

Institutul de medicină legală  
Director: Prof. Dr. M. Kernbach

No. 1059

# PROBELE MEDICALE ALE IDENTITAȚII



## TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 10 noiembrie 1936  
DE

ROMEO L. TUFESCU

Institutul de medicină legală  
Director: Prof. Dr. M. Kernbach

No. 1019.....

# PROBELE MEDICALE ALE IDENTITAȚII

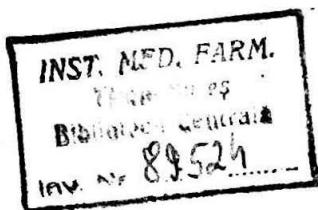


23 MAY 2005

## TEZA

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 19 Decembrie 1936  
DE

ROMEO L. TUFESCU



**UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I.” CLUJ.  
FACULTATEA DE MEDICINA**

---

*Decan : Prof. Dr. D. Michail*

*Profesori :*

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Bacteriologie . . . . .	”	<i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei . . . . .	”	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	”	<i>Botez M. A.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	”	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	”	<i>Drăgoi I.</i>
Fiziologia umană (supl.) . . . . .	”	<i>Drăgoi I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	”	<i>Grigoriu C.</i>
Semiologia medicală . . . . .	”	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală . . . . .	”	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală . . . . .	”	<i>Kernbach M.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	”	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	”	<i>Minea I.</i>
Igiena și Igiena socială . . . . .	”	<i>Moldovanu I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	”	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	”	<i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală . . . . .	”	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare . . . . .	”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă . . . . .	”	<i>Sturza M.</i>
Farmacologia și farmacognozia supl.	”	<i>Tătaru C.</i>
Balneologia . . . . .	”	<i>Teposu E.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	”	<i>Thomas P.</i>
Clinica urologică . . . . .	”	<i>Urechia C. I.</i>
Chimia biologică . . . . .	”	<i>Vasiliu Titu</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	”	
Anatomia patologică . . . . .	”	

**JURIUL DE PROMOTIE**

*Președinte : Prof. Dr. M. Kernbach*

Membrii : {     ”     ”     *D. Michail*  
                  ”     ”     *V. Papilian*  
                  ”     ”     *T. Vasiliu*  
                  ”     ”     *V. Bologa*

*Supleant : Doc. Dr. C. Velluda*

*Părinților mei scumpi  
dedic această lucrare*





## Introducere

*Stabilirea identității în viața de toate zilele, în crimiologie și medicina legală joacă un mare rol.*

*Stabilirea ei mai ales atunci când se depun toate străduințele spre a fi disimulată, sau când lipsesc datele necesare într'un caz dat, pune în mișcare o sumă de factori, între cari și chestiuni medicale.*

*Alterațiile și anomaliile somatice, în general vorbind sunt cunoscute de cei din jurul nostru. Astfel că atunci când asupra unui cadavru, nu se găsește nici un act care să-l indentifice, el e expus la morgă, și rar se întâmplă, atunci când individul a fost din partea locului, ca să nu fie recunoscut cadavrul.*

*De asemenea de multe ori găsim în ziare anunțuri, ce fac portretul vorbit al cuiva, tocmai prin aceste particularități corporale.*

*In cazul răufăcătorilor sunt fișiere speciale polițienești, unde sunt trecute individual toate aceste defecte somatice.*

*In teza de față se face o incursie în aproape toate domeniile medicinei, țel de altfel urmărit de Institutul de medicină legală din Cluj, care printr'un ciclu de teze a căutat să facă o legătură între diferitele clinici și știința medico-legală.*

*Subiectul tezei nu e tratat pe capitole, ce să cuprindă fiecare o clinică aparte, ci descrierea se bazează pe aspectul morfologic al diferitelor arterațiuni ce le întâlnim.*

*Subiectul e astfel împărțit în :*

**Cap. I. Alterații și anomalii cutanate și ale fanarelor.**

- a). alterații traumatice.
- b). tatuajul.
- c). alterații profesionale.
- d). modificări tumorale.
- e) fanere: dinți, unghie, păr.

**Cap. II. Sistemul osos și membrele.**

- a). alterații inflamatorii.
- b). turburări de metabolism.
- c). turburări distrofice.
- d). alterații traumatice.
- e). deformații profesionale.
- f). tumori osoase.

**Cap. III. Turburări endocrine.**

**Cap. IV. Semne fiziologice.**

**Cap. V. Organe și simțuri.**

**Concluziuni.**

Cu această ocazie tin să mulțumesc Domnilor C. Cotuțiu, șef de lucrări la Institutul medico-legal și I. Benedatto, agregat la Institutul de fiziologie, pentru buna voință cu care mi-au pus la dispoziție literatura necesară pentru studiul acestei teze.

---

## Problele Medicale ale Indentității

### CAPITOLUL I.

Identitatea prin alterațiile și anomaliile cutanate și ale fanerelor.

#### ALTERAȚII TRAMATICE

Insulțele traumatice asupra părților moi ale corpului uman, lasă după vindecarea lor, cicatrice.

Pentru ca o cicatrice să aibă valoare în stabilirea indentității cuiva ea trebuie să fie indelebilă, în caz contrar ea poate să ne inducă în eroare.

Cicatricile au tendința să dispară, cu cât trece timpul dela producerea lor. Pentru a face să repară o cicatrice ce bănuim că ar exista, nu avem decât să frecăm sau să lovim regiunea respectivă.

După aceste considerațiuni generale să trecem la împărțirea lor.

#### D). CICATRICI TRAUMATICE:

Ele variază după instrumentul ce le-au produs: Astfel menționăm:

a). Cicatrici produse prin instrumente înțepătoare. —lasă de fapt nu cicatrici, ci puncte cicatriciale ce uneori sunt caracteristice.

Înțepăturile frecvente și adânci în unele profesii, ca la florari și croitorese, pot lăsa o îngroșare și o colorație brună a tegumentelor. Cicatricile adevărate prin înțepături sunt cauzate de baionetă, compas, sau prin instrumente tot odată înțepătoare și tăietoare.

b). Cicatrici produse prin instrumente tăietoare.

Cicatricile variază după profesiune, regiunea atinsă



și intensitatea fenomenelor inflamatorii ce au rezultat. Aceste răni pot avea fie un tip linear sau un tip eliptic, când prezintă o lărgire mediană.

c). Cicatrici în urma rănilor contuze dau cicatrici cu margini neregulate, ca o pată albă și scleroasă.

d). Cicatrici în urma rănilor prin armă de foc dau naștere la cicatrici circulare, tot odată plaga e aderentă la planurile profunde.

Plaga de eşire e neregulată sau sdrențuită.

e). Cicatrici în urma rănilor prin mușcătură iau de cele mai multă ori forma elementului producător,

## 2). CICATRICI PRIN ARSURI.

Numai arsurile de gradul III lasă cicatrici ce nu se mai șterg.

Cicatricile au o culoare albă sîdefie, de tipul celor lăsate de vezicatorii. Cele de gradul IV lasă cicatrici adânci, neregulate, întretăiate de bride scleroase. Arsurile pot fi cauzate de acizi și baze chimice. Astfel acidul sulfuric lasă cicatrici brune, rugoase cel nitric cicatrici galbene. Alkaliile dau cicatrici albe și netede.

## 3). CICATRICI INFLAMATORII.

Orice leziune inflamatorie duce la o cicatrizare. În regulă generală abcesul cald și rece vor lăsa după ele o urmă indelebilă.

Tot așa fistulele, ori care ar fi originea lor, dease-menea ulcerele.

Formele pustuloase ale acneei feței, precum și cicatricile rămase după variolă prezintă aceeași valoare indentificatoare.

4. Cicatrici operatorii. Orice intervenție chirurgicală lasă asupra tegumentelor urme ce nu mai pot fi acoperite. A le enumera după regiune sau în urma afecțiunilor pentru care au fost făcute, cred că e inutil.

5. Cicatrici de desfigurație. Ele sunt dătătoare de semn. Sunt de amintit *sfregio* practicat mai ales de italieni, apoi *mensura*, obișnuită la studenții germani, mutilațiile etnice cu o semnificație estetică sau religioasă și *vitriolajul*.

## TATUAJUL

Se observă și azi tatuajul în toate clasele sociale, astfel că nu s'ar putea opina că acest procedeu ar fi specific de claselor inferioare.

Mobilul tatuajului e destul de variat. — unii îl acceptă din imitație, amuzament, lipsă de ocupație sau admirație, cult pentru o amintire, alții la insistența tatuatorului.

Procedeele operatorii : — procedeu cel mai obișnuit de tatuaj este.

1). Tatuajul prin înțepare. Cu cel puțin două ace se înțeapă oblic în pielea, — înțepăturile între ele nu trebuie să depășească mai mult de 1 mm. interval.

Colorația e produsă prin tuș de china, cerneală, sineală, sau vermillon (chinovar). Regiunea tatuată prin înțepătură se tumefiază puțin după operație și când crusta cade apare desemnul, la început mai grosolan, iar după 2-3 săptămâni în forma sa definitivă.

2). Tatuajul se practică mai nou în Franța cu o lamă de ras, cu care se trag conturile desemnului.

3). Tatuajul prin sacrificare.

Se fac incizii foarte superficiale în care se introduce cărbune pisat sau cerneală, sineală sau heneé în pudră.

4). Tatuaj prin cicatrice.

Se fac incizii adânci, obținându-se cicatrici albe, ce reprezintă un desemn fără a fi nevoie să se introducă vreun colorant.

De fapt aceasta nu e un tatuaj propriu zis, fiindcă tatuajul presupune introducerea în derm a unei substanțe colorante.

Tatuajul ne poate furniza date importante asupra aceluia care-l poartă. Astfel putem deduce rasa, profesia, starea civilă și într'o limită mai mică criminalitatea individului.

Tatuajul are caracterul că odată introdus în derm, cu

greu poate fi șters. De cele mai multe ori el poate fi transformat, excizat sau ars cu fierul roșu, dar în acest caz rămâne în locul lui o cicatrice indelebilă ce servește de asemenea de semn de indentificare destul de sigur.

Având în vedere importanța ce o prezintă pentru indentificare tatuajul, se pune întrebarea dacă el poate fi făcut să dispară, sau dispăre dela sine.

În această direcție au făcut cercetări Casper, Hutin, Lacassagne, Tardieu, Berchon ș. a. Din aceste cercetări rezultă că tatuajul poate dispăre sau poate fi făcut să dispară. Astfel tatuajul executat cu vermillon prezintă particularitatea că poate dispărea mult mai repede, și dă procentul cel mai mare de dispariție spontană. Se presupune că vermillonul ar pătrunde mecanic în limfatice și s'ar opri în ganglionii limfatici, pe cari îi colorează. Tatuajul executat cu tuș de china nu dispăre nici odată, cel mult poate să devină mai palid. Cel executat cu mai multe culori rămâne de asemenea, cu toate că unele culori pot dispărea, rămâne însă celelalte componente ale tatuajului.

Sunt azi o mulțime de procedee de detatuare ce se practică în Apus, pe cari nu le înșir aici fiind prea speciale.

## ALTERAȚII PROFESIONALE

Diferitele profesii, fie prin materiile prime pe cari le întrebuințează, fie prin agenții chimici și fizici, pot determina alterații ale pielii, numite dermatoze profesionale.

1) Agenții fizici pot produce arsuri, eriteme, vezicule, pustule, melanoze, cancer, calozități, nevus.

2) Agenții mecanici, frecarea, pot produce asupra epidermului o subțiere sau o îngroșare a lui.

Localizarea e adesea caracteristică și făcându-se studii, s'au putut întocmai tablouri ce ne pot indica profesiunea după leziunile dela epiderm sau derm.

3) Agenții chimici pot produce alterații polimorfe

asupra tegumentelor. Voi trece în revistă câteva din aceste manifestații alterative profesionale.

a). Elaiconioza foliculară e o foliculită acneiformă ce se observă la lucrătorii cu ulei, — se prezintă mai mult la mâni.

b). Maladii datorite gudronului, uleiurilor minerale bitumenului.

Se produc dermatoze, și mai ales neoplazii cutanate ce se pot grupa în acnee gudronoasă, datorită fenomenelor iritative, urmate repede de o foliculoză și în același timp o hiperchromie.

După 3-4 ani apare și o hiperkeratoză.

c). Maladiile provocate prin anilină dau o hiperhidroză.

d). Eritrodermia gravă produsă de cianamida calcică. Se produce o exematizație generală, se întâlnește la lucrătorii de pământ.

e). Bromul produce asupra pielii o îngroșare și o crepare a ei.

f). Clorul produce comedoame.

g). Lacul produce dermatoze de timpul exemei.

La brutari, patisieri se produce o dermatoză cu cruste circinoase, la spălătorese pielea e subțiată, roșie și cu ragade, la fotografi se produce o exemă, dând apoi loc la o inflamație lichenoidă cu fisuri profunde.

Torcători de in prezintă o dermatită eritematoasă, cu vezicule, pustule, și câte o dată transformare lichenoidă pruriginoasă.

Perii suferă și ei, astfel la lucrătorii cari își înmoaie brațul în soluție alcalină sau acidă pierd perii dela această regiune.

## MODIFICĂRI TUMORALE

La nivelul tegumentelor se produc diferite tumori fie benigne fie maligne, unele ce pot fi moștenite, cele mai multe însă dezvoltate în cursul vieții, asupra etiologiei cărora încă nu s'a spus ultimul cuvânt.

— Aceste tumori le clasificăm didactic în tumori

benigne și maligne.

1). Tumori benigne:

a). Fibromele sunt tumori rotunde, lobulate, cu suprafața netedă. Ele pot fi edematoase, calcare sau invadante.

b). Cheloidele sunt neoformații hiperplazice. Ele apar adeseori în cicatricele de arsură.

c). Fibrolipomul e un amestec de țesut fibros și adipos.

d). Xantelasma se prezintă sub forma de pete de culoare galbenă, plane sau proeminente cu localizare de predilecție sub pleoape.

e). Xantomul se prezintă sub forma de nodurele, de dimensiuni variabile de obicei în derm și în țecile tendinoase.

f). Hemangiomul e o neoformație de vase sanghine; se prezintă sub forma de pete de culoare veșinie.

g). Tumori benigne de natură malpighiană, cum sunt papilomele și condilomele nu le descriu, fiindcă, putând fi ușor excizate nu prezintă caracterele necesare recerute pentru alterațiile ce ne folosesc la identificare.

Tumori maligne.

a). Epiteliomele malpighiene spino—celulare,—amintesc aici numai cornul cutanat și cancrioidul infiltrant.

b). Epiteliome malpighiene bazo—celulare,—ulcus rodens și epitelimul terebrant.

## FANERE

Dintre fanere vom trata dinții, unghiile și părul, fiindcă alterațiile lor rămânând permanente pot fi utilizate în stabilirea identității.

## DINȚII

În crimanistică dinții sunt de multe ori elemente ce ajută la identificarea unui individ; conduși de acest principiu credem că pot fi întrebuințați pentru identificarea și în alte cazuri.

Ca orice organ ei pot prezenta felurite dispoziții

atipice ce se pot utiliza în problema identificării. Amintim în treacăt că se poate întâmpla să avem de a face cu o lipsă congenitală a dinților.

Mai frecvente sunt cazurile de anomalii de formă, dintre cari amintim dinții de tip Hutchinson, apoi anomalii cu direcția de implantare vicioasă și în sfârșit încurbarea dinților, realizând opistogenismul lui Linzberger.

Anomaliile pot atinge volumul dinților, alterând mai ales incizivii laterali superiori și molarii II și III.

Se poate întâlni o proecție totală a unei arcade dentare asupra celeilalte, gura rămânând deschisă.

Retroversia arcadei dentare determină o bărbie în galoș.

Dinții suferă deformații fiziologice legate de alimentație, ticuri nervoase, sau de unele obiceiuri legate de viață, (ex. fumătorii din lulea prezintă o depresiune pe incizivi și canini).

Deformațiile pot fi profesionale, legate de meseria individului.

Deformațiile dentare pot fi și de natură patologică, excluzând bine înțeles leziunile datorite unei igiene bucale prost conduse.

Amintim că morfinomania cariază fața triturantă a dinților, tuberculoza produce o culoare albăstrue a dinților, sifilisul dă dinții tip Hutchinson (atrofia cupulară, sulciformă, cuspidiană, sau atrofia în sapă.), hemiplegia produce tartru de o singură parte.

După dinți deasemenea putem determina vârsta unui individ.

Asfel apariția celui de al III-lea molar indică o vârstă între 19-25 ani între 30-40 ani rădăcina are aceeași culoare ca și coroana, după 45 ani ei se îngălbinesc. După 65 ani depresiunea depe rădăcină ce indică ramificațiile canalului nervului devine neagră;—pentru orientare generală sunt tabele speciale ce ne indică vârsta, examinând dinții unui individ.

## UNGHIA

Unghiile pot prezenta urmele multor leziuni sau urme de traumatisme ce ne pot ajuta la identificare.

1). Șanțuri unghiale. Emil Joniard a descris șanțurile unghiale ca semn de identitate. Aceste șanțuri sunt curbe, perpendiculare pe marele ax al unghiei. Sunt produse de diferite boli infecțioase precum și de turburări mentale.

2). Semne profesionale. Unghiile pot să ne indice profesiunea cuiva, analizând culoarea lor ce e în legătură cu substanțele întrebuințate în diferitele industrii, apoi prin substanțele străine ce găsim sub ele. Alterațiile se mai produc prin uzură și eroziune.

3). Semne patologice. Între acestea cităm în prima linie anomaliile patologice ca: pterigium unguis, albugo unghial, leucocromia unghială, flores unguis (la suprafața lamei cornoase) și în sfârșit onichogrifoza.

Diferitele maladii lasă urme asupra unghiilor, astfel sifilisul produce o ongladă sifilitică cu căderea unghiei, onixys hipertrofic, cu îngroșarea unghiei, alopecia unghială, lăsând o suprafață roză, uscată și scamoasă.

Artritele dau o exemă a unghiilor.

Herpesurile produc psoriasis unguim.

Tuberculoza produce unghie hipocratică

Ataxia dă căderea unghiilor.

Leziunile parazitare, ex. trixofiția, dezvoltă striuri și nodozități în unghii.

4. Semne de degenerescență. Dintre acestea amintim anomaliile lunulei la alienați, apoi petele albe pe unghii și unghia lucidă. Onicho-fagia constă în obiceiul ce-l au unii de a-și roade unghiile.

## PĂRUL

Toate tratatele de medicină legală consacră un capitol destul de mare pentru păr în ceace privește aportul lui la identificare.

Expertiza părului include următoarele întrebări:

1. Dacă e vorba de un păr uman sau animal.

2. Din ce regiune provine.

3. Cui aparține.

4. Culoarea părului a fost naturală sau a fost vopsit.

Determinarea originii umane se face după tabloului Marcel Lambert și Balthazard.

Păr de om

Păr de animal

#### Canalul medular

- |  |   |
|--|---|
| 1. Rețea aeriană fin granuloasă.                         | 1. Conținut aerian cu vezicule mari.            |
| 2. Celule medulare invizibile fără disociare prealabilă. | 2. Celule medulare, aparente                    |
| 3. Valoarea indicelui medular inferior la 0.30.          | 3. Valoarea indicelui medular superior la 0,50. |
| 4. Puful lipsit de măduvă                                | 4. Puful are măduva moniliformă.                |

#### Substanța corticală

- |  |   |
|--|---|
| 1. Forma de manșon gros.                         | 1. Forma de cilindru destul de subțire. |
| 2. Pigment în formă de granulații homogene fine. | 2. Pigment în granulații neregulate.    |

#### Cuticula

Solzi mici, puțini ieșiți foarte îmbricați.

Solzi mari, proeminenți, dar mai puțin îmbricați ca la om.

*Determinări de regiune.* Se întrebuintează un tablou similar întocmit de aceiași autori, ce ia în valoare raportul între lungime, diametre și forma vârfului. Tabloul indică după aceste raporturi toate regiunile de unde provine părul.

Determinarea părului.

Se poate face o determinare între vârsta de copil și de bătrân. Părul de copil e sărac în pigment și prezintă un diametru mai fin, Bătrânii au firele mai subțiri și lipsite de pigment. Singură decolorarea perilor pubisului ne indică cu certitudine o vârstă înaintată.



### Identificarea individuală.

Se va ține seama de următoarele:

1. Diametrul mijlociu măsurat în partea cea mai largă, sau media, dacă posedăm mai multe fire.
2. Particularitatea canalului medular și a vârfului.
3. Nuanța.
4. Data tăerii părului.

Părul tăiat de curând are o secțiune cu marginele nete. După 48 ore marginele se rotunjesc. În același timp canalul medular se atrofiază pe o distanță oare care de vârf.

5. Alterații patologice. Maladiile parazitare pot duce la o inegalitate a firelor părului. Pe păr se pot găsi spori de ciuperci, (trichofiton tonsurans sau microsporor furfur, favus/.

Se pot găsi de asemenea ouă, de paraziți animali.

Diferențe etnice.

Se știe că diferitele popoare au o caracteristică specifică a părului. Eliminând culoarea, lungimea, abundența, diferența etnică ne-o dă mai mult secțiunile părului. Astfel:

1. Secțiune circulară prezintă: Japonezii, chinezii, pieile roșii, malaezii, hindușii, australienii.
2. Secțiune ovală: Arienii.
3. Secțiune eliptică alungită: Turcii, egiptenii, arabii.
4. Secțiune eliptică foarte turtită: Papuașii, hotențoții, negrii.

### Vopsirea părului,

Sustanțele întrebuințate pentru schimbarea nuanței părului diferă după scop; închiderea nuanței sau decolorarea ei.

Este ușor de pus în evidență materiile colorante întrebuințate pentru închiderea nuanței părului. Se pune în evidență la microscop pe tija părului. Partea de jos de lângă rădăcină și cea ce se află în piele nu se colorează, și după puțin timp la examen se poate ușor identifica.

Decolorarea face să dispară sau să pălească pigmentul din păr.

### Determinarea morții la indivizii rași.

Pincus a fost primul ce a demonstrat că se poate măsura viteza de creștere a părului. Se admite că periile cresc regulat la barbă și pubis, excepții făcând numai adolescenții.

Se admite că creșterea părului e de 0,30 mm. pe zi. Identificarea se face plecând sau dela măsurarea lungimii părului din barbă și deducând astfel ziua când s'a ras, putem să raționăm la identificare, sau știind că un individ se rade în cutare zi la cutare oră, îi deducem identitatea dacă lungimea periilor corespunde cu calculul efectuat după măsurători.



## CAPITOLUL II

### Sistemul osos și membrele

Alterații patologice și traumatice.

Dintre alterațiile inflamatorii notăm pe cele cronice și dintre acestea pe cele hipertrofiante și condensante, iar ca exemplu amintim 1. *leontiasis ossea* ce duce la o tumefecție enormă a maxilarelor și a rebordurilor orbitare.

2. Maladia lui Recklinghausen e o osteită fibroasă generalizată ce atinge indivizii tineri.

3. Maladia lui Paget e o osteită cronică deformantă ce produce o tumefecție a oaselor capului, vertebrelor, coastelor, omoplaților, femurilor și tibiilor.

4. Tuberculoza produce asupra țesutului osos leziuni specifice, ce se exteriorizează sub diferite aspecte clinice. Astfel semnalăm :

a) tumoarea albă ce se localizează la nivelul articulațiilor și produce o anchiloză.

b) morbul lui Pott e localizarea tuberculozei la nivelul coloanei vertebrale. Se produce o ghibozitate din cauza distrugerii corpului vertebral care cedează sub greutatea corpului de deasupra vertebrei.

c) spina ventosa e localizarea tuberculozei la nivelul degetelor. Degetele sunt deformate și îngroșate în urma reacției periostului, ce produce noi straturi osoase asupra celor distruse.

5. *Sifilisul* în toate perioadele poate da leziuni asupra scheletului.

a) Periostita sifilitică produce o îngroșare și o incurbație a tibiei, dând așa numita tibie în iatagan.

b) Gomele produc deformații asupra tuturor oaselor scheletului. Ele pot fi centrale sau periostice.

c) Sifilisul congenital determină tabloul clinic al osteocondritei sau maladia lui Parrot.

6) *Turburările de metabolism* produc asupra oaselor 3 feluri de alterațiuni:

a) *Atrofia osoasă (osteoporoza)* e o destrucție exagerată a țesutului osos, combinată cu decalcifiere. Se produce la bătrâni.

b) *Hipertrofii osoase.* Se pot traduce sub diferite aspecte. Astfel menționăm osteofitelele sarcinei, osteoartropatia hipertrofică pneumatică Pierre Marie.

c) *Osteomalacia* e o decalcificare a osului adult.

7) *Turburări distrofice ale oaselor ce se găsesc în dezvoltare.*

a) *Acondroplazia* e o turburare ce atinge cartilagiul de conjugare; osificarea encondrală e astfel grav atinsă. Osificarea periostică e normală și din această cauză osul ia un aspect diform. Oasele lungi sunt considerabil reduse, de unde și numele de micromelie.

b) *Osteogeneza imperfectă* atinge amândouă formele de osificație. Din această cauză se produc fracturi frecvente. Craniul are o formă caracteristică, din cauza lipsei de osificație totală. Osificarea se face fragmentar, în forma de mozaic, și se cunoaște sub numele de craniul lui Vrolik.

c) *Rachitismul* e o afecțiune din primii ani ai copilăriei. Se produce o incurbare a oaselor lungi, apofizioză și scolioză, deformație angulară a sternului, strâmtarea bazinului și la cap craniotabes. La nivelul cartilagiilor de conjugare se produce o tumefiere sub forma de nodozități, cunoscute sub numele de mătâni costale.

8) *Alterații traumatice.*

Traumatismele produc în regulă generală fracturi. Feluritele forme de fracturi nu le voi descrie separat ne reprezentând atâta interes pentru legist; ceace intere-

sează e calusul, care atunci când nu se produce în condiții normale sau e exuberant, dă naștere la deformări ce se exteriorizează.

Fracturile membrilor, atunci când extremitățile osoase nu au fost aranjate cap la cap sau s'au deplasat, duc la o scurtare a membrului, ce poate lua valori diferite.

Diferitele afecțiuni ale membrilor ce pun în nesiguranță viața prin întreținerea unui focar de infecție și care nu poate fi înlăturat decât prin intervenție chirurgicală, duc de cele mai multe ori la amputări.

Amintim în trecut mutilările, ce pot atinge diferite segmente osoase și membrele.

Intru cât articulațiile sunt elementele ce permit mișcarea oaselor ne vom ocupa și de alterațiile lor.

În primul rând amintim anchilozele, apoi pseudoartrozele, deasemenea desarticulațiile și rezecțiile.

### *Deformații profesionale.*

Se pune întrebarea cum ar putea profesiunea să lucreze asupra funcțiunii oaselor. În cece privește scheletul membrilor și al capului, se pot întrevădea 4 modalități.

1. Supraîncărcarea.
2. Atitudinea vicioasă.
3. Presiunea localizată.
4. Con tracția musculară.

Deformațiile profesionale răspund la 2 tipuri diferite; deviații și reacții ale periostului.

Deviațiile sunt mai mult osteoarticulare decât diafizare. Reacțiile periostice sunt sau periostite difuze sau exostoze localizate.

Ele sunt cauzate de presiunea localizată și de contracțiunea musculară.

A. Supra-încărcarea lucrând asupra capului, dacă individul se află pe un plan orizontal va produce o deformare simetrică.

Această forță lucrează mai mult asupra membrilor inferioare.

Dacă individul e tânăr, se va produce deviație, dacă e adult se va produce o hipertrofie a traveelor osoase.

B. Atitudinea vicioasă crează condiții statice noi pentru oase, cari vor căuta să se adapteze. Se va produce o deviație de tipul osteoarticular.

C. Presiunea localizată lucrează mai mult asupra oaselor dela suprafață. O presiune localizată pe cap va fi în acelaș timp o supra-încărcare pentru membrul inferior. La tineri această presiune localizată produce înfundări, la adult o hipertrofie a osului (durillon osseux).

D. Contractia musculară energetică și repetată : odată cu hipertrofia mușchilor se va hipertrofia și oasele. Dacă e localizată la un grup de mușchi, apofizele pe cari se inseră mușchii se vor desvolta mult, luând aspecte de exostoze.

Între deformațiile osteoarticulare menționăm ;

1. Coxa-vara a adolescenților, survine între 12—18 ani. 2. Genu vulgum al adolescenților.

3. Picior plat, picior câmbat, picior plat valgus dureros, halux valgus, exostoze achiliene, exostoze ale feții anterioare ale femurului.

4. Radius curvus, carpologia dureroasă a adolescenților, exostoze olecraniene, exostoze subunghiale, periostite.

Deformații ale trunchiului prin atitudine vicioasă

a) Scoliozele școlariilor, a funcționarilor de birou, pictori în porțelan, fierari.

b) Cifozele profesionale se observă la lucrătorii de câmp, minieri, hamali, brodeuze, croitorese, căldărari, bijutieri, graveuri.

c) Lordozele profesionale, sunt mai rare ca cifozele. Se observă la vânzători ambulanți de roți, ce le atârnă, în față, uneori la marinari.

Deformații ale toracelui. Presiunea unilaterală dacă torocele e semi-certiliginos sau semi-osos, va produce o înfundare. E cunoscut rezultatul ce-l are corsetul asupra părții inferioare a toracelui. Deasemenea e cunoscut toracele zis infundiliform, ce se observă la cizmari. Deformații analoge suferă toracele lucrătorilor dela pasmanterii,

### Tumori osoase

Tumorile țesutului osos ce ne-ar ajuta la identificare sunt puține. Le grupăm în benigne și maligne.

A) 1. Condromul formează masse globuloase cu suprafața netedă sau boselată. De cele mai multe ori sunt multiple.

2. Osteoamele pornesc din țesutul osos, nu importă din ce parte a scheletului. Se produc de obicei la suprafața oaselor.

B) 1. Condrosarcomul ia dimensiuni considerabile și formează metastaze.

2. Osteosarcemul se întâlnește la indivizii tineri; ele pot fi periferice și centrale.

3. Melanosarcomul ocupă de obicei partea spongioasă a oaselor plate. Se prezintă sub forma de tumori multiple.



## CAPITOLUL III

### Turburări endocrine

Ocupându-ne cu glandele cu secreție internă ne preocupă în special turburările ce se observă atunci când secrețiile lor sunt perturbate. Din acest motiv, la fiecare din ele vom trece dela început în materie.

#### Tiroida

##### *Sindromul insuficienței tiroidiene.*

Atinge mai ales copilăria, dar se observă și la adulți. Stările create se cunosc sub numele de sindrom mixedematos; se deosebește un mixedem al copilăriei descris de Bourneville, și un mixedem al adultului.

În mixedem se produce o oprire a dezvoltării corporale și celei intelectuale. Această stare de insuficiență tiroidiană poate fi cauzată și de o gușă numită gușă cu cretinism.

Pe lângă simptomele amintite mai sus se mai observă o infiltrație a pielii, de aspect păstos ce i-a și dat numele sindromului.

Este vorba de o pachidermie tiroidiană.

*Sindromul de hipertiroidism*, se caracterizează prin cefalee, vertij, palpitații, dureri precordiale, slăbiri, sudori abundente, și nervosism. Acest sindrom poate fi cauzat și de o gușă basedowiană, de o gușă basedowicată, sau de un basedow fără gușă.

În basedowul veritabil sau în gușă basedowicată se observă un sindrom de neurotonie, luând aspectul fie simpaticoneurotic, sau vagoneurotic.



### Paratiroidale

Patologia glandei paratiroide se rezumă la un sindrom de hipofuncție caracterizat prin fenomene tetanice. Sindromul tetaniei înglobează următoarele fenomene: contracturi simetrice ale extremităților, hiperexcitabilitate mecanică și electrică a nervilor și mușchilor, fenomene digestive, cardiace și urinare. Aceste fenomene pot fi postparatiroidice, prezentându-se contracturi dureroase ale extremităților, sau sunt în forma convulsivă epileptiformă.

Fenomenele se pot prezenta în cadrul unei tetanii simplice în afecțiunile cerebrale, meningeale, gastroenterită, helmintiaza intestinală a copiilor, stenoza pilorică și în fine în cadrul unei tetanii idiopatice, fiind asociate cu rachitismul.

E o glandă ce persistă în timpul copilăriei și se reduce sau chiar dispare odată cu pubertatea. Patologia e cauzată de o hipofuncție a glandei sau chiar o aplazie ce dă o idioție timică, cu deformații osoase ce se aseamănă cu cele din rachitism și osteomalacie.

### Suprarenalele

Glanda suprarenală e constituită din două sisteme: sistemul cortico-suprarenal și sistemul medular sau cromafin.

Aceste sisteme au funcțiuni diferite, iar patologia lor nu va face abateri; se poate observa și un sindrom mixt, creat prin alterația ambelor sisteme. Astfel în boala lui Addison avem de a face cu o insuficiență biglandulară. Acest sindrom poate fi cauzat de o tuberculoză suprarenală ce duce la distrucția glandei. Simptomele clinice se reduc prin o melanodermie, hipotensiune și astenie.

I. Insuficiența suprarenală produce un sindrom acut, descris de Sergent și Bernard și un sindrom clinic latent.

Clinic se manifestă prin astenie și hipotensiune.

II. Hiperfuncția suprarenală produce un sindrom

de hipertensiune arterială, solitară, independentă de leziuni renale și aortice.

Această hipertensiune poate fi cauzată și de o tumoră suprarenală.

### *Hipofiza*

Hipofiza e formată din punct de vedere histologic din 3 părți: partea anterioară formată din celule cromofobe și cromafine, partea intermediară din celule granuloase neutrofile, partea posterioară e compusă din celule nevroglice. Leziunile diferitelor părți vor da sindrome diferite.

I. Sindromul acromegalic e datorit unei tumori a lobului anterior al hipofizei și e vorba de un dispituitarism.

II. Gigantismul hipofizar e datorit unei tumori hipofizare și se tinde a se explica acest sindrom prin o hiperfuncție a lobului anterior.

III. Infantilismul hipofizar e considerat ca fiind datorit leziunilor nervoase infundibulo-tuberiene.

IV, Sindromul adipozo-genital e datorit unor leziuni a lobului posterior și a tijei pituitare, fiind vorba de o disfuncție a lobului posterior.

V. Glicozuria hipofizară ce era interpretată ca o leziune a lobului posterior pare să fie cauzată prin leziuni ale planșeului celui de al treilea ventricol.

### *Glanda pineală*

Se cunoaște azi un singur sindrom datorit glandei epifizare, cunoscut sub numele de sindromul lui Pellizzi, sau macrogenitosomia precoce; e asociat adesea cu adipozitate și diabet insipid.

## **GONADELE**

### *Testiculul*

I. Sindromul insuficienței testiculare poate fi datorit unei ablații voluntare sau accidentale ale ambelor testicole, unei absențe congenitale de dezvoltare, sau u-

nei leziuni duble infecțioase a testicolului. După vârsta la care s'a produs distrucția testicolului distingem:

I. Eunocoidismul e datorit unei castrații în vârsta pubertății.

Se traduce prin lipsa caracterelor seksuale secundare și printr'un gigantism.

2. Infantilismul parțial sau avansat e datorit unei castrații postpubere. Se traduce prin lipsa caracterelor seksuale primitive și secundare, scăderea intelectului și o infiltrație adipoasă.

II. Sindromul de hiperorchidie e mai mult un temperament decât o maladie. Se vorbește de un tip permanent și un tip paroxistic de hiperorchidie.

### Ovarul

I. Sindromul insuficienței ovariene.

Sindromul castrației duble prepubertare la femei e rar; se traduce prin lipsa caracterelor seksuale secundare, feminine, aspect asecsuat al scheletului, talie înaltă, musculatură dezvoltată.

Castrația ovariană postpubertară e frecventă, în urma leziunilor aparatului genital. Se vorbește în acest caz de o menopauză artificială postoperatorie: modificările corporale constau într'un sindrom de adipozitate.

II. Sindromul de hiperovarie.

Se vorbește de o hiperovarie constituțională, ce nu e departe de substratul psihic al nimfomaniei. E tipul așa numitei femei fatale, cu temperament excesiv. În sindromul de hiperovarie se constată metroragii în epoca pubertății, metroragii virginale și metroragii în menopauză.

### Gușa

E o mărire de volum cu sau fără deformația tiroidei. Gușa poate fi simplă, fără simptome ce să trădeze perturbări în secreția tiroidei, sau e asociată cu fenomene de hipo sau hipertiroidism.

În acest caz vorbim de gușa complicată cu mixoedem sau de basadowism,

## GIGANTISMUL

Gigantismul constă într'o creștere nemăsurată a oaselor în raport cu dimensiunile normale ce se poate raporta la întreg corpul sau la o parte a corpului. Gigantismul poate avea în etiologie o maladie hereditară sau una câștigată, ce produce o perturbare a funcțiunilor endocrine: de cele mai multe ori e cauzat de un sifilis, o tuberculoză sau o tumoră a glandelor endocrine.

Gigantismul poate apărea în copilărie, către vârsta de 7 ani sau în pubertate. Se poate produce în cadrul unui aspect normal al fizionomiei, doar că dimensiunile sunt mărite, sau să fie o dispoziție cu deformații diferite. În general putem spune despre giganți că sunt indivizi debili, atât la corp cât și la intelect și voință, sau cu alte cuvinte, corpuri mari fără suflul vieții, fără forță și voință. Gigantismul poate fi produs printr'o creștere excesivă a membrilor inferioare, realizând așa numitul tip macroschelic, sau printr'o alungire disproporționată a trunchiului în raport cu picioarele, realizând tipul brachischelic. De cele mai multe ori gigantismul e cauzat de o tumoră a hipofizei. Dar nu se poate spune că numai glanda hipofizară realizează acest tablou clinic.

Se consideră azi că gigantismul e cauzat de hipofiză și tiroidă, după cum poate fi cauzat și de glanda pituitară sau de gonade și într'o oarecare măsură și de suprarenală.

Gigantismul îl putem clasifica în:

1. Gigantism pur, unde diferitele părți componente ale corpului sunt proporționate; putem vorbi de oameni de talie mare.

2. Gigantismul infantil, e o combinație cu privire la talie, și infantilism cu privire la aspect. Printre acestea putem distinge un tip eunocoid și altul infantil și acromegalic.

- a) Gigantismul eunocoid e caracterizat prin dezvoltarea considerabilă a membrilor în raport cu trunchiul, și mai cu seamă predominanța la membrele inferioare față de cele superioare; apoi oase gracile, corp mic, de-

svoltare excesivă a masivului facial în raport cu craniul.

b) Tipul combinat infantil și acromegalic se caracterizează pe lângă talie gigantă și aspect infantil și prin particularități osoase de tip acromegalic; oase groase, îngroșarea oaselor craniului, proeminența arcadelor sprincenoase, prognatism, lărgirea cavității toracice, dezvoltarea considerabilă a extremităților de tip acromegalic.

c) Gigantismul acromegalic se caracterizează prin: rachis deformat în așa fel că părțile superioare ale corpului par să intre unele în altele, ca la telescop, prin ajutorul trunchiului,

Capul e deformat din cauza alungirii feței, cu pometele ieșite, mandibula mult dezvoltată, prognatică. Aspectul unui acromegalic e acel al unei maimuțe gigante antropoide.

E caracterizat prin o talie mică în care raportul între diferitele părți ale corpului pot fi păstrate, sau să fie schimbate.

Nanismul poate fi un caracter rasial și să nu fie cauzat de turburări endocrine; pe de altă parte nanismul patologic e cauzat de tiroidă, hipofiză și glandele genitale.

Pe lângă nanismul endocrin mai trebuie amintit cel acondroplazic și cel rachitic, unde acțiunea endocrină e îndoelnică sau chiar contestată.

#### *Caractere particulare diferitelor forme.*

a) Nanismul tiroidian e caracterizat prin asocierea la nanism a fenomenelor de mixoedem, turburări intelectuale, modificări linguolabiale și ale gâtului, ce rămâne scurt și gros.

b) Nanismul hipofizar e caracterizat prin asocierea la nanism a fenomenelor de hipoplazie genitală. Se observă o adipozitate pronunțată în partea subpubiană și regiunea mamară. În plus sunt o serie de turburări clinice ce ne pot ajuta la stabilirea identității.

c) Nanismul timic a fost indentificat în clinică;

aspectul e acel al unei maladii rachio-osteomalacică. Caracterul e o osteoplazie generală, cu osteoporoză și fragilitate. Se adaugă turburări mixedematoase și musculare (contracturi ale extremităților și clonii),

d) Nanismul suprarenal e datorit insuficienței sistemului cortico-suprarenal; e caracterizat prin slăbire, hipoplazie genitală și sistemul pilos foarte puțin dezvoltat. Individul ia aspectul unui bătrân, mai ales fiind vorba de copii; din această cauză se și numește nanismul senil sau progeria.

e) Nanismul acondroplazic și rachitic ne ținând de endocrinologie nu-l descriu aici.

## INFANTILISMUL

Când vorbim de infantilism nu ne vom gândi numai decât la talie, căci ia poate fi chiar normală, nanică sau gigantică, ci la aspectul general al individului. În infantilism e o desarmonie a glandelor între ele în raport cu vârsta individului. În general se crede că infantilismul ar fi datorit unei turburări a sterei genitale, turburare primitivă sau secundară din cauza acestor glande în legătură cu gonadele. În patogenia infantilismului trei glande sunt de incriminat: tiroida, hipofiza și gonadele.

1. Infantilismul tiroidian, numit și tip Brissaud, e cauzat de hipotiroidism. La semnele de infantilism general se adaugă mixedem, deficiență intelectuală, mărirea buzelor și limbei, frilozitate generală. Această formă apare atunci când glanda e atinsă înainte de pubertate. După pubertate vorbim de infantilism tip Gondy și se caracterizează prin o regresivitate a aparatului și funcțiunii genitale și fără modificări ale taliei.

2. Infantilismul hipofizar e datorit insuficienței părții anterioare a hipofizei. E caracterizat prin nanism cu infantilism.

Se observă o hipoplazie sau aplazie a glandelor genitale; se notează însă existența unei gerodermii, adică pielea e uscată și prea mare pentru părțile ce le acoperă.

3. In infantilismul genital, denumit și eunucism, e caracterizat prin infantilism corporal, mai ales genital și sexual cu infantilism intelectual. Această malformație dă individului un aspect mult mai tânăr decât este. Desvoltarea sexuală lipsește; se remarcă un oarecare grad de obesitate și adesea gigantism.

Infantilismul ovarian aduce o oprire în desvoltarea scheletului, indivizii sunt mici, cu greutatea în armonie cu talia. Bine înțeles că lipsesc caracterele sexuale secundare; sânii mici, sistemul pilos puțin desvoltat și lipsa regulilor.

## CAPITOLUL IV

### Semne fiziologice

#### STATURA.

Din punct de vedere al staturii distingem oameni înalți, mijloci și scunzi.

CONSTITUȚIA, Kretschmer deosebește trei tipuri

a) Tipul athletic e format din oameni de statură înaltă sau mijlocie, cu umeri lați, mușchuloși și torace robust.

b) Tipul astenic e format din oameni plăpânzi, dar de statură înaltă. Toracele e lung, umerii înguști, gâtul lung, corpul mic.

c) Tipul picnic e format din oameni îndesați, cu sistemul osos gracil. Ei sunt predispuși spre obesitate. Toracele e bombat, extremitățile scurte, fața rotundă.

#### VORBIREA.

Felul de a pronunța al cuiva, atunci când îi cunoaștem această particularitate, ne poate releva identitatea lui. Din acest punct de vedere distingem.

a) Gângăvirea constă în defectul de a repeta consecutiv de mai multe ori silabile componente ale unui cuvânt până ajunge a-l pronunța.

b) Pelticismul e un defect ce constă într-o împiedicare a limbii în pronunțarea unor anumite consoanțe.

c) Graseiajul e o particularitate a limbii franceze și constă în un fel special de a pronunța litera „R”.

d) Vorbirea cântată. Sunt anumite popoare a căror vorbire are un caracter muzical de par'că ar fi cântată.

e) Vorbirea repede și vorbirea înceată sunt particularități ale unor persoane, de care foarte greu sau de loc se pot elibera.

Pentru un observator bun poate constitui un semn de identitate.

f) Vorbirea scandată, Intrăm cu aceasta în domeniul patologic.

Vorbirea se face în mod exploziv; e caracteristică pentru scleroza în plăci.

g) Afazia atât motorică cât și senzitivă prezintă tot atât interes în stabilirea identității.

Mersul e un act fiziologic automat și face parte din felul de a fi al unui individ. În cece privește mersul fiziologic e greu de făcut caracterizări; putem totuși spune că cineva are mersul apăsător, sau ușor, leșgănat sau țeapăn, sau cu pași mici ca la bătrâni.

Mersul a fost studiat mai mult din punct de vedere patologic.

Mersul hemiplegic: Trunchiul e înclinat de partea opusă hemiplegiei. Membrul paralizat, pentru a fi dus înainte, descrie un semicerc, (bôlnavul cosește când merge) brațul nu descrie mișcarea pendulară sincronă și de sens contrar în timpul mersului.

2. Mersul spasmodic. Individul merge cu greu, cu pași mici, extremitatea degetelor dela picior se freacă de pământ când piciorul e dus înainte.

3. Mersul tabetic. Piciorul după ce s'a ridicat dela pământ e proiectat prea sus, apoi cade brusc la o mică distanță de celalt picior și lovește solul cu călcăiul.

4. Mersul la nevrîtici, stepajul. În timpul mersului piciorul nu poate fi ridicat în totalitate dela sol. Piciorul spânzură și atinge solul. Pentru această cauză bol-



navul e nevoit să ridice la fiecare pas gambele sus, flec-  
tând în mod anormal coapsa pe bazin.

5. Mersul cerebelos, titubația; individul avansează  
greu, picioarele merg prea mult sau la dreapta sau la  
stânga: merge pe două cărări. În timpul acestor zig-za-  
guri imprimă bustului și brațelor mișcări diverse.

6. Mersul de rață. În timpul mersului bazinul cade  
înspre gamba ce oscilează, iar trunchiul se înclină de  
partea opusă. Se observă în miopatie.

7. Mersul coreicilor e un fel de șopăieală fără răgaz.



## CAPITOLUL V.

### ORGANE ȘI SIMȚURI.

*Ochiul și organul văzului.* — La ochi anomaliile mai frecvente sunt; microftalmia, corectopia policoria, colobomul irian, stafilomul cornean, ablefaria, epicantus, lagoftalmia, blefarofimoza, ectropion, entropion, trichiaza, diferite forme de strabism.

Intre bolile văzului amintim miopia, hipermetropia, astigmatismul, daltonia, pierderea parțială sau totală a vederii.

*Urechea și organul auzului.* — In afară de lipsa pavilionului care e rară sunt de amintit anomaliile de volum și dispoziție ale tragusului, antitragusului, sutura obstruantă a canalului auditiv și deformațiile darwiniene ale urechii externe.

Acuitatea auzului poate fi scăzută, hipoacuzie, sau dispărută, surditate.

*Nasul și organul mirosului.* — La nas amintim lățirea rădăcinii nasului și strâmtarea narinelor.

In ceace privește simțul mirosului el poate fi diminuat, hiposmie, sau abolit, anosmie,

*Gura și simțul gustului.* — Intre anomaliile congenitale mai frecvente sunt buza de epure și gura de lup.

Limba poate fi mărită de volum, eșind puțin din cavitatea bucală, cum se întâlnește la cretini. Poate prezenta pe ea șanțuri ce o brăsează purtând numele de limbă geografică, sau poate prezenta leucoplakie.

Simțul gustului poate fi mărit, scăzut, abolit sau pervertit.

*Organele abdominale.* — Pot furniza semne de i-

dentitate atunci când din cauza slăbirei peretelui abdominal, evadează producând o hernie sau o eventrație prin o plagă operatorie rău consolidată.

*Testicolul* poate fi absent în urma lipsei de descindere din cavitatea abdominală în burse, când vorbim de ectopie testiculară.

Între elementele cordonului funicular se poate produce o hernie care câte odată descinde până în testicol

Amintim încă ablația unilaterală sau totală a lor, castrarea, fie accidentală fie cu un anumit scop.

La penis sunt mai frecvente hipospadias și epispadias:

La femei labiile mari pot atinge uneori dimensiuni mari, mai ales în urma unor afecțiuni exotice; amintim filarioza medinensis ce produce elefantiaza arabilor, afecțiune ce se prezintă la ambele sexe.



## Concluziuni.

1. Identitatea infractorilor și a cadavrelor se poate face și cu ajutorul numeroaselor semne medicale.

Acestea sunt: cicatricile, tatuajul, dermatozele profesionale, modificările tumorale, deformațiile osoase, alterațiile fanerelor, modificările corporale imprimate individului de alterația secreției glandelor endocrine, semnele fiziologice normale și patologice și anomaliile și alterațiile organelor și simțurilor.

2. Cicatricile lasă asupra pielii urme indelebile, utilizate în cazierul judiciar și polițenesc.

3. Tatuajul în cele mai multe cazuri imprimă pe piele figuri ce nu mai pot fi făcute să dispară.

4. Substanțele fizice și chimice ce acționează asupra tegumentelor provoacă dermatoze profesionale, ce ne servesc la identificare.

5. Tumorile benigne cât și cele maligne ale pielii reliefate la exterior, constituiesc semne sigure la stabilirea identității.

În mod constant sunt utilizate negii, nevii pigmentari, angioamele și lipoamele feței și ale gâtului

6. Oasele supuse alterațiilor de ordin patologic, traumatic, profesional și tumoral prezintă deformații sau dezvoltări ulterioare vicioase.

7. Glandele endocrine, prin deficiența sau alterația secreției lor interne, imprimă organismului aspecte clinice variate, caracteristice flecărel glande în parte; mixoedem. boala lui Addison, boala lui Basedow, cretinismul, sindromul adipozo-genital, etc.

8. Caracterile fiziologice normale, dar mai ales acele ce se abat de la normal ne dau semne prețioase în ce privește identitatea.

Printre acestea figurează statura, constituția, vorbirea și mersul.

9. Anomaliile și alterațiile organelor și simțurilor pot fi puse în evidență prin probe clinice; ele nu pot fi ascunse, constituind astfel semne valoroase la identificare.

Intre ele enumerăm ochiul și văzul, urechea și auzul nasul și mirosul, gura, limba și gustul.

## VAZUTĂ ȘI BUNĂ DE-IMPRIMAT

Decan :  
(ss) Prof. Dr. D. MICHAİL

Președintele tezei :  
(ss) Prof. Dr. M. KERNBACH



## Bibliografie.

EDMOND LOCARD. — Traité de criminalistique. Desvigne. Lyon 1933.

R. BERNARD. — Contribution à l'étude de la médecine du travail. Syphilis et traumatismes, dermatoses professionnelles. René Henriquez. Bruxelles 1933.

Prof. Dr. H. HERXHEIMER. — Grundriss der Sportmedizin für Aerzte und Studierende. Georg Thieme Verlag, Leipzig 1933.

A. C. GUILLAUME. — Endocrinologie et les états endocrino-sympathiques.

M, LAMBERT et BALTHAZARD. — Le poil de l'homme et des animaux. Steinheil Paris 1910.

G. ROUSSY, R. LEROUX, CHARLES OBERLING. — Précis d'anatomie pathologique. Masson. Paris 1910.

PIERRE BARGY. — Déformations professionnelles des os du crâne et des membres. Bose et Riou Lyon 1922

LOUIS COUPET. — Déformations professionnelles du squelette du tronc. Bose et Riou Lyon 1922.

EMIL SERGENT. — Traité élémentaire de technique clinique médicale et de séméiologie. Paris 1922 Doin.

HATIEGANU, GOIA. — Tratat elementar de séméiologie și patologie medicală. Cartea Românească Cluj 1934.

D. MIHAIL. — Tratat de oftamalogie. Viața. Cluj 1928,