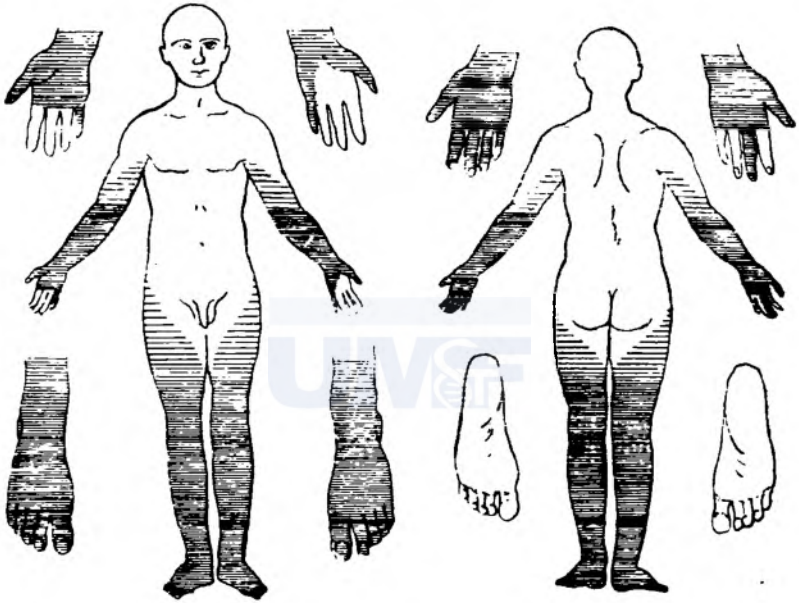
Despre acest lucru am avut ocaziunea să mă conving examinând aceeași bolnavă la epoce mai mult sau mai puțin depărtate; ast-fel unii bolnavi a căror observațiune am luat-o în serviciul d-lui Profesor KALINDERU, revădându-i după o trecere de timp variabilă (de la 6 luni până la 1 $\frac{1}{2}$  an), în leproseria de la Răchitosa, am constatat că anestezia progresase în mod simțitor, schemele actuale diferind mult de cele din trecut.

În afară de aceste variațiuni într'un timp îndelungat, există la limita superioară a anesteziei, în orî-ce moment am examina bolnavul, o zonă supusă la variațiunii zilnice de intensitate și de întindere, această stare traducând leziunea nervilor la început sau poate chiar numai niște turburări dinamice; din contra acolo unde anestezia a început, unde ea e profundă, corespunzând leziunii complete a sistemului nervos, ea e fixă, neschimbătoare; cu timpul leziunile nervilor progresând, zona care la început era variabilă nu întârziează a intra în domeniul zonei fixe, pentru a face loc, dincolo de dinsa, unei alte zone mobile.

*Tranziția între anestezie și părțile cu sensibilitate ner*

*mală nu se face în mod brusc* ci există o zonă intermediară de sensibilitate ceva mai scăzută; alte ori însă limitele lor sunt net tranșate, tranziția se face în mod brusc, răspunsurile bolnavului exprimând cu energie această tranziție.

Anestesia la început nu ocupă de cât părțile superfi-

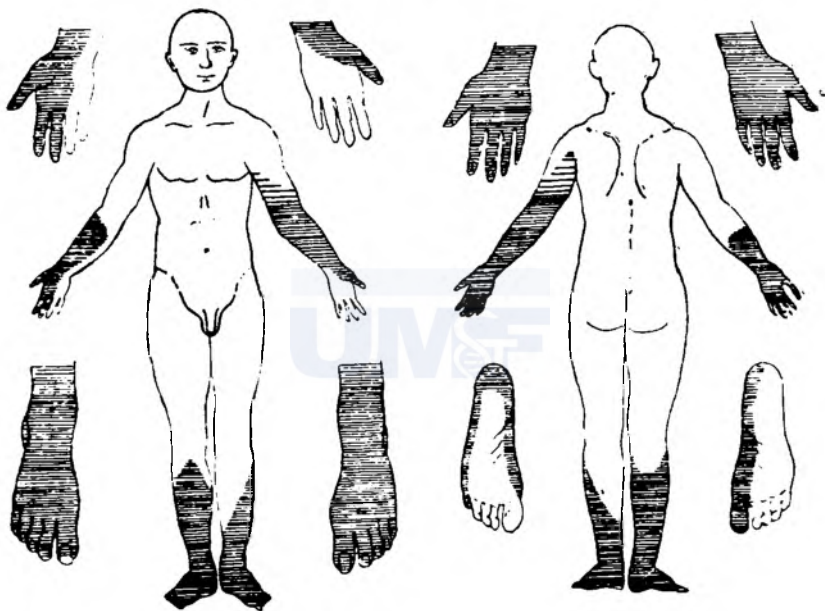


SCHEMA VII

Voicu B. (obs. I) Această schemă reprezintă anestesia dureră și termică, care aprîpe se superpun.

ciale ale peleî; pe măsură ce leziunile nervoase progresază, anestesia devine din ce în ce mai profundă, așa în cât pe locurile unde ea a apărut mai de mult, e mai profundă de cât în acelea unde a apărut mai târziu, lucru pe care 'l putem constata la unul și acelaș bolnav; am zis că anestesia începe de la extremitatea membrelor spre a se întinde către rădăcina lor; eî bine, explorând sensibilitatea

vedem că la picior putem străpunge cu totul pelea, fără ca bolnavul să dea semne de durere; la gambă această anestezie deja e mai puțin profundă, iar la căpsă, imediat ce vârful acului pătrunde dincolo de stratul papilar, e simțit. Prin urmare în mod general și ca consecință a celor enunțate mai sus, putem dice, că *anestesia e cu atât*



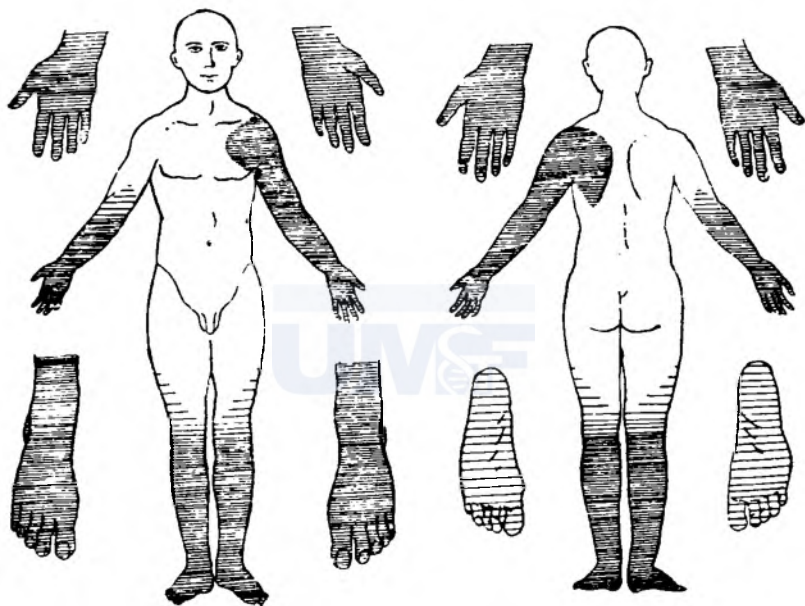
SCHEMA VIII. Ion R. (Obs. V).

Acastă schemă reprezintă anestezia tactilă.

*mai puțin profundă, cu cât mergem de la extremitate către baza membrului.*

*Anestezia leprăasă nu interesează în mod egal toate calitățile sensibilității, cel puțin la început.* JEANSELME afirmă că sensibilitatea termică și dureroasă par a fi alterate cele d'întâi; această observațiune e esactă în mare parte, căci am putut'o verifica într'un mare număr de casuri, dar nu

póte fi stabilită ca regulă, căci une-ori anestesia tactilă e  
 aceea care începe. Un fapt e sigur, că nu există un iso-  
 cronism perfect în apariția diferitelor anestezii; acesta reese  
 în mod fórte evident, comparând între ele schemele anes-  
 tesiiilor la acel'aș bolnav. (Veđi schema IV, V, VI, VII,



SCHEMA IX. I. R. (Obs. V).

Acésta schemă repres. anestesia termică și durerósă la acel'aș bolnav a căru  
 anestezie tactilă e repres. prin schema VIII.

VIII și IX); în adevěr vedem că ele nu se superpun în  
 mod exact, ci analgesia și termo-anestesia e mult mai in-  
 tinsă se întinde până aprópe de rădăcina membrului, a  
 căpătat deja tipul segmentar, pe când anestia tactilă care  
 a apărut cu mult mai în urmă, abia se ridică până la ju-  
 mătatea gambei, sau păstréză încă tipul în bandă.

De aci rezultă că aproape tot-d'auna în lepră, la început, avem o *anestezie disociată*; atunci când sensibilitatea tactilă e conservată, iar cea termică și durerôsă e abolită, avem acea disociare specială siringomieliiei, ȕisă *disociarea siringomelitică*, care a fost punctul de plecare a numeroase erori în ceea-ce privesce diagnosticul leprei.

Cu timpul însă sensibilitatea acea care fusese mai mult timp respectată nu întârziază a fi și ea abolită, așa că *anestesia totală urmĂzĂ anesteziei disociate*; și cum în evoluția lor ascendentă ele pĂstrează ordinea aparițiunei lor, rezultă că de și la extremitatea inferiĂră a membrului (picior, gambă, mână, antebraț) anestesia e complectă, dar cĂtre baza membrului tot-d'a-una vom găsi o regiune mai mult sau mai puțin întinsă în care anestesia e disociată.

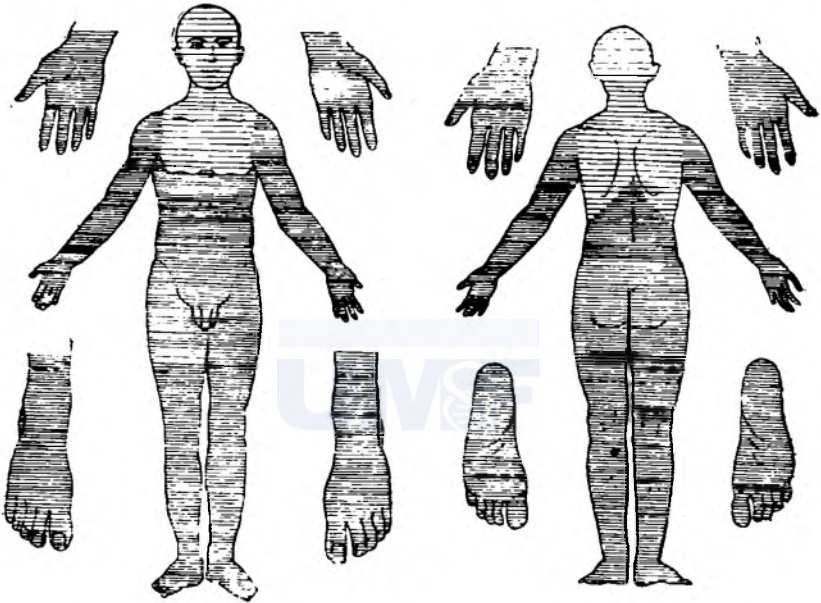
Din cele zise mai sus, rezultă ca *disociarea siringomelitică există în lepră*, dar caractere trase din dispozițiunea, și modul sĂu de evoluțiune o deosebesc de acea care se observă în siringomieliie; pe când în siringomieliie disociarea ocupă anumite regiuni fixe și se pĂstrează ca atare timp indefinit, disociarea în lepră nu exprimă de cĂt unul din momentele evolutive a anestesiei, ne fiind după cum am mai zis o consecință a lipsei de isocronism în apariția lor.

AcĂstă convingere am cĂpĂtat-o din examinarea repetată a cazurilor la intervale diferite; am vĂduț numeroase cazuri la care primul examen, 'mi arăta o disociațiune din cele mai tipice, dar care reexamineate după timp de 6 luni sau un an, 'mi arătau că acĂstă disociare dispăruse odată cu progresarea anestesiei.

Intre alte casuri acest lucru l'am putut constata în tĂtă evidența sa la un bolnav (obs. IX) din serviciul D-lui Profesor MARINESCU, care bolnav, în anul 1897, presenta o disociare siringomelitică ce ocupa membrele superiĂre; actualmente anestesia sĂu latins aproape la tot corpul și e complectă. Cred dar că aș putea afirma că *tipul definitiv cĂtre care tinde anestesia leprĂsă, e anestesia complectă; anestesia disociată nu e de cĂt un fenomen transitoriĂu*.



În ceea ce privește sensibilitatea termică trebuie să adaug că ea poate fi alterată în mai multe moduri: sau e abolită complet, sau e pervertită sau în fine e numai întârziată. Când e abolită, aplicațiunea unui corp cald sau rece nu deșteaptă nici o senzație termică; bolnavul simte numai



SCHEMA X. (Marcu L.)

Zonele însemnate prin linii dese exprimă anestesia completă, cele însemnate cu linii mai rare hipo-astesiă.

contactul acestui corp, fără a ne putea da nici un detaliu asupra calității sale termice.

Când sensibilitatea termică e pervertită, senzațiunea termică e percepută, dar e greșit interpretată; aplicațiunea unui corp cald provacă senzațiunea de rece și vice-versa.

Alte-ori sensibilitatea termică e numai întârziată; așa aplicând un corp cald sau rece, bolnavul simțela început

numai contactul lui, dar după cât-va timp are și senzația termică. Aceasta nu e de cât exagerarea unui fenomen care există deja în stare normală; în adevăr fiziologia ne arată că senzațiunile de contact și termice nu se fac simultaneu ci succesiv, senzațiunea de contact fiind întâi percepută și apoi cea termică; dar acest interval e atât de scurt, în cât în practică fenomenul nu e apreciabil în stare normală.

În fine une-ori sensibilitatea termică e numai diminuată fără a fi abolită, și nu răspunde de cât la impresiunile făcute de o temperatură care trece limitele obișnuite.

*Senzațiunea de presiune și simțul muscular* sunt de obicei perfect conservate în lepră.

Adese-ori observăm o *lipsă de localizare* exactă a senzațiilor; înțepând bolnavul într'un punct anumit, fără ca el să vadă, și punându'l să ne indice cu degetul acest punct, vedem că el 'l precizează greșit, arătându-l la oarecare distanță de punctul adevărat.

## CAPITOLUL III

### **Diagnosticul între lepră și siringomielielie în special din punctul de vedere al turburărilor sensibilității**

Lepra prezintă numeroase asemănări cu diferite afecțiuni ale sistemului nervos, dar în prima linie cu siringomielielie și sindromul lui MORVAN. Pentru lepra tuberculă nu poate fi vorba de nici o confuziune, leziunile sale fiind destul de evidente și caracteristice.

Nu tot ast-fel stau lucrurile cu lepra anestezică; asemănările pe care aceste bôle le prezintă atât din punctul de vedere al evoluțiunii cât și simptomatologiei lor, fac ca adese-orî ele să fie confundate una cu alta, mai ales în urma unui examen sumar; cu toate acestea sunt cazuri în care dificultățile sunt atât de neînvinș în cât chiar specialiști de înaltă competență în cea-ce privește chestiunea leprei, nu s'aũ putut pronunța cu certitudine.

În timpul din urmă, atențiunea a fost atrasă asupra acestui punct, și diferiți observatori aũ căutat diferite semne, care de și izolat n'aũ mare importanță, dar care coroborate unele ca altele constituiesc un prețios material de diagnostic, permițându-ne a găsi diferențe, acolo unde în aparență nu sunt de cât asemănări.

D. ZAMBACO îi revine în prima linie, meritul de a fi atras printre cei d'ântai atențiã asupra asemănării ce există între lepră, siringomielielie și bôla lui Morvan; dar din nenorocire, el a mers prea departe isbit de aceste asemănări, afirmând că siringomielielie și bôla lui MORVAN nu sunt alt-ceva de cât tot forme de lepre însă niște lepre modificate, degenerate.

De sigur, această concepție unitară e foarte seducătoare la prima impresie, și ar fi mult mai ușor a accepta această largă sintesă propusă de D. ZAMBACO, contopind într-o singură entitate morbidă, etiologicește bine definită, *lepra*, atâtea bóle diferite. În urma acestei afirmațiuni a lui ZAMBACO, care n'a rămas fără răsunet, chestiunea diagnosticului leprei a fost dublată de o chestiune de doctrină, cea ce n'a făcut de cât a mărit confuziunea deja existentă în această delicată chestiune de diagnostic.

D. ZAMBACO și bazază afirmațiunile sale pe rezultatul unei anchete făcută în Bretania, unde a întâlnit numeroase cazuri de bóla lui MORVAN și siringomiile, dar care pentru dânsul nu sunt de cât forme de lepre, cu înfățișarea modificată, prin condițiunile mai bune de trai și igienă.

D. ZAMBACO mai invocă în sprijinul ideilor sale câte-va cazuri care au fost considerate mult timp clinicește ca siringomieli, dar care în urmă s'au constatat pri examenul bacteriologic că nu sunt de cât lepre. (Cazul lui PITRES din Bordeaux; al lui DANIELSSEN și al lui SOUZA-MARTINS din Lisabona).

Iată dar, țice D. ZAMBACO o strălucită confirmațiune a afirmațiunilor mele; dar dacă d-sa invocă cu entusiasm examenul bacteriologic în aceste cazuri care în aparență îi sunt favorabile, trece din contră sub tăcere imensul număr de cazuri în care examenul bacteriologic e negativ; tocmai acesta e punctul prin care păcătuiește D. ZAMBACO, d-sa dorind a se menține mai mult pe terenul clinic, ne atribuind de cât o valoare secundară examenului bacteriologic în general.

Dacă însă ținem socoteală de acest examen și trebuie să ținem, vedem că cazurilor invocate de D. ZAMBACO, în sgrrijinul ideilor sale li se póte da cu totul altă interpretațiune; ele ne pot conduce a admite existența leprelor cu caracter siringomielitic, adică că bacilul leprei e capabil în unele cazuri se determine leziuni vacuolare specifice, analóge cu acele ale siringomieliei și dând naștere

prin urmare la simptome clinice asemănătoare (cazul lui SOUZA-MARTINS).

Acesta nu înseamnă însă de loc, că monopolul fistulisațiunii măduvei aparține numai leprei; că nu există siringomieliu care să nu fie lepröse; aceasta ar fi tot atât de fals, după cum observă SOUZA-MARTINS, ca și cum am admite că numai bacilul lui KOCH e capabil a provoca escavațiuni în pulmon.

Siringomielia și bóla lui MORVAN (recunoscute ca una și aceeași bóla, de însuși CHARCOT) n'aú valórea unei entități morbide; procese diferite prin natura lor, dar având aceeași localizare medulară, pot conduce la manifestățiunii clinice asemănătoare.

În patologia sistemului nervos, unde fie-care teritoriú 'și are însemnătatea și funcțiunea sa, am putea díce că topografia leziunilor, mai mult de cât natura lor, comandă simptomele bólei. Atât cunoscínțele nóstre fisiologice cât și patologia vin a ne explica aceste lucruri; orí de câte-ori printr'o caúsă óre-care se va produce o leziune saú o distrucțiune a substanței grise a córneler posterióre, conducénd saú nu la producerea unei cavități, vom avea realizat unul din principalele simptome ale siringomieliiei, adică analgesia și termo-anestesia, sensibilitatea tactilă fiind conservată, de óre-ce după Schiff ea 'și are drumul prin fasciculele posterióre. Aceste leziuni pot fi produse prin diferite cauze, din care cea mai frequentă pare a fi gliomul; dar ea póte fi produsă și printr'o hemoragie intra-medulară, hematomieliie (Minor și Seeligmüller); printr'un traumatism cu înțepătura măduvei (Kocher), prin o leziune sifilitică, printr'o mielită transversă, *cât și printr'o leziune leprósă*. De multe ori nici nu e trebuință ca aceste leziuni să ajungă la formarea de cavități, ci e de ajuns, ca ele să fie destul de întinse în cât să distrugă anumite teritorii a substanței grise, pentru a provoca simptomele siringomieliiei.

Prin urmare dacă din punct de vedere clinic, diferitele forme de siringomieliu, bóla lui Morvan etc., se pot câte odată

confunda una cu alta, această confuziune nu e permisă din punct de vedere etiologic, cum face D. ZAMBACO.

Este adevărat că numeroase erori s'aun făcut și se fac în diagnosticul leprei, luându-se drept siringomielie, bóla lui Morvan etc. afecțiuni care în realitate nu sunt de cât forme de lepre, și vice-versa; așa, se citéză în știință numeroase cazuri, care mult timp aun fost etichetate clinicește ca siringomielii, sclerodermii etc. dar care în cele din urmă, grație examenului microscopic s'aun văđut că nu sunt alt-ceva de cât casuri de lepră; dar a trage din aceste câte-va erori de diagnostic, rectificate prin examenul bacteriologic, concluziuni generale, cred că e exagerat.

În privința diagnosticului leprei, trebuie să adaug că există o mare deosebire, după localitatea unde se află bolnavul studiat; pe când în țările unde lepra e frecventă erorile de diagnostic sunt mult mai rare, de óre ce medicul se gândește în prima linie la lepră și nu ajunge la alt diagnostic, de cât excluđând lepra, în țările ne-leprose, unde un cas de lepră e o raritate, medicul are un mod de a proceda cu totul opus.

Profesorul von Düring (*Die Schwierigkeiten in der Diagnose nervöser Lepraformen, insbesondere in Beziehung auf die Siringomyelie*, 98), crede că în țările leprose e mai bine a considera ca lepre casurile îndoelnice, până la dovada contrară. El citéză un caz cu manifestațiunii ainhumoide, care nu presenta nici un fel de erupțiuni, și pe care l'a comunicat prin Ehlers societăței dermatologice din Paris, ca lepră; evoluția ulterioară l'a confirmat pe deplin în vederile sale; în ordine contrară adaugă că cazul publicat de dânsul, în atlasul internațional de dermatologie, ca *sclerodermie*, n'a fost după convingerile sale ulterioare de cât o lepră frustă. El mai citéză cazul a 3 frați din clinica profesorului BERGMANN; câte-și trei presentaun mutilațiuni care la început aun fost declarate leprose, dar în urmă diagnosticul începuse a inclina către siringomielie; pentru a'și forma o convingiune, spune că i-a examinat împreună cu EHLERS, și că pentru dânsul diag-

nosticul de lepră anestezică persistă, până ce examenul anatomic 'l va convinge de contrariul.

Dacă am insistat atâta asupra acestor lucruri e tocmai pentru a pune în evidență dificultățile ce există pe terenul clinic în facerea diagnosticului între aceste diferite bóle.

Cum nu în tot-deauna putem recurge la sancțiunea examenului anatomic, adese-orî suntem chemați a face diagnosticul leprei menținându-ne numai pe terenul clinic; trebuie dar ca pe acest teren, să nu neglijem nimic, să căutăm a aduna toate semnele care pot aduce óre-care lumină în facerea diagnosticului; printre aceste semne un loc important 'l ocupă turburările sensibilităței.

Casurile tipice de lepră nervoasă nu fac nici o dificultate diagnosticului, bóla înainte de a fi ajuns la faza multilațiunilor, turburărilor de sensibilitate și atrofiilor a trecut prin períodoa inițială de erupțiune cu evoluția sa caracteristică.

Bólele cu care lepra se póte confunda și care ne interesează pe noi în special sunt siringomielia și așa đisa bóla lui MORVAN. În privința bólei lui MORVAN să-mi fie permis a đice câte-va cuvinte, pentru a ști cu ce avem a face.

În 1883, MORVAN, un medic frances, din departamentul Finister, a observat o bóla nouă, fórte curiosă, caracterizată prin panariții repetate ce sfârșeau prin distrugerea și eliminarea degetelor; cea-ce a atras în special atențiunea sa, a fost că aceste panariții erau cu totul indolore, contrar panarițiilor obișnuite, care se scie, sunt fórte dureroase; conchise deci că acești bolnavi presentaú grave turburări de sensibilitate; el studiază simptomatologia acestei bóle căreia îi dade numele de *panaris analgesic*.

Individualitatea acestei bóle a fost consacrată la început, de școla de la Salpetrière, prin persóna ilustrului ei șef. CHARCOT, care 'i-a dat numele de bóla lui Morvan, voind prin acésta să aducă omagiú și să rásplătéscă munca și meritul acestuí obscur medic de provincie. Nu trecu însă mult timp și CHARCOT cu sagacitatea și spiritul său remarcabil de observațiune, atrase atenția asupra asemănă-

reii ce există între această boală și siringomielia, descrisă de curând de SCHULTZE și KAHLER. Ideile sale teoretice au primit o strălucită confirmare prin cele 2 cazuri de boala la Morvan, publicate de JOFFROY, cazuri în care s'au găsit leziuni spinale ca și în siringomieliile.

În urma acestor fapte Charcot proclamă unitatea acestor două boli; prin urmare considerațiunile pe care le-am făcut când am vorbit de relațiunile între lepră și siringomieliile, se pot aplica în totalitate și la așa zisa boala lui Morvan.

Revin la chestiunea diagnosticului diferențial din punct de vedere clinic. D-l Profesor KALINDERU, într'o remarcabilă comunicare făcută la congresul de lepră din Berlin 97 (De la lèpre anesthésique. Ses lésions médullaires, son expression clinique, ses rapports avec la syringomyelie et la maladie de Morvan), resumă într'un tabloú sinoptic semnele clinice care permit a face diagnosticul între aceste boli.

A) În favoarea siringomieliiei:

- Disocierea turburărilor de sensibilitate.
- Integritatea mușchilor superficiali ai feței.
- Absența petelor pe piele.
- Integritatea sistemului pilos
- Deviațiunea colónei vertebrale

B) În favoarea leprei:

- Cele mai adese-orî abolirea sensibilității tactile
- Atrofia și paresia mușchilor superficiali ai pelei
- Paralizia dublă a orbicularilor
- Îngroșarea nervilor (cubital mii ales)
  - cu umflături nodulare.
- Resorbțiunea spontanee a falangelor
- Căderea completă sau parțială a degetelor.

Nu mă voi ocupa în special de analiza acestor diferite semne: în articolul de față nu'mi propun, după cum arată și titlul, de a mă ocupa în special de cât de rolul ce'l jôcă în stabilirea diagnosticului numai unul din aceste semne, adică turburările sensibilității.



Există oare un tip special, atât în ceea ce privește calitatea cât și modul de dispoziție al turburării sensibilității în lepră? cu alte cuvinte, există o schemă invariabilă a turburării sensibilității după care să putem recunoaște existența leprei? La aceste chestiuni nu se poate răspunde în mod general.

Din examinarea unui însemnat număr de cazuri, am avut ocaziunea să constat interesante particularități a acestui simptom; am văzut cazuri de lepră în care anestesiele sunt destul de caracteristice, în cât numai cu ajutorul lor am putea afirma diagnosticul; sunt însă alte cazuri, mai rare bine înțeles, în care și acest simptom îmbracă polimorfismul celor-lalte manifestări leproase, așa în cât el nu ne-ar putea conduce la diagnostic de cât coroborat cu cele-lalte simptome când ele există.

Voi pune în paralel principalele caractere ale anestesiei leproase comparând-o cu cea ce găsim în siringomieli:

În *lepră* anestesia când a ajuns la oare care întindere, de obicei e completă, adică interesează în mod egal toate calitățile sensibilității. Chiar atunci când în lepră există disocierea siringomielică, ea nu e de cât un rezultat al lipsei de isocronism în alterarea diferitelor calități a sensibilității, și ea tinde a deveni cu timpul completă. În *siringomieli* din contră disocierea sensibilității apare și se menține ca atare timp indefinit.

În *lepră* există la limita zonei de anestezie completă, un teritoriū cu anestezia disociată, datorit faptului că anestezia tactilă în progresiunea sa ascendentă rămâne în urma celor l'alte, care ocupă o întindere mai mare; în *siringomieli* din contră, zona de anestezie disociată nu e în contimitate cu o zonă de anestezie completă.

În lepra chiar atunci când există disociere, sensibilitatea tactilă nu e perfect conservată ci e și ea puțin scădută; în *siringomieli* sensibilitatea tactilă e de o perfectă integritate.

D. PROFESOR KALINDERU insistă asupra unei alte diso-

cieri a sensibilității în lepră, care e tocmai invers disocierii siringo-mielitice, adică pierderea sensibilității tactile cu conservarea sensibilității dureroase și termice. Dacă ne-am întreba asupra semnificațiunii acestei disocieri, am vedea că în lepră atât disocierea siringomielitică, cât și celălalt fel de disociere, n'aū de cât una și aceeași valoare și explicațiune, adică rezultă după cum am arătat mai sus din acea că alterațiunea diferitelor calități a sensibilității nu se face simultaneu ci succesiv. Causa pentru care sensibilitatea tactilă e cea din urmă atacată în lepră ar rezida după BLASCHKO în acea că nervii temperaturii și durerii sunt mai vulnerabili față de leziunea lepră de cât acei ai sensibilității tactile; pentru acesta trebuie să admitem specializarea căilor de conducțiune și la periferie, nu numai în măduvă, lucru de altmintrelea posibil după lucrările lui BLIX și GOLDSCHIEDER.

Acolo însă unde diagnosticul între lepră și siringomielie devine foarte greu, aproape imposibil, în lipsa altor manifestățiuni speciale, sunt cazurile nu tocmai rare de lepră, în care constatăm disocierea sensibilității, exact cu aceleași caractere ca și în siringomielie; lucrul se explică foarte bine, de ôre-ce am vădut că lepra e capabilă a determina câte odată leziuni a substanței grise spinale, leziuni care pot conduce chiar la formarea de cavități, analôge cu ale siringomieliei. Pentru a da o probă de dificultățile ce se crează în asemenea împrejurări, voi cita cazul devenit celebru al lui SOUZA MARTINS și CAMARA PESTANA, despre care am amintit deja mai sus. Acest cas, a cărui descriere nu o voi face, a purtat mult timp diagnosticul de siringomielie, și chiar a făcut subiectul unei teze care trata despre această chestiune. Autopsia a arătat într'adevăr că era vorba despre o cavitate în măduvă, dar această cavitate era de natură lepră.

Anestesia în lepră este tot-deauna *simetrică*; în siringomielie ea e de obicei *asimetrică* (Jeanselme).

În lepră anestesia începe de obicei prin extermitatea membrelor inferioare, sau de odată atât la membrele supe-

riore cât și inferiore : în siringomieliie anestesia începe și rămâne multă vreme cantonată sau la membrele superiore sau inferiore, izolat.

În adevăr siringomieliia și are punctul de plecare într'o leziune circum-scrisă a măduvei spinale, și după observațiunile cele mai frecvente, în segmentul cervico-dorsal al măduvei ; acestei localizațiuni spinale, îi corespund apariția simptomelor morbide numai la membrele superiore ; sensibilitatea membrelor inferiore rămâne ani întregi, sau pentru tot-d'auna ne-atacată. Din contră, când leziunea va ocupa etajele inferiore ale măduvei, atunci apariția simptomelor morbide se va face la membrele inferiore, membrele superiore rămânând la rândul lor mult timp ne atinse.

În *lepră* anestesia feței și trunchiului de și există dar e rară ; anestesia feței în întregime, acoperind fața ca o mască n'am întâlnit'o în nici unul din casurile examinate de mine ; am constatat de mai multe ori o anestezie parțială a feței, ocupând fruntea, rădăcina nasului, obrazul, etc., și corespunzând unor zone de infiltrațiune leprósă ; bine înțeles că în aceste casuri nici nu pôte fi vorba de a esita în diagnostic, în *siringomieliie* nu e rar să constatăm anestesia ocupând fața în întregime ca o mască.

Anestesia trunchiului, în *lepră*, există numai în fasa terminală, în casurile foarte progresate și e un rezultat al extensiunii anesteziei membrelor, așa că nu e izolată ci se găsește în continuitate atât cu anestesia membrelor superiore cât și inferiore. Apoi anestesia chiar atunci când s'a propagat la trunchiū progresază până aproape de linia mediană anterioră și posterioară, oprindu-se aci și respectând mult timp aceste teritorii ; în *siringomieliie* din contră anestesia trunchiului e foarte frecventă, e cu totul izolată de anestesia membrelor, sau în continuitate numai cu anestesia unora din ele, fie superiore, fie inferiore. Ea e de la început completă, îmbrăcând toracele în întregimea lui întocmai ca o vestă, sau un brău, etc.

În *lepră* anestesia începe sub forma unei bande pentru

a deveni apoi segmentară; în mod general cam acel'aş lucru găsim si în siringomieli. Dar MAX LAEHR, într'un interesant studiu, (Lepra und Siringomyelie. — Berlin. Klin. Wochenschrift. 97. No. 3) atrage atenția asupra unor particularități ce ar prezenta modul de apariție și evoluția acestor bande. Așa el dice că în siringomieli bandele ocupă indiferent partea externă sau internă a brațului, fața anterioară sau posterioară a gambei; în lepră din contră ele au un adevărat sediū de elecțiune care este marginea internă pentru membrul superior, marginea externă pentru membrul inferior. Observațiunile mele confirmă în mare parte cele enunțate de LAEHR; pentru membrele superioare e adevărat că anestesia începe de cele mai multe ori în partea internă a mâinei și ante-brațului, dar am observat și unele casuri în care ea a început prin partea externă; în cea ce privește membrele inferioare e adevărat că în mod aproape constant ea începe prin marginea externă a piciorului și gambei.

Dacă anestesia s'ar menține până la sfârșit sub formă de bande, diagnosticul ar fi foarte mult ușurat prin caracterul dispoziției lor; din nenorocire însă tipul primitiv se deformază, ajungând prin gradațiuni succesive la tipul segmentar; în siringomieli anestesia prezintă în marea majoritate a casurilor, de la început, tipul segmentar, metameric.

Dar chiar atunci când tipul segmentar s'a constituit în lepră, mai avem o altă resursă, rezultând tot din faptul că nu toate sensibilitățile sunt de odată atacate, anume că atunci când anestesia durerôsă și termică a ajuns la tipul segmentar, anestesia tactilă e încă dispusă sub formă de bandă, dându-ne indicațiuni folositoare.

În lepră anestesia începe de la extremitatea membrului în siringomieli ea pöte începe și prin baza membrului.

În lepră marginea superioară a anesteziei descrie o linie neregulată, capricioasă; de cele mai multe ori mai ridicată în partea externă de cât internă, ea descrie un oval îmbrățișând membrul ca o eșarfă; în nici un cas nu are o dispoziție verticală la axa membrului, cel puțin după obser-

vațiunile mele; în *siringomieli* din contra această margine descrie o linie destul de regulat orizontală, verticală în raport cu axa membrului, asemănându-se prin acesta cu anestesiele isterice.

În *lepră* nici odată nu există o tranziție bruscă, între zonele de anestezie și cele sensibile, ci tot-d'auna există o zonă intermediară, în care sensibilitatea e numai adormită, și de ajuns a repeta de mai multe ori examenul, a face un fel de somațiune pentru a redeștepta sensibilitatea normală; în *siringomieli* din contra tranziția între zona anestezică și sensibilă se face în mod brusc, e limitată prin linii precise.

În fine mai citez un semn descris de von DÜRING, care ar putea fi alăturat la turburările de sensibilitate, pentru a servi la diagnosticul diferențial; iată în ce constă acest semn: înțepând extremitatea palmară a degetelor mânilor, de și anestesia acestei regiuni e profundă și totală, așa în cât bolnavul nu simte nimic local, totuși se provocă o durere une-ori destul de mare, ce ocupă întreg ante-bratul; în același timp se produce și o contractură în mușchii antebrațului; autorul adaugă că această sensibilitate dureroasă nu poate fi un fenomen de somațiune, de ore-ce se produce în urma unei înțepături nu tocmai profundă și fără a fi repetată de mai multe ori; din parte-mi am constatat acest semn o singură dată.

Cu acestea cred că am terminat enumerarea principalelor caractere diferențiale ale turburărilor de sensibilitate în *lepră* și *siringomieli*; deși ele presintă multe puncte de asemănare, cu toate acestea presintă și deosebiri importante, care singure ne-ar putea permite în unele cazuri tipice să afirmăm diagnosticul de *lepră*, chiar fără a ține socotela de cele-lalte simptome.

Sunt cazuri însă în care ele se presintă sub o formă frustră, puțin caracteristică sau chiar atipică, așa în cât nu ne permit a fi categorici în afirmațiunile noastre.

Acestea sunt cazurile dificile care pretind din partea examinatorului, nu numai un examen amănunțit și conștiințos, dar și o obișnuință și cunoșcere specială a le-

prei, căci numai ast-fel pôte cumpăni și aprecia valórea lie-cărui simptom în parte.

În fine pe d'asupra tuturorora ne putem adresa în casurile în care e posibil, la adevératul criteriũ, adicã la examenul bacteriologic, mai cu sémã de când acéstã operațiune a fost atât de mult simplificatã, grație procedeului *vesicatórei supurate*, preconisat de D-I Profesor KALINDERU ; numai în cazul când acest procedeu nu dã rezultate pozitive, suntem autorisați a recurge la biopsie.

Trebuie să adaug că pentru a fi sigur de autenticitatea casurilor examinate, și pentru a nu mă expune la erori de diagnostic, care m'ar fi putut face să dau drept caracteristic leprei, cea ce ar aparține altor bóle, în tóte casurile studiate am recurs la sanctiunea examenului bacteriologic, utilizând procedeul amintit mai sus. În mai tóte casurile gãsirea bacilului lui Hansen a venit să confirme diagnosticul nostru clinic. Numai în 4 casuri de leprã mutilantã, cu tip Morvan, unde se pãrea că nu existã nici o manifestatiune din partea pelei, nu am gãsit bacilũ ; însă evoluția bólei, și mai ales turburãrile sensibilitãței erau atât de caracteristice, semãnaũ atât de mult cu cea am gãsit în generalitatea casurilor, în cât diagnosticul de leprã nu 'mã lasã nici o îndoialã.

## CAPITOLUL IV.

### Fiziologia patologică a turburărilor sensibilității în lepră

Studiul sistematic al leziunilor sistemului nervos, în lepră, n'a fost făcut de cât în timpul din urmă.

Multă vreme s'a crezut că toate manifestațiunile nervoase observate în lepră, turburări trofice, turburări de sensibilitate etc., se datoresc unor alterațiuni a nervilor periferici, unor nevrite lepróse.

WIRCHOW și LELOIR au emis această opiniune exclusivă, și prin marea lor autoritate științifică, au impus'o mult timp. WIRCHOW, PONCET (de Cluny), CARTER, NEUMANN admit că leziunile țesutului conjunctiv jôcă un rol preponderant în nevrita leprósă, care ar fi prin urmare o nevrită primitiv interstițială; pentru LELOIR și MARESTANG, din contră, leziunile parenchimatóse ar predomina și admit că aceste leziuni sunt primitive nu consecutive leziunilor țesutului interstițial.

LELOIR, DANIELSSEN și BOECK au descris în mod destul de complet, aspectul macroscopic al nervilor alterați; după dênșii leziunea ar fi ascendentă, începând la membrele superióre prin nervul cutanat palmar, iar la membrele inferióre prin cutanatul peronier extern și peronier, pentru a trece apoi la nervii mâi mari, cubital, radial, sciatic etc; acești nervi sunt foarte îngroșați, ating volumul unui deget, și presintă din distanță în distanță îngroșeri moniliforme; îngroșerile și au sediul lor de predilecție acolo unde nervii sunt superficiali sau vin în contact intim cu o suprafață osósă, cum e cubitalul în șanțul

epitrocleo-olecranien, radialul lângă articulația pumnului. Din punctul de vedere microscopic această nevrită parenchimatoasă e caracterisată după LELOIR, printr'o dispariție a cilindrului axil și mielinei, iar în interiorul tecei lui SCHWANN și în jurul tubilor nervoși, se găsesc un mare număr de bacili, care după cercetările lui BABEȘ se găsesc conținuți în interiorul unor celule mari; țesutul conjunctiv interstițial e îngroșat, putând merge până la degenerarea caseo-calcificată; după LELOIR alterațiunea nervilor se datorește acțiunii directe a bacililor lui HANSEN asupra fibrei nervoase.

Este în afară de ori-ce îndoială că nevrita leproasă, cu caracterele descrise mai sus, există în cele mai multe cazuri de lepră nervoasă și mixtă, și că ea este una din cauzele manifestațiunilor nervoase și în special a turburărilor de sensibilitate; dar oare aceste alterațiuni nervoase periferice sunt suficiente pentru a ne explica diferitele modalități a turburărilor de sensibilitate? este drept a admite exclusiv părerea lui LELOIR, care ține că «lepra sistematizată nervoasă nu e alt-ceva de cât o nevrită periferică»? De sigur că nu.

Încă din anul 1848 DANIELSEN și BOECK au constatat alterațiuni macroscopice a măduvei spinale și a învelișurilor sale (scleroze și meningite); dar constatările lor trecură ne băgate în seamă, atenția neurologilor fiind absorbită prin afirmațiunile lui WIRCHOW și LELOIR.

Mai târziu ROSENBACH atrase atenția că în lepra nervoasă afară de leziunile nervilor se găsesc și leziuni în a cornoale posterioare ale măduvei.

STAUDNER și LANGHANS (Arciv. Wirchow, vol. 64), au constatat într'un cas de lepră anestezică, alterațiunea substanței grise din regiunea comisurală posterioară, cornoale posterioare și colonei lui CLARKE; substanța grisă în aceste regiuni era ramolită și presenta chiar cavități în regiunea cervicală.

LOOFT a semnalat asemenea pe lângă leziunile nervilor



perifericî, o degenerare a cordónelor posterioare și atrofia rălăcinilor posterioare.

TSCHIRIEW raporteză un caz cu alterațiuni a substanței grise a córnelor posterioare, cu integritatea rădăcinilor însă.

Studiul alterațiilor sistemului nervos central, în lepră, intră într'o fasă nouă și mai pozitivă în urma descoperirii bacilului lui HANSEX. D. BABEȘ și KALINDERU, care au re-luat în ultimul timp studiul sistemului nervos în lepră au constatat prezența acestui bacil în unele din celulele radiculare ale măduvei și mai rar în celulele creierului; au constatat că bacilul la început se găsește în spațiile limfactice peri-celulare, de aci pătrund în celulă, unde provocă leziuni de cromatolisă, o stare de fragmentațiune a granulațiilor lui NISSL și o dispariție a nucleului și nucleolului.

D. BABEȘ a mai constatat prezența bacililor lui HANSEN în ganglionul lui GASSER, și în ganglionii spinali, de nouă ori din 22 cazuri examinate; în ganglionii spinali microbii se concentrează de preferință în celulele nervoase ale proto-neuronului sensitiv.

JEANSELME făcând examenul a 5 măduve leprose, a constatat leziuni în celulele córnelor anterioare manifestate printr'un óre-care grad de cromatolisă peri-nucleară; ele prezintă alterațiuni mult mai pronunțate a substanței albe; în cordónele posterioare a observat o sclerosă a cordonului lui GOLL, a zonei radiculare postero-interne și a zonei cornu-comisurale; zona lui LISSAUER, colónele lui CLARKE și rădăcinele posterioare erau respectate; cordónele antero-laterale prezintă leziuni de sclerosă mai ales la nivelul fasciculului piramidal încrucișat; în părțile sclerosate, JANSSELME n'a găsit bacilul lui HANSEN.

În fine e cazul lui CAMARA PESTANA în care s'a găsit în regiunea cervicală a măduvei, o cavitate ce ocupa atât părți din substanța grisă, cât și din substanța albă.

Dacă am insistat atât de mult asupra leziunilor găsite de diferiți autori din partea sistemului nervos central și în special în măduvă, este că voesc a arăta că cunoștințele

nóstre asupra acestei chestiuni nu ne mai permit a admite că manifestările nervóse, observate în cursul leprei, sunt datorite exclusiv nervilor periferici, ci că leziunile sistemului nervos central, jócă un rol tot atât de important, póte chiar predominant, în producerea lor. În această direcțiune vorbește nu numai rezultatul examenelor anatomo-patologice, dar chiar și faptele clinice.

În adevăr, studiind modul cum începe anestesia leprósă și dispoziția ei, vedem că în majoritatea cazurilor ea nu pote fi explicată de cât admițând existența unor leziuni *radiculo-spinale*; în lepră mai nici odată anestesia nu urmésză distribuția periferică a unui singur trunchiú nervos. Astfel dacá ne referim la schema IV, vedem că anestesia la membrul superior drept, ocupă marginea internă a mânei, antebrațului și se ridică aprópe de mijlocul brațului; din cunoscințele nóstre anatomice asupra ramurilor nervóse care inervează pelea în regiunile sus citate, reese că această anestezie la mână corespunde nervului cubital, la antebraț brachialului cutanat intern, iar la braț accesoriului brachialului cutanat intern; tóte aceste 3 ramuri nervóse co-răspund perfect celei d'a VIII rădăcină cervicală.

Anestesia regiunilor citate mai sus nu póte fi de cât sub dependența unei leziuni radiculare, căci numai ast-fel ne am putea explica această sistematisare, care am putea dice e constantă în lepră, la început; cu timpul leziunea progresând póte interesa și cele-l'alte rădăcină și ast-fel anestesia se întinde și ea, ocupând tótă mâna sau antebrațul.

Leziunile radiculare ne explică perfect anestesia sub formă de bandă, dar nu póte de loc explica anestesia segmentară.

D. BRISSAUD, într'un important studiú publicat în *Semaine Médicale*, din 21 Septembre 1898, se ocupă cu explicarea anesteziei segmentare, metamerice în siringomieliie, și diferite alte procese morbide care ating substanța grísă a măduvei; conclusiunile la care el ajunge se pot aplica în întregimea lor la explicarea acelu-aș fenomen în lepră, cu atât mai mult, cu cât am arătat mai sus că lepra póte

determina în măduvă procese în totul asemănătoare cu siringomielia.

Polemizând cu M. LAEHR, D. BRISSAUD caută în prima linie a stabili deosebirea ce există între metameria radiculară și spinală. DEBIERRE în cartea sa de anatomie (*La moelle épinière et l'encephale* Paris 1894) dice : «Măduva spinărei p<sup>o</sup>te fi considerată ca fiind formată dintr'o serie de segmente superpuse sau *metamerice*, corespunzând fie cărei perechi de nervi spinali, comparabile inelelor lanțului ganglionar bilateral al anelidelor și artropodelor ; fie care din ele este un centru complect, independent, cu celulele sale, cu nervii săi sensitivi și motori ; fie care din ele sunt deosebite de vecinul lor, căci înervază un punct special al corpului, suprafață tactilă sau grupă musculară ; celulele nervoase sunt grupate în câmpuri motore și sensitive ». Din această definițiune ar reeși că metameria radiculară se confundă cu cea spinală. După D. BRISSAUD, din contră nu e nimic comun între distribuțiunea periferică a *fibrelor radiculare* și reprezentațiunea periferică *metamerelor spinale* ; la ființele a căror structură nu se depărtează mult de organizațiua metamerică, etagiul spinal și radicular sunt unul și acelaș lucru ; la vertebrate și la om, însă, metamerele spinale și radiculare și capăta independența lor grație anastomozelor cilind-axile ; grație acestuî fapt, puncte diferite, care nu aparțin acele-ași sfere de distribuțiune nervoasă periferică sau radiculară, au în măduvă o reprezentațiune unică, la un nivel ôre-care al înălțimei axei.

Acestea dise, pentru a explica cum se înțelege ađi metameria spinală, să trecem la studiul mecanismului anestesiei segmentare. Se scie că măduva spinărei nu prezintă aceiași grosime totă întinderea sa, ci prezintă douë ingroșeri fusiforme, ocupând una regiunea cervicală, cea l'altă regiunea dorso-lombară ; aceste douë unflături sunt consecința aparițiunei și dezvoltărei membrelor, după cum demonștră în de ajuns anatomia comparată și embriologia ; ele corăspund, prima, originei nervilor care se duc la membrele superioare, cea d'a doua emergenței nervilor

care se duc la membrele inferioare; aceste unflături sunt formate mai cu seamă prin enorma dezvoltare pe care o ia la acest nivel substanța grisă a măduvei, mai ales cornul lateral; măduva spinării, deci, și în special substanța grisă pare că are tendința de a se prelungi către fie-care membru.

În această substanță grisă supra-adăugată, corespunzând inervațiunii membrilor, și constituind adevărate măduve supra-adăugate, există aceiași dispoziție metamerică ca și la măduva trunchiului; adică substanța grisă a unflăturii cervicale are etaje superpuse în sens lateral, de din afară înăuntru, și fie care din ele corespund unui etaj periferic al membrului (vezi schema XI, M<sup>1</sup>, M<sup>2</sup>, M<sup>3</sup>); etajului însemnat cu M<sup>1</sup> îi corespunde brațul; etajului M<sup>2</sup> corespunde ante-brațul; etajului M<sup>3</sup> îi corespunde mâna.

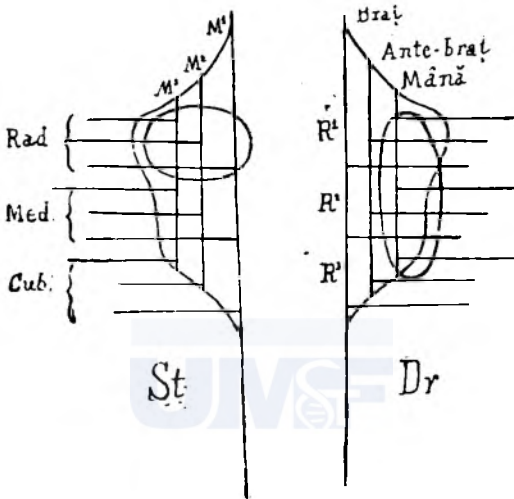
Acestea nu sunt de cât câte-va etaje corespunzând principalelor segmente ale membrului; între ele putem presupune un număr imens de etaje, corespunzând proiecțiunii medulare a diferitelor puncte intermediare a segmentelor indicate mai sus; așa s. ex. la marginea externă a unflăturii cervicale ar exista mai multe etaje metamerice corespunzând etajelor metacarpienelor, falangelor și falangetelor.

Această divisiune în etaje superpuse în sensul lateral în substanța grisă a unflăturilor cervicale și lombare, nu se poate să nu existe, dice D. BRISSAUD. Ea nu exclude de alt-mintrelea divisiunea în etaje radiculare; consultând schema alăturată, vedem că cele 3 etaje radiculare, însemnate cu R<sup>1</sup>, R<sup>2</sup>, R<sup>3</sup>, corespund mergând de sus în jos nervilor radial, median și cubital.

Fie care din aceste fibre străbat cele 3 etaje metamerice ale unflăturii cervicale, și își ia succesiv origina din celulele acestor 3 etaje, care știm că corespund mâinei, antebrațului și brațului.

Acestea dice, aceiași schemă a lui BRISSAUD, ne lămuște pentru ce o leziune a unflăturii cervicale, poate da

naștere în unele cazuri unei localizațiuni metameric, segmentare, și pentru ce altă dată dă naștere la simptomele unei localizațiuni radiculare, la anestezii în formă de bandă. «O leziune medulară (la stânga schemei) interesând ră-



SCHEMA XI (după BRISSAUD).

Representând unflătura cervicală a mâduvei. Rad... etajul radicular superior al membrului superior (etajul radial). — Med... etajul radicular mediu (etajul medianulul). — Cub... etajul radicular inferior (etajul cubitalulul). — M<sup>1</sup> etajul metameric spinal al unflătorei cervicale corespunzându brațului.

M<sup>2</sup> etajul metameric corespunzându ante-brațului.

M<sup>3</sup> etajul metameric, corespunzându mânei.

La stânga, ovalul desinat represintă leziunea unflătorei cervicale, ne interesându de cât etajul radicular superior.

La dreapta, leziunea nu interesează de cât etajul metameric al mânei.

dăcinele etajului radial, în tătă grosimea unflătorei cervicale, va produce fenomene radiculare, limitate în zona etajului radial». Vom avea deci o anestezie în formă de bandă, ocupându tătă zona de distribuție periferică a nervilor care își iaă naștere din rădăcinele corespunzătoare teritoriului medular atins, în cazul de față în zona radialului.

«O leziune medulară (la dreapta), care ar interesa etajul metameric al mâinei, pe totă întinderea unflătorei cervicale va determina simptome de localisațiune *metamerică*, în cazul de față o anestezie segmentară a mâinei în formă de mănușe și oprindu-se brusc la limita ante-brațului». Brațul și ante-brațul nu prezintă nici o anestezie, de ôre ce metamerele lor corêspunđătore nu sunt atinse de această leziune.

D. BRISSAUD adaugă că această explicațiune dată de D-sa, nu e numai o simplă hipotesă, un mod de a vedea teoretic, ci corêspunde fôrte bine realităței lucrurilor; pentru a dovedi aceasta el invocă o lucrare recentă a lui VAN GEHUCHTEN și de BUCK (Journal de Neurologie 5 Mars. 1898), asupra cromatolisei neuronilor lombo-sacrali, observată în urma de articulațiunei gambei. «Desarticulația gambei, dice D. BRISSAUD, înseamnă supresiunea unui etaj metameric spinal. Etajul metameric spinal condamnat la degenerare aparține unflătorei lombo-sacrale; și dacă cea ce am afirmat mai sus e adevărat, myo-neuronii pe cale de cromatolisa trebuie se fie aceia care învecinează extremitatea unflătorei lombro-sacrale, adică partea sa cea mai externă; or, în observațiile lui VAN GEHUCHTEN, cromatolisa ocupă tocmai această regiune».

Acestea sunt în câte-va cuvinte explicațiunile pe care BRISSAUD le dă anesteziilor segmentare în genere, și care, după cum am đis, se pot aplica fôrte bine și la lepră.

Iată dar că diferitele elemente ale sistemului nervos, *periferic, radicular, central*, și au partea lor mai mult sau mai puțin importantă, în producerea turburărilor nervôse în general și a anesteziiei leprose în special.

În privința chestiunei de a se sci care anume leziuni sunt primitive, leziunile nervilor, sau leziunile radiculo-spinale; cu ale cuvinte dacă afecțiunea începe prin periferie spre a se propaga către centru (nevrita ascendentă a lui LELOIR), sau dacă apare simultaneu în ambele locuri, nu se pôte rêsponde cu siguranță.

Ținând cont de modul de început al anesteziiei sub formă

de bandă, pentru a deveni apoi segmentară, nu putem admite că ele ar putea fi datorite numai unor leziuni periferice, căci atunci anestesia s'ar prezenta sub formă de zone, corespunzând distribuțiunii diferiților nervi bolnavi și n'am mai putea observa această sistematizațiune constantă a anesteziei leprose; suntem deci autorizați a afirma că în majoritatea casurilor leziunea începe în regiunea radiculo-spinală. Un singur punct rămâne încă nedeslușit, anume pentru ce această elecțiune specială a leziunilor pentru porțiunea măduvei corespunzând umflăturii dorsale și lombare.

Citez ca curiositate opinia lui DEHIO (din Tochio), care crede că alterațiunile nervilor periferici ajung, pentru a explica toate manifestațiunile leprei anestetice.

Iată cum înlănțuște el lucrurile: pata eritematoasă și infiltratul lepros sunt fenomenele inițiale; anestesia urmază, căci extremitățile nervilor sensitivi sunt distruși la acest nivel; în fine toate firisoarele nervoase, plecând din acest loc suferă infiltrația leproasă și aceasta se propagă în sus până la trunchiul nervului, care nu întârziează a degenera. Teoria lui DEHIO coprinde o parte de adevăr numai în ceea ce privește explicarea turburărilor de sensibilitate care se constată local, la nivelul erupțiunilor fie eritematoase fie maculoase, la nivelul infiltrațiunilor și tuberculilor: de bună seamă că aceste anestezii sunt datorite alterațiunii firisoarelor nervoase terminale cutanate, și că infiltrațiunea leproasă jăcă un mare rol în producerea lor: dovadă e că ele nu depășesc limitele acestor infiltrațiuni, și că existența lor e în strânsă legătură cu evoluția infiltrațiunilor leprose, anestesia putând dispărea complet când infiltratul se resorbe, tubii nervoși regenerându-se când cauza mecanică de iritațiune dispărea.

Dar a generalisa această explicațiune pentru toate anesteziele în general, însemnă a nu ține socotela de realitatea lucrurilor; în adevăr admitând această părere nu ne-am putea explica pentru ce anesteziele sunt simetrice pe câtă vreme erupțiunile au o localizare foarte capricioasă;

apoi câte-odată anestesiele sunt fôte întinse, fără a exista nici un fel de erupțiune.

În privința disocierei sensibilităței ce constatăm câte-odată la nivelul acestor pete și infiltrațiuni, trebuie să adaug că acest fenomen capătă o importanță deosebită prin aceea că mai înainte era considerat ca aparținând numai unor anumite leziuni spinale.

În leziunile centrale acest fenomen se explică prin specializarea căilor de conducțiune (Schiff), de o parte pentru sensibilitatea termică și dureroasă, de altă parte pentru sensibilitatea tactilă; pentru explicarea aceluia-și fenomen în leziunile periferice, la nivelul petelor și infiltrațiunilor, ar trebui să admitem că aceeași specializare a căilor există până în ramificațiunile terminale a diferiților nervi cutanați; cercetările lui BLIX, GOLDSCHIEDER și HERZEN, vorbesc în acest sens; ar mai trebui să admitem asemenea că aceste trei feluri de nervi nu prezintă o egală rezistență față de procesul leprosoz, nervii termici și dureroși fiind mai vulnerabili de cât cei tactili. Aceasta e explicațiunea care se pôte da disocierei sensibilităței la nivelul manifestațiunilor eruptive a leprei tuberculöse.



# PARTEA II

## OBSERVAȚIUNI CLINICE

### OBSERVAȚIUNEA I

(CULEASĂ ÎN SERVICIUL D-LUI PROFESOR KALINDERI)

#### Lepră mixtă

*Anestesia termică și dureroasă mult mai întinse de cât cea tactilă; în general ele au luat tipul segmentar; din cauză că cele trei feluri de anestezii, nu se superpun în mod exact există mai multe zone unde anestesia e disociată (tip sirin-gomielitic).*

Voicu B., 25 ani, de profesie muncitor, de naționalitate Română, născut și domiciliat în Giurgiu.

Mama sa mórta în vîrstă înaintată, fără să fi avut vr'o manifestare leproasă. Tatăl său trăește, e în vîrstă de 50 ani, de profesie pescar, a fost tot-d'auna sănătos.

O soră a sa a murit în prima copilărie, de variolă; are doi frați, sănătoși, însurați, copiii lor sănătoși. Bolnavul, nostru e și el însurat de 10 ani; femea sa e sănătoasă, n'a rămas nici odată însărcinată; trăește la un loc cu fratele său, în promiscuitate de masă și casă, cu toate acestea pînă acum nu s'a observat nici un caz de contagiune.

În ceea-ce privește proveniența bôlei sale nu ne pôte da nici o explicațiune; nici odată n'a părăsit orașul său natal, nici n'a venit în contact cu vr'un bolnav atins de lepră.

La vîrsta de 20 ani, sifilis (roseolă, plăci mucóse în gât); n'a făcut abuzuri alcoolice; ca alimentație, întrebuița aprópe exclusiv peștele, tatăl său fiind pescar.

Acum 10 ani, în timpul verei a fost apucat de accese febrile quotidiene, spre seară; aceste accese se repetau 10-15

șile d'arândul, apoi dispăreau spre a reveni după 7-8 zile. În timpul uneia din perioadele febrile, a avut o *erupție vesiculosă*, pe membrele inferioare întâi, apoi pe cele superioare; apăreau niște mici bășicuțe, de mărimea unei alune; unele rămăneau de aceeași dimensiune în tot timpul duratei lor, altele se măreau considerabil, ajungând până la mărimea unui ou de găină; apariția acestor bășici era precedată local, de usturime și ôre-care durere; durata lor era de la câte-va zile până la 2-3 săptămâni, apoi se spârgeau dând scurgere unui liquid citrin, se uscau și se vindecau, lăsând în locul lor mici cicatrice. În timpul acestei perioade eruptive avea dureri și junghiuiri în membre și se simțea foarte obosit; une-ori fără să facă cea mai mică mișcare, avea dureri musculare și senzație de obo-seală.

În toamna aceluiaș an a avut o erupție de pete roșii pe față, care au durat vr'o 3 săptămâni; după trecerea lor totul a dispărut ca prin minune, nu mai suferea de nimic; în timpul ernei a fost recrutat, a făcut serviciul militar, (fără să stea nici o zi în infirmerie, după cum ne spune el). Cam pe la sfârșitul celui d'al doilea an al serviciului militar a început să simtă nasul înfundat, astupat ca și când ar fi avut guturai și din nări se scurgea un liquid sanguinolent, amestecat cu puroi; cam în același timp a observat că periî sprincenilor și mustăților încep a cădea.

După liberarea din armată, la câte-va luni, a avut din nou o erupție vesiculosă, care a fost vădută de D-l Profesor PETRINI-GALATI, și care a afirmat diagnosticul de lepră. Așa au trecut vr'o doi ani cu alternative de noi erupțiuni și perioade de calm, până când, la 5 ani de la începutul boalei, au apărut primii tuberculi pe gambe; în scurt timp ei se generalisară apărând treptat, treptat la cõpse (partea anterioară și inferioară), la antebrațe, față și apoi la partea inferioară a brațelor. Vesiculele care apăreau acum nu mai treceau atât de repede ca cele de la început, ci supurau multă vreme, lăsând în urma lor cicatrice întinse, pigmentate. Scurgerea din nas a devenit permanentă, cu totul purulentă, eliminându-se din când în când porțiuni de cartilagiü necrosat; nasul începu a se deprima încetul cu încetu, mustățile și sprincenile s'au rărit până la complecta lor dispariție. De doi ani degetele mâinilor începurã a lua o poziție viciosã.

*Starea actuală.* Fața bolnavului ne oferă aspectul caracteristic al leprei: nasul deprimat, perii sprincenilor și mustăților cu totul dispăruți; perii capului conservați; pelea feței e sediul unei infiltrațiuni difuze, din care se ridică un mare număr de tuberculi, cam de mărinea unor bobe de porumb, și care ocupă mai ales regiunea sprincenósă și inter-sprincenósă, părțile laterale ale obrasilor, lobulul urechi și regiunea bărbiei; pe limbă, către basa sa există mai mulți tuberculi; lueta și stâlpii faringelui sunt sediul unor tuberculi și infiltrațiuni leprose, care de sigur descind în jos către laringe (indoiturile ariteno-epigloteice, córdele vocale), căci bolnavul e răgușit și are accese de dispnee.

Atât pe membrele superióre cât și inferióre se observă un mare număr de cicatrice pigmentate, de culóre brună închisă despre care ne spune bolnavul că sunt rezultatul erupțiunilor vesiculóse; pe partea posterióră a ante-brațelor, în partea antero-externă a gambelor se găsesc un mare număr de tuberculi lenticulari, hipo-dermici. În partea posterióră a cotului stâng se găsește o ulceratióne cam de mărinea unei piese de 5 franci, care e sediul unei abundente supurațiuni.

Pe fața plantară a piciorului stâng în dreptul capului celui d'al 5 meta-tarsian se găsește de asemenea o ulceratióne cu fundul murdar, ce merge până la os. Puroiul din aceste ulceratióni esaminat la microscop, ne arată un mare număr de bacili leproși.

Mânile prezintă atitudinea de ghiară, tipul ARAN-DUCHENNE, din cauza atrofiei muschilor inter-ósosi; într'adevăr pe fața dorsală e mânei în spațiile inter-ósóse se găsesc niște depresiuni, din cauza atrofiei și disparițiunei muschilor coréspondători; palma mânilor e turtită, relieful eminentelor tenare și hipo-tenare e sters, din cauza atrofiei muschilor; din aceste regiuni; pelea regiunei palmare e fină, subțire. Atrofia nu se întinde la mușchii ante-brațului.

Picióarele se găsesc într'un început de atitudine varus-equin; în afară de ulceratiónea descrisă mai sus pelea regiunei plantare e fórte îngroșată, și prezintă abundente desquamațiuni.

Pe pelea toracelui, abdomenului și gâtului nu se observă nici o erupțiune fie tuberculósă fie de altă natură.

Nervii cubitali, prin palpațiune în șanțul epitrocleo-olecranien se simt puțin îngroșați. Reflexul cotului și rotulien puțin diminuat.

*Sensibilitatea feței, toracelui și trunchiului normală.*

Anestesia ocupă extremitățile membrelor pe o întindere destul de mare, și interesează în cea mai mare parte de o potrivă atât sensibilitatea tactilă, cât și termică și durerოსă; ele însă nu se superpun în mod esact în totă întinderea lor; *anestesia tactilă* e reprezentată prin Schema No. VI; *anestesia termică și durerოსă* se superpun în mod aprópe esact una asupra alteia și e reprezentată prin Schema No. VII; aceste scheme mă dispensează de descrierea amănunțită a regiunilor ocupate de anestezii; țin însă să remarc că la membrele inferióre anestesia durerოსă și termică fiind mult mai întinsă de cât cea tactilă, există dincolo de limita acestei anestezii o zonă în care anestesia e disociată; la membrul superior drept, pe când anestesia durerოსă și termică au luat tipul segmentar ridicându-se până aprópe de treimea superióră a ante-brațului anestesia tactilă se presintă sub forma unei gutiere ocupând fața posterióră și mărginele laterale ale mânei și ante-brațului; există dar pe linia mediană anterioră a ante-brațului și palma mânei o fășie verticală unde anestesia e disociată.

## OBSERVAȚIUNEA II

(CULEASĂ ÎN SERVICIUL D-LUI PROFESOR KALINDERU)

### Lepră mixtă

*Anestesia termică și durerოსă mult mai întinse ca cea tactilă; cele d'entăi presintă tipul segmentar ridicându-se până aprópe de rădăcina membrelor; cea din urmă păstrézu încă tipul în bandă ocupând marginea externă a membrilor inferioare și marginea internă a membrului superior drept; există așa dar zone de disocieri.*

Niculae S..., 26 ani, de naționalitate Română, de profesie lautar, domiciliat în comuna Govora, intră în serviciul D-lui Profesor KALINDERU, din spitalul Brâncovenesc, în ziua de 15 Noembre 1898.

Părinții săi trăesc, sunt sănătoși; în totă familia sa nu există nimeni care să aibă o bolă asemănătoare cu a sa. Ne spune

că în satul său exista acum vre-o 10 ani, un bolnav cu mâ-nile și picióarele amorțite având numeroase răni pe corp, și care a murit; acesta locuia însă la o distanță destul de mare de dânsul, și nu se întâlneau de cât foarte rar. Bolnavul traște la un loc cu părinții și frații săi mîncînd și dormind împreună fără ca până acum să se fi observat vre-o contagiune.

N'a avut sifilis; n'a făcut abuzuri alcolice; a fost recrutat în 93; la regiment nu exista nici un lepros. Primul an al vieții de casarmă l'a petrecut într'o stare de perfectă sănătate; în al doilea an a început a avea dureri vagi în articulațiunile genuchilor, piciórelor, mînilor și cótelor; aceste dureri nu a-veau un sediu tocmăi fix, ci se mutau de la articulațiuni la masele musculare vecine; din când în când simțea furnicături, în tot lungul membrelor superioare și inferioare. În acelaș an a avut o erupțiune de pete eritematoase, ce ocupau mai mult fruntea, toracele și abdomenul, pe membre erau mai rare; petele din roșii cum erau la început deveneau din ce în ce mai arămii și apoi dispăreau cu timpul.

Avea adese-orî epistaxis, și apoi chiar scurgere sero-purulenta din nas; periile mustăților și sprîncenilor au început a cădea. În anul următor a apărut primul tubercul lepros la pometa dreaptă; după aceia tuberculii s'au înmulțit pe față, membrele superioare și inferioare.

*Starea actuală.* Bolnavul e de constituție robustă, starea generală satisfăcătoare.

*Regiunea capului.* Periile capului conservați.

Fruntea prezintă două zone de infiltrațiune mai întinse în sensul transversal, de culóre mai închisă ca pelea din prejur, și ocupând nivelul celor două bose frontale: reg. inter-sprîncenósă și sprîncenósă de asemenea e infiltrată; rădăcina nasului e ocupată de un tubercul de mărimea unui bob de mazăre; de aci pleacă o serie de tuberculi mai mici, lenticulari, descriind o curbă cu concavitatea în jos și corespunzând regiunilor sprîncenoase; periile sprîncenelor cu totul dispăruți.

Pleoapa superioară dreaptă prezintă un mic tubercul ce ocupă marginea sa inferioară; pe aceeași margine a pleópei superioare opuse se găsesc doi tuberculi.

Nimic din partea globilor oculari.

Nasul turtit numai către basa sa; orificiile narinelor destul de desfăcute, aripa stîngă a nasului ulcerată profund; prin

orificiul între-deschis al narinelor se vede că mucoasa nasală e ulcerată și acoperită de cruste negre murdare; din nas se scurge un liquid sanguino-purulent cu un miros fetid.

Părțile laterale ale obrazului sunt infiltrate, porii sunt foarte aparenti, și regiunea are un aspect lucios, unuros din cauza exagerării secrețiunii sebacee; în această zonă de infiltrațiune se desinează mai mulți tuberculi, de mărimea unor boabe de mazăre. — Buza superioară infiltrată, proiectată înainte; periți mustăților cu totul dispăruți; în regiunea bărbiei și lobulului urechei drepte se găesc mai mulți tuberculi mici; periți bărbiei mult mai rari ca în stare normală, dar totuși există.

Basa limbei e ocupată de numeroși tuberculi proeminenți; lueta e distrusă, iar vclul palatin e despicat în două prin o vastă ulceratiune; stalpii faringelui infiltrați, îngroșați; bolnavul e răgușit din cauză că aceste leziuni descind și asupra larinxului.

Pe pelea gâtului nu se observă nimic anormal.

Pe torace și trunchiul nu există nici o erupție afară de 2 mici tuberculi în regiunea mamară dreaptă.

*Membrele superioare.* Incepând de la treimea inferioară a ante-bratelor, în jos, coloratiunea pelei e mai închisă ca în restul corpului; în partea posterioară a ante-bratelor, din ambele părți, pelea e mai îngroșată, prezentând câte-va plăci de infiltrațiune; în apropiere de cot se găesc vr'o 7—8 tuberculi; mai jos de ved mai multe cicatrice brune, închise, ușor înfundate care după spusa bolnavului sunt datorite ulceratiunii și eliminațiunii tuberculilor; nervii cubitali îngroșați, noduroși.

*Mânile.* Pelea uscată, în grosimea ei pe fața dorsală se simt mai mulți tuberculi lenticulari. Direcțiunea degetelor e normală, nu există nici o atrofie musculară.

*Membrele inferioare.* Cõpsele la partea lor anterioară și inferioară, sunt infiltrate cu numeroși tuberculi, formând adevărate placarde, de culoare brună-roșie.

Pe gambe observăm către partea lor inferioară o stare ichtiosică a pelei; în partea sa posterioară se găesc mai mulți tuberculi și cicatrice, și 2 ulceratiuni ce merg până la muschi; în puroiul acestor ulceratiuni s'a constatat prezența bacilului lui Hansen.

Pe picioare pelea e foarte îngroșată, brună închisă și plisată în sensul transversal; la marginea sa externă se ved câți-va

tuberculii; pe fața plantară nu se observă nimic anormal; degetele nu prezintă nici o alterațiune; nu există atrofii.

Reflexul cotului și rotulien normale.

*Sensibilitatea feței, toracelui și trunchiului normală. Sensibilitatea membrilor din contră e destul de alterată; distribuțiunea anesteziei tactile e reprezentată prin schema No. IV; distribuțiunea anesteziei dureroase și termice care aprôpe se superpun e reprezentată prin schema No. V; din aceste scheme vedem că la membrele inferioare anestezia a luat tipul segmentar, ridicându-se până aprôpe de rădăcina còpselor; anestezia tactilă din contră se prezintă sub forma unei bande verticale ce ocupă marginea externă a gambei, extremitatea inferioară a còpsei. La membrul superior stâng, anestezia tactilă, termică și dureroasă se superpun; la membrul superior drept, anestezia tactilă se prezintă încă sub forma unei bande ce ocupă marginea internă a mânei și antebrățului. Prin urmare în zonele unde anestezia termică și dureroasă depășesc pe cea tactilă, există disociarea sensibilității.*

### OBSERVAȚIUNEA III

(CULEASĂ ÎN SERVICIUL D-LUI PROFESOR KALINAERU)

#### Lepră mixtă

*Nu există disociare; cele 3 feluri de anestezii se superpun aprôpe exact; anestezia la membrele superioare se prezintă sub formă de bande, ocupând marginea internă a mânei și antebrățului; pentru membrele inferioare tipul segmentar s'a constituit deja pentru piciorul drept, dispozițiunea în bandă persistând pentru gamba dreaptă, piciorul și gamba stângă; ea ocupă marginea internă.*

Grigore S..., 65 ani, de profesie muncitor, născut și domiciliat în comuna Cătun, județul Dâmbovița.

Tatăl său a murit într'o vârstă înaintată, n'a fost lepros; mama sa trăește, sănătoasă; are doi frați sănătoși.

Bolnavul nostru e însurat, a avut 4 copii, dintre cari trei trăesc; cel d'al 4 a murit la vîrstă de 22 ani, în urma unei afecțiuni pulmonare cronice. Atît nevasta cât și cei l'alți 3 copii sunt sănătoși.

În privința contagiunii sale nu putem stabili nimic sigur; ne spune că n'a venit nici odată în atingere, ba nici nu și aduce aminte să fi vîdut vr'un om atins de o bôlă la fel cu a sa. E de notat însă că în timp de 20 ani s'a ocupat cu comerțul ambulant, străbătînd județele în lung și în lat, vîndînd când pește, când sare, când gaz; nu e imposibil ca această bôlă să o fi căpătat în una din lungile sale călătorii, venind în contact cu vr'un om atins de lepră, care însă nu i-a atras atenția în mod special. După declararea bôlei s'a stabilit în mod definitiv la casa sa, unde după cum ne spune, trăește la un loc cu nevasta sa, una din fete, ginerele său și 4 nepoți, în promiscuitatea caracteristică țaranului nostru; pînă acum nici unul din ei n'a fost contaminat.

Primele simptome ale bôlei actuale începură a se manifesta acum 6 ani. Pe cînd se afla în una din acele călătorii, a fost apucat de febră, dureri musculare în tot corpul, și o oboseală invincibilă; a fost nevoit să se întorcă cât mai repede la cămin, unde această stare generală a durat aprôpe o vară întreagă.

Puțin timp după aceasta aî apărut niște pete roșii eritematoase în diferite regiuni ale corpului; primele pete aî apărut pe fața anterioară a antebrațului stîng; apoi ele nu întîrziară a se ivi pe antebrațul drept, cîpse, gambe, fruntea și aripele nasului; aparițiunea petelor era însoțită de ușoră mîncărime, și după o durată de 2—3 săptămîniîi coloarea lor din roșie, devenea din ce în ce mai închisă, arămie; unele dispăreau complet, altele lăsaî în urma lor o ușora pigmentație a peleî.

După vr-o 4 luni, cînd unele din aceste pete mai existaî încă în unele regiuni ale corpului, a observat că nasul său e mereu astupat ca și cînd ar avea guturaî, și că din el se scurge un liquid seros murdar; vocea îi deveni nasonată. Aceasta coriză cu caracterul său sero-sanguinolent a durat aprôpe 2 ani, cînd deveni purulentă, amestecată cu mici bucăți de cartilagiî; nasul a început a se turti încetul cu încetul.



După disparițiunea completă a petelor au apărut primii tuberculi pe fața posterioară a antebrațelor la început mici, apoi crescând până la mărimea unei alune; cei mai mulți erau sediul unei ramolițiuni, supurațiuni și eliminare în masă lăsând în locul lor niște cicatrice, ușor înfundate; starea generală a declinat mult în urma acestor supurațiuni continue, și forțele sale au slăbit în mod considerabil. Cam ast-fel s'au succedat principalele faze ale boalei ca localisațiuni și manifestațiuni.

*Starea actuală.* Bolnavul de constituție mediocră, cachectizat.

*Reg. Capului.* Facies leonin. Perii capului conservați; genele și sprincenile cu totul dispărute; pelea feței, mai ales pe frunte, în regiunea sprincenilor și inter-sprincenôsă cum și la lobulul urechilor e sediul unei infiltrațiuni moi, care dă la pipăit senzația de ce-va gelatinos; aceste regiuni infiltrate au un ușor reflex albăstrui; în grosimea dermului se găsesc mai mulți tuberculi, limitați, de mărimea unui bob de porumb unii, alții ce-va mai mari, ocupând unghiul intern al sprincenilor, cât și regiunea intersprincenôsă, făcând ca această regiune să proemine, și să dea bolnavului aspectul încruntat; pe părțile laterale ale obrazului se găsesc asemenea câți-va tuberculi. Nasul e turtit, cu totul deprimat din cauza distrugerii complete a cartilajelor nasale, datorite ulcerățunilor lepröse ce le-a avut bolnavul în această regiune, chiar din primele faze ale bôlei. Perii mustăților există, de și mai rari; perii bărbiei sunt destul de abondenți. Nu există nici o atrofie din partea mușchilor orbiculari sau celor-l'alți mușchi ai feței.

Privirea bolnavului e vagă din cauza cecitaței aprôpe complete, produse print'o infiltrațiune (panus) a corneei; lacrimile se scurg în abondență din ambii ochi pe obraz (epiphora), probabil din cauza obstruării canalului nasal, al cărui orificiu și traect a fost înglobat în cicatricea ce s'a produs în fosele nasale.

*Membrele superioare.* Incepând de la extremitatea degetelor și până la treimea inferioară a brațelor există o stare de infiltrație a dermului, care ne dă la palpație senzațiunea de ceva môle, gelatinos; în aceste regiuni pelea are un aspect violaceu, e môle, subțire mai ales în regiunea palmară.

Antebrațele presintă pe fața lor posterioară numeroși tuber-

culi, atât dermici, cât și hipo-dermici: pelea de d'asupra lor e de o colóre mai închisă, bătând în vênăt-sombru.

Se v&ed de asemenea mai multe cicatrice pigmentate provenind din ramoliția și eliminarea unor vechi tuberculi. Extremitățile degetelor sunt îngroșate av&end aspectul unor ciocane de tobă. La degetul anular și mediu de la mâna stângă, precum și la anularul și micul deget de la mâna dr&eptă, există niște panariții indolente, din care se scurge o materie purulentă; examenul microscopic al acestei secrețiuni purulente ne indică prezența bacilului lui Hansen, în mare cantitate. Bolnavul ne spune că aceste supurațiuni dat&eză de mult timp, dispărând într'un loc, pentru a apare într'altul; la degetul anular și mediu stâng pare că s'a&u cantonat de mai mult timp, căci unghia s'a eliminat și se vede extremitatea falangetei necrosată, în plagă.

Nu există atrofii musculare nici din partea muschilor mânei, nici ai antebratului; mișcările de extensiune și flexiune, a mânei și degetelor se fac cu ușurință, afară de anularul și mediu stâng ale căror mișcări de flexiune sunt împedecate din cauza unor ankilose și cicatrice cutanate. Nervii cubitali se simt prin pipăire în șanțul epitrocleo-olecranien, nu presintă însă nodosități și nici nu par a fi îngroșați.

Pe torace și abdomen nu există nici o leziune a peleii.

*Membrele inferi&ore* de la extremitate până la genuchi presintă aceeași stare de infiltrație ca și membrele superi&ore; pelea la nivelul gambelor este sediul unor crăpături și descuamațiuni abundente; cu cât ne apopiem de articulația tibio-tarsienă, pelea începe a se îngroșa, așa în cât pe fața dorsală a piciorului ea e foarte gr&osă, arămie, făc&end numeroase cute transversale (aspect de pele de elefant). În ambele regiuni plantare, la nivelul capului primului metatarsian se găsește câte un ulcer perforant, care merge până aproape de os. Degetele sunt îngroșate, unghiile crăpate și striate, fără însă ca degetele să fie sediul vre-unei supurațiuni. Pe gambe și extremitatea inferi&oră a c&opselor se văd câți-va tuberculi și cicatrice pigmentare.

Nu există atrofii musculare din partea membrelor inferi&ore: forța musculară normală; mersul normal.

Reflexul cotului și rotulien puțin exagerate.

*Sensibilitatea.* La față, torace și trunchi&u sensibilitatea nor-

mală. Anestesia ocupă numai extremitățile membrelor, și este reprezentată prin schema No. II. Nu există nici un fel de disociare, diferitele feluri de anestezii se superpun în mod aproape exact. După cum bine se vede în planșa sus indicată anestesia prezintă atât tipul segmentar, cât și forma de bandă; așa de exemplu, dacă observăm membrul inferior drept vedem că anestesia ocupă totă fața dorsală a piciorului, pe când la gambă ea e reprezentată prin o fâșie ce ocupă marginea internă și se ridică până la genuchiū. La membrul inferior stâng, din contră anestesia se prezintă sub forma unei fâșii ce plecând de la extremitatea degetelor, ocupă marginea internă a piciorului, a gabei ridicându-se până aproape de genuchiū; sensibilitatea tăpei piciorului normală. Pentru dispoziția anesteziei la membrele superioare să se observe schema.

## OBSERVAȚIUNEA IV

(CULEASĂ ÎN SERVICIUL D-LUI PROFESOR KALINDERU)

### Lepră mixtă

*Anestezie cu disociare siringomielică la față și membrele superioare, corăspundând unor zone de infiltrație lepră; la membrele inferioare nu există disociare, cele 3 anestezii se superpun; ele prezintă tipul de bandă ocupând marginea externă a membrului.*

Ilie S..., 32 ani, de naționalitate Rusă, de profesie pescar, născut și domiciliat în comuna Karkolu (Tulcea).

Părinții săi trăesc, sănătoși, în vârstă înaintată; are 7 frați sănătoși; e însurat, nevasta sa e sanătăsă; n'are copii; în familia sa nu e nimeni atins de o boală asemănătoare cu a sa.

Ne spune că în vecinătatea casei sale, locuește un bolnav atins de lepră, după descripția sa, (tubercule pe față, căderea perilor de la sprincene și mustăți); era în raport de prietenie cu el, adesea mergea în casa lui, și pescuia împreună.

Acum 2 ani a avut fenomene generale, febră, oboseală pro-

fundă, dureri musculare; cea ce'lă supăra mai mult și'lă împedea de la lucru era o senzație de greutate în membrele inferioare; din când în când avea epistaxis, nu abundent, ci numai când și sufla nasul, mucositățile erau amestecate cu puțin sânge.

Acum 10 luni a observat o infiltrație și îngroșare a peleii în regiunile supra-orbitare și între sprâncene; pelea a căpătat o culoare roșie-brună în acest loc; infiltrația s'a întins încetul cu încetul la toată pielea frunții; n'a avut local nici o turburare subiectivă, nici durere, nici mâncărime. De 4 luni fără nici o cauză aparentă, a început a se ivi, la început pe abdomen, apoi pe torace și membre, niște pete de culoare roșie-deschisă, smeurie la început, apoi devenind din ce în ce mai închise; apariția acestor pete l'au îngrijat foarte mult și l'au decis să intre în spital.

*Starea actuală.* Pelea din regiunea frunții e infiltrată aproape în totă întinderea sa; această infiltrație nu se pierde pe nesimțite ci marginile sale sunt bine delimitate, conturul său fiind desinat prin o ridicătură; în această zonă pelea are o culoare arămie, deschiderea porilor e foarte evidentă, aspectul său e gras, unsuros din cauza exagerării secrețiunii sebacee. În această regiune, aproape de arcada orbitară, mai mult se simt de cât se văd niște mici reliefuri (în număr de 3 sau 4), pe care nu i-am putea încă numi tuberculi, ci sunt mase de infiltrațiunii mai dense, ce cu timpul vor deveni adevărați tuberculi; în general pelea frunții e îngroșată, face corp cu țesutul conjunctiv sub-cutanat, așa că nu poate fi îndoită între degete.

Pe părțile laterale ale obrazului constatăm de asemenea o infiltrație a peleii, fără limite precise, perzându-se pe părțile laterale ale aripilor nasului; lobulul urechilor e și el infiltrat. Perii capului, sprincenilor, mustăței și barbei conservați, ba chiar sunt foarte abundenți.

În nas nu se observă nici o leziune, nu există rinoree; din când în când epistaxis.

Nu există nici o leziune a limbei sau a fundului gâtului.

Pe ante-brațul stâng, în treimea sa superioară, există o placă de infiltrație, ce plecând de la partea posterioară, înconjură marginea cubitală a ante-brațului și se termină la partea ante-

rioră; la nivelul acestei plăci există profunde turburări de sensibilitate, după cum vom vedea.

Tot pe fața posterioară a ante-brațelor există câți-va mici tuberculi hipodermici.

Pelea mânilor de aspect cu totul normal; nu există nici o atrofie musculară.

La membrele inferioare, începând de la genuchi în jos, pelea e îngroșată, de coloré brună-închisă, se descuamă abundant, având un aspect ichtiosic; nu se constată nici un tubercul, nici o ulceratie; nu există atrofii musculare.

Pe torace (atât la partea anterioară, cât și pe spate), abdomen, pe brațe, ante-brațe, fese și cõpse se observă niște pete, de coloré brună-arămie, de mărime variabilă (unele ca o piesă de 2 franci, cele mai mari ca o piesă de 5 franci), având o formă ovalară, cu marginile mai mult sau mai puțin neregulate; ele sunt mai dese pe abdomen, pe partea anterioară și laterală a toracelui; cele de partea laterală a toracelui au o formă eliptică, urmând direcțiunea spațiilor inter-costale.

Petele prezintă o ușoră descuamație cu scuame fine; ca coloré am putea distinge două nuanțe, unele fiind de coloré mai roșie altele mai brune, acestea din urmă fiind mai vechi, după spusa bolnavului.

Nervii cubitali nu sunt îngroșați; reflexul cotului și rotulien normale.

Pentru a face diagnosticul bacteriologic, s'a aplicat o mică vesicătoare (2 c. m.) pe fața posterioară a ante-brațului; în pu-roiul produs de această vesicătoare s'a constatat prezența bacilului lui HANSEN.

*Sensibilitatea.* La față se află în regiunea frontală și sprân-cenósă o zonă unde există anestezie disociată; această anestezie ocupă regiunea infiltrată și nu depășeste limitele sale; mai există plăci de anestezie cu caracterul descris mai sus la partea internă a brațului drept, la partea anterioară a antebrațului unde există o mare zonă de infiltrațiune.

La membrele inferioare anestezia se prezintă sub tipul de bandă și e reprezentată prin schema III; la membrul inferior drept, banda ocupă numai marginea externă a piciorului, sensibilitatea talpei normală; la membrul inferior stâng, banda se întinde, în lungul marginii externe a membrului până la genunchiu; în talpa piciorului anestezia există.

Tóte sensibilitățile sunt egal alterate, nu există disocierea anestesiei la membrele inferioare; în afară de regiunile anestesice sus indicate, gamba e sediul unei hiperestezii; regiunile hiperestezice sunt reprezentate pe schemă prin linii verticale mai rari.

## OBSERVAȚIUNEA V

(CULEASĂ ÎN SERVICIUL D-LUI PROFESOR KALINDERU)

### Lepră mixtă

*Anestesia ocupa membrele, a îmbrăcat deja tipul segmentar pentru cea dureroasă și termică, păstrăză încă tipul în bandă pentru cea tactilă; banda ocupă marginea externă a mâinii și antebrațului drept. Disocierea sensibilității există dincolo de limita anesteziei tactile, ea fiind mult mai puțin întinsă de cât cea termică și dureroasă.*

Ion R..., 30 ani, naționalitate Română, de profesie muncitor, născut și domiciliat în comuna Belna (Bulgaria).

Părinții săi trăesc, sănătoși; e însurat, are 2 copii, nevasta și copii sănătoși; nici în familia, nici în satul său nu există nici un om cu o boală asemănătoare cu a sa.

Bolnavul ne declară, după cele ce i-au spus părinții, că la vârsta de 1 an, a avut din nas scurgere de puroi amestecat cu sânge, timp de 1 $\frac{1}{2}$  an; nasul a început a se turti din ce în ce, apoi s'a înfundat cu totul, și scurgerea s'a oprit; din când în când îi curgea sânge din nas, dar n'avea nici o altă turburare a sănătății generale. Bolnavul mai adaugă că părinții i-au spus că în copilărie a avut de mai multe ori erupțiuni de pete roșii pe corp.

N'a avut sifilis. A făcut serviciul militar, în timpul căruia a fost foarte sănătos; n'a suferit de nici o altă boală, era destul de viguros, până acum 1 $\frac{1}{2}$  an, când a simțit că forțele sale încep a declina, nu mai era în stare a munci ca mai înainte, obosea la cea mai mică efortare; a avut febră timp de 6 săptămâni; cam odată cu febra au început a apare be-

șici de diferite mărimi, ocupând la membrele superioare ante-brățele, iar la cele inferioare gambe; ele ducă cât-va timp, apoi se spărgău, dănd eșire unui liquid citrin; în locul lor rămănea o ulcerăție superficială, care după ce supura cât-va timp se vindeca. Perii sprincenelor și mustăților au început cădea.

*Starea actuală.* Părul capului conservat. Fața ne prezintă aspectul caracteristic leonin; nasul turtit complet, orificiile narinelor nu se mai văd; pe frunte d'asupra arcadelor orbitare și între sprincene, pelea e mai îngroșată, infiltrată; pelea obrazului, buzei superioare, regiunii mentoniere și lobulului urechei, e infiltrată și ici colea se văd câți-va tuberculi lenticulari; perii sprincenelor, mustăților și barbei cu totul dispăruți.

Nu există nici o atrofiie a muschilor feței; la ochiul stâng început de keratită leproasă.

Bolnavul e răgușit, câte odată devine complet afon; limba către basa sa e acoperită de tubercul; stâlpii faringelui îngroșați, lueta și vëlul palatin ulcerat și distrus în mare parte; examenul laringoscopic ne arată că cordele vocale sunt îngroșate, infiltrate.

*Membrele superioare.* — Pielea ante-brățelor și mânilor e de culoare mai închisă ca în restul corpului; prin palpație se constată pe ante-brățe mai mulți tuberculi mici. La treimea inferioară a ante-brățului drept și la cot există câte o ulcerăție superficială cu puțină supurație, și având mărimea unei piese de 2 lei; de asemenea la partea mijlocie a ante-brățului stâng există o ulcerăție, cu aceleași caractere ca cele descrise mai sus.

Puroiul acestor ulcerății examinat microscopicește ne arată prezența bacilului lui Hansen.

Mâna și degetele normale ca aspect; nu există atrofii musculare. Nervii cubitali îngroșați.

Pielea gâtului, toracelui și abdomenului de aspect cu totul normal.

*Membrele inferioare.* — La gambe pelea e foarte îngroșată, uscată, cu aspect ichtiosic, crăpată în sens quadrilat, parquetată, ca solzii de pește, și de o culoare foarte închisă mai ales pe fața dorsală a piciorului.

La maleola peronieră dreaptă, cât și pe treimea inferioară a

gambei corăspundătoare există câte o ulcerăție cu supurație abondentă. La marginea internă a piciorului stâng și la partea posterioară a gambei găsim de asemenea câte o mică ulcerăție. Degetele piciorului normale, nu se observă atrofii musculare

Reflexele rotuliene normale.

*Sensibilitatea feței și trunchiului normală.*

Anestesia ocupă membrele. Nu există disociare siringomielitică, de cât d'asupra zonei de anestezie tactilă, anestesia termică și durerósă fiind mult mai întinse de cât dânsa.

Consultând schema IX vedem că *anestesia durerósă și termică* au ajuns până aproape de baza membrului, ba ce-va mai mult la membrul superior stâng, ea trece dincolo de rădăcina acestui membru, spre a ocupa pe torace regiunea pectorală și scapulară, terminându-se în linie de amputație.

Aceste anestezii au îmbrăcat deja tipul segmentar, ocupând și fața palmară a mânilor; pe fața plantară a piciorului ea e numai scădută .

*Anestesia tactilă* (repres. prin schema VIII) e mult mai puțin întinsă; așa pentru membrele inferioare ea nu se ridică de cât până aproape de genuchi; în talpa piciorului sensibilitatea tactilă e normală, afară de marginea internă și externă pentru piciorul stâng și marginea internă a piciorului drept.

Pentru membrele superioare, la cel drept ea n'a ajuns până la cot și prezintă încă timpul în bandă; dar contrar regulei obișnuite această bandă ocupă partea externă a membrului; la membrul superior stâng anestezia e mai întinsă ridicându-se până aproape de rădăcina lui; sensibilitatea palmei mâinei păstrată.

Simțul presiunii și cel muscular normal.

Nu există nici o turburare sensorială.



## OBSERVAȚIUNEA VI

(CULEASĂ ÎN SERVICIUL D-LUI PROFESOR KALINDERU)

## Lepră mixtă

*Ca turburare a sensibilității, ceea ce predomină e o hiperestezie foarte pronunțată ce ocupă membrele superioare și inferioare.*

Dragomir G..., 60 ani, naționalitate Română, de profesie cârciumar, născut și domiciliat în București.

Părinții săi morți în vârstă înaintată, fără să fi prezentat vre-o manifestare din partea peleii; frații și surorile sale sănătoși; pacientul are 3 fete sănătoase. În familia și în vecinătatea sa, ține că nu există nici un om bolnav ca el; ne spune însă că în timpul războiului din 1877 a avut în gazdă mai mult timp un militar rus, care prezenta numeroase bube și pete pe corp, și perii mustăților și sprâncenelor căzuți. Chiar bolnavul accentuează faptul, zicând că crede că boala a căpatat-o de la acel soldat. N'a avut sifilis.

Boala sa a început acum 18 ani prin câte-va fenomene prodromice ca febră și nevralgii faciale ce au durat aproape un an.

A avut apoi o erupție de pete eritematoase în diferite regiuni ale corpului; perii sprâncenelor au început a cădea, și tuberculii au apărut în diferite regiuni ale corpului. N'a avut epistaxis nici rinoree.

*Starea actuală.* — Bolnavul de constituție mediocră, cachectizat.

*Regiunea capului.* — Perii capului conservați; regiunea frunței și sprâncenelor sunt sediul unei infiltrații leprose și a câtor-va tuberculi; colorațiunea peleii în aceste regiuni e de un aspect cianotic, violaceu; perii sprâncenelor și genelor căzuți; nasul nu e turtit; în șanțul naso-genien se ved mai mulți tuberculi mici; pe părțile laterale ale obrazului se mai ved câți-va tuberculi; perii mustăților foarte rari; barba există destul de abondentă; lobulul urechilor infiltrat.

Pe pelea gâtului nu există nici o erupție; dar pelea e mai îngroșată ca în stare normală, quadrilatată prin șanțuri ce

se întretac în diferite direcțiuni; ea e sediul unei descuamațiuni abundente; scuamele sunt de aspect lucitor, gras.

*Membrele superioare.* — Pe antebrațe și fața dorsală a mânilor există câți-va tuberculi, unii dermici, alții hipodermici. Aprópe de cot există 2 ulcerațiuni de mărimea unor piese de 2 lei, ce secretă mult puroiú. Examenul bacteriologic al acestuí puroiú ne arată prezența bacililor lui Hansen.

Nu există nici o atrofie musculară manifestă.

*Membrele inferioare.* — Gambele prezintă pe fața lor internă două mari ulcerațiuni, cu marele diametru longitudinal; pe fața plantară a piciorului stâng se găsește un ulcer, în regiunea călcâiului; în talpa piciorului drept există de asemenea un ulcer perforant corespunđend capului primului metatarsian; pe fața antero-internă a gambei și la partea inferioară a gambei există mai mulți tuberculi.

Pelea trunchiului nu presintă nici o erupțiune.

*Sensibilitatea.* — Ceea-ce ne atrage în prima linie atenția e o stare de *hiperestesia* forțe pronunțată, ce ocupă membrele, și a cărei distribuțiune e represintată, prin scema I; la membrele inferioare ea se ridică de la extremitate până aprópe de rădăcina cósnelor, iar la cele superioare până aprópe de cot; hiperestesia e așa de mare în cât plimbând ușor vârful acului pe pele, în regiunile sus indicate, acéstă simplă atingere e percepută ca durere; aplicațiunea unui corp cald sau rece e percepută tot în mod dureros; înțepătura orí cât de moderată e percepută ca o durere vie.

Nu există nici o turburare a simțurilor.

Reflexele rotuliene normale, dar percuțiunea tendonului provócă bolnavului dureri mari.

## OBSERVAȚIA VII

(CULĂSĂ ÎN SERVICIUL D-LUI PROFESOR KALINDERU)

## Lepră tuberculósă

*Există turburări de sensibilitate numai la nivelul tubercuilor și plăcilor de infiltrațiune.*

Ion P..., 20 ani, de profesie plugar, de naționalitate Română, născut și domiciliat în comuna Cermeghești (Vâlcea).

Părinții săi trăesc, sunt sănătoși; are 5 frați și o soră, sănătoși; în satul lor nu există nici un om atins de o bôlă la fel ca a lui; n'a părăsit nici odată, înainte de a se bolnăvi locul natal și nici n'a venit în atingere cu persoane streine care ar fi putut aduce contagiunea.

Bôla sa pare a fi început acum 2 ani, în Decembre, când a început a avea jungghiuri prin membrele inferioare, un fel de dureri reumatoide, fără localizațiuni fixe articulare; durerile au durat vre-o 3 luni, după care timp a observat pe pulpa stângă nisce noduli, de mărimea unor bôbe de porumb; îngrijat s'a duș la spitalul din Orez, unde medicul i-a făcut 2 injecțiuni sub-cutanate (probabil cu calomel) în urmă căroră, ne spune, tuberculii au retrocedat; după 2 luni însă au apărut alți noduli pe fața anterioară a còpselor, și încetul cu încetul s'au întins și asupra altor regiuni, ca față, antebrate etc.; pe măsură ce tuberculii noi apărău, cei mai vechi, se înmuiau, eliminau un fel de substanța môle, cicatrisându-se apoi; și într'adevăr ne arată nisce cicatrice fôrte pigmentate, pe fața anterioară a còpselor, rezultat al tubercuilor ce au dispărut.

Erupțiunea tuberculósă a avut o evoluțiune lentă, insidiósă și nici odată apartiunea lor n'a fost însoțită de călduri, sau alte fenomene generale.

*Starea actuală.* Bolnavul de constituție bună, țesutul muscular bine dezvoltat. Pe față se observă, ici colo câți-va noduli discreți. Regiunea sprincenilor e fôrte îngroșată, mai ales la partea lor externă, din cauza infiltrațiunei ce ocupă această regiune; în grosimea ei se distinge 10—12 tuberculii

de mărimea unor bôbe de mazăre ; colorațiunea pelei e roșie-brună ; periî sprincenilor dispăruți.

Pleopele sunt întacte, nimic din partea globului ocular.

Forma nasului nu e modificată ; pe nara dreaptă se vîd 5—6 noduli mici, confluenți ; pe nara stîngă există câți-va noduli mai mari și mai isolați ; pe părțile laterale ale obrazului și regiunea zigomatică se vîd de asemenea câți-va noduli.

Buzele sunt infiltrate, mari, proeminente ; periî mustăților nu există. Lobuliî urechilor sunt și ei infiltrați, și pe cel drept se vîd mai mulți noduli confluenți.

Pe pelea gâtului nu există nici o erupțiune.

Pe fața anterioară a toracelui se vîd niște petepigmentate de culôre roșie-brună, cu marginile neregulate, și avînd un diametru de 5 c. m.

Pe fața anterioară a abdomenului se vîd niște pete cu caracterul celor descrise mai sus dar diferind prin culôrea lor care aci e mai mult brună-gălbue.

Pe membrele superioare se găsesc voluminoși tuberculi și cicatrice, situate mai tôte pe planul de extensiune al membrului ; pe planul de flexiune aprôpe că nu există de cât în regiunea inferioară a antebrățului imediat d'asupra articulației pumnului. Aprôpe de côte se vîd două cicatrice, de mărimea unor piese de 5 lei, și care se împreună prin marginile lor. În regiunea deltoidiană există câți-va tuberculi de mărimea unor alune.

Intre tuberculii și cicatricile sus citate se vîd mai multe pete, a căror culôre devine cu atît mai închisă (bronzată) cu cât ne apropiem de extremitatea membrului. Mănile prezintă pe fața lor dorsală câți-va mici tuberculi. Nu există nici o atrofie musculară, degetele și unghiile normale.

Membrele inferioare. Pe fața anterioară a còpselor există mai multe plăci de infiltrațiune, proeminente, pigmentate, mai multe cicatrice, unele din ele puțin retractate.

Pe fața antero-internă a gambelor se vîd câți-va tuberculi ; pelea gambelor și picioarelor prezintă o descuamație însemnată. Degetele normale ; pelea tălpei piciorului e îngroșată fără a fi ulcerată.

Limba nu prezintă nici o alterație.

*Sensibilitatea.* — Pelea la nivelul tuberculilor și infiltrațiun-

nilor, presintă o *anestezie* pronunțată pentru *căldură* și *durere* sensibilitatea *tactilă* e numai *scădută*; unul din tuberculii din regiunea antebrațului a fost extirpat, pentru studiul histologic fără ca bolnavul să dea semne de durere.

Nu există turburări de sensibilitate în alte regiuni.

Sensibilitatea specială normală.

## OBSERVAȚIUNEA VIII

(CULĂSA ÎN SERVICIUL D-LUI PROFESOR KALINDERU)

### Lepră Mixtă

*Anestesia termică și dureroasă mult mai întinsă de cât cea tactilă; ele presintă tipul segmentar; pentru anestezia tactilă tipul în bandă persistă la partea internă a ante-brațului stâng.*

Maria Drag... 20 ani, muncitoare, născută în comuna Moreni, jud. Prahova.

Mama sa fără antecedente, dar expusă la contagiune prin vecinătatea altor leproși, devine leproasă la vârsta de 26 ani; a avut 2 copii, un băiat și o fată, care ambii devin leproși, primul la vârsta de 3 ani, cel d'al doilea la 5 ani; fata e bolnava a cărei observațiune o relatez aci. Atât mama cât și frațele ei, au murit de lepră, mama în spitalul Brâncovenesc, frațele în leproseria de la Răchitosa.

Bóla sa a început prin apariția unor pete eritematoase, pe față, abdomen, torace și membre; această perioadă eruptivă era însoțită de ore-care fenomene generale, și febră; după 1 an a apărut primul tubercul pe obraz, apoi după cât-va timp, succesiv pe ante-brațe și cõpse, devenind din ce în ce mai numeroși și confluenți. În același timp cu petele avea adese-ori epistaxis, până ce în urmă scurgerea din nas a devenit continuă luând caracterul sanguino-purulent.

*Starea actuală.* — Fața oribil diformată, ocupată aproape în întregime de tuberculi și infiltrațiuni.

Tuberculii de mărime variabilă de la acea a unui bob de mazăre până la o alună; ei confluéză în anumite regiuni, pre-

cum, regiunea sprincenelor, pleópeler, buzele, regiunea mentonieră și în jurul nasului; nasul turtit cu totul, iar relieful lui e ocupat printr'o masă confluentă de noduli proeminenți; perii sprincenelor dispăruți. Fruntea, obrazii și lobulii urechilor sunt acoperiți de plăci mari de infiltrațiune, ce proemină în masă, cu aspect lucitor, unsuros și de o culóre brună-violacee.

Limba acoperită cu numeroși tuberculi către baza sa; infiltrațiunea leprósă se prelungește către fundul gâtului unde ocupă stâlpzii faringelui, vélul palatin, și se cobóră în jos către indoiturile ariteno-epiglotice și córdele vocale. Bolnava e răgușită, are accese de sufocațiune, respirația e lungă, profundă și sgomotósă.

Pelea gâtului și trunchiului normală.

Membrele superióre, începând de la extremitate și până la mijlocul brațului, sunt sediul unei infiltrațiuni moi, gelatinóse, ce pare că ocupă dermul și țesutul celular sub cutanat; aspectul general al peleii în aceste regiuni e cianotic; pe fața posterióră a ante-brațelor și fața dorsală a mânilor se constată mai mulți tuberculi, de mărime variabilă, unii ocupând dermul alții țesutul celular sub cutanat; pe pelea brațului și fața anterióră a antebrațului se văd mai multe cicatrice, de mărimea și forma unei migdale, colorate în brun închis.

Eminențele tenare și hipo-tenare cam turtite; se constată de asemenea un început de atrofie din partea mușchilor înterosoși și un început de dispoziție a mânei în formă de ghiară. Membrle inferióre începând de la genuchi în jos, sunt și ele sediul unei infiltrațiuni, ce merge crescând cu cât ne apropiem de extremitatea membrului; piciorul și jumătatea inferióră a gambei au un aspect elefantiasic, pelea este grósă, pigmentată; în partea internă a gambelor există două mari ulcerații, cu marele diametru vertical; o altă ulceratióne există la nivelul călcâiului drept; pe fața posterióră a gâmbei se mai simt încă câți-va tuberculi, prin grosimea peleii infiltrate; nu există atrofii.

Reflexele rotuliene normale.

*Sensibilitatea.* Anestesia durerósă și termică mult mai întinse ca cea tactilă. *Anestesia durerósă și termică*, cu mici diferențe, am putea zice că se superpun; ele presintă tipul segmentar ridicându-se la membrele inferióre, de la extremitate până la treimea mijlocie a cópselor; în tupa piciórelor anestesia nu e

complectă, există numai o hipoestezie. La membrele superioare anestezia termică și durerოსă e mai întinsă la fața posterioară a membrilor, de cât la fața lor anterioară, așa în cât marginea ei superioară descrie o elipsă, a cărei extremitate inferioară ocupă fața anterioară; la fața anterioară anestezia se ridică de la extremitate până la partea inferioară a ante-brațelor, iar la partea posterioară se ridică până la cot.

*Sensibilitatea tactilă* la membrele inferioare nu e abolită ci numai scădută, la picióre și gambe. La membrul superior drept anestezia tactilă presintă tipul segmentar, ocupând la partea anterioară mâna, iar ia partea posterioară o parte din ante-braț; la membrul superior stâng, anestezia tactilă presintă tipul segmentar la mână, care se continuă cu o bandă ce ocupă marginea internă a membrului și se ridică până d'asupra cotului. Comparând anestezia tactilă cu cea termică și durerოსă vedem că ele nu se superpun pe o mare întindere, mai ales la membrele inferioare; există deci disocierea sensibilităței, cu caracterul siringomielitici.

Sensibilitatea de presiune și mușchiulară normală.

Simțul mirosului lipsește; simțul gustului scădut.

## OBSERVAȚIUNEA XI

(DIN SERVICIUL D-LUI PROF. MARINESCU — CULÉSĂ DE D. PARHON).

### Lepră mixtă

*Acest cas, examinat acum 2 ani, presenta disocierea siringomielitici la membre; acum anestezia s'a întins aprópe la tótă întinderea pelei și nu mai presintă nici o disociere.*

Marcu L., 60 de ani, religiunea mosaică, de profesie tînichigiú.

Nu găsim nimic în familia lui care să ne facă să presupunem existența leprei. Acum 30 ani a voiajat, ducându-se prin Hamburg și alte localități; n'a vędut însă nici un bolnav atins

de o bôlă la fel cu a sa; după cât-va timp s'a întos în țară, unde s'a stabilit definitiv.

Cu profesia sa de tinichigiü a umblat prin multe localități, mai ales pe la țară.

Bôla sa a început de vre-o 12 ani cu accese febrile, dureri în membrele inferiôre etc; apoi au apărut pete roșii pe diferite regiuni ale corpului; după cât-va timp au apărut și tuberculii. De acum 25 de ani, bolnavul a observat că începe să'i cadă dinții și măselele, în mod cu totul nedureros, mai ales în timpul mâncării.

*Starea presentă.* Pelea feței, mai ales a frunței, foarte îngroșată, brăzdată de niște șanțuri adânci; culôrea peleii e arămie aripele nasului lobulate, brăzdate, îngroșate.

Genele și sprincenile cădute; mustățile și barba rare; în total figura acestui bolnav e un tip de facies lenonin.

Pelea membrelor și a suprafeței corpului în general, are o culôre arămie, și pe acest fond se ridică o mulțime de erupțiuni ce merg de la simple infiltrațiuni, până la adevărate tubercule; tuberculii sunt mai numeroși către extremitatea membrului.

La mâni, există un ôre-care grad de atrofie a eminentelor tenare și hipotenare, cât și a mușchilor inter-osoși.

Pielea degetelor presintă mai multe pete unele pigmentare altele acromice. Degetul mic din ambele părți îndoit către palmă, în formă de cioc de papagal, și imobilizat în această poziție printr'o retractiune fibrôsă, ce a rezultat în urma unor ulcere; degetele prezintă pe suprafața lor ulcere mici; în talpa piciorului drept se găsește un ulcer perforant.

*Sensibilitatea* examinată acum 2 ani arată disociare siringomielitică la ambele membre superiôre; ea ocupa numai membrele. Bolnavul reexaminat acum, se constată că turburările sensibilităței au progresat foarte mult, întinându-se aprôpe la tot corpul: anestesia ocupă membrele inferiôre, trunchiul și membrele superiôre; pe torace, începând în partea anterioară de d'asupra mamelelor, iar la spate din regiunea sub-scapulară în sus, anestesia e înlocuită prin hipoestesia, care ocupă apoi gâtul și fața.

Mai mult încă, astă-đi anestesia și hipoestesia interesază în mod egal tôte calitățile sensibilităței, disocierea siringomielitică a dispărut.



## OBSERVAȚIUNEA X

(CULÉSĂ ÎN LEPROSERIA RĂCHITÓSA)

### Lepră mixtă

*Anestezie de tipul segmentar, ocupând membrele pe o mare întindere; anesteziele nu se corespund exact; cea termică și tactilă se superpun; cea durerósă e mai întinsă.*

Niculae O. . . , 35 ani, de profesie muncitor, din comuna Călinești, județul Teleorman.

În familia sa nu există nici un bolnav despre care am putea presupune că e atins de lepră; în satul său mai există un lepros tuberculos, care este internat și el în acest asil; ne spune însă că nu se află în raport de vecinătate cu locuința lui și nu l'întâlnea de cât foarte rar.

Bóla sa a început acum 8—9 ani, anunțându-se prin órecare fenomene prodromice, ca febră, dureri articulare.

După 2—3 luni a avut o erupție de pete eritematósé, ce ocupau toracele, abdomenul, fața și membrele; după trecere de cât-va timp și concomitent cu erupțiunea eritematósă a avut o erupție flictenulară ce ocupa diferite regiuni a corpului, dar mai ales vecinătatea cótelor și genunchilor; avea epistaxis frecvente și în urmă scurgere de liquid sanguinopurulent din nas; — primii tuberculi au apărut în regiunea sprincenelor, și apoi în cele-l'alte părți.

*Starea actuală.* Actualmente bolnavul ne prezintă faciesul leonin caracteristic. Pielea figurei este în general mai grósă, mai pigmentată; pielea frunței și sprincenelor îngroșată și străbătută de șanțuri profunde; la suprafața sa fac relief mai mulți tuberculi; perii sprincenelor căduți; restul figurei e de asemenea infiltrat și acoperit de tuberculi; nasul turtit complet și acoperit de tuberculi; mustățile de și foarte rare, mai au încă câte-vă fire; perii capului conservați. Limba acoperită cu tuberculi, mai ales către baza sa; infiltrațiunea leprósă ocupă și fundul gâtului, coborându-se către laringe, căci bolnavul e răgușit; ne spune că une-orî devine afon; respirația e adîncă, dispneică.

Membrele superioare. Pielea prezintă un aspect general cianotic; se constată o infiltrație môle ce ocupă mâinile și partea inferioară a antebrățelor; pe antebrățe și fața dorsală a mâinilor se văd mai mulți tuberculi, de mărimea unor bôbe de porumb.

Există un început de atrofie a eminențelor tenare și hipotenare; degetele au încă atitudinea lor normală.

Membrele inferioare prezintă acelaș aspect cianotic pe care l'am descris mai sus și la suprafața lor există o bogată erupție tuberculoasă; se văd mai multe cicatrice ovale, decolorate, sbârcite în jurul genuchilor, datorite, după cum ne spune, flictenelor pe care le-a avut la începutul bôlei; există o ulceratie în talpa piciorului.

Reflexele rotuliene normale.

*Sensibilitatea.* Anestesia e destul de întinsă ocupând membrele, și prezintă peste tot tipul segmentar; *anestesia termică și tactilă* se superpun; la membrele inferioare ea se ridică de la extremitatea membrului până aproape de partea superioară a còpsei, la fața anterioară; înapoi ea se opresce la genuchiú; sensibilitatea tălpilor normală; la membrele superioare ea se ridică până aproape de mijlocul brațului, respectând însă în palma mâinei o regiune, cam de mărimea unei piese de 5 fr. unde sensibilitatea tactilă și termică e normală; la membrul superior drept anestesia ocupă ante-brațul în întregime, de aci se continuă în sus sub forma unei bande ocupând partea externă a brațului, până aproape de rădăcina sa.

*Anestesia durerósă* prezintă și ea tipul segmentar, dar prezintă ôre-care particularități; la membrele inferioare, are cam aceeași întindere ca și anestesia tactilă, dar în plus ea ocupă și regiunea plantară.

Membrul superior drept. Anestesia ocupă fața anterioară a celor 4 din urmă degete, respectând însă palma mâinei și fața anterioară a marelui deget; apoi anestesia ocupă fața anterioară a ante-brațului; la fața anterioară a membrului superior stâng aceeași dispoziție. La fața posterioară a membrului drept, anestesia ocupă micul deget, fața posterioară a mâinei și de aci se continuă la ante-braț; la membrul superior stâng anestesia ocupă dosul mâinei în totalitate.

Simțul gustului și mirosului scăzute.

## OBSERVAȚIUNEA XI

(CULEASĂ ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITÓSA)

### Lepră nervoasă

*Sensibilitatea termică normală; anestesia durerôsă limitată la câte-va degete; anestesia tactilă sub forma unei bande, ce ocupă marginea externă a membrilor inferioare.*

Gheorghe Th. P..., 35 ani, muncitor, născut și domiciliat în comuna Slănic, jud. Muscel.

Contagiunea nu se pöte stabili cu siguranță; părinții săi au murit bătrâni, fără a fi fost atinși de lepră; în satul său nu există nici un lepros.

Böla sa a început acum 5 ani, cu fenomene prodromice ca febră, nevralgii faciale, hiperestezie plantară; după 6 luni a avut erupțiune de pete eritematoase pe frunte, obraz, torace și abdomen, care au durat vre-o 2 luni. Apoi timp de 2 ani, erupțiune de bule penfigoide; aceste bule spărgându-se au fost punctul de plecare al unei infecțiuni, linfangite repetate, care i-a produs cu timpul o stare de unflătură cronică a membrilor inferioare. N'a avut nici odată epistaxis sau rinoree.

*Starea actuală.* — Bolnavul de constituție mediocră, puțin inteligent. Fața nu presintă de loc aspectul leonin. Perii capului, sprincenelor, mustăților și barbei conservați; nasul nu e turtit.

Ceea-ce ne atrage însă în prima linie atenția e imobilitatea figurei, aspectul plângător al feței, din cauza paraliziei și atrofiei muschilor feței. Atrofia interesază toți muschii feței inervați de nervul facial, dar predomină mai mult asupra celor din partea dreaptă a figurei; — din această cauză există o ușoră asimetrie facială, trăsurile feței fiind deviate către partea unde muschii sunt mai puțin atrofiați. Atrofia orbicularilor se observă în mod apröpe egal în ambele părți, pleöpele nu se pot închide complect, există epiphora, și o stare de iritație conjunctivală. Se observă tremurături fibrilare și contracțiuni spasmodice a diferiților muschi ai feței, ca ridicătorul propriu al nasului și buzei superioare, orbicularul buzelor, triangularul buzelor etc.

Pe lângă aceste fenomene bolnavul mai prezintă o stare de paresă a limbei; mișcările sale sunt leneșe, vorba e ambarasată cleiósă și pronunțarea consónelor care cer intervenția și integritatea mișcărilor limbei ca *r, l, d, s, g, k*, etc. se face cu mare dificultate.

Limba pare a fi mai lată, mai turtită și animată de mișcări fibrilare.

Există și o paralizie a vëlului palatin, lueta e mediană și imobilă, vocea e nasonată, și alimentele lichide adesea es pe nas. Nu prezintă nici o tuburare în deglutițiune și respirațiune.

La membrele superióre se constată o atrofi e eminentelor tenare și hipotenare, a mușchilor inter-osoși; mâna a început să ia atitudinea de ghiară.

Nu constatăm prezența nici unui tubercul nici la membrele superióre nici la față. La membrele superióre mai ales în jurul cótelor și pe fața posterióră a ante-brațelor se vęd mai multe cicatrice, unele profunde și pigmentate, datorite erupțiunii pemfigoide pe care a avut'o la începutul bólei; unele din aceste cicatrice sunt anestesice. Aspectul general al peleii membrelor superióre e violaceu, cianotic; pelea în regiunea mânilor și antebrațului pare a fi sediul unei infiltrațiuni moi, pentru că la pipăit ne dă senzația de ce-va gelatinos.

Nervii cubitali se simt îngroșai. Reflexul cotului normal.

Pe torace, dar mai cu seamă pe spate există o erupțiune de pete, de culóre brună-cafenie, descriind figurí variate; unele din aceste pete se prezintă sub o formă circulară înconjurând o porțiune de pele a cărei culóre pare mai decolorată ca în stare normală; dar aceasta nu e de cât efectul contrastului.

Membrele inferióre prezintă aceeaș stare de infiltrațiune și reflex cianotic ca și cele superióre; nu există tuberculi, dar se vęd multe cicatrice cu caracterul celor descrise mai sus; piciorul și gamba par mai îngroșate; pelea e sediul unei desquamațiuni abundente.

Nu se observă atrofi, nici ulceraii.

Reflexele rotulienne normale.

Prin procedeul vesicátorei s'a putut constata la nivelul infiltrațiunilor descrise mai sus, prezența bacilului lui HANSEN.

*Sensibilitatea.* Nu există turburări a sensibilităței termice. —

Anestesia durerósă e fôrte limitată, ocupând numai fața dorsală a mediului și anularului de la mâna stângă; la cele l'alte degete, pe dosul mânei și partea inferiôră a ante-brațului există hipoestezie.

Anestesia tactilă se presintă sub forma unei bande verticale ce ocupă marginea externă a membrului inferior drept, ridicându-se de la extremitatea degetelor până la mijlocul cõpsei.

Simțul muscular și simțul presiunii normal.

Nu presintă turburări sensoriale.

## OBSERVAȚIUNEA XII

(CULEASĂ ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITÓSA)

### Lepră mfxtă

*Disociare siringomielitică la fața dorsală a mânei stîngi; în restul corpului sensibilitatea termică normală; sensibilitatea tactilă și durerósă presintă la membrele inferiøre o zonă de anestezie în bandă ce ocupă marginea externă a membrilor.*

Băzănaru D..., 34 ani, născut și domiciliat în comuna Românești, Jud. Vâlcea.

Părinții și rudele sale sănătose; în satul său nu există alți leproși; nu și-a părăsit locul natal până acum 12 ani când a fost luat în armată, cu care ocazie, a umblat prin diferite părți ale țării; nu-și aduce aminte se fi văzut în acest timp vr'un bolnav atins de lepră.

Bóla sa a început acum 7 ani, fără fenomene prodromice apreciabile; a avut o abondentă erupție de pete eritematoase pe față, frunte, antebrațe și gambe; concomitent cu aceste pete i-au apărut în diferite regiuni ale corpului, bāsici, care după cât-va timp se spârgeau singure, scurgându-se din ele un liquid gălbui, zemos.

A avut epistaxis repetate, rinoree, nasul a început a se turti

și cartilagiile nasului s'au eliminat în mijlocul unei mase purulente. Primii tuberculi au apărut la față.

*Starea actuală.* Figura acoperită de tuberculi leproși, are aspectul leontiasic accentuat; tuberculi sunt grupați mai ales d'asupra sprincenelor, în regiunea nasului, buzei superioare și bărbiei, unde ei formează un adevărat buchet; nasul cu totul turtit orificiile nasale obstruate prin niște cruste murdare; există ozena leproasă. Perii sprincenelor, mustăților și barbei, căduți în totalitate; perii capului conservați; pleópele normale, nu există atrofia orbicularilor; conjunctivele oculare și corneele intacte. Pe limbă se văd câți-va mici tuberculi.

Pelea gâtului și trunchiului nu prezintă ulcerăriuni.

Membrele superioare, prezintă o infiltrație generală a pelei care merge progresiv de la partea inferioară a brațului către extremitate; această infiltrațiune în unele locuri formează adevărate plăci din infiltrațiuni dure, ce ocupă dermul și hipodermul, căci mobilitatea pelei e scădută în aceste regiuni.

La supra-fața pelei se văd mai multe cicatrice, unele pigmentate altele nu, care sunt expresiunea erupțiunilor vesiculóse pe care le-a avut bolnavul; în grosimea pelei se constată mai mulți tuberculi, de diferite mărimi, de consistență dură, nici unul nu e ramolit său ulcerat.

Degetele normale; nu există atrofie din partea micilor mușchi ai mânei. Nervul cubital ceva îngroșat.

Reflexul cotului normal.

Membrele inferioare. Pelea nu e infiltrată ca la membrele superioare, dar prezintă o desquamație abondentă și un aspect ichtiosic; prezintă mai multe cicatrice, mai ales împrejurul genunchilor; în grosimea pelei câți-va tuberculi.

Pelea talpei piciorului foarte îngroșată; la piciorul drept există o ulcerație profundă, corespunđând capului primului metatarsian. Membrul inferior stâng prezintă o ulcerație de mărimea unei piese de 2 lei, în dreptul maleolei externe; de asemenea există o ulcerație la extremitatea celui d'al II deget, cu eliminarea unghiei; nu există atrofii musculare; direcția piciorului normală.

Reflexul rotulien normal.

*Sensibilitatea* toracelui și trunchiului normală.

*Pe fața dorsală a mânei stângi, mergând până la nivelul articulației pumnului, există o zonă de anestezie dureróasă și*

*termică, cu conservarea sensibilității tactile, deci disociarea și siringomielică.*

La membrul superior drept, toate sensibilitățile sunt normale afară de cea tactilă, care prezintă o zonă de anestezie în formă de bandă, ce ocupă marginea internă a membrului, mergând de la extremitate până la cot.

La membrele inferioare sensibilitatea termică normală; sensibilitatea tactilă și dureroasă, prezintă o zonă anestezică în formă de bandă, ce ocupă marginea externă a membrelor, întinzându-se de la extremitate până la treimea mijlocie a cîmpului; sensibilitatea talpei normală la piciorul stîng; la piciorul drept există o zonă de anestezie tactilă și dureroasă ce ocupă marginea sa externă.

La față se constată mici zone de anestezie corespunzînd tuberculilor.

Simțul muscular și simțul de presiune normal.

Simțul mirosului scăzut; asemenea și gustul.



### OBSERVAȚIUNEA XIII

(CULĂSA ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITŌSA)

#### Lepră mixtă

*Cele 3 feluri de anestezii se superpun aproape exact; anestezia prezintă tipul segmentar atât la membrele inferioare cât și superior stîng; la ante-brațul drept, din contra anestezia respectă o fâșie de sensibilitate normală ce ocupă linia mediană anterioară.*

Stancu I. S. . . , de 45 ani, născut și domiciliat în comuna Țigănesci, jud. Teleorman.

Contagiunea nu se poate urmări; are 7 frați sănătoși, însurați, copiii lor sănătoși; în satul său nu există nici un lepros. Bóla sa durează de aproape 10 ani, trecînd la perioada eruptivă fără fenomene prodromice apreciabile. Períoda eruptivă a fost

caracterisată prin erupțiuni pemfigoide, care a durat un an, a început erupțiunea tuberculosă, ocupând la început ante-bratele, apoi fața și gamba.

*Starea actuală.* Facies leonin; tuberculii de diferite mărimi ocupă regiunea supra-orbitară, grosimea pleópelor, obrazul, buzele și barbia. Nasul turtit, orificiile nasale obstruate; perií sprincenelor căduți; perií capului, mustăților și barbei persistă de și cam rari. Conjonctivele și cornea normale.

Limba e sediul unei infiltrațiuni leprose, către baza sa; această infiltrație ocupă și fundul gâtului, coborându-se către laringe; bolnavul e cam răgușit.

Pelea gâtului normală; pe torace există mai mulți tuberculi mici, în jurul mamelonului.

Membrele superioare prezintă numeroase cicatrice și tuberculi, există asemenea plăci de infiltrațiune mai întinse, difuze, ocupând dermul și hipodermul. Degetele mâinilor sunt mai îngroșate, infiltrate și de un aspect violaceu; la baza degetului anular drept, există un inel dur, scleros ce înconjură și strangulează baza acestui deget; într'o parte acest inel prezintă un început de ulceratiune. Există un început de atrofié a mușchilor tenari, hipotenari și inter-osoși; mâna n'a luat încă atitudinea de ghiară.

Membrele inferioare, de la genuchi în jos, prezintă o îngroșare elefantiasică a peleí, mai multe cicatrice sifefóse, ovalare, cu aspect sbârcit, ratatinat împrejurul genuchilor. În grosimea peleí există mai mulți tuberculi; pe tâlpile picioarelor există un ulcer perforant în dreptul capului primului metatarsian; la basa celui d'al 3 deget stâng, există un inel cicatricial, scleros cu caracterul celui descris mai sus.

Nu există atrofií musculare. Reflexul cotului și rotulien puțin scăduť; nervii cubitali îngroșați.

*Sensibilitatea.* Zonele de anestezie a diferitelor sensibilități se superpun aproape exact. La membrele inferioare anestezia prezintă timpul segmentar, înfășurând membrul într'o manta de anestezie completă, ce se ridică până aproape de rădăcina lui în partea dreaptă, până la mijlocul cõpsei în partea stângă; sensibilitatea talpei *picioarelor e și ea* abolită; limita superioară a anesteziei nu e perfect transversală ci descrie o elipsă oblică mai ridicată în afară de cât înăuntru.

La membrul superior stâng anestezia e tot segmentară, întin-



șându-se de la extremitate până la mijlocul brațului; la membrul superior drept, anestesia ocupă în întregime mâna (atât fața palmară, cât și dorsală); la antebraț ea ocupă fața sa posterioară, marginea externă și internă, așa în cât pe linia mediană anterioară, în totă întinderea ante-brațului, există o fâșie de pele unde sensibilitatea e normală.

Simțul muscular și al presiunii normal.

Simțul mirosului scăzut, cele-l'alte simțuri normale.

## OBSERVAȚIUNEA XIV

(CULÉSĂ ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITÓSA)

### Lepră mixtă

*Celz 3 feluri de anestezie aprópe se superpun; presintă tipul segmentar, localizatá numai la membre, și întindându-se până aprópe de rădúcina lor.*

Gheorghe Ț.... de 26 ani, de profesie lăutar născut și domiciliat în comuna Poroskia, Jud. Teleorman.

Are un frate lepros, care se găsește în acest asil, și care presintă o formă de lepră mutilantă, cu amputațiunea tuturor degetelor de la mână și picioare; nu presintă nici un tubercul pe față sau în altă regiune a corpului.

Acest frate al său s'a bolnăvit acum 6 ani; nu putem stabili isvorul de contagiune; la 2 ani după îmbolnăvirea fratelui său, în timpul când acesta avea panariții și supurații nesfârșite, bolnavul nostru a fost apucat și el de fenomene prodromice, ca febră, dureri musculare, nevralgii, mâncărime la față; a avut erupțiuni de pete roșii eritematoase, ce ocupau față, spatele și membrele; epistaxis repetate, rinită cronică.

*Starea actuală.* — Pelea feței presintă mai mult o stare de infiltrațiune difusă, nu tocmai abondentă; perii sprincenelor și mustăților căduți; nasul presintă un început de înfundare; pe față nu există de cât un singur tubercul apreciabil, în regiunea mentonieră; pe limbă există mai mulți tuberculi.

Membrele superioare. Pelea mânilor și ante-brațelor môle, infiltrată, de aspect cianotic; pe fața posterioară a ante-brațelor există câți-va mici tuberculi hipodermici; degetele normale, nu există atrofi musculare.

Nervii cubitali nu sunt îngroșați.

Membrele inferioare. Pelea gabei și piciórelor îngroșată, pigmentată, dură; ea se desquamază abondent. Pe membrele inferioare există mai multe ulcerăriuni, în apropierea genuchilor, în dreptul maleolelor și în talpa piciórelor. Nu există atrofi musculare; direcția piciorului normală.

Reflexul cotului și rotulien normale.

*Sensibilitatea.* — Sensibilitatea feței, toracelui și trunchiului normale. Anestesia ocupă membrele, cele 3 feluri de anestezii se superpun, cu mici diferențe; în general anestesia tactilă e mai puțin întinsă.

La membrele inferioare anestesia are tipul segmentar, acoperă în întregime piciorul, gamba și cóspsa până la mijloc; talpa piciórelor e și ea coprinsă în anestezie; limita superioară a anesteziei e mai ridicată pe linia mediană anterioară și posterioară de cât pe părțile laterale; tranziția între anestezie și părțile sănătoase nu se face brusc.

La membrele superioare, anestesia ocupă în întregime mâna și antebrațul; la braț ea e represintată printr'o fâșie ce ocupă marginea externă a brațului.

Simțul muscular și al presiunii normal.

Simțurile speciale normale.

## OBSERVAȚIUNEA XV

(CULÉSĂ ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITÓSĂ)

### Lepră mixtă.

*Anestesia ocupă membrele; diferitele feluri de anestezii nu se superpun exact ca distribuțiune; unele de formă segmentară, altele păstrează încă tipul de bandă.*

Lisabeta I..., 24 ani, muncitoare, născută și domiciliată în comuna Cârpeniș, județul Gorj.

Are un frate lepros; întâi s'a bolnăvit ea și apoi fratele său; nu s'a mai observat alt cas de contagiune familiară; părinții și rudele sănătoși; isvorul contagiunii sale nu 'l putem urmări, de ôre-ce bolnava ne spune că în satul său nu există nici un lepros.

Bólă sa a început acum 6 ani, prin o erupție de pete roșii, eritematoase, în diferite regiuni, cari au durat vre-o doi ani, une-orî dispărind pentru cât-va timp pentru a reapare din nou; fie-care serie de erupțiuni era însoțită de fenomene febrile; a avut epistaxis, rinită.

*Starea actuală.* Față leonină; nasul turtit, sprincenele cădute; pe față se găesc mici noduli, ca niște bôbe de mazăre în grosimea dermului, ocupând regiunea sprincenôsă și a bărbiei; pielea feței e ceva mai îngroșată, mai puțin mobilă, dar totuși e destul de môle; nu există atrofia orbicularilor; conjunctivele oculare și cornea normală. Limba e fôrte îngroșată, infiltrată, și cu tuberculii la basă; laringită leprôsă într'un grad înalt; respirația e lungă, dispneică, șuerătoare; la cea mai mică sfortăre bolnava e amenințată de sufocațiune.

Membrele superiôre. Aspectul pielii cu totul normal; pe antebraț în partea sa posteriôră se vêd, saũ mai bine se simt niște mici tuberculi, ca niște bôbe de linte, în derm; nu exista nici o ulceratie saũ cicatrice. Nu există nici o atrofie a micilor mușchi ai mâinei.

Membrele inferiôre. Pielea e ceva mai îngroșată, dar aspectul său nu e mult modificat; pe fața posteriôră a gambei există câți-va mici tuberculi.

Pielea gâtului și trunchiului de aparență normală.

Examenul bacteriologic, prin procedeul vesicatôrei ne-a arătat prezența bacilului lui HANSEN.

Cea ce ne atrage atenția la acéstă bolnavă e mersul său spasmodic; membrele inferiôre presintă o ôre-care stare de rigiditate, și în timpul mersului vârful piciorului se frécă de pământ, piciorul părăsind cu mare dificultate solul. *Reflexul cotului și rotulien fôrte exagerat*; există trepidație epileptoidă. Membrle superiôre sunt atinse de o tremurătură masivă, care se exageréză prin intențiune.

Nu există nici o urmă de atrofie musculară.

Nu se constată contracturii din partea membrilor superiôre. Bolnava nu presintă nici un fenomen bulbar, turburările în

respirațiune pe care le-am descris fiind sub dependența alterațiilor lepróse a laringelui.

Nu există turburări sfincteriene.

Pupilele reacționéză în mod normal; n'are semnul lui Romberg.

*Sensibilitatea feței și trunchiului normală*; anestesia ocupă numai membrele, și cele trei feluri de anestezii nu se superpun de loc, fie care prezentând un tip aparte.

*Anestesia termică* e cea mai întinsă, ocupă membrele, și se presintă sub forma segmentară.

La membrele inferióre ea acoperă piciorul, gamba, ridicându-se până la mijlocul cõpsei; pe tâlpile piciórelor ea e numai scãdută, fără a fi cu totul dispãrută. La membrele superióre anestesia termică, acoperă complect ante-brațele; la partea anterioră ea respectă palma mânei și fața anterioră a degetelor; înapoi ea nu respectă de cât fața posterióră a degetelor; limita superióră a anesteziciei descrie o linie neregulată dar cu direcția oblică din afară înăuntru.

*Anestesia tactilă* la membrul inferior stâng acoperă piciorul, gamba în întregime și merge până la extremitatea inferióră a cõpsei; sensibilitatea tâlpilor normală; la membrul inferior drept, ea se presintă sub forma unei bande ce ocupă marginea externă a membrului, ridicându-se ca un lampas, până aprópe de rãdácina cõpsei.

La membrul superior stâng, anestesia t. acoperă fața posterióră a ante-brațului și mânei, iar la partea anterioră numai ante-brațul respectând palma mânei; la membrul super. dr. anestesia ocupă fața posterióră a ante-brațului și mânei, dar la partea anterioră se presintă sub forma unor bande ce ocupă marginele laterale, lãsând pe linia mediană anterioră a ante-brațelor o fãșie de sensibilitate normală.

*Anestesia durerósă* la membrul inferior dr. se presintă sub forma unei gutiere, acoperă jumãtatea externă a membrului, marginele ei ajungând până la linia mediană; ea se întinde în sens vertical de la extremitate până la mijlocul cõpsei; la membrul inferior stâng anestesia se presintă sub forma unei bande ce nu depășese genuchiul. La membrele superióre dispoziția anesteziei dureróse corãspunde celei termice.

Simțul muscular normal.

Simțurile speciale normale.

## OBSERVAȚIUNEA XVI

(CULEASĂ ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITÓSA)

### Lepră mixtă

*Puține turburări de sensibilitate; există numai la marginea externă a membrului inferior drept o fâșie verticală de anestezie tactilă și durerósă.*

Ioana Z..., de 17 ani, născută și domiciliată în comuna Răcovița-Copăcenii, jud. Ilfov.

Acéstă bolnavă e sora unui lepros, a cărui contagiune nu o putem urmări; la câți-va ani de la îmbolnăvirea fratelui său, bóla s'a declarat și la ea. Nu s'a observat alt cas de contagiune în familie; părinții și frații cei l'alți sănătoși.

Bóla sa a început printr'o erupție de pete roșii pe față și membre; a avut epistaxis și rinoree.

*Starca actuală.* Față leonină; nasul turtit, sprincenele dispărute; pe față nu există tuberculi propriu-điși ci mai mult o stare de infiltrație difusă. Limba e acoperită cu tuberculi către baza sa; laringită leprósă.

La membrele superióre se observă până la partea inferióră a brațelor, începând de la extremitate, o stare de infiltrație a peleii; în grosimea ei se simt mai mulți tuberculi; nervul cubital puțin îngroșat; nu există atrofii musculare.

La membrele inferióre, începând de la genuchii în jos, există de asemenea o infiltrație a membrelor, dar care e mai dură; pelea pigmentată, aspră, cu numeroase crăpături epidermice și desquamații; câți-va tuberculi.

Pelea gâtului, toracelui și abdomenului de aspect normal.

*Sensibilitate.* — Turburările sensibilităței sunt puțin pronunțate; sensibilitatea nu e alterată de cât la membrul inferior drept, unde există o zonă de anestezie tactilă și durerósă, ocupând ca o fâșie marginea externă a membrului.

Simțul muscular normal; simțul mirosului scăđut; gustul persistă.

## OBSERVAȚIUNEA XVII

(CULÉSĂ ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITÓSA)

## Lepră mutilantă

*Anestesia ocupă membrele; cele 3 feluri de anestezii nu se superpun; anestesia termică și durerosă prezintă tipul segmentar, cea tactilă tipul în bandă.*

Marina V..., 28 ani, născută și domiciliată în comuna Ponoarele, jud. Mehedinți.

Nu putem urmări contagiunea; părinții, frații și surorile sale sănătoase; în satul său nu există nici un lepros.

Bóla sa duréză de 15 ani; a început printr'o erupțiune de bășici, ce ocupaú vecinătatea genuchilor și cótelor. Acum 7 ani a început a avea panariții repetate, nedureróse, la diferite degete, care au sfârșit prin a elimina mai multe falange. N'a avut epistaxis.

*Starea actuală.* — Fața de aspect cu totul normal, nu prezintă nici o alterațiune leprósă; nu se vede nici un tubercul, nasul nu e turtit, perií sprincenelor persistă.

La membrele superioare afară de câte-va cicatrice, rezultat al erupțiunilor anterioare, există atrofia eminentelor tenere și hipotenare; degetele mânei unele sunt eliminate în totalitate, altele păstrează încă I-a falangă; aceste eliminații s'au făcut, după cum ne spune bolnava, în urma unor îndelungate supurațiuni a degetelor; capul óseler apărea în rană, devenea negru (se necrosa) și apoi se elimina. Aceste supurațiuni nu s'au sfârșit de cât atunci când degetele s'au eliminat în mare parte; actualmente constatăm nisce cicatrice destul de regulate, ca și când ar fi rezultatul unei intervenții chirurgicale. Nervii cubitali puțin îngroșați.

*Membrele inferioare.* — Pelea de aspect normal, prezintă însă pe gambe o rețea venósă superficială sórte dezvoltată și câte-va cicatrice; nu există nici infiltrațiuni nici tuberculi; nu se constată atrofii musculare.

Degetele picioarelor eliminate în totalitate; piciorul prezintă la extremitatea sa o cicatrice destul de regulată.

Reflexul cotului și rotulien normale.

*Sensibilitatea.* — Sensibilitatea feței, toracelui și abdomenului normală. Anestesiile ocupă membrele; cele 3 feluri de anestezii nu se superpun ca distribuțiune. *Anestesia termică și durerôsă* presintă tipul segmentar, ocupând la membrele inferioare piciorul, gamba și jumătatea inferioară a cõpsei; sensibilitatea e normală în talpa piciorului stâng. La membrele superioare anestesia term. și dur. ocupă palma, dosul mânei, extremitatea bonturilor, antebrațul și brațul în treimea sa inferioară. Marginea superioară a anesteziei nu descrie o linie transversală, ci înfășoră cõpsa și brațele ca o elipsă oblică, mai ridicată la partea externă de cât internă; limita de trecere între anestezie și părțile normale nu e bruscă, ci se face prin tranziții insensibile.

*Anestesia tactilă.* se presintă sub forma unor bande sau fâșii verticale ce ocupă marginea externă a membrilor inferioare, și internă a membrilor superioare; la membrele inferioare acestă bandă se ridică până la extremitatea inferioară a cõpselor, iar la membrele superioare până la cõte.

Sensibilitatea musculară normală; simțurile speciale normale.

## OBSERVATIUNEA XVIII

(CULESĂ ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITOASA)

### Lepră mutilantă

*Cele trei feluri de anestezii se superpun aprõpe exact; anestezia ocupă membrele, presentând tipul segmentar.*

Petrica Gh..., 45 ani, din comuna Mihăesci (Muscel).

Nu se pôte urmări contagiunea; părinții sēi au murit în vērstă înaintată fără să fi prezentat manifestațiuni leprõse; în familia și în satul sēu se pare că nu există nici un lepros, după ceea ce ne spune bolnava.

Bõla sa a început acum 20 ani, printr'o erupție de bășici, ce ocupaū diferite regiuni ale corpului; erupțiunile se făceau în serii, lăsând între ele un timp mai mult sau mai puțin în-

delungat; în total ele au durat timp de 2 ani, după care a observat că degetele de la mâni și picioare, încep a se deforma, a lua direcțiuni viciose, și a căpăta o mobilitate și flexibilitate anormală; degetele s'au turtit și s'au micșorat de volum încetul cu încetul; nici o dată n'a avut supurațiuni la degete.

Mutilațiunea s'a oprit aci, n'a mai avut nici o altă manifestare morbidă.

*Starea actuală.* — Bolnava de constituție bună; aspectul general destul de favorabil; țesutul celular subcutanat bine dezvoltat.

Figura sa, de aspect cu totul normal, nu prezintă nici una din manifestațiunile leprei; nu se observă nici o infiltrație a peleii, nici o erupțiune tuberculósă; periile sprâncenelor normale; nu există atrofia orbicularilor.

Membrele superioare prezintă pe antebrațe și în jurul cotelelor niște cicatrice necolorate, ovalare, corăspundând erupțiunii pemfigoide din perioada inițială a bôleii; nu se constată nici un tubercul; nervii cubitali, în șanțul epitrocleo-olecranien par a fi îngroșați.

Cea ce ne atrage atenția în prima linie, sunt niște mutilațiuni speciale a degetelor mâinei: mâna prezintă tipul labeii de urs, descris de LELAIR, și asupra căruia a insistat în timpul din urmă D-nii Profesorii KALINDERU și MARINESCU. Degetele mâinilor sunt cu totul reduse de volum, fiind reprezentate numai prin niște mici proeminente, ce ocupă extremitatea metacarpienelor, unele din ele conservând încă în vârful lor o mică porțiune de unghie, uscată și crăpată; altele prezintă la extremitatea lor o ușoară retractiune ombilicată în centru; aceste deformațiuni nu sunt datorite unor supurațiuni, căci nu se vede nici o urmă de cicatrice, ci sunt produse printr'o resorbțiune și dispariție a óselor degetelor. — Unele din aceste proeminente moi, care reprezintă degetele, pare că sunt răsucite în jurul axului lor. Există o atrofie manifestă a mușchilor thenari, hipotenari și inter-osoși.

Membrele inferioare prezintă și ele câte-va cicatrice acromice în jurul genuchilor și pe gambe; degetele picioarelor prezintă aceeași mutilațiune ca și degetele mâinei; nu există atrofii musculare, nici ulcerțiuni.

Pelea din restul corpului de aparență normală.

Reflexul cotului și rotulien normal.



*Sensibilitatea.* Fața, toracele și abdomenul nu prezintă nici o turburare de sensibilitate. Anestesia ocupă numai membrele. Ea prezintă tipul segmentar, și interesează într'un mod egal toate sensibilitățile, tactilă, termică și durerosă, schemele lor superpunându-se într'un mod aproape exact.

La membrele inferioare anestesia ocupă piciorul (atât fața dorsală, cât și talpa), gamba și se ridică până aproape de rădăcina cõpsei; marginea sa superioară nu e perpendiculară pe axa membrului, ci descrie o elipsă oblică, ridicându-se mai sus în partea externă de cât internă.

La membrele superioare anestesia ocupă mâna (atât fața dorsală cât și palmară), ante-brațul, și brațul până la mijloc; limita superioară a anesteziei descrie la fața anterioară și posterioară a brațului două curbe cu concavitatea în sus, și care s'ar întretăia pe marginile laterale ale brațului.

Transiția între părțile anestetice și cele cu sensibilitatea normală, se face mai brusc ca în alte cazuri.

Simțul muscular normal; simțurile speciale intacte.

## OBSERVATIUNEA XIX

(CULÉSĂ în LEPROSERIA DE LA RĂCHITÓSA)

### Lepră mutilantă

*Anestesia ocupă membrele; cele 3 feluri de anestezii nu se superpun exact; anestesia termică și tactilă e mai întinsă; ele prezintă tipul segmentar, depășind rădăcina membrului superior drept și trecând asupra toracelui; anestesia tactilă prezintă încă tipul de bandă pentru unul din membrele inferioare.*

Sanda S..., de 40 ani, din comuna Căndești, jud. Buzău.

Contagiunea nu se poate urmări; în familia și în satul său nu există nici un bolnav lepros; e măritată, are 4 copii sănătoși; bărbatul sănătos.

Bolnavă de 15 ani; bóla a început prin erupțiuni vesiculose, ocupând ante-brățele și gambele, și au durat aproape un an. După aceea a început a avea supurațiuni mai întâi la degetul mediu stâng, apoi pe rând la cele l'alte degete; supurațiunile nu se mai sfârșeau, când dispăreau la un deget, trecău la altul, spre a reapare din nou la același; evoluția lor era cu totul indolore și sfârșeu prin distrucția totală a degetelor; așa s'au eliminat unul câte unul în timp de 3 ani, prin supurațiuni și amputațiuni spontanee, toate degetele mânei; procesul supurativ s'a stins, și bóla pare că s'a mărginit aci; de 10 ani n'a mai avut nici o manifestație eruptivă sau supurațiuni.

*Starea actuală.* Bolnava de constituție bună.

Fața prezintă aspectul său normal; nu se vede nici o erupțiune; mușchii orbiculari normali, nasul nu prezintă nici o leziune.

La membrele superioare și inferioare se ved mai multe cicatrice pe ante-brățe și gambe, datorite bulelor de pemfigus; nu se constată nici o infiltrațiune tuberculoasă.

Degetele mâinilor și picioarelor dispăruțe în totalitate, extremitatea metacarpienelor și metatarsienelor, fiind acoperită de o cicatrice lungă, transversală cu infundături și retracțiuni la suprafața sa.

Mușchii tenari și hipotenari atrofiați; nervii cubitali nu par a fi îngroșați.

Pe spate și partea posterioară a gâtului, există o pigmențație de culoare roșie-vinósă, descriind niște cercuri ce se ating și se întretaie prin marginele lor, ca o rețea cu ochiurile rari;—porțiunea de pele circumscrisă prin aceste cercuri pigmentate are colorațiunea normală.

Reflexul cotului și rotulien normal.

*Sensibilitatea feței* normală.

Anestesia termică și durerosă se superpun, și sunt mai întinse ca cea tactilă. *Anestesia termică și durerosă*, prezintă tipul segmentar, și ocupă la membrele inferioare piciorul (respectând talpa), gamba și cósă pâna aproape de rădăcina sa; anestesia la limita sa superioară descrie o elipsă oblică mai ridicată în partea externă de cât internă

La membrele superioare anestesia ocupă mâna (partea dorsală și palma), cicatricea terminală și ante-brățele; în partea

stângă anestesia se oprește la mijlocul brațului; în partea dreaptă ea e mai întinsă, ocupă brațul în întregime, trece dincolo de rădăcina lui, asupra toracelui, ocupând în partea anterioară regiunea marelui pectoral, iar înapoi regiunea scapulară.

*Anestesia tactilă* la membrul inferior drept se prezintă sub forma unei bande verticale, ocupând marginea externă a membrului și ridicându-se până aproape de mijlocul cõpsei; la membrul inferior stâng, ea prezintă tipul segmentar, ocupând piciorul (partea dorsală și marginea externă a talpei), și gamba până la genuchi. La membrele superioare anestesia are tipul segmentar, ocupă mâna, ante-bratele, și brațele; în partea stângă ea se oprește la mijlocul brațului, în partea dreaptă ea se continuă sub forma unei bande, ocupând marginea externă până aproape de rădăcina membrului.

Simțul muscular normal; simțurile speciale normale.



## OBSERVATIUNEA XX

(CULĒSĂ ÎN LEPROSERIA DE LA RĂCHITOASA)

### Lepră mixtă

*Anestesia ocupă numai membrele, prezintă tipul în bandă, și nu interesează de cât sensibilitatea termică și dureroasă, cea tactilă fiind conservată (disociare siringomielică).*

Suța Z., de 54 ani din comuna Micestî, jud. Muscel.

Din satul său mai există în acest azil, o femeie atinsă de lepră tuberculósă, și care e bolnavă mai de mult de cât ea; în familia sa nu există nici un lepros.

Bóla sa duréză de 14 ani; a început prin fenomene prodromice, febră, dureri musculare, nevralgii, trecând apoi la fasa de erupțiune caracterisată, prin apariția pemfigusului lepros; perióda eruptivă a fost excepțional de lungă, de óre-ce erup-

țiunea buloasă se repeta în fie-care vară, timp de aproape 10 ani. N'a avut nici-odată epistaxis.

*Starea actuală.* Bolnava de constituție bună.

Fața nu prezintă nici o alterație leproasă; sprincenele conservate, orbicularii nu sunt atrofiați, nu există nici un tubercu; în nas nu se constată nici o alterație.

Membrele superioare și inferioare prezintă însă o stare de infiltrație și aspect cianotic, de la cote și genuchi în jos; pe fața posterioară a ante-bratelor, prin inspecție nu se constată nici o ridicătură, dar prin palpație, aproape de articulația radiocarpiană, se simt în hipoderm niște mici tuberculi lenticulari; degetul mediu stâng, are o direcție viciată, fiind recurbat către palma mânei, printr'o retracție cicatricială; direcția celor l'alte degete normală; mușchii eminentelor tenare și hipotenare nu par a fi atrofiați. Pelea membrilor superioare prezintă mai multe cicatrice de mărimi variabile, corespunzând erupțiunii pemfigoide. — Nervii cubitali puțin îngroșați.

La membrele inferioare există aceeași stare de infiltrație ca și la cele superioare; nu se constată existența nici unui tubercu; pe piele se ved mai multe cicatrice.

Cele 2 degete ultime ale piciorului stâng lipsesc; bolnava ne spune că au dispărut eliminându-se, bucată cu bucată, în urma unei supurațiuni, ce a avut în această regiune.

Pe talpă nu există nici o ulceratie.

Reflexele rotulienne normale.

Examenul bacteriologic prin procedeul vesicatorei, a dat rezultate pozitive.

*Sensibilitatea feței și trunchiului normală.*

Anestesia ocupă numai membrele, prezintă tipul în bandă, și nu interesază toate felurile de sensibilități, ci numai pe cea termică și dureroasă, cea tactilă fiind conservată; cel mult am putea dice, că e puțin obtusă.

Anestesia termică și dureroasă, la membrele inferioare se prezintă sub forma unei fâșii ce ocupă nu numai marginea externă a membrului, dar se întinde și asupra feței posterioare și anterioare a membrului, până la linia lui mediană; în sens vertical ea se întinde de la extremitatea degetelor până d'asupra genuchilor; sensibilitatea talpei picioarelor normală.

La membrele superioare anestesia interesază tot numai sensi-

bilitatea termică și durerósă, se presintă sub forma unei fășii, cu caracterele celei descrise mai sus, ocupând marginea internă a membrului, și ridicându-se până la mijlocul brațului.

Simțul muscular normal; simțurile speciale normale.



## CONCLUZIUNI

1) *Lepra, siringomielia (bóla lui MORVAN), sclerodermia, ainhum etc. pe care D. ZAMBACO-PAȘA voește a le confunda într'o singură entitate morbidă, lepra, sunt afecțiuni cu totul diferite prin natura lor, de și prezintă analogii însemnate pe terenul clinic, și câte odată pe cel anatomic.*

2) *Diagnosticul diferențial între aceste bóle prezintă une ori mari dificultăți pe terenul clinic.*

3) *Turburările sensibilității observate în lepră, de și nu prezintă o schemă-tip, cu toate acestea sunt destul de caracteristice, pentru a permite în majoritatea cazurilor, facerea diagnosticului între lepră, siringomieliie etc, când cele-l'alte semne clinice sunt dubioase.*

4) *Turburările sensibilității se observă nu numai în lepra nervoasă, după cum credea DANIELSSEN și BOECK, ci și la nivelul erupțiilor leprei tuberculóse (macule, tubercule, etc).*

5) *Turburările de sensibilitate, observate la nivelul erupțiilor leprei tuberculóse, prezintă caracterul disociațiunei banale sau siringomieliitice.*

6) *Turburările de sensibilitate în lepra nervoasă încep de obicei prin extremitățile membrelor, sunt simetrice și în continuă stare de extensiune și*

progres; la început sub forma unei bande verticale, de înălțime variabilă, ce ocupă marginea externă sau internă a membrilor, ea devine apoi segmentară, îmbrăcând pe rând mâna, ante-brațul, brațul pentru a se întinde în fine către trunchiul.

7) În lepră, de obicei, anestesia interesază toate calitățile sensibilității (tactilă, termică și dureroasă); câte o dată însă se observă o disociere a sensibilității, specială siringomieliei, adică conservarea sensibilității tactile cu abolirea celei dureroase și termice; dar chiar când această disociere există în lepră, ea prezintă caractere particulare, trase din dispoziția și evoluția sa, care o deosebesc de ceea ce există în siringomielie.

8) Sunt cazuri rare în care anestesia lepră prezintă un tip neobișnuit; în aceste cazuri, când celelalte semne clinice nu sunt destul de afirmative, trebuie să ne adresăm tot-d'a-una la examenul bacteriologic, atât de mult simplificat prin procedeul vesicatorei, al D-lui Profesor KALINDERU; numai când acest procedeu nu ne dă rezultate pozitive, suntem autorizați a recurge la biopsie.

9) Turburările sensoriale se observă în lepră; ele sunt însă datorite mai mult leziunii organelor speciale (globul ocular, nas, conductele auditive), decât a nervilor speciali (optic, olfactiv, auditiv), care nu sunt alterați de cât consecutiv; de aceea ele se observă mai des în lepra tuberculoasă.

10) Turburările sensibilității generale în lepră sunt datorite alterațiilor sistemului nervos.

11) Nevrita lepră, pe care LELOIR o considera ca constituind singura expresiune anatomică a ma-

nifestațiunilor leprei nervoase, există incontestabil în cele mai multe cazuri de lepră; dar ea singură nu ne poate explica diferitele modalități ale alterațiunilor sensibilității.

12) Noile cercetări asupra leziunilor sistemului nervos central în lepră, de acord cu cunoștințele noastre fiziologice asupra inervațiunii cutanate a membrilor și a celorlalte teritorii, ne conduc a admite că aceste turburări nu se pot explica în mod satisfăcător, de cât admitând existența unor leziuni radiculo-spinale.

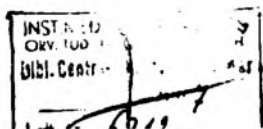
13) Causa acestor alterațiuni a sistemului nervos e bacilul lui HANSEN care lucrează prin acțiunea sa directă, și poate și prin toxinele sale.

14) Cât despre turburările de sensibilitate observate la nivelul erupțiunilor cutanate a leprei tuberculose, credem că sunt datorite unor alterațiuni definitive sau temporari, a firisoarelor nervoase terminale, prin compresiunea mecanică, ce infiltratul lepros exercită asupra lor.

Vepută. bună de imprimat

PREȘEDINTELE TEZEI:  
Prof. Dr. KALINDERU

DECAN:  
Prof. Dr. MĂLDĂRESCU





## CHESTIONAR

- Anatomia descriptivă*: Baza craniului.
- Anatomia patologică*: Inflamațiune.
- Botanică*: Despre inflorescență.
- Chimia medicală*: Arsenicul și compușii lui; acțiunea toxică și usagiile terapeutice ale compușilor arsenicali.
- Dermatologie și sifilografie*: Anatomia patologică a lupusului vulgar.
- Farmacologie*; Păcure.
- Fiziologie*: Transformările alimentelor în organism.
- Igienă*: Încălzirea locuințelor.
- Istologie*: Structura urechei.
- Medicina legală*: Viabilitate.
- Obstetrică*: Abort.
- Patologia chirurgicală*: Coxo. tuberculosa.
- Patologia generală*: Etiologia hidropisielor.
- Patologia infantilă*: Rubeola.
- Patologia medicală*: Microbii variolei.
- Terapeutică*: Acțiunea fiziologică a oleo-resinelor.
- Zoologie*: Platielminți; evoluția teniadelor, hidatide.

