

FIZIOPATOLOGIA SACRO-LOMBALGIEI ȘI SCIATICEI

János Száva, Béla Egető

Lombalgia, sacralgia și sciatica sînt noțiuni clinice, expresie a unor sindroame complexe, manifestate prin stări dureroase. De fapt, e vorba așadar, despre noțiuni clinice și sindroame complexe ce se manifestă prin dureri cu origine, sediu și caracter variat.

Durerea, unul dinfire factorii dominanți, nu este în realitate decît un simptom, unul din aspectele comune ale tabloului clinic atît de polimorf al diferitelor îmbolnăviri somatice, viscerale sau nervoase.

Multiplicitatea factorului etio-patogenic și mai ales necunoașterea sau falsa interpretare a fenomenelor morbide, constituie o sursă principală a erorilor de diagnostic.

Starea algică, în general, și entitățile, concepute azi drept cauze ale acestor sindroame, sînt două noțiuni diferite. Confundarea lor în practica curentă, înseamnă un al doilea moment primejdios, care duce pe calea „falselor speculații patologice” și în prăpăstia insucceselor terapeutice.

Prezenta lucrare, care se bazează pe studiul analitic al unui număr de 1292 de bolnavi suferind de dureri lombo-sciatice, tinde să precizeze raportul existent între diferitele leziuni morfo-funcționale și starea dureroasă, odată cu stabilirea principalilor factori predispozanți și declanșatori.

Ideea de bază pe care am avut-o în vedere la studierea cazurilor tratate de noi a fost faptul că starea dureroasă nu are, în anumite împrejurări, decît o semnificație simptomatică; alteleori în schimb, ea poate fi concepută cu toată îndreptățirea o entitate de sine stătătoare, cu un tablou clinic bine determinat. Deci, acolo unde printre simptomele funcționale ale leziunilor viscerale, nervoase sau chiar somatice, durerea a constituit numai un epifenomen, cazul respectiv a fost încadrat în grupa sacro-lombalgiilor simptomatice, iar în diagnostic am semnalat leziunea viscerală nervoasă sau sciatică depistată. Dimpotrivă, restul cazurilor care au prezentat un tablou clinic corespunzător unei entități de sine stătătoare, au fost considerate ca sindroame algice adevărate și încadrate în diferite subgrupe, conform naturii leziunilor somatice, ca de ex. lombalgie spondilartritică sciatică discală etc.

Studiind datele statistice ale cazuisticii noastre, referitoare la incidența, vîrsta, sexul, ocupația și leziunea organico-funcțională descoperită cu ocazia investigațiilor clinice, am ajuns la următoarele concluzii:

1. În privința vîrstei și incidenței (vezi tabelul Nr. I. și II.) s-a constatat apariția sindromului cu o frecvență maximă între anii 25—65. Vîrstele dintră al 3-lea și al 5-lea deceniu al vieții constituie în realitate perioada activității maxime, etapa exponenței corporale la noxele profesionale și cele legate de sexualitate (graviditate, naștere etc.) în cazul femeilor. În schimb, indicele ridicat între al 5-lea și 6-lea deceniu corespunde perioadei climacteriului și proceselor degenerative.

Aceste date par să pledeze în concluzie pentru rolul predispozant al noxelor care derivă dintr-o antrenare disproporționată a organismului față de toleranța lui fizică și fiziologică.

2. În ceea ce privește ocupația și modul de trai (vezi tabelul Nr. III.) s-au ridicat o serie de probleme interesante și greu de interpretat. Examinînd datele numerice ale tabelului și avînd în vedere ocupația locuitorilor din raza de activitate a serviciului nostru, reiese că bolnavii care exercită o muncă grea figurează numai cu un număr relativ scăzut de incidență, în timp ce persoanele angajate

Într-o muncă intelectuală oboșitoare, prezintă un indice ridicat la ambele sexe. De asemenea trebuie relevat numărul ridicat al casnicilor.

Incidența numai relativ ridicată a persoanelor care efectuează o muncă grea e surprinzătoare doar la prima vedere, deoarece ea se explică prin eficacitatea măsurilor de protecția muncii, a antrenamentului și acomodării organismului față de condițiile speciale ale muncii respective. Numărul extrem de mic al cazurilor recrutate dintre sportivii activi, pare să confirme pe deplin justetea acestui considerent.

Momentul incriminabil, în cazul casnicilor, îl constituie probabil noxele speciale ale muncii casnice, ale cărei microtraumatisme acționează pe un teren mai vulnerabil, creat de specificul constituțional și fiziologic al sexului feminin.

Indicele ridicat al cazurilor recrutate dintre intelectualii contrastează cu numărul mult mai redus al muncitorilor agricoli. Credem că acest fenomen nu poate fi explicat nicidecum prin slăbiciunea constituțională și lipsa de antrenament corporal a intelectualilor, ci numai prin interacțiunea factorului neurogen, factor determinant al reactivității corporale.

Agricultorii, obișnuiți cu condițiile muncii oboșitoare, sînt în general indivizi bine echilibrați din punct de vedere psihic și vegetativ. În schimb, persoanele antrenate într-o muncă intelectuală încordată, sînt predispușe deseori la neurastenie; toleranța lor față de dureri și eforturi fizice este mult scăzută, fapt care mărește reactivitatea psihică și cea vegetativă.

Cu toate acestea, studiul nostru a rămas fără concluzii definitive în privința factorului neurogen, deoarece în cursul cercetărilor nu ne-am putut sprijini decât pe o serie de date subiective, neprecise și astfel neacceptabile pe deplin. Totuși un lucru pare a fi cert și anume: incidența sindroamelor algice este mai mare la indivizii labili din punct de vedere psihic și vegetativ, iar evoluția bolii mai gravă și mai prelungită decât la cei bine echilibrați.

Nu am putut ajunge la concluzii definitive nici în privința factorului constituțional și al stării de nutriție, deoarece numărul bolnavilor, recrutați dintre diferitele tipuri constituționale a fost în general același ca al indivizilor cu o stare de troficitate variabilă.

În legătură cu factorii determinanți și declanșatori ai algiiilor lombo-sciatice, traumatismului și microtraumatismelor, frigului și umezelii, efortului fizic și intelectual, diferiților factori infecțioși, gravidității, nașterii, fenomenelor alergice etc. li s-a putut atribui un anumit rol la un număr apreciabil dintre bolnavii noștri, fără însă a avea posibilitatea să precizăm cu certitudine și în mod uniform interacțiunea vreunui factor constant.

Se știe că durerile lombo-sacrale și cele sciatică sînt cauzate în general de diferite îmbolnăviri viscerale, nervoase și leziuni sau tulburări funcționale ale aparatului de susținere.

În cazul de față, lăsînd la o parte problema așa-ziselor „pseudosindroame” cauzate de îmbolnăviri viscerale, nervoase etc., vom încerca să formulăm concluziile analizelor noastre referitoare la substratul morfo-funcțional al „adevăratelor sindroame dureroase”.

Rolul patologic al diferitelor îmbolnăviri ale aparatului de susținere în domeniul stărilor dureroase lombo-sciatice este o problemă mult studiată și controversată.

Analizînd datele bolnavilor trimiși pentru consultație cu dureri lombo-sacrale și sciatică, am găsit un număr de 110 cazuri (boala Paget, osteomalacie, focar bacilar discret în vertebre sau artic. sacro-iliace, proces tumoral vertebral, spondilartrită reumatismală etc.), la care durerea s-a dovedit a fi un fenomen constant al cortegiului simptomatic clasic al diferitelor entități de sine stătătoare, cazuri care din acest motiv, au fost scoase din lotul de bolnavi studiați îndeaproape.

Diferențele anormale de dezvoltare ale coloanei, ca: sacralizarea, lobarizarea, malfor-

mațiuni apofizo-articulare, spina bifidă, hiperplazia apofizelor spinoase și transverse etc. au fost prezente în total în cca 42% din cazurile examinate de noi.

Rolul patogen al acestor anomalii a fost supraestimat în trecut.

Datele literare mai recente și experiența noastră în acest domeniu arată că acestor anomalii nu li se poate atribui decât cel mult rolul de a predispuce la procese artroice, condroze discale și stări algice consecutive.

Sacralizările, lombalizările și anomaliile apofizo-articulare în sine nu sînt deci dureroase, ci reprezintă doar malformațiuni, care condiționează prin stabilitatea statico-funcțională scăzută a segmentului interesat, instalarea leziunilor degenerative și a complicațiilor dureroase la acest nivel.

Rolul bine determinat al unor forme de *rahischize posterioare* mai grave în declanșarea stărilor algice e încontestabil, fapt relevat de acad. *Rădulescu* și colab., confirmat de altfel și de observațiile noastre clinice și intraoperatorii în 3 cazuri. În rest însă, prezența acestei malformații înregistrată într-o formă mai ușoară aproape la fiecare al 10-lea bolnav din cazuistica noastră, nu poate fi și nici nu a fost interpretat de noi decât ca o simplă coincidență fără vreun rol mai însemnat în ocazionarea sindroamelor algice.

Rahischizele laterale sau spondilolizele, leziuni observate de noi în 64 de cazuri, s-au dovedit a avea un interes patogen real, indiferent dacă aparțineau tipului așa-zis interarticular (istmic) sau celui retrocorporal.

Noi am observat însă că ele au fost urmate de complicații dureroase numai cînd leziunea a avut un caracter bilateral, fapt care duce treptat la instalarea insuficienței funcționale a coloanei, a proceselor degenerative discale sau la spondilolizeze.

Rolul etio-patogenic al hipertrofiei apofizelor transverse ale vertebrei V-a lombară, incriminat după unii în apariția lombalgiilor, constituie în realitate o problemă cu totul discutabilă, la fel ca și cel al hipertrofiilor apofizelor spinoase (respectiv al neartrozelor interspinale), consecutive, fapt asupra căruia vom reveni mai tîrziu.

Cercetînd datele celor 1292 bolnavi suferind de dureri sacro-lombare respectiv de sciatică, am constatat prezența unor leziuni mai mult sau mai puțin grave ale sistemului articular al coloanei. la un număr de 494, deci în 35,69% din numărul total al bolnavilor. Marea majoritate a acestor leziuni prezentau osteocondroze (spondiloze) și spondilartroze.

După cum se știe, spondilartroza și în special osteocondroza vertebrală, fenomen de altfel observat frecvent, nu este o boală asociată reglementar cu dureri și nu există un paralelism absolut între gravitatea acuzelor și cea a semnelor radiologice.

Permanențizarea durerilor intermitente ale spondilozelor, spondilartrozelor și instalarea unor stări dureroase de durată, se datorează unor reacții inflamatorii, declanșate de excitațiile diferitelor influențe nocive. Imaginea radiologică în sine nu furnizează date suficiente pentru precizarea sursei reale a durerii, deoarece aceasta poate fi deseori consecința unor alte îmbolnăviri asociate procesului relativ asimptomatic al spondilozei. Situația e similară și în cazul neartrozelor interspinale (boala lui Bastrop) fenomen relevat de noi în 29,4% a cazurilor revizuite. Datorită manifestațiilor inflamatorii supraadăugate, leziunea s-a dovedit a fi cauza reală a durerii numai în 6 cazuri dintre cele 11, în care extirparea apofizelor interesate a fost urmată de amendarea completă a acuzelor.

Sînt autori care vorbesc de posibilitatea unor pensări ale sinovialei articulației și le consideră drept cauza a unor stări algice. Noi nu am constatat nici un caz similar și, în lipsa unor argumente obiective, trebuie să contestăm existența reală a acestei entități.

De cînd s-a recunoscut importanța herniilor de disc, literatura de specialitate

din ultimele 3 decenii acordă o deosebită atenție. Atât acestei probleme, cât și tulburărilor morfofuncționale consecutive ale coloanei.

După perioada entuziasmului inițial, au fost elaborate o serie de concepții neîntemeiate, concluzii și generalizări premature, dispuse să identifice problema sindromului lombo-sciatic cu problema herniilor discale. Ca urmare a cercetărilor de pînă acum, s-au acumulat numeroase cunoștințe foarte valoroase în privința fiziopatologiei discale. Totuși nu s-au lămurit întințimțile etio-patogenetice, atât ale leziunii, cât și ale sindromului dureros însoși.

Rolul diferiților factori în declanșarea procesului degenerativ al cartilajului intervertebral, ca de ex. vîrsta, traumatismul și microtraumatismele, supraîncărcarea și supraantrenarea funcțională, disfuncțiile endocrine, noxele alergice etc. este tot atât de puțin clarificat ca și în cazul herniilor discale secundare, consecutive diferitelor leziuni morfo-funcționale ale coloanei.

Stabilitatea coloanei suferă chiar și în urma condrozilor primare, fapt care condiționează deopotrivă, atât dezvoltarea tulburărilor statico-funcționale, cât și agravarea procesului de degenerare a discului intervertebral.

Cu ocazia revizuirii celor 317 cazuri de condroze discale, asociate unor fenomene radiculare sau unor lombosacralgii grave, în 2/3 am reușit să depistăm semnele radiologice ale diferitelor leziuni osteo-articulare primare și secundare ale coloanei (spondiloză, spondilartroză, spondiloliză, listeza, pseudolisteză, anomalii apofizo-articulare, sacralizare, lombalizare etc.).

Bazindu-ne pe o serie de date clinice și observații intraoperatorii culese în cursul studierii aprofundate a unui număr de peste 160 de cazuri, am ajuns la concluzia că sindromul discal nu poate fi limitat pur și simplu la manifestările dureroase ale compresiunii radiculare sau ale filetelor nervului sinu-vertebral din pericondriul discului. Avînd în vedere multiplicitatea leziunilor și tulburărilor care se asociază în general acestor stări algice, credem că, atîta timp cît nu vom cunoaște pe deplin patomecanismul intim al acestor sindroame și substratul morfo-funcțional al fenomenelor morbide, ar fi o eroare dacă am atribui tablourii clinice unor leziuni lipsite de simptome sigure, așa cum încearcă unii să considere majoritatea lombalgiiilor drept „fazele prodromale” ale prolapsului discal.

Odată cu aceasta trebuie să accentuăm că bombarea discului spre canalul rahidian, nu constituie în fiecare caz și nu este, în majoritatea cazurilor, singurul factor compresiv. La bolnavii noștri, supuși intervențiilor pentru hernii discale, am constatat că un procent de cca. 23% prezintă o proeminență cît un bob de mazăre sau chiar mai mică. Deși, după cum se știe, o asemenea situație nu ne îndreptățește să vorbim încă de o încarcerare în sensul strict al cuvîntului, criza neuralgică a prezentat uneori o evoluție foarte violentă. Sub acțiunea unei rahianestezii, sau în urma blocării novocainice a rădăcinii interesate sau a lanțului simpatic lombar, acuzele au cedat spectacular.

Dat fiind acest fenomen, se poate presupune că, odată cu dispariția reacției neuritice (reacție vasomotrică la nivelul vasnervorum) dispăre și turgescența discului prolăbat. Acest fenomen ne îndreptățește totodată să presupunem că turgescența discului este în legătură cu capacitatea crescută a țesuturilor de a reține apă, unul din fenomenele reactive ale excitațiilor dureroase.

Probabil, tot ca o expresie a acestui fenomen ar putea fi privită și rarefierea substanței osoase a apofizelor și arcurilor vertebrale interesate, fapt înregistrat de noi în cca. 20—25% din cazurile operate; la fel și infiltrația edematoasă sau adeziunile perineurale ale rădăcinii în cauză.

Într-o proporție de 1/3 din cazurile operate, factorul compresiv a avut o situație laterală în apropierea canalului de conjugăție. Factorul compresiv, în aceste cazuri, a fost reprezentat de proeminența discului și de bombarea ligamentului galben în canalul rahidian. Volumul crescut al articulației apofizare de la acest nivel a fost un factor care a intervenit de asemenea în constrîngerea spațiului

rahidian. Acest fenomen s-a produs datorită leziunilor articulare hipertrofice și încăleării apofizelor articulare.

Pensarea discului și depresiunea concavă a platourilor vertebrale au pregătit calea pentru instalarea acestui fenomen. Noi credem că în cazul de față factorul declanșator al durerilor a fost frecătura rădăcinii și nu compresiunea. În caz de pensare a spațiului intervertebral, sau în prezența unei concavități pronunțate a platoului vertebral, cauza durerilor lombare a fost atribuită de noi supraîncărcării articulațiilor apofizare, în special fiind poziția ortostatică sau cea de reclinție (lordotizare) a fost urmată de exacerbarea fenomenelor. În schimb, în caz de semne radiculare, trebuie să ne gândim, nu numai la efectul compresiv al prolapsului sau protrusiei discale, ci și la interacțiunea factorilor amintiți. Un alt fenomen observat de noi în cca 20—25% a cazurilor operate, având o semnificație patogenică reală, îl constituie mobilitatea exagerată a vertebrelor interesate; acest factor determină însăși instabilitatea și instalarea sindromului de insuficiență a coloanei.

Rolul patogenic al așa-ziselor leziuni musculo-ligamentopatii în apariția durerilor lombo-sacrale e un fapt cunoscut de mult, dar cu toate acestea cunoștințele noastre referitoare la intimitățile morfologice și fiziopatologice care stau la baza acestor sindroame sînt puține și superficiale. Putem afirma chiar că problema este oarecum neglijată, interesul general fiind îndreptat spre lămurirea rolului patogenic al patologiei discale.

În domeniul afeccțiunilor musculare, mialgia, miogeloza, fibromiozita, miozita interstițială, fibrozita intramusculară, miopatiile reumatice, mioneuralgia, etc. sînt doar expresiile unor ipoteze enunțate în cursul anilor, dar neconfirmate de cercetările ulterioare.

În privința ligamentopatilor, elongațiile, entorsele, deslipirile și rupturile ligamentare parțiale, reprezintă rezultatul unor mecanopatii, provocatoare de stări dureroase.

În urma revizuirii cazuisticii noastre, care totalizează un număr de 1292 bolnavi, am considerat că 464 de cazuri, adică 35,91% din numărul total, trebuie apreciate, pe baza fenomenelor clinice, ca sindroame algice consecutive unor musculoligamentopatii.

Analizînd minuțios datele care ne-au stat la îndemînă, am putut stabili că simptomatologia clasică a unei mio- sau ligamento-patii nu s-a putut găsi decît la cca 12—13% din numărul total al bolnavilor. În rest, tabloul clinic a fost constituit din complexul simptomelor musculo-ligamentare. Pe baza examenului radiologic am putut depista la cca. 25% din numărul total al cazurilor totodată și prezența unor malformațiuni sau leziuni osteo-articulare de ordin secundar.

Pentru justa interpretare a fenomenelor morbide, am luat ca bază manifestările clinice și patologice, mult mai cunoscute și mai ușor studiabile, ale leziunilor de aceeași natură ale extremităților inferioare. În acest sens, se poate presupune că în prima etapă, adică în perioada posttraumatică imediată a sindromului dureros, ne aflăm de fapt în fața urmărilor obiective și subiective ale leziunii traumatice (hemoragie, edem perifocal!) din punct de vedere clinic: dureri spontane, sensibilitate la presiune locală — și de elongație, tumefacție locală etc.

În cazul musculo-ligamentopatilor traumatice ale regiunii lombo-sacrale, tumefacția circumscrisă este consecința infiltrației edematoase și a spasmului muscular reflectoric. Prezența nodurilor care se evidențiază deseori în masa musculaturii sacrolombare, a fost atribuită de noi contracțiilor, mai bine zis unor spasme fibrilare.

Se știe că durerea pornită dintr-un focar similar cu cele amintite mai sus, nu se localizează numai pe regiunea afectată, ci iriază în teritoriul mio-dermatomului segmentului medular interesat, deci în regiunea inghinală, în membrele inferioare etc.

După resorbția hemoragiei, a exsudatului și apariția fibroblastilor, ia naștere un proces de fibrozare, de cicatrizare, fapt care înseamnă totodată și sfîrșitul perioadei acute a simptomelor clinice.

Observațiile noastre arată că aici este limita pînă la care leziunea morfologică își păstrează, din punct de vedere clinic, caracterul local, un fenomen, care de obicei înseamnă totodată și vindecarea definitivă a cazului. Alteori se instalează o perioadă de

latență cu un interval uneori mai prelungit, sau starea dureroasă va persista sub o formă atenuată, evoluind spre cronicizare.

Sintetizînd datele și observațiile noastre, pare justificată constatarea lui *Slocumb, Stockman, Tegner* și a altora, potrivit căreia, în urma diferitelor influențe nocive și chiar și a traumatismelor, se instalează în sistemul ligament-articular și în musculatura învecinată un proces similar cu acel al inflamației, — caracterizat la început prin stază și infiltrație edematoasă, complicat mai tîrziu cu fibrozarea și degenerarea elementelor funcționale. Procesul de fibrozare duce la formarea unor adeziuni, mai mult sau mai puțin întinse, fapt a cărui urmare e scăderea valorii funcționale a elementelor interesate și instalarea vulnerabilității mai accentuate a acestora.

În cazul unor modificări tisulare mai atenuate, starea dureroasă nu poate fi provocată decît de o noxă relativ mai intensă; în schimb, în cazuri mai grave, sînt suficiente chiar și micro-traumatismele vieții cotidiene pentru provocarea elongațiilor, rupturilor sau dezinserărilor tendino-ligamentoase microscopice, care dau naștere unor stări dureroase.

Tabelul Nr. I.

Felul bolii		V I R S T A (I N A N I)														
		10	20	30	40	50	60		60	50	40	30	20	10		
SACROLUMBALGIE	O s o s a ș a	Tulburări de dezvoltare	2	9	15	12	16	3	57	33	5	2	9	8	7	2
		Traumatisme	4	7	9	7	2	1	30	32	—	3	7	15	7	—
		Inflamații	—	2	1	—	—	—	3	1	—	—	—	—	1	—
		Osteoporoză	—	—	—	8	9	2	19	12	4	5	2	1	—	—
		Modificări ale sistemului osos	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	Modificări degener. artic + micro-traumatisme	Chondroză	3	14	21	37	43	15	133	80	11	22	19	19	7	2
		Osteochondroză	1	13	35	20	14	8	91	51	3	10	17	14	7	—
		Muschi și tendoane	7	75	87	72	31	14	286	178	13	21	42	56	41	5
	Neuropatie	2	8	7	5	2	—	24	23	—	1	6	7	8	1	
		Modificări ale membrilor inferioare	—	—	2	1	—	—	3	12	5	3	3	1	—	—
SCIATICA	Chondroză, osteochondroză hernie de disc	1	11	27	21	14	7	81	94	4	18	24	27	19	2	
	Modificări de poziții ale vertebrelor	—	3	4	2	7	2	18	12	1	5	4	2	—	—	
	Tulburări de dezvoltare	—	1	—	—	—	—	1	2	—	—	2	—	—	—	
	Tumoare	—	—	1	—	2	—	3	3	—	1	—	2	—	—	
	Inflamații	—	3	—	1	—	—	4	5	—	—	2	—	3	—	
Sciatică Sacrolombalgie	1	18	32	24	23	9	107	116	3	24	32	31	22	2		
	19	128	177	162	118	43	647	422	41	67	105	121	78	10		
		20	146	209	186	141	52	754	538	46	91	137	152	100	12	
		B Ă R B A Ţ I						1292		F E M E I						

in cele ce urmează ne vom ocupa pe scurt și de problema „nodurilor dure-roși”, fapt observat de noi în nenumărate rânduri. Acești noduli au un rol patogen foarte dubios.

Paniculita nodoasă constituie numai un epifenomen al bolii reumatismale; ea a fost observată de *Pugh și Christie* (1945) la 30% din bolnavii reumatici.

Stockman (1920) afirmă că acești noduli reprezintă focare de hiperplazii ale unor inflamații sterile, observație bazată pe analize electro-miografice. *Eliot* (1944) îi consideră a fi expresia unor spasme musculare fibrilare.

Copeman și Ackerman (1944) demonstrează că țesutul adipos, situat sub aponeuroza lombo-dorsală, herniază adeseori prin punctele slabe ale acesteia. Când sînt infiltrați edematos sau hemoragic, acești noduli, insensibili la palpate, devin dureroși, fenomen declanșat, probabil ca și cel al formării herniilor paniculare, de creșterea presiunii hidrostatice în țesutul panicular.

Tabelul Nr. II.

Felul bolii		O C U P A Ț I A												
		Munca fizică grea	Agricultori	Intelctuali	Casnice	Sportivi	Total	Sportivi	Casnice	Intelctuali	Agricultori	Munca fizică grea		
SACROLOMBALGIE	O s o a s ă	Tulburări de dezvoltare	11	16	27	—	3	57	33	1	16	7	6	3
		Traumatisme	8	15	6	—	1	30	32	—	11	6	8	7
		Inflamații	—	3	—	—	—	3	1	—	1	—	—	—
		Osteoporoză	1	12	6	—	—	19	12	—	5	1	6	—
		Modificări ale sistemului osos	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	Articulară	Modificări degener. artic + micro-traumatisme	49	41	43	—	—	133	80	—	33	7	18	22
		Chondroză	21	35	35	—	—	91	51	1	21	14	4	11
		Osteochondroză	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		Muschi și tendoane.	102	97	70	—	17	286	178	7	50	46	32	43
		Neuropatie	6	5	12	—	1	24	23	—	7	12	1	3
Modificări ale membrilor infer.		—	3	—	—	—	3	12	—	6	2	3	1	
S C I A T I C A	Chondroză, osteochondroză, hernie de disc	22	24	34	—	1	81	94	3	30	32	11	18	
	Modificări de poziție ale vertebrelor	8	7	3	—	—	18	12	—	5	2	3	2	
	Tulburări de dezvoltare	—	—	1	—	—	1	2	—	—	2	—	—	
	Tumoare	1	—	2	—	—	3	3	—	1	2	—	—	
	Inflamații	1	2	1	—	—	4	5	—	3	1	1	—	
	Sciatică	32	33	41	—	1	107	116	3	39	39	15	20	
	Sacrolombalgie	198	228	199	—	22	647	422	9	150	95	78	90	
		230	261	240	—	23	754	538	12	189	134	93	110	
		B Ă R B A Ț I					1292		F E M E I					

Prezența multiplă a formațiunilor nodulare de mai sus, a fost depistată la bolnavii noștri suferind de dureri lombo-sciatice într-o proporție de peste 28%. Dintre acestea însă nu a fost sensibilă de obicei decât una, maximum două. Novocainizarea a fost urmată de dispariția durerilor locale, dar nu a întregului complex dureros. În 6 cazuri, neputînd evidenția prezența unei alte cauze a sindromului algic, am procedat la extirparea acestora, conform recomandării autorilor amintiți. Examenul macro-microscopic al pieselor extirpate a confirmat pe deplin faptele semnificate de autori. Intervenția a fost urmată de amendarea imediată a durerilor, pentru ca, după cîteva săptămîni sau luni, starea dureroasă să reapară la toți bolnavii operați, cu excepția unui singur caz.

Pe baza observațiilor noastre în acest domeniu, am ajuns la concluzia că edematizarea acestor noduli, ca și durerile consecutive, nu sînt în realitate, decît urmările unui proces reflectoric, la fel ca și instalarea nodulilor musculari, descriși de *Eliot*.

Din studiul analitic al datelor referitoare la cazuistica noastră, am ajuns la unele concluzii interesante, care credem că merită să fie supuse unor cercetări clinico-experimentale mai aprofundate.

Înainte de toate trebuie să subliniem că prezența unor modificări și anomalii ale aparatului de susținere, nu este același lucru cu starea dureroasă. Numai în urma unor factori nocivi determinanți și declanșatori precum și a supraadăugării unor fenomene morbide consecutive, boala de bază, de multe ori asimptomatică ca de ex. condroza, spondilartroza, etc., poate să devină într-adevăr dureroasă.

Deocamdată prea puține sînt datele referitoare la substratul morfologic și fiziopatologic al procesului pe care îl prezintă starea algică în general. Totuși, analizînd fenomenele morbide se poate constata că procesul menționat este la început destul de circumscriș și se manifestă în special pe elementele interesate în boala de bază. Simptomatologia se compune în general din tulburările funcționale ale aparatului de susținere, din simptomele și durerile particulare ale leziunilor articulare sau musculo-ligamentare pe de o parte, iar pe de altă parte, din complexul manifestărilor nervoase.

După cum se știe, impulsurile dureroase pornite din elementele menționate, au un caracter diluz și se reflectă pe dermatomul sau miotomul segmentului medular interesat. Există între durerea așa-zisă locală și cea difuză (segmentară) o serie de forme tranzitorii, în raport cu situația mai superficială sau mai profundă a afecțiunii în cauză. În caz de afecțiune mai superficială, durerea se localizează exact pe teritoriul corespunzător leziunii cauzale. În schimb, durerile afecțiunilor cu un sediu mai profund au un caracter difuz și se localizează pe acele porțiuni ale miodermatomului interesat, care au o capacitate de localizare mai dezvoltată.

Odată cu cele menționate, apar și o serie de fenomene reflectorii, ca spasmul muscular, hiperalgezia cutanată, sensibilitatea spontană și tactilă a elementelor anatomice, aflate în teritoriul de inervație al segmentului medular interesat, concomitent chiar cu anumite tulburări funcționale viscerale.

Noi am observat că hiperalgezia cutanată și sensibilitatea dureroasă difuză a elementelor profunde la presiune nu pot fi confundate nicidecum cu hiperalgezia și sensibilitatea tactilă a focarului care reprezintă sursa întregului complex simptomatic al sindromului.

Din analiza minuțioasă și observarea continuă a cazurilor am ajuns la concluzia că începutul cronicizării stării dureroase coincide de obicei cu instalarea celor două fenomene asociate amintite. În acest caz durerile iau un caracter iradiant și pot fi reflectate chiar și pe partea opusă a corpului. Ele pot fi diferențiate cu ușurință de durerile radiculare, care au un caracter mixt, compuse fiind din dureri superficiale și profunde și asociate cu diminuarea sau abolirea reflexelor tendinoase. De asemenea iradiația durerii urmează traiectul nervului periferic interesat.

De altfel, putem intilni, în cazuri mai avansate, și dureri simpatalgice asociate unor disfuncții vasomotorii, stări vasospastice și osteoporoze mai mult sau mai puțin extinse.

Printre manifestările reactive ale sindroamelor algice am mai putea enumera infiltrația edematoasă a țesutului adipos subcutanat al regiunii lombo-sacrale, fenomen observat de noi în 17 cazuri, apariția nodulilor musculari și instalarea procesului de edematizare a nodulilor paniculari.

Durerea spontană difuză și sensibilitatea la presiune a elementelor situate mai în profunzime, simpatalgia asociată cu fenomene de disfuncții vegetative la fel ca și instalarea în cazurile respective, a neuralgiilor și a diferitelor complexe dureroase, sînt fenomene pe care noi le considerăm în general legate de prezența unor tulburări secundare de ordin morfo-funcțional.

Sintem îndreptățiți să ne gîndim la această eventualitate chiar și din cauza epifenomenelor observate, manifestări instalate evident pe cale reflectorică, cum ar fi de ex. edemul subcutanat regional, apariția nodulilor musculari și a celor paniculari, deveniți dureroși în această perioadă, precum și osteoporoza moderată extinsă cel mult la 1—2 vertebre etc.

Instalarea acestor fenomene necesită un timp oarecare, la fel ca și instalarea durerilor difuze sau a celor iradiante. Pare foarte plauzibilă părerea că cronicizarea stării dureroase este legată chiar de prezența acestui proces reflectoric presupus care se desfășoară probabil prin intermediul căilor simpatice. Un argument în plus care ar putea pleda pentru plauzibilitatea acestei ipoteze îl constituie și efectul prompt al blocadei novocainice a lanțului simpatic lombar.

Nu cunoaștem pe de deplin natura reală a complexului în cauză. Totuși caracterul particularităților clinice și al fenomenelor obiective, înregistrate în cursul observațiilor noastre, reamintesc sindromul Sudeck—Leriche sau sindromul umăr-mînă. S-ar putea presupune chiar că în substratul morfo-funcțional al stărilor algice lombo-sciatice ar putea exista un proces identic cu cele menționate. În cursul unor stări de excitație, procesul reflectoric, răspîndindu-se pe tot teritoriul de inervație a segmentului medular interesat, atrage după sine modifi-cări în general trecătoare, la toate elementele anatomice (mușchi, articulații, ligamente fibre nervoase etc.) care cad în raza de acțiune a procesului reflectoric.

Iată deci aspectul sub care am încercat să interpretăm problema sindroamelor algice, care conform părerii noastre actuale înfățișează starea dureroasă survenită în urma unor modificări tisulare. Acestea, în faza exsudativă a procesului, au un caracter trecător, amendîndu-se în general odată cu întreruperea procesului reflectoric, dar în general cedează odată cu întreruperea procesului reflectoric, la fel ca și durerea care e expresia subiectivă a acestor modificări.

Fibrozarea, ca fenomen mai tardiv al prelungirii procesului menționat, ar putea constitui în acest sens cauza cronicizării și a tendinței la recidive, pe de o parte și a agravării leziunilor existente ale aparatului de susținere, pe de altă parte.

Sosit la redacție: 19 decembrie 1959.

САКРО-ЛЮМБАЛГИЯ И ИШИАЛГИЯ

Сава Я., Егерё Б.

На основании данных обследований 1292 больных, страдающих сакро-люмбалгией и ишиалгией, установили, что жалобы зависящие от изменений опорного аппарата возникают обычно от определенных посторонних воздействий.

Наконец, образование и стабилизация состояния болезненности связано вторичными тканевыми изменениями со возникающими рефлекторным путем.

Этот рефлекторный процесс вероятно связан с симпатическими путями.

SACRO-LOMBALGIE ET SCIATIQUE

I. Száva, B. Égető

En étudiant les données personnelles de 1292 malades présentant des accuses de sacro-lombalgie et sciatique, les auteurs constatent que les lésions de l'appareil de soutien incriminées pour le maintien des accuses ne deviennent douloureuses pour la plupart que sous l'influence de certains facteurs nocifs. Ils concluent que la formation et la stabilisation de l'état douloureux sont liées à la présence des lésions tissulaires secondaires dues aux phénomènes réflexes. Ce processus réflexe se développe probablement par l'intermédiaire des voies sympathiques.