

# EREDO-SIFILISUL MINTAL



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE ..... 1935

DE

DOMINKOVICH NICOLAE

AUG 1973

21.354

L.M.F. Tirgu-Mures  
O.Gy.F.I. Marosvásárhely  
Bibloteca — Könyvtár

CLUJ

TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCA”  
1935

20 DEC 1960

CLUJ

i  
O.Gy.F.I. marosvasarhely  
Bibloteca — Könyvtár

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“ DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

Decan : Prof. Dr. D. MICHAİL

**Profesori :**

Clinica stomatologică (agr.) . . . . .	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia . . . . .	„ „ BARONI V.
Istoria Medicinii (agr.) . . . . .	„ „ BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	„ „ BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	„ „ BUZOIANU GH.
Istologie și embriologia umană . . . . .	„ „ DRĂGOIU I.
Semiologie medicală . . . . .	„ „ GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	„ „ GRIGORIU C.
Clinica medicală . . . . .	„ „ HAȚIEGANU I.
Medicina legală . . . . .	„ „ KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	„ „ POPOVICI GH.
Clinica oftalmologică . . . . .	„ „ MICHAİL D.
Clinica neurologică . . . . .	„ „ MINEA I.
Igiena și igiena socială . . . . .	„ „ MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	„ „ NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	„ „ PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	„ „ POP A.
Fiziologia umană (supl.) . . . . .	„ „ DRĂGOIU I.
Balneologia . . . . .	„ „ STURZA M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	„ „ TĂTARU C.
Clinica urologică . . . . .	„ „ ȚEPOSU E.
Chimia biologică . . . . .	„ „ THOMAS P.
Clinica psihiatrică . . . . .	„ „ URECHIA C.
Anatomia patologică . . . . .	„ „ VASILIU T.
Clinica Infantilă . . . . .	„ „ POPOVICI GH

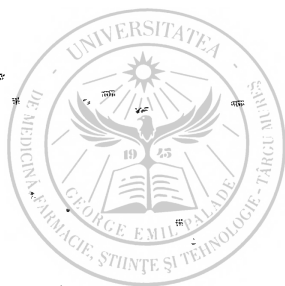
**JURIUL DE PROMOȚIE :**

Președinte : Prof. Dr. C. URECHIA .

Membrii : { „ „ C. TĂTARU  
                  „ „ I. MINEA  
                  „ „ V. BOLOGA  
                  „ „ A. M. BOTEZ

Supleant : DOCENT Dr. TR. POPOVICIU





## EREDO-SIFILISUL MINTAL.

Alterațiunile funcțiilor psihice se împart în: 1) *congenitale* cari sunt infirmitați (*idioșia, imbecilitatea, rămânerea în urmă* și 2) psihopatiile maladii survenite în timpul vieții. Între aceste 2 grupuri se plasează *manifestații interminente* reprezentate prin stări *nevrozice* (epilepsie, isterie) sau prin micile sindrome mintale (neurastenii, psihastenii).

1. *Psichopatiile infirmitați* stau sub dependența unei dispozițiuni constituționale și, teoretic vorbind, nu cer nici o cauză ocazională. Totuși trebuie să amintim că o infecțiune a centrilor nervoși survenită în prima copilărie poate produce aceleași sindrome ca și afecțiunile congenitale. De exemplu o meningită acută survenită în cursul primilor ani va produce sindromul imbecilității sau idioșiei tot așa ca și o inflamațiune intrauterină a învelișurilor cerebrale (sifilis de exemplu). În consecință, în vârsta adultă este greu adese să precizeze cauza adevărată.

2. *Psichopatiile maladii* au nevoie de o cauză ocazională, care nu totdeauna poate fi ușor găsită. Aici terenul joacă deosebit de mult un rol primordial. În aceste cazuri sistemul nervos este cu predilecție atins de infecțiuni, intoxicațiuni, autointoxicațiuni.

3. *Stările nevrozice* (micile sindrome mintale, ating mai ales afectivitatea) obsesii, fobii, impulsivități, neurastenii, psihastenii au la origină o leziune mai mult sau mai puțin gravă a centrilor nervoși, a simpaticului, a glandelor endocrine, survenite fie înainte de naștere, fie din primii ani ai vieții, fie chiar în diferitele stadii de dezvoltare a individului (pubertate, mai ales). Apariția acceselor se va face sub influența cauzelor ocazionale, câteodată evidente, altădată nesigure. Și aici noțiunea constituțiunei domină etiologia acestor manifestațiuni morbide.

Se poate conchide din aceste considerațiuni că noțiunea *pre-*

*dispoziției* domină patologia mintală în întregime. Predispoziția este singură în cauză în psihopatiile infirmități, este mai atenuată în psihopatiile maladiei, fără să dispară.

Din contră cauzele determinante care pentru primul grup se confundă cu predispoziția se disting din ce în ce mai mult pe măsură ce mergem spre a II-a categorie.

Astfel că se poate spune că apariția psihopatiilor maladii cere cauze determinante cu atât mai grave cu cât predispoziția este mai mică și invers.

În ce privește noțiunea de *predispoziție* autorii obișnuiesc să distingă *cauza predispozantă independentă* de individ (factori sociali, civilizație, profesiune, rasă, etc. și se mai vorbește de o *predispoziție individuală*, cea mai importantă dintre toate. Rogues de Fursac confundă această *predispoziție individuală* de a contracta maladii mintale cu *degenerescență* care nu este decât o manifestare a acestei predispoziții individuale. Concepția degenerescenței se datorește lui Morel care o definește astfel: „Degenerescențele sunt variațiuni maladive ale tipului normal al umanității ce se pot transmite ereditar și evoluând progresiv către (*déchéance* = distrugeri).<sup>45</sup>



## EREDO-SIFILISUL

### CA FACTOR DE DEGENERESCENȚA.

#### *Scurt istoric.*

În 1901 Bourneville a făcut un studiu asupra originii psihopatiilor infantile. El dă o statistică privind cauzele acestor psihopatii ale copiii lor (idiotie, imbecilitate, înapoiere intelectuală și morală, epilepsie, isterie și hebefrenie). El atrage îndeosebi atențiunea asupra trei din aceste cauze: sifilisul, alcoolismul și profesiunile insalubre.

Era destul de greu să se poată face un studiu exact în ce privește etiologia sifilitică a acestor afecțiuni într'o epocă când reacția Wassermann nu era încă generalizată. Ulteriori studii nume roase ajutate de reacțiunile serologice au stabilit un procent din ce în ce mai mare de asemenea maladii înapoia cărora se ascundea sifilisul.

În 1921, E. Fournier în lucrarea sa: „Siphilis héréditaire de

l'enfance" susține că leziunile sistemului nervos datorite sifilisului ereditar par a fi capabile să provoace toate sindromele neuro-patologice cunoscute.

În 1927, P. Male găsește eredo-sifilisului cu siguranță la copiii normali în 40% din cazuri și crede că această proporție este inferioară realității din cauza numeroaselor forme latente sau greu de diagnosticat.

G. Heuyer și d-șoara Badonnel au găsit, examinând 669 copii în 1927 la consultațiile de neuro-psichiatrie infantilă următorii factori etiologici:

Hereditate sifilitică (sigură, probabilă sau suspectă) în 40,24%, contra 13,7% pentru ereditatea neuro- și psihopatică, 6,11% pentru ereditatea alcoolică, 3,28% pentru ereditatea tbc. și 36,66% datorită factorilor nedeterminați sau câștigați, aceștia din urmă într'o foarte slabă proporție.

Se poate deduce din acest sumar istoric, rolul preponderant pe care îl are eredo-sifilisul ca factor predispozant în determinarea maladiilor mintale.

Importanța eredo-sifilisului în determinarea maladiilor mintale este magistral evidențiată în tratatul de patologie neuro-mintală al d-lui prof. Dr. Urechia.

Rostul tezei mele este să pună în evidența cazurile internate și studiate în Clinica Psihiatrică din Cluj, din studiul cărora se va putea desprinde cu prisosință adevărul că eredo-sifilisul este marele vinovat în determinarea maladiilor mintale la copii.

## DIAGNOSTICUL EREDO-SIFILISULUI ÎN COPILĂRIE.

Sifilisul se transmite prin spermă în timpul concepțiunii sau că mama gravidă contractează mai târziu sifilisul în care caz spirocheții trec din sângele mamei la făt prin placenta. Sunt date și cazuri mai rari când o doică sifilitică poate infecta un copil în primele zile ale vieții. În ce privește reacția Wassermann, ea poate să se prezinte pozitivă la copil și negativă la mama ceea ce nu înseamnă în nici un caz că mama este sănătoasă. În afară reacțiunea W. care este concludentă atunci când este pozitivă, s'au mai descris o serie de stigmatice eredo-sifilitice a căror înșirare o cred necesară, fiindcă prezența lor într'un caz dat

ne poate pune pe pista adevărului diagnostic. Iată cari sunt aceste stigmatе după d-l prof. Dr. C. Urechia:

„Din partea craniului putem constata diferite malformațiuni sau mai bine zis stigmatе sifilitice, ca hiperostoze, subțieri ale oaselor craniene, fruntea bombată și mare, zisă frunte olimpiană; craniu natiiform cu o morfologie care amintește fesele; craniu în cari găsim o proeminență foarte accentuată a osului occipital sau a altor oase; hidrocefalii, microcefalii, scafocefalii, pirgocefalie în care de multeori putem găsi atrofia nervului optic. Sinostoze sau alte asimetrii variate ale craniului. Din partea sistemului osos întâlnim diferite alterațiuni ca osteoperioste, iperostoze eventual necroze, exostoze multiple și dureroase, osteomielită. Găsim morbul lui Portal în care deviația coloanei vertebrale este în arc și nu în unghi ca în morbul lui Pott.

Din partea aparatului ocular se pot constata plăci de coroidită adese bilaterale, retinită, arterite sifilitice ale retinei, turburări ale cristalinului, nistagm, sinechii ale irisului, cheratite, rigiditate pupilară. Paraliziiile motorului ocular comun, strabismul așa zis congenital, apar în primii ani ai copilăriei (1—3—6 ani). Igersheimer semnaleză cazuri cu cheratite parenchimatosa și turburări nervoase cu atrofia simplă a pupilei, areflexie, reacțiune paradoxală, hipus, de multeori hemeralopii și o diminuare treptată a vederii care nu ajunge să fie completă. Nervul optic poate prezenta nevrite și atrofii, care uneori poate fi datorită unei hidrocefalii sau datorită hipertensiunii lichidului cefalorachidian. Afecțiunile nervului optic pot evolua multă vreme latent. Putem găsi dacriocistite și pericistite lacrimale.

Surditatea și mutitatea este frecventă la copii și uneori este întovărășită de tabes. Ea poate apare dela naștere sau mai târziu. Surdo-mutitatea poate fi izolată sau acompaniată de epilepsie. Epilepsia eredo-sifilitice poate lua tipul epilepsiei esențiale, ori poate fi însoțită de cefalee și amețeli, vâjâituri în urechi, slăbiciune intelectuală, incontinență de urină cum și alte stigmatе de sifilis.

Copiii eredo-sifilitici dau un procent foarte mare de mortalitate în primii ani. Convulsiunile se întâlnesc deasemenea destul de frecvent, cefalea poate să traducă o hidrocefalie sau o hiperostoză și nu este de caracter nocturn, ca aceea a sifilisului dobândit. Pentru a fi complet acest vast tablou de semne și stigmatе eredo-luetice d-l prof. Urechia amintește deasemenea



paraplegia spasmodică familiară, boala lui Friedreich, atrofia musculară a lui Duchenne, poliomielita, rigiditatea congenitală, heredo-ataxia cerebeloasă, hemiplegiile infantile, diplegiile, incontinența urinară, etc.

Sistemul nervos ne prezintă fenomene de excitabilitate care se traduc prin tetanie sau spasmofilie, eclampvie, spasmul glotei, fenomene meningeie, nervozitate. Nervii bazali pot fi prinși dând naștere la paralizii. Urechia într'un caz de paralizie facială congenitală a găsit disparatiunea aproape complectă a nucleului de origină a facialului. Se găsesc turburări de caracter ca iritabilitate, instabilitate, stări maniacale, moral insaniti, perversiuni sexuale. Inteligența poate fi ușor scăzută, mergând dela o ușoară debilitate sau imbecilitate până la idiotie.

Manifestațiile eredo-sifilitice ale copilăriei și ale adolescenței sunt considerate azi după Carle ca expresiunea terțiară a sifilisului congenital ordinar a cărui fază secundară a apărut în primul an de viață și a trecut neobservată sau a fost interpretată ca altă maladie.

Prin urmare nu se poate vorbi de manifestațiunile heredo-sifilitice în copilărie, adolescențe sau în vârsta adultă ca despre un eredo-sifilis tardiv; se poate vorbi doar de simptome tardive ale unui sifilis necunoscut. În acest caz infecțiunea congenitală cu cea dobândite se pot compara și asemena. Punctul de capitală deosebire în manifestațiunile obiective stă în aceea că eredo-sifilisul atinge organele în dezvoltarea organismului copilului (glandele endocrine). Infecțiunea grefată pe un teren în evoluție, deviază această evoluție dela normal și dă în același timp o alte fizionomie bolii ca atare. Infecțiunea luetică în prima copilărie reproduce același tablou simptomatic ca și eredo-sifilisul.

Dacă ne gândim la bogăția semnelor și stigmatelor eredo-luetice descrise, pe care le-am enumerat și noi, am fi poate tentați a crede că diagnosticul clinic este un lucru ușor.

Practica medicală prezintă însă lucrurile cu totul altfel. La noul născut se întâlnesc cu o oarecare frecvență, manifestațiunile active tipice pe când stigmatele distrofice sunt rare. La copil și la adolescent din contra leziunile active sunt tot mai rare, pe când stigmatele sunt din ce în ce mai numeroase. Putem conchide deci că semnele cari ne dau siguranța diagnosticului, se împuținează foarte mult cu vârsta.

Marfan a clasificat eredo-sifilisul noului născut în trei ca-

tegorii: sigur, probabil, posibil, după cum simptomatologia boalei apărea mai mult sau mai puțin netă. Ne dăm foarte bine seama că această clasificare nu se poate aplica decât mult mai greu la adolescent și aproape de loc la adult, deoarece pe măsură ce boala învechește simptomele și stigmatetele se șterg, așa că se obiectivează din ce în ce mai puțin. În aceste cazuri trebuie cercetat anturajul bolnavului, trebuie a face o anchetă biologică pe care o propun L. Drouet și J. Hamel.

După acești autori aceasta anchetă familiară trebuie să fie făcută asupra părinților, bunicilor, fraților, surorilor și chiar asupra colateralilor. Ancheta aceasta, spre a fi concludentă, nu trebuie să se oprească la prima generație, ci trebuie împinsă la a II-a și chiar la a III-a generație. Ancheta trebuie să fie atât clinică cât și serologică. Se înțelege că în practica de toate zilele acest lucru este enorm de greu, dacă nu imposibil. Autorii suscitați mărturisesc că din 111 cazuri studiate, doar în trei cazuri au putut întreprinde această anchetă completă.

Observațiunile noastre sunt complete prin ele înșiși așa că deși această anchetă familiară nu a fost făcută, ea ar apare în cazul nostru de prisos.

## EXAMENUL CLINIC ȘI BIOLOGIC.

Acesta trebuie să fie cât mai complet posibil. În primul rând trebuie să căutăm leziunile în activitate cutanate și mucoase, cicatricile lor, sechelele adese caracteristice, perforațiile vălului palatului a cloasonului nasal și cicatricile peribucale. Scheletul trebuie examinat unde putem găsi iperostoze și distrofii numeroase mai ales la craniu și la oasele membrelor. Trebuesc deasemenea examinate organele simțurilor și dentiția a cărei valoare este foarte mare pentru unii (Fournier) și fără importanță după alți autori.

Examenul serologic trebuie să vină și să completeze examenul clinic. Acesta trebuie să privească sângele și lichidul cefalo-rachidian. Tabloul sanguin este modificat. Se produce o anemie cu diminuarea numărului globulelor roșii, deformări globulare, anizocitoză, discromatofilie. Găsim o leucocitoză cu predominanța mono-nuclearelor. Câteodată putem găsi ematii nucleate și mielocite, probă a unei reacțiuni mieloide.

*Scro-reacțiunea W.* are o mare importanță. Precum am mai

amintit această reacțiune nu este concludentă decât când este pozitivă. La eredo-luetici această reacțiune depinde de virulența infecțiunii la părinți și de vârsta micului bolnav. Cu cât copilul înaintează în vârstă cu atât mai rar găsim R. W. pozitivă, iar după 16 ani o găsim în general negativă. Drouet și J. Hamel recomandă ca această reacțiune să fie coroborată cu alte reacțiuni de sensibilitate diferită ca: Hecht, serul încălzit al lui Calmette și Massol, Jacobstal, Meinicke.

În lichidul cefalo-rachidian al eredo-sifiliticilor reacția Wassermann este pozitivă, iar albumina totală este crescută. S'a constatat deasemenea o ușoară hipertensiune a lichidului cefalo-rachidian.

După părerea mai tuturor autorilor, nu există un paralelism între reacția W. din sânge și din lichidul cefalo-rachidian. Probele serologice sunt mai frecvent pozitive la eredo-sifiliticii copii și foarte rar găsite la eredo-sifiliticii adulți.



## EREDO-SIFILISUL CA FACTOR PRODUCĂTOR AL MALADIILOR MINTALE.

La acest capitol voim să arătăm raportul de frecvență ale eredo-sifilisului ca factor etiologic al maladiilor mintale și să arătăm mecanismul de producere al maladiilor mintale prin eredo-sifilis. Aceste două probleme au un aspect deosebit la copil și adolescent de o parte și la adult de altă parte.

Am mai pomenit că eredo-sifilisului i se recunoaște un rol din ce în ce mai mare în determinarea maladiilor mintale. Male în teza sa din 1927 afirmă, că procentajul eredo-sifilisului ca factor etiologic trece de 50% în determinarea maladiilor mintale. Aceasta este cifra admisă în lucrurile cele mai noi. Impreciziunea acestui procent se datorește greutateii de a face cercetări biologice complete.

În explicarea patogenică degenerescența despre care am vorbit joacă un mare rol în patogenia turburărilor mintale la eredo-sifilitici printr'o distrofie nervoasă cerebrală consistând sau nu cu una psihică, prin alterarea mediului umoral de către hormonii regulatori viciați și printr'o distonie neuro-vegetativă.

În ce privește pe psihiopații adulți, nu se poate stabili nici chiar aproximativ procentul datorit eredo-sifilisului pe lângă faptul că eredo-sifilisul prezent fiind la un alienat adult nu se poate stabili totdeauna un raport de cauzalitate între aceste două maladii.

În ce privește patogenia eredo-sifilisului adultului alienat este de observat că el se observă la indivizi cari în copilărie sau adolescență au prezentat unele turburări psihice cari însă nu l-au scos din viața socială normală. În copilărie au putut fi debili, înapoiți, perversi, etc. Înaintând în vârstă, boalele intercurrente, intoxicațiunile (alcoolul) uzura organismului, șocurile

umorale și afective, au putut să accentueze turburările pe aceste terenuri preparate și să determine demența. Eredo-sifilisul în aceste cazuri a determinat o predispoziție vizibilă. În alte cazuri adultul psihopat pare a fi fost complet normal până la apariția primelor turburări mintale. În acest caz eredo-sifilisul a determinat o predispoziție latentă.

## FORME CLINICE ALE EREDO-SIFILISULUI MINTAL.

Este lucru stabilit că eredo-sifilisul se poate găsi în toate domeniile patologiei generale; se subînțelege deci că nici maladiile mintale nu vor face excepție.

Știm că eredo-luesul acționează fie prin distrofiile produse, fie printr'o toxiinfecțiune și în acest ultim caz acțiunea sa este comparabilă cu aceea a sifilisului câștigat. Cu toate acestea tabloul clinic va fi modificat prin existența unui teren distrofic. Pe de altă parte atunci când este vorba de copii sau de adolescenți al căror organism se află în plină perioadă de creștere puseul infecțios va turbura evoluția normală și va da un aspect special sindromelor clinice.

Autorii s'au întrebat dacă în există psychoze sifilitice în afară de cele produse de către procesul meningo-encefalitic produs fie de către sifilisul ereditar, fie de către cel dobândit. Până la lucrările lui Plaut, autorii erau foarte rezervați în a atribui sifilisului unele psychoze apărute la sifilitici și se credea mai de grabă în coincidența a două procese diferite. Kraepelin (în 1910) crede că sifilisul în evoluția sa ca și celelalte infecțiuni și intoxicațiuni acute produce forme clinice și, în special neurastenia sifilitică, produce pseudoparalizii sifilitice cu simptome de confuziune delirantă, sindromul lui Korsakoff și forme paranoide cu idei delirante și halucinațiuni, mai ales auditive. Profesorul Urechia a descris psychozele tabetice și a aprofundat în special anatomia patologică a acestor psychoze cari n'au nimic comun cu tabo-paralizia. În cursul tabesului s'au observat stări depresive, stări maniacale, stări confuzionale, stări catatonice, stări paranoide și grave defecte etice. Sunt cu deosebire interesante cazurile de tabes cu turburări etice și morale, dar fără alterațiuni mintale, cazuri cari se manifestă prin iritabilitate, brutalitate față

de familie cu neglijarea îndatoririlor, decadența socială. În unul din aceste cazuri prof. Urechia a găsit o infiltrație vasculară cu celule plasmatică și limfoctoază. După Drouet și J. Hamel, este probabil că în aceste cazuri de tabes cu psychoze ar fi vorba de un sifilis cerebro-spinal. O chestiune interesantă de stabilit este raportul dintre numărul psichozelor observate cu numărul proceselor infecțioase sifilitice. Plaut, bazându-se pe probele de laborator (sânge și L. C. R.) că leziunile de endarterită în micile vase corticale pot coincide cu sindromele clinice cele mai diverse, ca: excitațiuni cu simptome catatonice, negativism și stupoare; stări crepusculare cu angoasă, absențe și accese epileptice.

Psychozele sifilitice se manifestă prin sindrome mintale cu predominanța modificărilor cenesteziei (excitație, depresione) a halucinațiilor auditive cu o stare de angoază, și idei delirante parafrenice ducând cu vârsta la demența precoce paranoidă sau la un delir organizat și nedementire.

Eredo-sifilisul poate sta la baza celor mai diverse psychoze cari pot să meargă dela simple turburări (obsesiunii, fobii) la psichopatii ușoare comparabile cu viața socială sau mai mult la psychoze sistematizate și chiar la un grad înaintat de turburări mintale (arierație, imbecilitate, idiotie).

Pentru probarea celor afirmate, vom da mai la vale descrierea pe larg a 10 cazuri clinice internate în Clinica Psihiatrică din Cluj, din care se va vedea cu prisosință că sifilisul ereditar poate reproduce orice sindrom psihic. După aceea vom face discuția cazurilor noastre și vom putea vedea că învățămintele scoase din cazurile observate de noi se acordă perfect cu ceea ce s'a scris asupra acestui important capital de patologie mentală.

*Cazul I.* B. A. 20 ani, strungar, necăsătorit. Intră în clinică la 8 Maiu 1935. *Antecedente heredo-colaterale:* Au fost 13 copii la părinți; trăiesc 6. *Personale:* Neagă boli venerice. La vârsta de 3 ani a suferit o traumă craniană. *Istoricul boalei actuale:* La vârsta de 13 ani a prezentat circa 5 abcese epileptiforme, cu pierdere de cunoștință, care au durat cam 4—5 minute. De atunci n'a mai prezentat abcese până la data de 2 Maiu 1935, când a făcut un acces cu pierderea cunoștinței cu o durată de 5 minute. *Starea prezentă:* La examenul fizic prezintă dinți heredo-luetici și o cicatrice în regiunea sprincenoasă, spre rădăcina nasului. Aparatul

circulator: nimic deosebit. Aparatul respirator: normal. Aparatul digestiv și sistemul limfatic: nimic patologic. Sistemul nervos: Pupilele: bune; mișcările globilor oculari libere în toate direcțiile, nistagm nu prezintă. Reflexele osteotendinoase și cutanate se produc bine. Reflexe patologice nu prezintă. Sensibilitatea tactilă, termică, dureroasă și profundă la diapazon păstrată. *Acuze subiective*: cefalae, amețeli, care apar periodic în fiecare zi și durează câte 1—3 ore, și care datează de circa 7 zile. Bolnavul mai spune, că după un efort sau fugă are amețeli cu pierdere de cunoștință, pe o durată de 3—5 minute, fără a-și mușca limba și fără a avea emisiune spontană de urină. În ultima săptămână ar fi avut trei accese: Static și dinamic: nu prezintă turburări. *Psihic*: nu prezintă turburări. Pandy: în lichidu c. r. — negativ. *Diagnostic*: Morbus sacer (heredo-lues, traumă craniană). *Tratament*: Bismut combinat cu Neo și Luminal. Părăsește clinica după 5 zile.

*Cazul II. D. A.*, 19 ani, necăs. Intrat în clinică la 27 Septembrie 1933. *Antecedente heredo-colaterale*: Părinții trăiesc și sunt sănătoși. Au fost 6 frați, dintre cari trăiesc 2; ceilalți morți în copilărie sub vârsta de 2 ani. Părinții nu sunt alcoolici. *Personale*: Născut la termen, primul dintre 6 frați. La vârsta de 6 ani a suferit de scarlatină și tifus. În timpul cât zace în scarlatină face strabism convergent stâng. În decursul febrei tifoide i se prezintă pareza extremităților inferioare. *Istoricul boalei actuale*: În timpul convalescenței, când s'a dat jos din pat și de când a început să meargă, avea dificultate în mers și tremurături în extremitățile superioare. De atunci n'a suferit nici o ameliorare a simptomelor. Obosește repede și din cauza tremurărilor la extremitățile superioare, este inapt pentru muncă manuală. *Starea prezentă*: Slab dezvoltat. Tegumentele și mucoasele vizibile slab colorate (palide). Pielea are o colorație marmorată. Țesutul subcutanat, muscular slab dezvoltate. Sistemul osos intact. Anomalii de dezvoltare nu prezintă. Semne de degenerascentă: scapule alate, dinți Hutchinson, sistemul pilos slab dezvoltat la axile și pubis. Aparatul respirator: nimic deosebit. Aparatul cardio-vascular: nimic patologic. Aparatul digestiv: normal. Abdomenul: escavat, matitatea splinei mărită, ficatul în limitele normale. Aparatul uragenital: micțiuni frecvente, 10—12 pe zi. Sistemul limfatic: ganglionii inghinali palpabili, mobili, nedureros. *Sistemul nervos*: Pupile egale, centrale, conturul regulat. Reflexul fotomotor se produce prompt.

Paresa motorocularului extern stâng (strabism convergent stâng). Mișcări nistagmiforme inconstante la privirile laterale. Rotația externă a globului ocular stâng este incompletă. Reflexele osteotendinoase: la membrele superioare sunt bune și simetrice. La membrele inferioare: patelarele sunt vii; achilianele și medio-plantarele sunt normale. Prezintă clonus la ambele picioare și la rotule bilateral. *Reflexele cutanate*: Uneori ușoară tendință la Babinsky de partea dreaptă. Abdominalele și cremasterienele se produc. Sensibilitatea tactică, termică, dureroasă, păstrată. *Subiectiv*: dureri și senzație de arsuri în stomac. Static și dinamic: Starea în picioare posibilă. Mersul spastico-paretic; din când în când cosește cu piciorul stâng. În timpul mersului se apleacă puțin înainte, calcă mai mult pe talpe, ștergând solul uneori. Prezintă tremurături intenționale în extremitățile superioare. R. W. în sânge negativ; Pandy în lichidul c. r. negativ. *Diagnostic*: Heredo-lues; sequelles post-encephalitice. Tratament: specific, tonice și băi electrice. Părăsește clinica la 24 Oct. 1933, ameliorat.

*Cazul III.* M. G., 8 ani, copil. Intră în serviciul clinicei la 9 Iunie 1933. *Antecedente heredo-colaterale*: Părinți sănătoși. Au fost 7 copii, dintre care 2 au murit în prima copilărie; ceilalți sunt sănătoși. Mama a avut 2 avorturi spontane în luna 3-a și 4-a. Neagă infecții specifice. *Personale*: În primii ani n'a suferit de nici o boală. De acum prezintă enureză nocturnă. *Istoricul boalei actuale*: De 7 luni copilul prezintă clipiri dese și mișcări de sugere cu gura. Starea aceasta ține câteva luni, după care copilul prezintă mișcări desordonate, exagerate din umeri și brațe. *Starea prezentă*: Constituția astenică. Tegumentele și mucoasele palide; țesutul adipos și muscular slab dezvoltate. Criptorhidie bilaterală. Dinții rar implantați și lipsa incisivilor laterali dreapți superior și inferior). Urechile în ansă. Aparatul circulator: nimic patologic. Aparatul respirator: submatitate ușoară la vârfuri, cu respirația mai înăsprită. Temp. 37<sup>o</sup>1. Sistemul limfatic: în regiunea inghinală câțiva ganglioni mici palpabili. Sistemul nervos: Pupile: egale, centrale, conturul regulat, reacțiunea la lumină se produce prompt. Mișcările glob. ocul. libere; nistagm nu prezintă. Reflexele osteotendinoase: se produc ceva mai vii la membrul sup. drpt. Patelarele și achilianele ceva mai vii, dar egale de ambele părți. Reflexele cutanate: bune, afară de cremasteriene, care sunt absente din cauza criptorhidiei. Reflexe patologice nu prezintă. Sensibilitatea: nealterată. *Static și dinamic*: Forța dinamometri-



că: 10 la dreapta (dreptaci) și 20 la stânga. Membrul superior drept prezintă mișcări neregulate de amplitudine diferită, care apar mai ales la degetele mâinei și umărul drept. Aceste mișcări se repetă la intervale diferite. Tot astfel de mișcări prezintă și buzele de partea dreaptă, care survin mai rar. *Psihic*: nu prezintă turburări. *Diagnostic*: Choree. Infantilism. Heredo-lues. Tratamente: Neosalvarsan, Lign. Fowleri, tabl. tiroidă. Părăsește clinica la 10 Iulie 1933, prezentând încă mișcări coreice, dar mult mai limitate ca amplitudine și mai rare. S'a îngărașat 2 kgr.

*Cazul IV.* M. P. 17 ani, necăsătorită, casnică. Intră în clinică la 11 August 1930. *Antecedente heredo-colat.*: Mama moartă de boală necunoscută. Tatăl trăiește și afirmativ e sănătos. Bolnava nu ar fi avut nici un frate. În familie n'ar fi existat boale cu caracter hereditar. Tatăl nu e alcoolic. *Personale*: În copilărie, la 1 an ar fi avut o afecțiune eruptivă cutanată, bulontă (pemfigus?), care pe ici pe colo a lăsat urme pe corp. Alte date, de puțină importanță. *B. actuală*: Nu sunt date precise, doar că boala a debutat insidios cu cepalee cu 2 ani înainte. *Starea prezentă*: Dinți Hutchinson și de mărimi diferite. *Aparatul circulator*: nimic deosebit. *Ap. respirator*: normal. *Aparatul digestiv*: nimic patologic. Sistemul limfatic nealterat. *Sistemul nervos*: Pupile centrale, neegale, dreapta mai midriatică, cu conturul neregulat. Reacțiunea la lumină abolită. Mișcările globilor oculari libere. Nistagm nu prezintă. *Reflexe tendinoase*: patelare ușor exagerate. Achilenele bune uneor, alteori diminuate și inconstante. *R. cutanate*: se produc. Babinsky, — Oppenheim negative. Sensibilitatea tactilă termică și dureroasă, precum și profundă la diapazon-păstrate. *Static-dinamic*: asimetrie facială, nasogenian drept șters. Tremurături nu prezintă. Mișcările libere, atât pasive cât și active, în toate articulațiile. Prezintă o ataxie atât la membrele superioare cât și inferioare. Disartrie la exprimarea paradigmelor. Mersul atactic ca la unii generali. *Psihic*: mimica: tradează o inteligență cam redusă. Luciul ocular redus. Atitudinea: neliniștită în cursul examinării. Orientarea în timp și spațiu este bună. Memoria de fixație: din 5 numere date, reține 4 în ordinea cronologică. Memoria de evocație: prezintă oarecari turburări; nu poate preciza de când datează boala sa. Cunștințele geografice lasă de dorit. Calculul mintal: păstrat. Asociația de idei: ușor încetinită. Vorbirea: împăstrată, uneori greu de priceput. Afectivitatea: este mai mult euforică. Conștiința boalei: păstrată. Probe de

laborator: În lichidul c. r. Pandey: pozitiv, R. W. cu 0.4, 0.6, 0.8. 1.0 — pozitive. *Diagnostic*: Heredo-lues. *Tratament*: Antisep-tific uc Bismut și Neo. După a IV-a cură fenomenele persistă încă și în plus mai are și un tic bucal.

La 7 Noembrie face un ictus cu hemiplegie dreaptă cu toate simptomele unei hemiplegii centrale. Pe lângă toate intervențiile la 15 Nov. 1930 sucombă.

*Cazul V. N. L.*, 24 ani, necăsătorit, econom. Intrat în clinică la 19 Oct. 1928. *Anteced. heredo-colaterale*: Neagă boli infecto-contag. sau venerice la părinți. *Personale*: La 16 ani f. tifoidă. Alte boale neagă. *Boala actuală*: de doi ani de zile prezintă accese epileptiforme însă numai noaptea. Bolnavul le atribuie ca survenind după o spaimă mare. Durata acceselor este de 2'—20', și în timpul acceselor face spume la gură, prezintă contracțiuni tonico-clonice, uneori își mușcă limba. Nu are emisiune spon-tonă de urină. Starea prezentă: bine dezvoltat, prezintă pete pig-mentate în formă de hartă geografică mai ales pe spate. În re-giunea lombară ușoară hipertrichoză. Lobulii urechilor aderenti. Scapule scafoide. Incisivii și caninii superiori sunt crenelați și au aspectul cași când ar fi strânși cu cleștele. *Apar. respirator*: Turban pozitiv. La percuție nimic deosebit, la auscultație respi-rație aspră, cu expiriul prelungit. *Ap. circulator*: Cordul în li-mitele normale; sgomotele surde mai ales la aortă și pulmonară. Pulsul ritmic, frecvent (100 pe minut). *Ap. digestiv*: nimic deo-sebit. *Sistemul limfatic*: ganglionii cubitali ușor măriți. *Sistemul nervos*: Pupilele unghiulare. Reacțiunile bune. Reflexele tendi-noase și cutanate bune. Sensibilitatea tactilă, termică și dureroasă, păstrate. *Psihic*: ușoară preocupare de boala sa. *Diagnostic*: Heredo-lues, epilepsie. La 2 Noembrie 1928 părăsește clinica, fără să fi făcut vreun acces.

*Cazul VI. G. I.*, 16 ani, necăsătorit, ucenic. Intră în clinică la 12 Oct. 1928. *Anteced. heredo-colaterale*: Părinții morți de mult. Bolnavul își amintește de tatăl său care era un om slab, bol-năvicios. *Personale*: până la vârsta de 3 ani nu a vorbit și nu a știut să umble. Până la vârsta de 8 ani se urina aproape în fie-care noapte în pat; de atunci mai rar. De 3 ani de când a intrat ucenic la un croitor, are dureri în spate și înțepături în regiunea precordială. *Boala actuală*: datează de 1 an și jumătate, când ar fi avut primul acces de epilepsie cu pierderea cunoștinței, con-tracțiuni tonico-clonice, și-a mușcat limba și a avut emisiune

spontană de urină în timpul accesului. Acelese s'au repetat din ce în ce mai des și de regulă noaptea. În timpul din urmă accesele se repetă zilnic.

Bolnavul pleacă din clinică înainte de a putea fi examinat detaliat. Prezintă dinți caracteristici pentru heredo-lues. *Diagnosticul probabil*: Heredo-lues, epilepsie.

*Cazul VII.* E. G., 18 ani, necăs. casnică. Intră în clinică la 28 III. 1928. *Anteced. heredo-colaterale*: Tatăl în viață; mama moartă de o boală necunoscută. Neagă infecție specifică. Are 3 frați dintre care unul suferă de tbc. pulmonară. Mama a avut 2 avorturi spontane. *Personale*: Născută la termen, menstruația normală. A suferit de f. tifoidă la 9 ani. Neagă infecție luetică. *Boala actuală*: Acum 2 ani după moartea mamei sale a început să aibe accese epileptice (?), cu contracții tonico-clonice, spume la gură, și având amnezie completă asupra celor petrecute. Acelese la început mai rare, au devenit din ce în ce mai dese. După accesele nocturne, în psecial, se scula dimineața cu dureri în arcadele dentare. Nu-și mușca limba și nu avea emisiuni spontane de urină. *Starea prezentă*: Constituție bine dezvoltată, tegumente, mucoase bine colorate, normale. Stigmatе de degenerescență nu prezintă. *Apar. circulator*: nimic deosebit. *Aparatul respirator*: nimic patologic. *Ap. digestiv*: normal. Sistemul osos și limfatic normale.

*Sistemul nervos*: Pupilele egale, centrale ca conturul ușor neregulat; acomodatie la lumină și distanță destul de bună. Mișcările globilor oculari libere în toate direcțiile. Reflexele osteotendin. bune; patelarele ceva mai vii. Reflexele cutanate bune. Sensibilitatea subiectivă și obiectivă nealterate. *Probe de laborator*: Lichidul c. r. Pandy, opalescent; R. W. pozitiv; limfocite negativ; coloidale, negativ. În sânge R. W. negativ. *Psihic*: nu prezintă turburări. În 28 IV. 1928 face un acces de histerie. *Diagnostic*: Histerie. Heredo-lues?

*Cazul VIII.* C. Z., 20 ani, necăs. servitoare. Intră în clinică la 3 XI. 1934. Antecedente heredo-colaterale: Ambii părinți trăiesc, afirmativ sănătoși. Au fost 6 frați, 2 morți în primele zile după naștere. Tatăl alcoolic. *Personale*: Este al doilea copil, născută la termen. Nu știe să fi suferit de vreo boală infecto-contagioasă. Câteodată o durea spatele și capul. Menstruată la 15 ani; perioadele menstruale se succed la 3 săptămâni cu dureri. *Boala actuală*: bolnava de 2 ani acuză dureri de cap, pocnituri în urechea dreaptă, dureri în spate cu iradieri dealungul coastelor, și dureri în ceafă. Are senzația de înțepături prin pi-

cioare (cași cu ace) și aceasta îi îngreună mersul. Are valuri de frig prin corp. Acuză turburări de memorie, încât stăpânii la cari lucra trebuiau să-i atragă mereu atenția asupra celor ce avea de făcut. Se gândește greu. *Starea prezentă*: Tegumentele și mucoasele colorate palid. Țes, celular subcutanat diminuat. *Apar. respirator*: normal. *Apar. circulator*: nimic patologic. *Apar. digestiv*: Dinții incisivi superiori centrali, excavați semilunar (Hutchinson). Abdominal: nimic deosebit. *Sistemul nervos*: Pupila, reflexul fotomotor, reflexele osteo-tendinoase și cutanate — se produc normal.

*Psihic*: Mimica: neadecvată cu vorbirea. Prezintă ușoară disartrie. În general facultățile mintale sunt reduse. Înțelegerea greoaie. Nu fixează un nume dat, iar din trecut datele nu sunt precise. Pare a fi vorba de o degenerescență mintală, o debilitate mintală. Afectivitatea e diminuată. În prezent se plânge de simptomele somatice, care sunt pur subiective și de turburări de memorie, care o neliniștesc.

*Probe de laborator*: R. W. în sânge (la Casa Cercuală) negativă. În lichidul c. r. Pandy: neg. *Diagnostic*: Heredo-lues cu debilitate mintală. *Tratament*: specific, tonic.

La 17 IV. 1935, părăsește clinica ameliorată.

*Cazul IX*. B. P., 13 ani, necăs., elev. Intră în clinică la 26 Maiu 1934. *Anteced. heredo-colater.*: Părinții trăiesc, sunt sănătoși. Din 5 copii mai trăiesc 4. *Personale*: Născut la termen, n'a suferit de nici-o boală infecto-contag. *Boala actuală*: La vârsta de 6 ani, cade dintr'un pom înalt de 5 m., și timp de ½ oră este inconștient. După 2—3 luni observă că are tremurături la mâna stângă și în acelaș timp era și puțin confuz. Durata de abia câteva secunde. Înainte avea aceste stări intervale mari (2—12 luni), acum în 2 ani de zile a prezentat mai multe accese epileptiforme cu pierdere de cunoștință și de o durată de câteva minute. Se repetă uneori la 2—3 zile. După acces, bolnavul doarme ½—1 oră. Uneori în timpul accesului bolnavul prezintă tendința de a fugi și a fi sgomotos. *Starea prezentă*: Tegumentele și mucoasele normal colorate. Sistemul osos și musculatura intacte. În regiunea umărului drept și pe antebrațul drept prezintă cicatrice întinsă din copilărie (s'a ars cu ceaiu). Dinți heredo-luetici. Pe pielea păroasă a capului mai multe cicatrice, după accese. *Apar. circulator*: normal. *Apar. respirator*: normal. *Ap. digestiv*: nimic deosebit. *Sistemul nervos*: Pupilele bune cu reflex fotomotor prompt. Mișcărilor

globilor oculari libere, nistagm nu are. *Reflexele osteo-tendin.* conservate. R. cutanate la fel. Reflexe patologice nu se constată. Sensibilitatea nealterată. Subiectiv nu are acuze, Static, dinamic: nu prezintă turburări. *Psihic*: Prezintă turburări de caracter, e neascultător. Pune mână pe orice obiect. Dacă i-se spune ceva, nu execută și începe să râdă și fuge, spunând „nu fac“. Probe de laborator: Urina A. P. Z. *Diagnostic*: Heredo-lues, traumă craniană. Epilepsie. Turburări de caracter și debilitate mintală. — *Tratament*: tartrat borico-potasic + luminal. La 26. XI. 1934 părăsește clinica. În timpul stării în clinică a făcut 2—3 accese de epilepsie lunar, cu pierdere de cunoștință, contracțiuni tonico-clonice și spumă la gură. Înainte de acces face două-trei cercuri apoi cade jos cu pierdere de cunoștință. După acces este confuz câte 15'—30', sau adoarme.

*Cazul X.* D. L. 23 ani, necăs., studentă. Întră în clinică la 1 Oct. 1934. *Anteced. heredo-colater.*: Părinții trăiesc și sunt sănătoși. Ambii suferă de lues. În rest: nimic important. *Personale*: Născută la termen. Acum 4 ani gripă cu febră oscilantă aproape o lună. După acestea a prezentat semne de alienație mintală. Internată la Sibiu i s'a făcut pireto-terapie cu malarie și tratam. specific. S'a mai ameliorat. După aceasta își continuă studiile, dar iarăși prezintă simptome de alienație mintală. *B. actuală.*: De 2 ani nu poate să-și suferă părinții, evită societatea. I se pare că toată lumea se interesează de ea și caută să-i facă rău. Amintește personalități sus-puse, cu care ar fi în dragoste. La moartea uneia din aceste personalități a purtat doliu câteva luni de zile, spunând că îi este rudă. Pe mâna dreaptă prezintă cicatrice, ce le are dela spargerea unui geam, pentru a afla cu ce amant s'a închis mama sa, spre a o surprinde. *Starea prezentă*: Nimic din p. d. v. organic. *Sistemul nervos*: Pupilele bune, reflexul fotomotor prompt. Reflexele osteo-tendin., cutanate bune. Reflexe patologice nu prezintă. Sensibilitatea nealterată. *Psihic*: Protestează de a fi adusă în clinica Psihiatrică, vrând mai bine să aibă o cameră mobilată în oraș. Este inconstantă în ideile ce le debitează, trecând ușor dela un subiect la altul, fără logică. Întrebând dacă e căsătorită, răspunde fără pudoare: „Eu sunt pentru căsătoria modernă, liberă: ici un amant, colo altul“. Sora bolnavei spune că a fost examinată de un medic și este virgină. Ar fi deci vorba de bufeuri delirante. Asupra perioadelor de agitație din trecut, bolnava vorbește cași când ar fi suferit de diferite boli infecțioase: tifos, gri-

pă, etc. „Acum 2 ani am suferit de tifos și am fost internată la Sibiu”. — Contrazicerile sunt foarte frecvente. — În clinică, la fel acuză pe cutare sau cutare medic, că nu-o lasă în pace, că o vorbește de rău, etc. *Probele de laborator*: în lichidul c. r. sunt negative. *Diagnostic*: degenerescență mintală. Părăsește clinica la 17 IV. 1935 în aceeași stare.

## DISCUȚIUNEA CAZURILOR.

Am dat observația a 10 cazuri între 13—24 ani. Se poate vedea că în antecedentele eredo-colaterale se pot găsi suficiente date care să ne pună pe calea diagnosticului (alcoolism în cazul 2 și 8; avorturi în cazul 3 și 7; mortalitate în copilărie, cazul 1, 2, 3, 8).

La examenul obiectiv al fiecărui caz în parte găsim o serie de stigmatе craniene (3), faciale (cazul 1, 3, 4), dentare (cazul 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9), oculare (cazul 2, 4).

Din punct de vedere nervos studiind cazurile noastre vedem că predomină ca frecvență epilepsia (cazul 1, 5, 6, 9). Mai găsim debilitate mintală în cazul 8, 9, corea (3), eunreză nocturnă (cazul 3), coree (cazul 2), histerie (caz 7).

Iată dar o serie de simptome cari toate sunt produse de eredo-sifilis. Pozitivitatea reacțiunilor serologice coroborate cu aceste simptome și stigmatе redau neîndoioasă origina sifilitică a acestor maladii. Tratamentul specific care a fost ameliorant în majoritatea cazurilor dintr'un caz chiar vindecător este o probă evidentă în plus că aceste psihonevroze se datoresc eredo-sifilisului. Așa că noi nu putem fi de părerea autorilor cari ezită să pună pe seama sifilisului simptomele psihice la un eredo-sifilitic. Nu este prin urmare vorba de concomitenta a două maladii, ci de una singură care este eredo-sifilisul.

Se vede dar, cum cazurile redade de noi concordă cu cazurile citate de alți autori cari s'au ocupat cu această chestiune.

Astăzi psihiatria câștigă tot mai mult teren de știință obiectivă și din acest punct de vedere tendința școalei psihiatrice din Cluj de a căuta explicație anatomică a turburărilor psihice este foarte explicabilă.

## EREDO-SIFILISUL LA DELICVENȚII MINORI.

Etiologia criminalității juvenile a preocupat în toate timpurile pe juriști și pe medici. Concepțiunile asupra acestei grave probleme au evoluat cu timpul și numai în vremea noastră se poate spune că s'a ajuns întrucâtva la stabilirea celor mai importanți factori etiologici. Această problemă a rămas nerezolvată până când nu i s'a recunoscut pe lângă caracterul său social și un caracter medical. Metodele pur corecționale, oricât de drastice s'ar fi aplicat n'au reușit să omenească pe acești delicvenți minori și recidivele au rămas în acelaș procent dacă nu chiar au crescut din cauza metodelor de corecție diametral opuse uneori. Rolul medicului s'a arătat primordial în soluționarea acestei probleme. El ia parte la această luptă, nu pentru a scuza pe delicvent, ci pentru a explica actul de reprimat. Atunci când cauza este cunoscută rolul medicului este de a vindeca dacă este posibil și de a preveni ceea ce este mai de grabă cu putință.

Copiii delicvenți se împart în două mari categorii:

I. Copii normali pervertiți și

II. Copii anormali.

Acest al doilea grup cuprinde:

1. Debiliile mintali simpli și

2. Dezechilibrări care la rândul lor se împart în:

a) emotivi, b) ciclotimici, c) instabili, d) paranoici, e) epileptici, f) isterici.

3. Perverșii.

În etiologia delicvenții juvenile sunt de considerat două feluri de cauze:

1. Cauze economice și sociale și

2. Cauze patologice.

În ce privește cauzele patologice Heuyer în teza sa indică 50% datorite eredo-alcoolismului, 25% eredo-tbc. și 25% eredo-sifilisului. Astăzi rolul eredo-sifilisului este recunoscut cu mult mai de seamă în determinarea psihopatiilor și prin urmare a delicvenței.

Fără îndoială, nu se poate nega rolul celorlalte factori (alcoolism, tbc., ereditate neuropatică) în etiologia delicvenții, dar astăzi este dovedit cu date că eredo-sifilisul are primul rol în determinarea delicvenții la copiii anormali.

Acelaș lucru se poate spune și despre delicvenții adulți unde

eredo-sifilisul își are partea sa importantă. La adult însă determinarea acestei etiologii este cu mult îngreuiată din motive pe cari le-am amintit deja într'un capitol anterior.

## PROFILAXIE ȘI TRATAMENT.

Măsurile profilactice de luat sunt de 3 genuri:

1. Profilaxia eredo-sifilisului,
2. Profilaxia psihopatiilor,
3. Măsuri profilactice ale delicvenței.

1. *Profilaxia eredo-sifilisului.* În acest scop trebuie să descoperim și să tratăm eredo-sifilisul, iar prima grijă este să-l prevenim tratând sifilisul câștigat. Pentruca primul punct să fie îndeplinit ar trebui să fie examinați copiii în servicii de maternitate. Cei scăpați acestui prim control (și din păcate aceștia sunt mulți în țara noastră dat fiind faptul că cele mai multe mame nasc acasă fără asistența unui medic și de multe ori și fără moașe), zic, cei scăpați acestui prim control, ar trebui revăzuți când pășesc în clasele primare, unde medicul ar trebui să caute cu deosebită atenție semnele și stigmatele eredu-luetice cari precum știm sunt încă destul de numeroase în vârsta fragedă și pe toți cei bănuți să-i examineze de aproape în direcția sifilisului. Înțelegem prin de aproape examinare, facerea probelor serologice cari dacă sunt pozitive trebuie să ne facă să trecem imediat la tratamentul specific antisifilitic. Azi când posedăm un arsenal terapeutic așa de bogat și totodată așa de eficace, sifilisul este una din maladiile cele mai ușor curabile.

Din nenorocire, bolnavii privesc cu prea mare ușurință această boală care necesită un tratament îndelungat și nu dă nici un simptom alaramant pentru bolnav. Pe de altă parte este un tratament costisitor pe care cei mai mulți bolnavi nu-l pot suporta. Ar fi necesar să se organizeze lupta antisifilitică perseverent și metodic și să se pună la dispoziția bolnavilor și medicilor mijloace materiale de tratament. Această problemă comportă o așa de mare gravitate încât noi am propus să se creeze un impozit nou numit „impozitul profilactic sifilisului“ spre a se putea organiza lupta adevărată în contra acestui grozav flagel care roade încet și sigur la temelia neamului nostru.

Așa cum se face astăzi tratamentul sifilisului fără plan și



perseverență, pe apucate cât bolnavii stau în clinici sau în spitale mai mari nu putem susține că problema sifilisului a fost serios atacată.

Cu toate sfaturile medicului, la plecarea din clinică bolnavul uită rețeta medicului în buzunar și boala în trup până se declară un nou puseu, care este cu mult mai greu de tratat, boala fiind învechită.

Oricât de serios s'ar face examenul medical în clasele primare tot ar mai scăpa acestui control un număr de bolnavi latenți pentru care motiv examenul medical trebuie repetat în școlile secundare sau în școlile practice.

Cum am spus, depistarea și tratarea sifilisului câștigat ar trebui să fie punctul prim de rezolvat. Pentru acest lucru P. Drouet și J. Hamel propun:

1. Distrugerea focarelor de infecție (prostituție reglementată și clandestină).

2. Tratamentul intensiv al sifilisului câștigat.

3. Certificat prematrimonial de sănătate.

4. Tratamentul mamei bolnave în timpul gravidității.

Aceste propuneri dacă ar fi realizate ar putea da rezultate admirabile. Mai întâi însă ar trebui să se facă educația bolnavilor spre a-și putea da seama de însemnătatea pericolului atât pentru ei cât și pentru urmași. O educație morală este tot atât de necesară în așa fel ca un bolnav infectat să nu propage conștient boala. În aceste condițiuni, într'un mediu social conștient și moral, corpul medical având la dispoziție mijloacele materiale necesare ar putea întreprinde o activitate care să fie încununată de rezultate bune.

## PROFILAXIA MINTALĂ.

Înțelegem prin aceasta totalitatea mijloacelor prin cari căutăm să evităm producerea sau recidivarea acceselor de alienație la indivizii normali sau predispuși. Va fi necesar și aici de o acțiune terapeutică și de una profilactică. Prima constă în tratamentul timpuriu al maladiilor ivite. Atunci când este dovedit că aceste maladii sunt datorite sifilisului se va institui tratamentul în consecință. Despre rezultatele obținute în cele mai multe cazuri se pot spune lucruri îmbucurătoare. Dacă privim cele 10 cazuri studiate de noi constatăm că într'un caz s'o obținut vin-

decare în 5 cazuri ameliorare, în 3 status-quo și un singur caz cu tot tratamentul s'a agravat și a sucombat. În lumina acestor rezultate putem conchide că rezultatele terapeutice specifice sunt bune.

Trebue să se facă deasemenea o igienă mintală prin instituțiuni cari să prezerve de influențele nefaste ale mediului social. Procedeele de aplicare sunt: educața și instrucția în școli pentru înapoiți și anormali tratamentul în dispensare și orientarea profesională.

*În ce privește profilaxia delicvenței* trebuie să luptăm în contra factorilor etiologici. Deci este necesar examenul medical al fiecărui deținut pentru a i se aplica o terapie adecvată. În țările mai înaintate în cultură s'au înființat servicii medicale de specialitate pe lângă închisori. Prevenirea delicvenței se confundă cu profilaxia mintală.

Pentru moment tratamentul delicvenței se rezumă la măsuri represive. Rezultatele nu vor fi nici pe departe cele așteptate până când nu se va introduce examenul medical obligator al delicvenților.

Tratamentul antisifilitic dispune azi de un număr de preparate între cari preparatele arsenice sunt cele mai eficace.

Ceeace este important în tratamentul antisifilitic este ca acest tratament să fie intensiv și cu doze mai mari. Tratamentul arsenical trebuiește alternat de un alt tratament antisifilitic (Hg sau Bismut).

---

## CONCLUZII.

Sifilisul ereditar poate interesa sistemul nervos în prima generațiune și excepțional în a doua generațiune.

Simptomele sifilisului ereditar sunt multiple și se pot traduce prin simptome neurologice, psihice sau neuro-psichiatrice, precum și distrofice ori degenerative.

Printre principalele simptome datorite sifilisului ereditar cităm: paralizia generală, tabesul, epilepsia, infantilismul, imbecilitatea, idioția, degenerescenta mintală, boala lui Little, Friedrich.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul facultății: Președintele tezei:  
(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL. (ss) Prof. Dr. C. URECHIA.

---

## BIBLIOGRAFIE.

- Dr. P. L. Drouet—D. I. Hamel*: L'Heredosyphilis mentale.
- Babonneix*: Rôle de l'Heredo-syphilis en neuro-pathologie.
- Bermann*: Etiologie luetica y heredo-luetica de la psicotenia.
- André — Thomas et Long — Landry*: Remarques sur la part de la syphilis hereditaire dans la pathologie du système nerveux.
- Cable*: Les nouvelles lois de l'heredo-syphilis.
- Decamps — Vermeyleen*: Quelques moyens cliniques à propos du diagnostic de l'heredo-syphilis a forme mentale.
- Leroux et Labbé*: Le sero-diagnostic dans l'heredo-syphilis.
- Mankemeller*: Kindliche und jugendliche Psychopaten.
- Ravaut*: L. C. R. dans la syphilis aequis et hereditaire.
- Higgins*: Heredo-syphilis et troubles mentaux.
- Prof. Dr. C. Urechia—Dr. S. Michalescu*: Tratat de pathologie neuro-mintală.

