

Spitalul unificat din Gheorgheni secția ginecologică și obstetricală
(cond.: Sándor Biasini)

ASPECTELE GINECOLOGICE ALE DURERILOR DE ȘALE

Sándor *Biasini*

Considerată în sine, durerea de șale constituie numai un simptom. Dar dincolo de limitele noțiunii de simptom, ea are unele particularități caracteristice care ne îndreptățesc să o examinăm ca subiect separat.

În primul rând, ca simptom, durerea de șale poate fi pusă în legătură cu o sumedenie de boli, astfel că cele mai multe ramuri ale medicinei trebuie să se ocupe cu această problemă.

În al doilea rând, durerea de șale poate să se instaleze ca un simptom subiectiv independent, iar în aceste cazuri stăruie posibilitatea unei dureri lombare esențiale.

A treia caracteristică o găsim în faptul că femeile au o predispoziție specifică ceea ce face ca ginecologia să fie în mod special interesată în problema durerilor lombare.

Din aceste caracteristici rezultă că durerile de șale ale femeilor — dacă luăm în considerare forma lor clinică — se pot manifesta în două tipuri de bază, cu caracter și importanță deosebite.

Durerile de șale cauzate de boli organice au semnificație numai ca simptome ale maladiei de bază; de altfel ele sînt în toate privințele rezultanta bolii organice. Situația se schimbă dacă după un examen minuțios durerile lombare nu pot fi puse în legătura cu nici o afecțiune și trebuie privite în consecință ca o maladie independentă. În asemenea cazuri, durerile de șale au importanță numai datorită caracterului lor pronunțat funcțional, subiectiv. Monotonia persistentă a acuzelor și lipsa de eficacitate a tratamentului obișnuit, duc la mîșorarea capacității de muncă și la stabilirea ritmului obișnuit de viață.

Aceste două tipuri de baza ale durerilor lombare la femei, nu apar întotdeauna într-un mod ușor diferențiabil ci se prezintă sub cele mai variate forme mixte. În astfel de cazuri, identificarea tipului dominant e de o importanță hotărîtoare, deoarece determină tratamentul ce urmează să fie aplicat. În general, caracterul maladiei de bază presupuse este factorul care determină tratamentul de specialitate. Așa după cum durerile de șale asociate maladiei de bază ginecologice pot să prezinte aspecte ortopedice, neurologice sau de altă natură, tot astfel și în ginecologie întâlnim deseori probleme ortopedice, neurologice sau de altă natură, care trebuie rezolvate însă tot în cadrul ginecologiei. Durerile de șale survin mai frecvent la femei; că acuze, ele sînt mult mai rare la bărbați, fapt care se explică prin diferența anatomică și funcțională ce există între organismul bărbaților și cel al femeilor.

Patomecanismul durerilor de șale poate fi direct sau indirect. În general, baza anatomică a durerilor ce survin direct o constituie organele bazinetului mic, mai cu seamă sistemul de susținere a uterului precum și bogata inervație și vascularizație a acestuia, cu deosebire porțiunea posterioară ce înaintează spre osul sacral — retinaculum uteri pars posterior — care suportă cea mai mare încărcare funcțională. Reticulum uteri pars posterior se inseră pe suprafața excavației osului sacral și e în strînsă conexiune cu periostul și cu aponevrozele.

Procese patologice ce se desfășoară în bazinul mic pot să provoace dureri de șale directe, datorită presiunii, tracțiunii (prolapsului) sau în urma legăturilor ce există între congestia, spasmul retinaculului uterin pe de o parte, și receptorii dureroși ai osului sacral de pe altă parte.

Descrierea mecanismului durerilor ce survin indirect o găsim în lucrările lui Mackenzie și Head. Prin descrierea cailor reflexe viscero-viscerale, viscero-cutane viscero-motorii și viscero-organice, au fost explicate fenomene în care durerile, spasmul muscular și alte modificări funcționale se produc în teritorii îndepărtate de locul proceselor patologice. Mai târziu alți autori au completat aceste observații cu numeroase amănunte.

Am încercat să ilustrez printr-un tabel factorii etiologici cunoscuți ai durerilor de șale la femei și patomecanismul presupus.

Cele 400 de femei tratate în secția ginecologică a spitalului din Gheorgheni au prezentat acuze de dureri lombare.

În anamneză figurează date despre nașteri, inflamații anterioare, iregularități ale ciclului menstrual.

Durerile se instalează treptat în interval de câteva zile sau eventual de 1—2 săptămîni, pînă ating punctul culminant. În general ele sînt de intensitate mijlocie, difuze spontane și cu limite estompate. Bolnavele pot să le localizeze numai în mod excepțional, semnalîndu-le cu mișcări largi, transversale.

În unele cazuri însă se constată și prezența unor dureri pronunțate, bine delimitabile.

Palpînd zona dureroasă, izbutim întotdeauna să stabilim în mod obiectiv punctul maxim de sensibilitate, în care durerea se accentuează la apăsare. În

Factorii etiologice ale durerilor lombare la femei

I.

Particularitatea anatomică și fiziologică a organismului femeilor

II.

Procese și modificări patologice		Ortopedice și neurologice	
Obstetrico-ginecologice	Pe cale reflexă		
Directe		Directe	
1. Tulburări funcționale independente de sarcină	Tulburări psihice Tulburări sexuale Tulburări ale ciclului Tulburări vasculare Spasme ale musculaturii netede	Osteopatie ovariană Oboseala mușchilor schelet. Hipertensiunea scheletului Spasmi mușch. scheletului (pictor. plat etc.)	Lumbago Neuralgie sacrală Mialgie sacrală
2. Modificări organice independente de sarcină	Inflamații Endometroze Tumori Retroluxiune - versiune Descenșii uterului		Forme complicate de asimilare Hernie de disc, sciatică, nevrită spondiloză Ostitis condensans ilei
3. Sarcina	Creșterea uterului Relaxarea țesuturilor Tulburări vasculare		Hernie de disc, sciatică, nevrită Osteonialacie
4. Naștere și lauzie	Alterații ale mușchilor uterini Traumatisme ale sistemului de suspenzie Tulburări ale involuției		Traumatisme ale circumferinței bazinului Traumatisme ale articulațiilor și ale mușchilor scheletului
5. Procese de uzură survenite ca urmare a factorilor de mai sus	Varicozități ale bazinului mic Depresiuni vaginale și uterine Ectropii ale canalului cervical Cervicite Erozii	Relaxarea, atrofia mușchilor schelet.	Hernie de disc Osteo-artroze Articulații veritabile ale simfizei

III.

Permeabilitatea patologică a porțiunii respective a sistemului nervos

90% din cazuri, acest punct se găsește în două locuri bine determinabile. În 2/3 a cazurilor, el se află cu 4 laturi de deget sub crista iliacă la o depărtare de 3 laturi de deget de marginea osului sacral, pe un teritoriu de mărimea unui pumn de copil, iar 33% a cazurilor se află în treimea mijlocie a osului sacral. După *Head*, prima localizare corespunde dermatoamelor D 12 și L/1, adică punctelor hiperalgezice maxime ale acestora. Cercetările lui *Head* și ale lui *Aburel* arată că dermatoamele D/12 și L 1 sînt în legătură cu anexele și contractiile uterine. A doua localizare corespunde *punctului maxim* al dermatomului S 4 care e în conexiune cu uterul și cu orificiul uterin. În literatură nu am găsit nici o mențiune despre aceste două localizări, deși materialul clinic studiat de noi arată că ele se repetă cu atîtă regularitate încît recunoașterea lor nu întîmpină nici o greutate. Corelația dintre teritoriul dureros și organele genitale interne ne îndreptățește să presupunem existența unei patogenii unice, trîgînd astfel concluzii și asupra caracterului propriu-zis al durerilor sacrale. În 10% din cazurile noastre nu am găsit o asemenea regularitate, durerea apărînd în cele mai diverse locuri.

La început am tratat durerile prin aplicarea procedurii ginecologice obișnuit, cu ajutorul metodelor conservative corespunzătoare caracterului afecțiunii de bază presupuse, ca de ex. tratament hormonal, procedee fizice etc. În general, aceste procedee au rămas ineficace. De aceea s-a ivit necesitatea de a elabora o metodă de tratament care să poată suprima durerile măcar simptomatologic.

Lemaire a reușit să influențeze favorabil unele boli prin infiltrația cu novocaină a zonei *Head* corespunzătoare. În ginecologie, *Halban* și *Kris* au obținut rezultate bune cu tutocaină și cocaină. Călăuzit de principii asemănătoare, am început în anul 1950 să tratez durerile de șale prin infiltrații cu novocaină. Chiar primele încercări au dat rezultate neașteptat de bune, deoarece am obținut nu numai suprimarea imediată a durerilor, ci și o asimptomatologie definitivă. După mai bine de un an, m-am putut convinge despre utilitatea procedurii mele, cînd în 1951 *Klotz* a publicat propria sa metodă de tratament. *Klotz* a administrat de asemenea infiltrații cu novocaină, în soluție de 2%, de patru ori cîte 1 cmc, la întîlnirea dermatoamelor L/1, L/2 și L 3, respectiv în treimea superioară a osului sacral, în patru locuri apropiate unul de altul.

După ce am introdus unele modificări mai mici, astăzi aplic infiltrațiile cu novocaină în felul următor: corespunzător localizării amintite, iodăm teritoriul ce urmează să fie infiltrat, apoi cu o sîrîgă de 10—15 cm lungime, patrundem subcutan spre polul inferior al teritoriului marcat în diagonala acestuia, efectuînd o infiltrație lentă și uniformă; după aceea înapoi pe traiectul parcurs, aștia timp cît pe alocuri apare bombarea teritoriului cu 50—60 ml de soluție. Soluția utilizată e novocaină fără adrenalină 0,5%, din care în cazuri de dureri bilaterale se administrează în total 100—120 ml, deci aprox. 0,5—0,6 g.

Am aplicat acest tratament în 400 de cazuri, fără nici o complicație mai importantă. Uneori am observat, drept efect al novocainei, o amețală de scurtă durată, sau rareori sensibilitatea traiectului, care a dispărut după cîteva ore. Prima complicație s-a putut evita întotdeauna, administrînd în prealabil atropină. Imediat după terminarea tratamentului, bolnavele nu au mai avut dureri și foarte multe dintre ele au putut face mișcări fără să mai aibă neplăceri. În 75% a cazurilor durerile au dispărut pentru cîteva luni, sau eventual definitiv. În 15% a cazurilor acuzele au reapărut după 10—15 zile dar într-o formă mai atenuată. În 10% din cazuri, nu s-a constatat nici o ameliorare în afară de durata efectului anestezic. În 2/3 a cazurilor, am aplicat tratamentul într-o singură ședință, independent de rezultatul obținut. Mai tîrziu însă am observat că repetînd infiltrația de 2—3 ori în rîstimp de 3—4 zile, se poate obține o vindecare completă și în cazurile în care după prima infiltrație nu s-a manifestat

decît o ameliorare minimă. După aceea cazurile nu au mai fost selecționate, ci am aplicat tratamentul chiar înainte de stabilirea diagnosticului, sau mai precis tocmai în vederea utilizării rezultatului la stabilirea diagnosticului diferențial.

Date fiind cele de mai sus, consider că prin infiltrațiile astfel executate, putem să tratăm sacralgiile ginecologice într-un mod mai eficace decît cu ajutorul procedurilor cunoscute pînă acum. Infiltrația cu novocaină poate fi folosită și în scopul stabilirii diagnosticului diferențial, în măsura în care în caz de ineficiență completă, se poate suspecta o altă afecțiune ginecologică, ortopedică sau de origine felurită, mai ales în forme diferite față de cele două tipuri pe care le-am amintit.

Dincolo de aceste implicații vading practice ale sacralgiei, putem să tragem și unele concluzii teoretice.

Dintre patomecanismele care provoacă cele două categorii de dureri amintite, literatura mai veche atribuie numai un rol secundar durerilor sacralgice ce survin pe cale indirectă, neurologică, accentuînd în schimb importanța patomecanismului durerilor provocate direct în urma modificărilor organice. Consider că observațiile mele îndereptătesc o concluzie tocmai contrară. În primul rînd, de abia în 1/5 a materialului clinic am găsit o modificare organică de așa natură încît să poată fi privită drept factor declanșator al unor dureri directe. Aceleași modificări, dar într-o formă mult mai gravă, la alte persoane nu au provocat dureri lombare.

În sfîrșit printr-o singură infiltrație cu novocaină nu am putea să vindicăm nici modificările patologice care afectează receptorii, și nici să suprimăm efectul lor asupra receptorilor. În bolile în care se manifestă indiscutabil efectul declanșator de dureri directe, ca de exemplu în cancerul din st. IV, sau în afecțiunile ortopedice, nu am observat nici un rezultat după infiltrația cu novocaină. Așadar, potrivit observațiilor mele, importanța mecanismului care provoacă dureri directe este considerabil mai mică decît se crede de obicei. Materialul clinic studiat arată că în marea majoritate a cazurilor, durerile survenite pe cale indirectă, neurologică, în forma unui sindrom independent, prezintă o verosimilitate mai mare. Această constatare trebuie să fie valabilă chiar și în cazurile cînd găsim simultan afecțiuni ginecologice care mai demult erau puse în legătură cauzală directă cu sacralgia.

Tot prin patomecanismul durerilor indirecte putem să explicăm acele dureri frecvent întîlnite în materialul nostru clinic care se datoresc insuficienței funcționale a unui grup muscular al sistemului de organe statice, și în care localizarea și caracterul durerilor nu diferă de cele constatate în bolile ginecologice organice sau funcționale. Aceste grupe musculare sînt în legătură cu organele genitale interne numai prin inervația lor segmentară identică, fapt suficient pentru ca ele să se poată influența reciproc.

Aceste grupe musculare, cele mai importante din punct de vedere static — de ex. mușchii extensori și flexori ai trunchiului — sînt inervate nu numai din segmentele L/1 și D/12 ci au legătură cu toate segmentele de la D 6 pînă la S/2. Faptul ca de cele mai multe ori durerile de șale se manifestă totuși în *punctul maxim* al zonei D/12 și L 1, constituie o indicație că tulburările funcționale ale mușchilor cauzează cele mai adesea sacralgii numai dacă se asociază excitațiile venite dinspre organele genitale și bazate deseori numai pe modificări funcționale minime.

Consider că în general pentru a se produce sacralgia e nevoie de colaborarea mai multor factori declanșatori, rolul decisiv revenînd reactivității momentane a sistemului nervos, adică a stării de echilibru a scoarței.

Rectificînd unele greșeli de amănunt, supozițiile lui *Mackenzie* și *Head* pe care le-am amintit mai sus, sînt valabile și astăzi. Acești autori nu au cunoscut însă concepția nervistă care privește omul ca un întreg în strînsă corelație cu mediul său intern și extern. Ca o dovadă a unității organismului, acceptăm

posibilitatea că excitațiile pornite din diferite puncte ale organismului pot să producă prin intermediul sistemului nervos modificări în alte părți.

Speranschi întregeste această constatare, spunind că ori ce boală se declanșează datorită influenței nocive a mediului, influența ar fi putut să-și desfășoare efectul și în trecut, dar pentru declanșarea bolii e nevoie să intervină și alți factori, rolul fundamental revenind întotdeauna reactivității momentane a sistemului nervos.

În acest sens felurite sacralgii ginecologice survenite pe cale indirectă, pot fi considerate drept sindroame independente. Astfel interpretate, ele se deosebesc numai ca mod de manifestare de afecțiunile denumite cu un termen general *distonii neurovegetative*.

Rezultatele obținute prin aplicarea infiltrațiilor cu novocaină, confirmă în practică justetea acestei concepții despre patogenia sacralgiilor. Infiltrația cu novocaină în teritoriul durerii iradiate, e eficace numai dacă în adevăr cauza directă a sacralgiei se află în tulburarea funcțională a segmentului respectiv. Novocaina poate să suprimă această tulburare funcțională fie durabil, fie definitiv, încit un tratament astfel aplicat poate fi socotit drept o terapie cauzală. Dar procesul de vindecare nu se poate lămurii atita timp cit explicația biochimică sau fizică a excitațiilor se bazează pe supoziții insuficient documentate. Fie că se vindecă datorită unor factori farmacodinamici independent de efectul anestezic al novocainei, fie că se vindecă sub acțiunea anestezică a novocainei, prin ruperea pasajeră a unei verigi din cercul vicios care are rol în procesul patologic, oricum ar fi, un lucru e sigur că această vindecare a sacralgiei e în ultima instanță consecința modificării reactivității organismului.

Sosit la redacție: 13 iunie 1958.

Bibliografia la autor.

ЗНАЧЕНИЕ БОЛЕЙ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Ш. Биасини

Автор говорит о болях в поясничной области, встречающихся в гинекологической практике. Наблюдая 401 случай и подчеркивает, что в 90% боли имели 2 определенных места, которые были тождественны максимальной точке зоны Геад.

Способ лечения состоял в новоканновой инфильтрации данной области. Из своего исследования автор сделал вывод, что боли в поясничной области у женщины в основном происходят косвенным нервным путем.

Меньшую роль играет непосредственный патомеханизм.

LES IMPLICATIONS GYNÉCOLOGIQUES DES DOULEURS LOMBAIRES

S. Biasini

L'auteur traite les douleurs lombaires qui surviennent dans la pratique professionnelle des gynécologues.

On constate que dans 90% de 400 cas suivis, la douleur a été mise en évidence en deux lieux bien déterminables qu'on peut identifier avec le *punctum maximum* des zones *Head* des organes génitaux internes. Le procédé thérapeutique qu'on a appliqué sur ces territoires est celui des infiltrations à novocaïne. De ses recherches l'auteur conclut que les douleurs lombaires des femmes s'instituent pour la plupart par la voie du système nerveux.

Le pathomecanisme direct a un rôle de moindre valeur.