

SACRALIZAREA IN PATOGENIA SCIATICEI



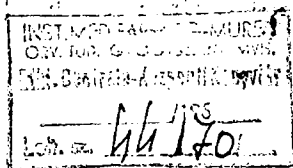
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE _____ 1935

DE

ION MACAVEI



1935

23 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : D-nul Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	D=1	Dr.	Aleman I.
Bacteriologie	"	"	Baroni V.
Istoria medicinei (agr.)	"	"	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	"	"	Botez M. A.
Clinica oto-rino-laringologică	"	"	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	"	"	Drăgoiu I.
Fiziologia umană (supl.)	"	"	Drăgosi I.
Semiologia medicală	"	"	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	"	"	Grigoriu C.
Clinica medicală	"	"	Hațieganu I.
Medicina legală	"	"	Kernbach M.
Clinica oftalmologică	"	"	Michail D.
Clinica neurologică	"	"	Minea I.
Igienă și igiena socială	"	"	Moldovan I.
Radiologia medicală	"	"	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	"	"	Papilian V.
Clinica chirurgicală }	"	"	Pop A.
Medicina operatoare }	"	"	
Clinica infantilă	"	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	"	"	Popoviciu Gh.
Balneologie	"	"	Sturza M.
Clinica dermato-venerică	"	"	Tătaru C.
Clinica urologică	"	"	Teșosu E.
Chimia biologică	"	"	Thomas P.
Clinica psihiatrică	"	"	Urechia C. I.
Anatomia patologică	"	"	Vasilu Titu

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte: Dl Prof. Dr. C. Urechia

Membrii: { " " " _____
 " " " _____
 " " " _____
 " " " _____

Supleant: D=1 Doc. Dr. _____

Introducere

Sciatica constituie prin frecvența sa o problemă de diagnostic și de terapeutică din cele mai însemnate în patologia simptomelor dureroase.

După un studiu al lui J. A. Chavany, ce poartă titlul: „La sciaticque et thérapeutique“, din punct de vedere practic, sciatica o putem împărți în următoarele forme:

- A) Sciatica boală;
- B) Sciatica simptomatică și
- C) Pseudo=sciaticele.

Sciatica boală este o nevralgie pe traectul nervului marele sciatic și în care durerea constituie simptomul esențial; deodată cu fenomenele dureroase cedează și boala. Această sciatică boală este sciatica esențială a lui Sicard, sau aceia care cuprinde pe cele cari se desiginează sub numele de sciatică artritică, reumatismală sau gutoasă, — cadru cu o etiologie și patogenie neprecisă.

Sciatica simptomatică este aceia în care nevralgia sciatică nu este decât un epifenomen al unei boli generale sau locale, — deci numai un simptom; Sicard le numește sciatică secundare.

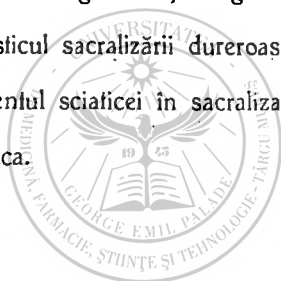
Pseudo=sciaticele sunt afecțiuni în care nervul marele sciatic nu este în cauză (sunt extranervoase) și unde nevralgia sciatică a fost etichetată prea de vreme, simptomatologia fiind de origine musculară, vasculară, articulară, osoasă.

Sacralizarea celei de a V-a vertebre lombare se poate manifesta sub forma unui sindrom lombo=ischialgic (Bertholoffi). Deci nevralgia sciatică în aceste cazuri este secundară și constituie epifeno-

menul anomaliei anatomice de mai sus, încadrându-se astfel în grupul sciaticelor secundare.

Expunerea acestui subiect (sacralizarea în patogenia sciaticii) o vom încadra în următoarele capitole :

- I. Considerațiuni de anatomie.
- II. Succint studiu al sacralizării vertebrei celei de a V-a lombară.
- III. Contribuția sacralizării în patogenia sciaticii.
- IV. Câteva considerațiuni asupra semnelor clinice ale sacralizării dureroase, în special al celor cari dau sciatica secundară sacralizării.
- V. Noțiuni de diagnostic și diagnostic diferențial.
- VI. Prognosticul sacralizării dureroase.
- VII. Tratamentul sciaticii în sacralizare.
- VIII. Cazuistica.



Considerațiuni de anatomie

Pentru a scuza felul, în care voi dezvoltă acest capitol, trebuie să dau câteva date despre „algiiile nevrxului“ (nevrxalgii).

Nevrxalgiiile cuprind (după Sicard):

1. Algiiile nervilor periferici (nevrxalgii), dela originea plexului la periferie;
2. Algiiile găurei de conjugare (funiculalgii), dela ganglion la originea plexului, funiculul fiind segmentul nervos cuprins între ganglionul spinal și plex.
3. Algiiile rădăcinilor medulare (rizalgii sau radiculalgii);
4. Algiiile parenchimului medular posterior, sau al cornului posterior (medulalgii sau corniculalgii).

La nivelul regiunii funiculare și radiculare au loc procese inflamatorii cari se traduc clinic prin durere (algii); dela acest nivel pleacă mai adesea acestea. Iată de ce trebuie să insist în descrierea anatomică asupra acestei regiuni, în plus titlul acestei teză implică descrierea aceasta.

Nervii rachidieni sau spinali sunt aceia, cari pleacă din măduva spinării. Fiecare nerv rachidian este format din unirea a două rădăcini: anterioară și posterioară, — aceasta constituie de fapt doar originea aparentă a nervului spinal. Rădăcina anterioară din punct de vedere fiziologic este motorie, cea posterioară este senzitivă. Astfel nervul rachidian este un nerv mixt.

De traectul rădăcinei posterioare se găsește un ganglion numit anganglionul spinal, care fapt o face să se deosebească de rădăcina anterioară.

Pentru a eși din canalul vertebral rădăcinile rachidiene trebuie să străbată cele trei invelișuri meningiene. Rădăcinile rachidiene prezintă 3 porțiuni: prima în interiorul sacului dural, a doua în momentul perforației durei mater și a treia înafară sacului dural. Rădăcina anterioară și posterioară străbat dura mater prin orificii separate. Înafara sacului dural fiecare rădăcină este înconjurată de un manșon duramaterian, îndreptându-se spre gaura de conjugare.

Ganglionul rachidian se găsește pe partea externă a rădăcinii posterioare, cu puțin înainte de a se uni cu rădăcina anterioară, pentru a forma nervul rachidian. Ganglionul este mai adesea situat în gaura de conjugare, însă sunt și excepțiuni.

Nervul radicular al lui Nageotte este porțiunea rădăcinii posterioare cuprinsă între punctul unde ea atinge dura mater și ganglionul rachidian. Cestan și Sicard acestei porțiuni a rădăcinii posterioare îi dă numele de nerv de conjugare.

Nervul rachidian este numit de Sicard și funicul vertebral. Situațiunea ganglionului spinal fiind variabilă, originea nervului rachidian nu se găsește în acelaș punct în toate regiunile. La nivelul regiunii lombare și sacrate origina nervului rachidian se găsește în interiorul canalului vertebral.

Raporturile nervului în gaura sau canalul de conjugare sunt importante mai ales din punct de vedere al unor manifestări clinice. Prin acest canal (gaura sau canal de conjugare este spațiul cel formată pediculi prin suprapunerea lor, căci marginea superioară și inferioară a fiecărui pedicol nu este rectilinie ci descriu niște curburi numite incizuri), loc de trecere între cavitatea rachidiană și șanțurile vertebrale, ies sau pătrund:

1. Nervul rachidian sau funiculul (Sicard) care se va împărți în cele două ramuri.
2. Artera spinală.
3. Filete simpatică.
4. Importantul plex venos ce servește de cale de eșire pentru întreaga circulație intra-rachidiană.
5. Vasele limfatice anastomozate în rețele.

Toate aceste organe sunt înconjurate de un țesut celulo-grăos abundent, ce umple interstițiile și evită compresiunea în mișcările coloanei vertebrale.

Nervul rachidian are două ramuri terminale: una anterioară și una posterioară. Ramurile posterioare sunt destinate mușchilor și tegu-

mentelor regiunii dorsale a corpului. Ramurile anterioare mai voluminoase au direcțiunea în afară și înainte, ele intră în constituțiunea plexurilor radiculare nervoase de unde iau naștere nervii periferici.

Marele nerv sciatic constituie singura ramură terminală a plexului sacrat. El rezultă din unirea într'un singur trunchiu a ramurei anterioare a nervului rachidian, celui de al 4-lea și al 5-lea lombar prin intermediul trunchiului lombo-sacrat, din prima ramură sacrată și dintr'o parte a celei de a doua și a treia sacrată.

Această unire se face la nivelul marginii anterioare a mării scobituri sciaticice. Imediat după aceasta, marele nerv sciatic, iese din bazin prin partea inferioară a mării scobituri sciaticice, ajungând în regiunea fesieră. Marele nerv sciatic este un nerv mixt destinat mușchilor posteriori ai coapsei, mușchilor și tegumentelor gambei și piciorului.



Succint studiu al sacralizării celei de a V-a vertebre lombare

Sacralizarea după Bertholotti și Rossi constă într'o transformare a tuturor elementelor vertebrei presacrate. Ei nu consideră malformația ca reală decât, când apofiza transversă este înțată în contact cu osul iliac și se mai adaugă osificarea proceselor costo-transverse, modificări importante ale corpului, ale proceselor articulare și al spațiului intervertebral.

Sacralizarea vertebrei a 5-a lombare se traduce macroscopic-grosso modo printr'un sacru format din șase vertebre și cinci găuri sacrate. Acest sacru a fost cunoscut și celor dintâi anomiști între cari Vesalio, Falloppio și Colombo. Cu toate acestea abea la sfârșitul secolului trecut și în primele decenii ale celui prezent, apar primele descrieri anatomice exacte. De această chestiune s'au ocupat în deosebi Dürr, Gegenbauer, Kolman, Topinard, Bacarise, Patterson etc. fie din punct de vedere embriologic, fie anatomic. Mai nou au contribuit cu lucrări clinico-anatomice Albanese, Ingebrigsten și Benassi.

Multe teorii au căutat să explice această malformațiune; iată mai jos câteva dintre ele.

După Regalia, în desvoltarea ontogenetică oasele iliace sufăr o mișcare de ascensiune, iar când această ascensiune se exagerează sacrul încorporează elementele lombare.

Rosenberg susține că până când vertebrele apropiate de extremitatea cranială tind a fi asimilate în direcție caudală, cele mai apropiate de extremitatea inferioare a coloanei vertebrale, au tendința de a se asimila în direcția cranială.

Calori a susținut o ipoteză, care căuta să explice sacralizarea printr'o depozitare a sărurilor de calciu în ligamentele ileo=lombare și care mai pe urmă a fost complet abandonată. Lupo unul dintre elevii lui Bertholotti a stabilit în această privință următoarele:

1. Sacralizarea adevărată nu are nici-un raport cu osificarea ligamentoasă.

2. Gradul sacralizării constatată la copil este expresiunea fazei definitive a anomaliei.

3. Originea și gravitatea acestei alterațiuni morfologice trebuie raportată la perioada embrionară.

Ledoux și Gaillods credeau că punctele de osificare ale celei de-a 5-a vertebre lombare, pot evolua patologic către tipul sacrat.

Mathieu-Pierre Weil și G. Van Dam (a se vedea bibliografia) mai recent aduc o contribuție interesantă în ce privește interpretarea sacralizării și lombarizării. Ei aduc noțiunea de hipertranzizie, spunând că aceste fenomene (sacralizare și lombarizare) nu sunt decât accentuări ale procesului normal de tranziție a vertebrei (după ei vertebrele lombare sunt vertebre de tranziție spre vertebrele sacrate), adică hipertranzizie, legată de condițiunile statice și evolutive particulare regiunii lombo=sacrate. Mai departe dânsii afirmă că văd în variabilitatea regiunii lombo=sacrate, dovada că omul n'a găsit încă adaptarea anatomică definitivă în stațiunea verticală și caracterul acesta actualmente incomplet al acestei adaptațiuni, face să se înțeleagă la rândul său suferința regiunii ca: lumbago, sciatică. Este interesant a menționa aci că la maimuțele antropoide această sacralizare e regulă; după Mauclair și Filipo o găsim la rasele extra=europene într'o proporție de 40%, iar la cele europene într'o proporție de 4%.

Toate aceste teorii nu explică malformațiunea de mai sus.

În mod obișnuit înțelegem prin sacralizarea mărirea volumului apofizelor transverse a vertebrei a V-a lombare. În realitate însă, trebuie să considerăm sacralizare orice malformațiune caracterizată printr'o sutură a oarecarei părți a vertebrei a V-a lombare cu oasele vecine: osul sacru și iliac.

Avem mai multe clasificări în ce privește gradul sacralizării, cea acceptată astăzi de majoritatea autorilor este cea a lui Le Double, distingând 6 grade:

În primul grad apofizele transverse, dintr'o parte sau din ambele, au o formă piramidală și vârful liber foarte aproape de vârful aripei sacrate vecine.

În al II-lea grad una sau amândouă apofizele transverse sunt mai groase decât normal și la extremitățile distale prezintă o umflătură care ajunge aproape în contact cu aripa sacrală subjacentă.

În al III-lea grad apofizele transverse poartă la extremitățile periferice o mică excrescență a cărei față inferioară are o mică față, care se articulează cu o suprafață articulară analoagă de pe baza aripei vecine a osului sacru.

În al IV-lea grad una dintre apofizele transverse este foarte dezvoltată și se articulează prin mijlocirea unei fețe rugoase cu aripa sacrului și osul iliac din partea respectivă.

În al V-lea grad pozițiunea e la fel ca în precedentul însă de amândouă părțile.

În al VI-lea grad vertebra a V-a lombară este complet sudată cu osul sacru.

Imbert și Léry consideră, în urma cercetărilor anatomice și radiografice, primele două grade ca variațiuni ale tipului normal.

Ceece numește Léry „grosse sacralisation“ pentru Bertholotti este sacralizarea adevărată, adică acolo unde avem fuziunea elementelor laterale ale celei de a V-a vertebre lombare cu suprafețe sacro-iliace.

După lucrările demonstrative ale lui Putti și Bölini sacralizarea trebuie în mod forțat să se traducă printr-o morfologie anormală a coloanei vertebrale, fie printr-o scolioză angulară sacro-sacrată, fie printr-o cifoasă lombară, fie printr-o scolioză dorso-lombară. După cum vedem avem o modificare a staticei coloanei vertebrale datorită orientării vicioase a platoului sacrat. Uneori putem avea o inclinare laterală puternică a sacrului ceea ce produce o asimetrie a bazinului.

Este important a se insista asupra modificărilor găurilor sacrate și apofizelor transverse în sacralizare, pentru a putea da justa valoare numeroaselor teorii cari caută să explice algiiile sciaticice în acest caz.

Gaura sacrată supra-numerară, adică aceia care ia naștere în urma sudării ultimei vertebre lombare cu prima sacrată, prezintă sau nu modificări după gradul sacralizării; până când celelalte găuri sacrate sunt normale. Scaglietti — în teza sa de doctorat, premiată cu premiul Victor Emanuel al II-lea, făcând un studiu asupra 58 de sacralizări spune ea în asimilarea perfectă și totală gaura supra-numerară prezintă toate caracterele unei găuri normale; în schimb la cele cu o sacralizare mai puțin perfectă, aproape în toate cazurile, gaura pierde acest caracter normal și e mai mult sau mai puțin îndreptată înainte și așezată pe un plan frontal.

Vertebra a V-a lombară sacralizată devine o vertebră de rezămce are de suportat mai mult decât cea nesacralizată, din această cauză marginile laterale ale corpului celei de-a V-a lombară și a primei sacrate prezintă o mai accentuată distrucție marginală din perioada de creștere, care poate să se exagereze supraadăugându-se un proces de artrită.

În ce privește dimensiunea găurilor modificate ele apar mai frecvent micșorate în sens transversal, cu mărimi ce variază de la 6 mm. la 1.6 cm., care cifră din urmă corespunde la media diametrelor unei găuri normale.

Uneori gaura supranumerară ia aspectul unui rinichiu, în urma faptului că fuzionându-se corpul vertebrei a V-a lombară cu sacrul la nivelul meniscului intervertebral se formează o chingă osoasă.

La această micșorare de volum a găurilor contribuie distrucția corpurilor vertebrale amintită mai sus, precum și îngroșarea masivă a apofizelor tranverse.

În ceea ce privește dezvoltarea apofizei transverse simetrică sau nu, contează prea puțin în modificarea diametrelor găurei supranumerare. Ceea ce importă este relațiunea intimă dintre dezvoltarea asimetrică a unei apofize și înclinația celei de a V-a vertebre lombară.

După cum această malformațiunea o găsim numai de o parte a coloanei lombosacrate sau de ambele; distingem: o sacralizare bilaterală unde malformațiunea este simetrică și una unilaterală care determină o asimetrie a regiunii sacroiliace și o scolioză lombară.

Ceea ce trebuie bine subliniat este faptul că avem procese artificiale, în special sacralizările unilaterale la micile articulațiuni între a V-a lombară și I-a sacrată de partea opusă sacralizării. Acest fapt l-a dovedit Scaglietti în teza sa amintită mai în sus, punând în evidență leziunile inflamatorii pe cele 57 piese macerate precum și prin secțiunile istopatologice făcute de la un cadavru ce prezenta o sacralizare unilaterală stângă.

Din cele 58 cazuri de sacralizări ale lui Scaglietti, 39 erau bilaterale, 3 unilaterale la dreapta și 16 unilaterale la stânga.

În rezumat sacralizarea după cum reiese din expunerea de mai sus este o noțiune anatomo-clinică asupra căreia autorii au păreri deosebite. Până când pentru unii, o simplă hipertrofie apofizelor transverse este deja sacralizare (alții pe aceasta o încadrează în variațiunile tipului normal); pentru alții cum este Bertolotti sindromul somatic al sacralizării adevărate trebuie căutat în termenii următori:

a) tendința reală a celei de-a V-a vert. lomb. de a se sacraliza.
b) transformarea intimă a fațetei auriculare sacro-iliace cu dis-
morfismor elementelor sacrate.

c) situațiunea și conformațiunea vicioasă a platoului sacrat.

Tocmai din această cauză unii dau o prea mică importanță sacralizării în explicarea simptomelor dureroase lombo-ischialgice, până când alții o ridică la valoare însemnată.

Ăceastă precizare are mare importanț în expunerea subiectului dat pentrucă de aceasta depinde încadrarea sacralizării în patologia societiceii.



Contribuția sacralizării în patogenia sciaticii

Pentru a înțelege expunerea de mai jos, trebuie să insist asupra a două noțiuni: radiculita și funiculita.

Déjerine și elevii săi au atribuit localizarea inițială, cea mai frecventă a algiiilor în regiunea radiculară — algiiile erau considerate ca datorite unei iritațiuni a rădăcinii medulare, unei „radiculite“. Astfel că noțiunile de nevralgie și nevrită s'au îndepărtat în folosul altora: radicalgie, radiculită. După Déjerine radiculita era un sindrom sensitiv sau sensitivo-motor determinat de o inflamațiune a rădăcinilor rachi-diene în traectul lor inframeningian.

Acestei concepțiuni Sicard opune cea a funiculitei — a funicul-ălgiei. După el, localizarea inițială a algiiilor este funiculul vertebral (această noțiune am precizat-o la capitolul de anatomie). Sicard introduce noțiunea de nevrodocită; nevrodoc înseamnă canal ce primește nervii, iar nevrodocită înseamnă inflamațiunea acestui canal împreună cu conținutul său. Astfel găurile de conjugare pentru Sicard au o patologie specială.

Funiculita este un sindrom dureros sau sensitivo-motor determinat de o reacțiune a cordonășelor nervoase extrameningiene în traectul lor ganglio-plexian (Sicard).

Argumentele cari pledează pentru această concepțiune, Sicard le împarte în argumene de ordin anatomic, clinic și umoral.

1. Gaura de conjugare, pentru Sicard, este „le carrefour de la douleur“, căci trunchiul radicular mixt, care este originea funiculului, este în apropiere intimă de articulațiunile apofizare și expusă infl-exiunilor vertebrale, reacțiunilor reumatismale învecinate. Acest trunchiu nervos nu este protejat de învelișul său, după cum nici de lichidul cefalo-rachidian.

2. Din punct de vedere clinic trei fapte pledează pentru această concepție: a) unilatralitatea algiei (căci nu se poate concepe, localizarea unei iritațiuni radiculare intra-meningiene, de natură nedeterminată cantonându-se în lichidul cefalo-rachidian de o singură parte și la câteva rădăcini); b) contactura mușchilor paravertebrali, cu sau fără tendință de scolioză și c) mai puțin caracteristică este exagerarea durerii sub influența inflexiunii coloanei vertebrale.

3. Semnul umoral se bazează pe examenul chimic și citologic al lichidului cefalo-rachidian. Dacă radiculitei îi aparține limfocitoza, funiculitei îi revine hiper-albuminoza. Această hiper-albuminoză este datorită jenei din circulația venoasă de reîntoarcere, pe care o dă reacția compresivă dela nivelul găurei de conjugare. Putți nu găsește de-a fi constant acest semn.

Sicard atribue radiculitei o etiologie specifică, pe când la producerea funiculitei contribuie, după el, o serie întreagă de factori.

Bazat pe aceste date, se vorbește de o sciatică radiculară, care este de natură specifică, și de o sciatică funiculară, datorită unei serii întregi de cauze: astfel că sciatica obișnuită este o sciatică funiculară.

Pentru a arăta cât este de complexă etiologia sciaticii, reproduc clasificarea lui Americo Valeri:

a) Infecțiuni primitive sau asociate: sifilis, tuberculoză, blenoragie, paludism, gripă etc.

b) Intoxicațiuni endogene: uremie, diabet, boli prin carență etc.; intoxicațiuni exogene; alcool, arsen, cocaină, mercur, fosfor etc.; intoxicațiuni medicamentoase și alimentare.

c) Prin compresiune: corpi streini, traumatism, procese inflamatorii, sarcină, neoplasii.

d) Tulburări circulatorii.

e) Desordini vaso-motoare, sensitive, secretoare și trofice.

f) Origine centrală: medulare și cerebrale.

Alte cauze ca habitajie, climat, profesiune, influențe atmosferice joacă și ele un rol destul de însemnat în patogenia sciaticii.

Odată aceste date înșirate, voiu stabili în continuare raportul între fenomenele anatomo-patologice și simptomele clinice și voiu arăta mecanismul producerii durerilor prin prisma datelor trecute până la cele mai noi.

Teoria mecanică — cea a compresiunii — a fost dată literaturii medicale de către Adams; pentru el apofiza transversă mărită de

volum producea o presiune anormală asupra țesuturilor vecine, rezultatul era; durerea. Richards amplifică această teorie, spunând că durerea este produsă de:

1. Compresiunea dată de megapofiză asupra țesuturilor mari și fibroase din vecinătate;
2. de distensiunea legamentelor din jur;
3. de contactul osos și iritarea, sau chiar inflamația pungilor seroase născute în punctele de contact anormal;
4. de compresiunea și tensiunea trunchiilor nervoși la eșirea lor prin orificiul anormal creat.

Bertholotti și Rossi opun acesteia, teoria nervoasă observând la aproape toți bolnavii o neuro-radicalită cronică. Ei explică tulburările în modul următor:

1. a V^a pereche lombară trebuind să treacă printr'un orificiu strâmtat s'ar găsi comprimată;
2. devierea coloanei vertebrale ar produce în aceste condițiuni o întindere și o tensiune a nervilor cozii de cal;
3. apoi contactul anormal, dintre apofiza mărită și sacru ar produce un proces iritativ.

După Nové-Josserand, sacralizarea ar produce o tulburare a raporturilor dintre măduvă și coloana vertebrală și prin aceasta o tensiune și iritație a nervilor cozii de cal.

Scaglietti în teza sa, amintită în capitolul precedent, precizează că pe singurul caz din literatură studiat istologic pe cadavru nu existau semne de iritațiune nervoasă.

Americo Valeri într'un studiu ce poartă titlul „E Ciatica“, Putti într'o conferință ținută în 1927 la Universitatea din Liverpool și apărută în „The Lancet“ sub titlul „New conceptions in the Pathogenesis of sciatic pain“, de altfel și altele apărute în „Le chirurgia degli organi di movimento“ din anul 1932 și 1933 de sub direcțiunea lui Putti, pun discuția patogeniei sciaticice, în sacralizare precum și cea a sacralizării dureroase, pe un nou fond.

Concepția nouă admite mai mulți factori în producerea semnelor clinice și în special în cea a genezei durerilor.

Prima chestiune pe care o lămuresc este cea a contribuției găurilor de conjugare. Aci trebuie să fac o mică digresiune pentru a preciza cât și cum revine sacralizării în micșorarea găurilor de conju-

gare, prin cari trece perechea a V-a lombară. Algiile sunt mai frecvente în sacralizările incomplete și unilaterale, decât în cele bilaterale și complete, pentru că dau maximum de modificare a găurilor de conjugare (micșorându-le) precum și din alt motiv asupra căreia voi insista mai jos. Acest fapt a fost demonstrat admirabil de Scaglietti într'unul din articolele sale, precum și de Zimmern, Lauret, și René Weill într'un articol apărut în „Presse Medicale“ (a se vedea bibliografia). Se precizează că megapofiza trebuie să fie mult hipertrofiată pentru a diminua orificiul de ieșire a ramurei anterioare a celei de a V-a lombare, pe de altă parte pe un mare număr de piese macerate se observă că găurile de conjugare supranumerare (adică cele dintre I-a vertebră sacrată și a V-a lombară) în cazurile de sacralizări bilaterale și complete nu prezintă o micșorare a volumului, pe când în sacralizările unilaterale și incomplete avem micșorările cele mai pronunțate.

Radiografiile acestei regiuni în mai multe cazuri de sacralizări cari prezentau sciafică, au demonstrat micșorările de volum ale găurilor de conjugare supranumerare.

În aceste împrejurări găurile de conjugare sunt micșorate de volum și transformate într'un canal lung (nevrodoci). Pentru declanșarea sindromului dureros trebuie să intervină un nou factor, cel al artritei traumatice care ia naștere în împrejurările următoare: vertebra presacrată devenită sacrată este supusă unei funcțiuni fiziologice de suport mult mai dificilă decât când era vertebră lombară, astfel ea este supusă unei schimbări structurale macroscopice și microscopice, — rezultanta acesteia este artrita traumatică. Acest proces inflamator va contribui la accentuarea micșorării de volum a găurei de conjugare prin edemul și hiperemia țesuturilor din canalul osos (nevrodoci), rezultatul este apariția sindromului dureros și a hiperalbuminozei lichidului cefalo-rachidian.

Din punct de vedere anatomo-patologic (și aici intră concepția funiculitei vertebrale și nevrodicitei al lui Sicard) avem o nevrodociță, adică o inflamație a nevrodociului cu întreg conținutul său.

Un al doilea factor care contribuie în nașterea simptomatologiei din sacralizarea dureroasă, este artrita micilor articulațiuni intervertebrale.

În fine un al treilea factor de mare însemnătate este neoartroza (ce dă o artrită) ce ia naștere între capul megapofizei și aripa sacrată; care explică iarăși de ce algiile sunt mai frecvente în sacralizările unilaterale și incomplete, întrucât în sacralizările complete nu mai avem această neoartroză.

Fuziunea megapofizei cu aripa sacrată contribuie la alungirea găurei de conjugare și la micșorarea calibrului ei, teren propice unei nevrodocii.

Toate aceste concepțiuni moderne în patogenia scialiceii și a sindromelor dureroase legate de sacralizare și-au găsit răsunetul în aplicarea lor în terapeutică. Lui Pufii îi revine marele merit de a per-
fecționa tratamentul chirurgical în lumina nouilor date, și asupra căreia voi insista la capitolul respectiv.



Câteva considerațiuni asupra semnelor clinice ale sacralizării dureroase și în special al celor cari dau sciatica secundară sacralizării

Sacralizarea dureroasă se exteriorizează clinic prin sindrome lomboischialgice.

Afecțiunile pe cari le poate imita sunt multiple. Auberț dă o cifră de 22 de afecțiuni cu cari se poate confunda sacralizarea dureroasă; iată o parte din aceste afecțiuni: sciatica, lumbago traumatic sau reumatismal, sacro-coxalgii, osteite ale basinelui, morbul lui Pott lombar, lombo-artrite, entorse ale coloanei vertebrale, hidronefroză, litiază renală, metrite, anexite, apendicită etc. În toate aceste afecțiuni, simptomul predominant este durerea care poate îmbrăca după cum vedem diferite caractere.

Dintre toate aceste aspecte ale sacralizării dureroase teza prezentă se ocupă de sciatica secundară unei sacralizării.

Semnele clinice ale sciaticii consecutive unei sacralizării sunt multiple. A le înșira pe toate înseamnă a descrie întreaga simptomatologie a sciaticii, care nu cadrează cu teza de față.

Ne interesează în această teză, a evidenția o simptomatologie care o găsim frecvent în tabloul clinic al unei sciaticii secundare sacralizării. Durerea este semnul predominant și are caracterul aceleia din sciaticile obișnuite (esențiale), cu remarcă importantă, că durerea este rebelă, continuă și prezintă exacerbațiuni în funcție de mișcările coloanei vertebrale lombare, traumatizări în regiunea respectivă etc. La o percuție făcută la nivelul apofizei spinose celei de a V-a lombare, bolnavul reacționează prin durere, prezentând o sensibilitate în această regiune.

Din cauza proceselor artritice de ordin traumatic, datorită schimbării structurale la care este supusă vertebra presacrată, prin transformarea sa într'una sacrată, din cauza nevoita dintre capul apofizei transverse și aripa sacrată, precum și hipertrofiei apofizei transverse care jenează prin prezența sa mișcările coloanei vertebrale, bolnavul recurge la poziții anormale pentru a preveni durerea și își limitează mișcările.

Aceleași procese artritice dau o contractură a masei musculare sacro-lombare precum și o sensibilitate pronunțată a acesteia. Din toate acestea rezultă o rigiditate a coloanei vertebrale, constituind un semn constant, căruia trebuie să i se dea mare importanță.

Scolioza dorso-lombară a cărei concavitate privește partea sănătoasă (scolioza încrucișată a vechilor autori) este iarăși un semn important, rezultat fiind fie din schimbarea direcțiunii platoului sacrat, fie fiind rezultatul unei poziții preventive durerii, fie artritelor vertebrale (după cum demonstrează radiologia) etc. În regiunea lombară din lordoza fiziologică, avem o transformare cifotică, aceasta regiune se lărgeste și se micșorează în diametrul vertical.

Uneori avem o modificare a platoului sacrat, care aduce cu sine scolioza pe care am amintit-o, precum și o asimetrie a bazinului.

Toate aceste semne, dupăcum puteam să înșir și altele, nu au nimic patognomonic pentru sciatica secundară sacralizării.

Cuvântul hotăritor în diagnosticul sacralizării acompaniată de o sciatică este, după cum voiu demonstra în capitolul următor, examenul radiologic.

Noțiuni de diagnostic și diagnostic diferențial

După cum am văzut, formele pe cari le îmbarcă sacralizarea dureroasă pot imita după Aubert 22 de afecțiuni, ca: sciatica, lumbago-traumatic sau reumatismal, sacro-coralgii, osteite ale basinelui lui Pott morbul lombar, lombo-artrite, antorse ale coloanei vertebrale, hidronefroza, litiasa renală, metrite, anexite, apendicite etc.

Se pune întrebarea, dacă din punct de vedere clinic există semne patognomonice, care ne-ar îndruma în cazul unei sciatică să afirmăm, că în patogenia ei ar fi sacralizarea. Semne clinice patognomonice nu sunt; totuși sunt unele simptome, pe cari le găsim uneori în sciaticileacompaniate de sacralizare, cari ne face să presupunem această afecțiune.

Dintre aceste semne amintesc următoarele: rigiditatea coloanei vertebrale lombo-sacrate; contractura marcată a masei musculare sacro-lombare; durerea la percuție sau presiune a masei musculare sacro-lombare; scolioza dorso-lombară cu concavitatea întoarsă de partea sănătoasă (scolioza încrucișată a vechilor autori); durerea la presiunea vertebrei a V-a lombară; regiunca lombară plată (cifoza lombară), scurtată, lărgită și o asimetrie a regiunii sacro-iliace, cu sau fără înclinare a basinelui; o ușoară atrofie a mușchilor șanțurilor vertebrale de partea bolnavă; mișcările coloanei vertebrale lombare sunt însoțite de dureri și de aceia mișcările sunt reduse; puncția lombară ne pune în evidență o hiperalbuminosă etc.

Toate aceste semne de mai sus trebuie să sublinieze încă odată, nu sunt patognomonice, deoarece le găsim într'o serie întregă de afecțiuni ale acestei regiuni.

Dacă aceste semne ne dau puțin, în ce privește diagnosticul sacralizării, în schimb radiologia ne dă certitudinea acestuia.

Pentru radiografierea acestui regiuni citez tehnica lui Garcin întrebuițată de Institutul de Radiologie din Cluj; bolnavul este în poziție Trendelenburg, placa face cu orizontala un unghi de 22°, tubul e centrat asupra vertebrei a V-a lombare, perfect degajată de sacru.

Din punct de vedere radiologic, tendința la sacralizare se manifestă prin o dezvoltare exagerată a apofizei transverse a celei de a V-a lombare; apofiza respectivă dreaptă, dar mai ales stângă este alungită și lărgită, sau apofiza transversă poate fi articulată, cu aripa sacrată sau chiar cu osul iliac sau într'un grad mai avansat, apofiza transversă fuzionează cu aripa sacrată. Corpul vertebrei celei de a V-a lombare poate să fie complet sudat de sacru, în care caz sacrul este format din 6 vertebre și 5 găuri de conjugare. Imaginea radiografică mai poate prezenta o scolioză dorso-lombară, o inclinare al platoului și o asimetrie a basinelui.

Sunt multe afecțiunile cari pot fi confundate cu sacralizarea dureroasă.

În primul rând va trebui să facem diagnosticul diferențial cu morbul lui Pott și cu reumatismul vertebral.

Morbul lui Pott prezintă semne clinice mai nete: starea generală mai alterată, antecedente specifice tuberculoase, depistarea unui abces rece în fosa iliacă sau bombând în rect. Însă ceea ce ne dă certitudinea diagnosticului este radiografia; ea ne va prezenta într'un caz de morb al lui Pott o decalcifiere, cu distrucție osoasă, pensarea spațiului intervertebral, o umbră paravertebrală ce ne descopere un abces rece etc. Iar un caracter important este evoluția progresivă în morbul lui Pott.

La reumatismul vertebral, spre deosebire de sacralizarea dureroasă, durerea are un caracter paroxistic, nu continuu; semnele radiologice sunt patognomonice; corpul vertebrei are aspect de „cioc de papagal“, ușoară decalcifiere, pete clare în vertebră (aspect de „cuib de viespe“), neoformațiuni osteofitice etc., iar tratamentul cu salicilat face să se amelioreze această afecțiune.

De spondilitele infecțioase, sacralizarea dureroasă, o deosebim prin starea febrilă din spondilite, în antecedente găsim starea infecțioasă acută, radiologic vom găsi osteofite, apoi zone de osteită destinctivă cu reacție de condensare.

Dat fiind apariția uneori a durerilor după un traumatism în sacralizare, va trebui să o deosebim de fractura apofizelor transverse lombare, în acest caz sntecedentele, durerea inițială violentă, impo-

tența funcțională a acestei regiuni, apoi radiografia ne pun pe calea diagnosticului adevărat.

Diagnosticul diferențial cu spina bifida, îl facem prin coexistența uneori cu hipertrichoză, angiom lombar, picior strâmb, tulburări trofice, urinare etc.; iar radiologic se constată o lipsă a arcunilor vertebrale și a apofizei spinose.

Cu sciatica esențială diagnosticul diferențial îl face un examen radiografic al regiunii sacro-lombare.

Alte afecțiuni, cu cari va trebui să facem diagnosticul diferențial sunt: reumatismul muscular (durerea în acest caz are caracter difuz și n'are o topografie nervoasă), nevralgia lombo-abdominală (are punctele sale duroroase particulare), neuralgia femuro-cutanată (are caractere proprii de recunoaștere), nevralgia crurală, sacro-coxalgia etc.

Bazat pe faptele de mai sus, se impune ca o lege (Butoianu), ca în cazurile de sciatică rebele, pentru a putea pune în evidență sacralizarea, singurul procedeu cert de diagnostic este radiografia.



Prognosticul sacralizării dureroase

Sciatica în caz de sacralizare are un prognostic, în comparație cu sciatica esențială, mai puțin favorabil.

Prognosticul va depinde mai ales aci, de :

a) starea materială a bolnavului; pentru ca să se poate aplica remediul cel mai important în sciatică: repaosul, în plus bolnavul este ferit de intemperii atmosferice și i se poate administra tratamentul cel mai eficace pe care-l posedăm astăzi.

b) diagnosticul precis, întrucât sciaticile secundare se bucură de un alt prognostic față de cele esențiale.

c) tratamentul rațional științific, ce i se aplică bolnavului, căci o terapie rău condusă și administrată va agrava starea bolnavului în cronicitate.

Sacralizarea dând loc la o rigiditate a coloanei vertebrale, la fenomene dureroase, cari pot persista ani îndelungați, diminuând mai mult sau mai puțin capacitatea de muncă (pentru că în genere sacralizarea dureroasă o găsim la bărbați) impun, ca afecțiunea din multe puncte de vedere, să se bucure din partea medicului practician, de toată seriozitatea.

Tratamentul sciaticii în sacralizare

În cazul unei sciaticii în a cărei patogenie depistăm sacralizarea, vom face: I. un tratament cauzal și II. un tratament simptomatic.

Tratamentul simptomatic nu intră în programul acestei teze, deaceia nu voi insista asupra lui.

Tratamentul cauzal caută să modifice starea anatomo-patologică, despre care am amintit în capitolele respective.

Avem două mijloace pentru a lupta împotriva acestei stări:

1. Tratamentul chirurgical și 2. radioterapia.

Este important să insist asupra ambelor procedee de combatere a sciaticii în sacralizare precizând ce se poate spera dela acestea.

1. Tratamentul chirurgical se inspiră din modul de contribuție al sacralizării în producerea sciaticii.

Cum sacralizare se traduce, în mare, prin hipertrofia apofizei transverse, aceasta s'a incriminat ca agentul de producere al patologiei dureroase și pentru aceasta s'a inaugurat apofizectomia.

Technica operatorie pentru rezecția megapofizei n'a fost fixată la început de nimeni în limite bine conturate. Abia în 1920 Nové-Josserand și Rendu, bazați pe un număr mai mare de observațiuni, propun tehnica lui Wertheimer, prima tehnică operatorie bine descrisă și în care autorul rezecă megapofiza cu dalta și ciocanul la baza ei, însinuând un protector în profunzime pentru a nu leza elementele nervoase din această regiune.

În 1921 Bonniot inaugurează un procedeu anatomic. Dat fiind importanța lui, fiind întrebuițat și azi pe o scară întinsă, îl voi schița în mod succint. Incizia are de scop de-a nu leza vasele sanguine și nervii, pentru aceasta ea este verticală lungă de 10 cm. și

se execută de-a lungul și puțin intern de massa sacro-lombară până la creasta iliacă; de aici în jos și extern urmând creasta până la spina iliacă postero-superioară. Se taie aponevroza lombară și deschisă teaca masei sacro-lombară, se descoperă aponevroza transversului, dislocând massa musculară înăuntru până la vederea apofizelor transverse lombară. Pentru a nu desinsera massa sacro-lombară de tuberozitatea iliacă se execută o osteotomie din partea posterioară a crestei iliace până la spina iliacă postero-superioară, putându-se astfel disloca intern toți mușchii cu fragmentul osos și a reda vizibilității apofiza transversă a celei de-a V-a lombară. Liberată apofiza de inserția musculară cu scalperul se rezează megapofiza protejând organele subjacente. Se repune la loc fragmentul osos din creasta iliacă cu mușchii și se suturează.

Mauclair imaginează și execută și el o tehnică în care incizia este curbă de forma unui L răsturnat. El secționează ligamentul ilio-lombar astfel lăsând liber accesul pe apofiza transversă, pe care o rezează cu ajutorul daltei și ciocanului, cu multă prudență pentru a nu deschide peritoneul.

Van Neck în 1926 întâlnind dificultăți cu procedeul lui Bonniot imaginează și aplică o tehnică proprie. El creiază o mare vizibilitate în câmpul operator prin desinserarea subperiostală a mușchilor crestei, prin deslipirea largă a marelui fesier, — punându-se astfel în evidență fosa iliacă externă. Se mai secționează la bază, ligamentul ilio-lombar și sacro-iliac. Extirparea apofizei se face distrugându-se în bucăți cu pensa osivoră până la baza ei.

Recent (1929) Babbini modifică tehnica lui Banniot, mai ales din cauza dificultății de a recunoaște apofiza transversă ce trebuie rezeată după procedeul de mai sus. Până când în procedeul lui Bonniot bolnavul era culcat în decubit dorsal, în cel al lui Babbini bolnavul este pregătit în decubit lateral. Pentru a pune în evidență și deci a recunoaște mai bine apofiza transversă a celei de-a V-a vertebră lombară, se trepanează o zonă poligonală la 1 cm. de la creasta iliacă și se completează scobirea cu o pensă osivoră ridicându-se astfel o bucată din osul iliac. Apofiza transversă se debarasează de inserțiunile sale prin deslipire periostală apoi cu pensa osivoră se extrage bucată cu bucată din apofiză.

Puti face un studiu critic al procedeelor de mai sus. Procedeul lui Wertheimer, după el, nu dă o vizibilitate suficientă în câmpul operator, pentru că străbate mase musculare dificil de îndepărtat și bogat vascularizate; pentru că nu se poate îndepărta (prin incizia lui

Wertheimer) o bucată din creasta iliacă (indispensabilă pentru a ajunge în foarte multe cazuri pe apofiza sacralizată) procedeul lasă încă mult de dorit pentru că n'are nici-un indice anatomic de reper. Incizia lui Van Neck și în special cea a lui Babbini au marele dezavantaj că îndepărtează pe chirurg din ce în ce de sacralizare spre exterior și dă o dificultate în recunoașterea apofizei sacralizate mai ales în cazul unde intră în raport intim cu osul iliac.

În ce privește incizia lui Bonniot, ea dă dificultate pentru că după ea nu putem individualiza apofiza transversă sacralizată, neavând un punct de reper osos și pentru că ea are ca țintă apofiza transversă a celei de-a V-a lombară și nu a apofizei sacralizate, două noțiuni deosebite. Technica lui Bonniot prezintă și dezavantajul că se poate rezeca doar o mică parte din megapofiză mai ales vârful sau mijlocul ei, ceea ce aduce la reformarea megapofizei prin osteofite și reparația tuturor semnelor.

Putți cauta să remedieze prin noul său procedeu toate aceste neajunsuri. Înainte de intervenție se determină radiografic nivelul apofizei spinoase a celei de-a V-a lombară nivel care se notează cu un creion de nitrat de argint pe pielea bolnavului. Bolnavul este culcat în decubit ventral, punându-se sub spinele iliace antero superioare o pernă. În primul timp al operației nu avem nevoie de o proeminență a regiunii lombare pentru a nu atinge prea mult massa sacrolombară. În partea a II-a a intervenției când s'au desinserat masele musculare de creasta iliacă va fi util să producem o cifoză mai mare pentru a da o vizibilitate mai mare planului profund scheletic. Incizia are lungimea de 14—16 cm., pleacă de la apofiza spinoasă a celei de-a II-a lombară și ducându-o ușor în afară de linia apofizelor spinoase se prelungește în jos până la a V-a apofiză, de unde se îndoaie în afară încrucișând tuberozitatea iliacă pentru a se opri la 4 cm. (aproximativ) distanță de aceasta, în regiunea fesieră. În punctul unde s'a însemnat cu nitrat de argint se pune o pensă, care ne folosește ca punct de reper. Se incizează pielea, țesutul celular subcutanat, aponevroza sacrolombară, se secționează dealungul apofizelor spinoase ținându-se în contact cu osul. Pe urmă cu o largă deslipire periostală se va face dislocarea masei musculare până la articulațiunile intervertebrale. În punctul unde incizia se incurbează spre exterior, se vor inciza oblic ultimele părți ale masei sacrolombară până la nivelul crestei iliace, deslipind de aceasta inserțiunile musculare pe o distanță de 5—6 cm. Se va forma astfel un lambou mare cutano-muscular care se va îndepărta lateral. Pentru a lărgi câmpul

operator se extirpă o parte din creastă. Acum apare în profunzime planul scheletic format din lamele apofizelor articulare între sacru și a V-a lombară, V. L.—IV. L. și IV. L.—III. L. fața dorsală a sacrului, apofiza transversă a IV-a lombară, apofiza sacralizată a celei de-a V-a L. Primele apofize articulare cari revin lateral de lamele vertebrale sunt cele între a V-a L. și sacru și succesiv cele între a V-a L. și a IV. L., între aceste două articulațiuni este situată în afară apofiza sacralizată. Recunoscută apofiza sacralizată, cu o daltă se va elibera de numeroasele inserții musculare și ligamentoase. Inrezecția apofizei sacralizate, se începe dela baza ei și se distruge cu pensa osivoră în mai multe bucăți.

Putți dă o mare importanță distrugerii neartrozei, ce se formează între vârful apofizei sacralizate și aripa sacrului, pentru motivul de a fi una din cauza durerilor în sacralizare — în urma artritei mecanice ce ia naștere, — distrugând întreaga apofiză transversă sacralizată, precum și o parte din aripa sacrală care e pe cale de neartroză. Se va extirpa apofiza sacralizată în totalitate mai ales la indicații tineri pentru a împiedeca reproducerea apofizei și astfel a compromite intervenția. După gravitatea cazului, pot fi extirpate în parte sau în totalitate articulațiunile între a IV-a L. și a V-a L., între a V-a L. și sacru.

Rezultatele obținute prin tratamentul chirurgical după relatările lui Putți, Adams, Goldthweit, Kleinschmidt, Nicolletti, Mauclair, Lupo, Moore, Van Neck, Ingebringsen, Nové—Josserand, Climescu—Văleanu—Ghimpeteanu etc. sunt dintre cele mai bune. Rezultate trecătoare s'au obținut acolo, unde fiind individul tânăr nu s'a extirpat în totalitate apofiza sacralizată, cecece a dus la refacerea și la reparația durerilor.

Dintre procedeele amintite, cel al lui Putți este în concordanță cu datele cele mai noi cari privesc sacralizarea în patogenia sindromelor dureroase.

Scaglietti, spune că intervenția chirurgicală în sacralizarea dureroasă merită a atenție deosebită, căci după indicațiunile clinice și radiologice exacte poate da rezultate durabile și definitive. În favorul acestei teze Scagliatti aduce rezultatele obținute asupra a 73 de sacralizări dureroase, prin intervenții chirurgicale ca tehnică deosebite, și făcute în diferite timpuri. Iată rezultatul: în 52 cazuri dispariția durerilor; 16 cazuri rezultate discrete, — dispariția durerilor pentru scurt timp; 4 rezultate negative; 1 caz fatal.

Totuși intervenția chirurgicală se recomandă ca un ultim refugiu

în tratamentul sacralizării dureroase, având în vedere riscurile ei, mai ales că ea prezintă o certă gravitate.

2. Radioterapia în tratamentul sciaticelor esențiale a obținut un succes parțial. De mai puțin succes s'a bucurat radioterapia în tratamentul sciaticelor secundare unei sacralizări.

Richards, Japiot, Prof. Negru, Butoianu și alții recomandă acest mijloc, obținând rezultate încurajatoare. Calificativul de care să bucură rezultatul acestui fel de tratament este ameliorarea.

Mecanismul prin care acționează radioterapia este distrugerea țesuturilor tinere cari comprimă nervul; în sacralizare ar fi la fel (Prof. Negru).

De ex. într'o sacralizare bilaterală se aplică pe două câmpuri de câte 150 cm², la 30 cm. distanță focus=piele, de fiecare parte a liniei mediane a regiunii sacro-lombare, se întrebuintează raze dure (160—180 Kw., 3—4 Am. filtrate prin $\frac{1}{2}$ cu 4 Al. mm.) se dă 33% D. E. în două ședințe consecutive. În caz că nu cedează complet se repetă ședințele la 7—10 zile. Seriile următoare se pot repeta la nevoie la 4—6 săptămâni interval.

După cum vedem din datele de mai sus, cari privesc cele două feluri de tratamente cauzale aplicate în sacralizările dureroase, radioterapia se recomandă înaintea tratamentului chirurgical, iar acesta în cazurile când nu obține rezultate acceptabile cu prima. Tratamentul chirurgical pare azi, când se dispune de un bun tehnician, preferabil pentru că se obțin rezultate mult mai bune decât cele date de radioterapie.

Cazuistica

Cazuistica prezentă este extrasă din „Foile de Observație” ale Clinicii Psihiatrice și reprezintă un număr de 34 de cazuri în intervalul de 6 ani și 5 luni: începând din 1929 până în luna Mai 1935: inclusiv. Au fost extrase numai acele cazuri cari prezentau simultan sacralizare și sciatică.

Numărul total al cazurilor de sciatică internate au fost, în intervalul de 6 ani și 5 luni, de 150. Făcând raportul dintre acest număr și cel reprezentat de sacralizare sciatică obținem un procent de 22,66%.

Vârsta acestor bolnavi internați variază între 24 ani și 62 ani; cel mai mare număr al bolnavilor aveau vârsta între 35 și 50 de ani.

În ce privește sexul din acest număr de 34 am găsit: 31 de bărbați și 3 femei.

Ocupațiunea lor era de: hamal, servitor, lucrător, cazangiu, lăcătuș, mecanic, zidar, montator etc.

Reproduc mai jos 5 cazuri dintre cele mai recente:

Cazul I. D. I. 50 ani, bărbat.

Antecedente erede-colectorale și personale: nimic deosebit.

Boala actuală datează de 5 săptămâni: a început brusc, în timpul serviciului, prin o durere mare în regiunea lombo-sacrată. Durerile acestea au devenit din zi în zi mai accentuate și-i cauzau neplăceri, deoarece la cea mai mică mișcare erau mai mari. Nu se putea apleca înainte, nici să se inchee la ghețe.

Între timp a făcut, în mod empiric, masaj.

De 7—8 zile durerile au mai cedat în regiunea lombo-sacrată, însă li-au apărut în piciorul drept, de intensitate destul de pronunțată, mai ales noaptea. Cu acest fenomen vine la ambulanța clinicii și este internat.

La examenul obiectiv medical nu se pune în evidență nimic.

La examenul sistemului nervos se găsesc: puncte dureroase pe traectul nervului sciatic drept la nivelul fosei poplitee, în spațiul intertrochanterian și tuberozitatea ischiatică și în regiunea lombară paravertebrală dreaptă. Compresiunea maselor musculare la nivelul gambei drepte sunt dureroase. Semnele lui Lassègue și Bonnet sunt negative.

Subiectiv, acuză dureri în masele musculare ale gambei drepte și în regiunea lombo-sacrată dreaptă și seusație de amorteală în gamba dreaptă.

Mersul: șchiopotează cu membrul inferior drept. Articulațiunile sunt libere.

Ex. psihic este negativ.

Radiografia ne indică o sacralizare bilaterală.

Tratamentul făcut a constatat în radioterapie, diatermie, băi electrice etc. — după care pleacă din clinică ameliorat.

Cazul II. M. L. 35 ani, servitor.

Antecedente fără importanță.

Boala actuală datează din luna Octombrie 1934, când debutează cu dureri în fesa dreaptă, cari dureri mai pe urmă au început să iradiase în jos dealungul nervului sciatic drept, ceea ce îl împiedecau în mers și în împlinirea serviciului.

A făcut diferite tratamente ca; diatermie, băi, masaj — fără rezultat.

De 3 săptămâni durerile se accentuează, sunt aproape continui, mai puternice după masă. Localizarea durerii este în fesa dreaptă cu iradieri spre coccis. Merge foarte greu și ia poziții anormale pentru a-și menaja membrul inferior drept. Ca aceste fenomene întră în clinică.

La examenul obiectiv medical: nu se găsește nimic.

La examenul sistemului nervos: reflexul achilian drept abolit, cel stâng se produce și este trepidant. Semnele lui Lassègue și Bonnet sunt pozitive la piciorul drept și câteva puncte ale lui Valeix sunt pozitive pe traectul nervului sciatic drept. Semnul tusei este pozitiv.

Subiectiv acuză dureri pe traectul nervului sciatic drept.

În mers șchiopătează cu membrul inferior drept din cauza durerilor. Articulațiunile sunt libere.

Examenul psihic este negativ.

Radiografia: În partea dreaptă se constată contactul intim între apofiza transversă a vertebrei a 5-a lombare și aripa sacrală din aceea parte. În partea stângă se remarcă o ușoară hipertrofie a apofizei

transverse a aceleiași vertebre. Diagnosticul radiologic: sacralizare dreaptă.

Tratamentul administrat a constatat în: salicilat, iod, diatermie, băi electrice, radioterapie, injecții epidurale, perineurale etc., în urma căreia bolnavul părăsește clinica mult ameliorat.

Cazul III. Sz. N. 51 ani, mecanic.

Boala actuală datează de un an de zile, când a avut un debut insidios caracterizat prin dureri în musculatura membrelor inferioare și în regiunea lombară. În Iunie anul trecut (1934) boala s'a agravat și a trebuit să stea la pat o lună de zile, din cauza durerilor generalizate în toată musculatura, în articulațiunea genunchiului și în articulația coxo-femurală.

Urmează un tratament după care poate umbla cu 2 bastoane. De 10 zile umblă numai cu un singur baston și vine în clinică pentru examen și recomandarea unui tratament.

La examenul obiectiv medical nu se constată nici o alterațiune.

La examenul sistemului nervos: reflexul achilean stâng răspunde greu. Hipoestezie ușoară a membrului inferior stâng. Semnele lui Lassègue și Bonnet sunt pozitive la ambele membre inferioare. La presiunea masselor musculare din regiunea sacro-lombară, coapse și gambe bolnavul acuză durere. Subiectiv bolnavul acuză durere în musculatura ambelor membre inferioare. Bolnavul în mers își ține membrele inferioare rigide din cauza durerilor, făcând pași mici.

Examenul psihic este negativ.

Radiografia: sacralizare completă în partea dreaptă și parțială în stânga.

Tratamentul administrat a constatat din: radioterapie, diatermie, băi electrice, iod, etc., după care pleacă din clinică ameliorat.

Cazul IV. — P. V. 51 ani, croitoreasă.

Boala actuală datează din Februarie 1933, (intră în clinică la 30 Octombrie 1934), a debutat brusc prin dureri în membrul inferior drept și articulația coxo-femorală dreaptă. Durerile se accentuează în timpul mersului și adesea când este în repaos.

Urmează un tratament (diatermie și de 5 săptămâni radioterapie) fără rezultat, întrucât durerile se accentuează, iar de câteva luni coloana vertebrală sacro-lombară este dureroasă la presiune, din care cauză nu poate sta în deculit dorsal. Cu aceste fenomene intră în clinică.

La examenul obiectiv medical nu se constată nimic deosebit.

La examenul sistemului nervos: reflexul achilian drept este polichinetic. Semnul lui Lassègue este pozitiv la membrul inferior drept.

La palparea regiunii lombo-sacrate drepte bolnavul, acuză dureri. — Sensibilitatea termică la membrul inferior drept alterată.

Radiografia: prezintă sacrilizare dreaptă.

Părăsește clinica ameliorat.

Cazul V. — O. I. 42 ani, bărbat.

În antecedentele eredo-colaterale și personale nu prezintă nimic important.

Boala actuală datează, după spusele bolnavului, din anul 1932, când a fost bătut cu ocazia unei greve, când a fost arestat și închis, aplicându-i-se ca metodă de corecțiune 25 de bastoane. După lovitura treia, bolnavul, fiind lovit în regiunea lombo-sacrată, și-a pierdut conștiința pentru o oră și jumătate. Începând dela acea dată a avut dureri suportabile în regiunea lombo-sacrată și de aceea nu le-a dat nici o importanță. În luna Ianuarie 1934 durerile se accentuează în așa fel, că timp de o lună nu-și poate continua serviciul; se face tratament, după care simte o foarte mică ameliorare. În luna Mai 1934 durerile au reapărut cu aceiași intensitate, primește un repaos de 30 zile, după care se ameliorează. În luna Iulie 1934 bolnavul vine în clinică, întrucât durerile sunt foarte mari în regiunea lombo-sacrată și cari iradiază în membrul inferior stâng. Durerile sunt continue și se accentuează seara dela 10 până la 2 noaptea și după masă între 3 și 5 ore. Când tușește, are dureri foarte mari și are senzația ca și când s'ar rupe ceva înăuntru în regiunea lombo-sacrată. Durerile iradiază uneori din regiunea posterioară în abdomen și trec până în scrot. În poziția de șezut durerile cedează, pe când în deculit se accentuează. Din cauza durerilor, ce le are când face vre-o mișcare, nu poate merge.

La examenul obiectiv medical nu se constată ceva deosebit.

La examenul sistemului nervos: puncte ale lui Valeix pozitive. Semnul tusei uneori pozitiv. Subiectiv acuză dureri în regiunea sacrată, de partea stângă, care iradiază dealungul traectului nervului sciatic și uneori chiar în testicolul stâng. În mers șchiopatează de membrul inferior stâng, din cauza durerilor regiunii sacrate. Semnele lui Lassègue și Bonnet sunt pozitive.

Examenul psihic negativ.

Radiografia: Apofizele transverse ale vertebrei celei de a V-a lombare, ușor mai dezvoltate, ating crestele iliace.

Tratamentul urmat de bolnav a constat în: diatermie, băi electrice, radioterapie, etc. în urma căruia părăsește clinica ameliorat.

Considerațiuni asupra cazuisticii prezente

Procentul de 22,66% — care rezultă din raportul între numărul de 150 sciatică internate la Clinica Psihiatrică din Cluj de sub conducerea Dlui Prof. Dr. C. Urechia, pe durata a 6 ani și 5 luni, dintre cari 34 prezentau sacralizare, denotă că sciaticile cari prezintă concomitent și un oarecare grad de sacralizare, sunt frecvente. — În această privință însă, este greu de precizat cât revine acestei sacralizări în patogenia sciaticii date.

Sacralizarea în cazurile de mai sus în majoritatea lor era bilaterală, ceea ce corespund cu datele găsite la diferiții autori în literatura consultată.

Majoritatea cazurilor de sacralizare sciatică în cazuistica prezentă au vârsta între 35—50 ani. Se știe că sciaticile în genere le găsim mai frecvent în acest interval de vârstă, pentru aceia este greu de afirmat gradul de contribuție al sacralizării. Totuși trebuie să se admită, în baza datelor reproduse de mine în această teză, că sacralizarea prezintă un moment important în declanșarea sciaticii.

În ceea ce privește sexul, avem un procent foarte mare în favorul bărbaților (31 bărbați la 3 femei), ceea ce corespunde cu procentul sciaticelor în genere și care se explică prin intemperii atmosferice și accidente la cari sunt expuși bărbații.

Ocupațiunea joacă și ea un rol în producerea sciaticii mai ales unde avem un oarecare grad de sacralizare și dintre aceste, acelea cari prin natura lor necesită eforturi mari fixe; îndelungata ședere în picioare, la care se adăpă accidentele și intemperii atmosferice. Bolnavii noștri ca ocupațiune sunt: mecanici, hamali, lucrători, etc., care fapt dovedește afirmația de mai sus.

Cele 5 cazuri descrise mai sus demonstrează următoarele fapte:

a) simptomul predominant: nevralgia are un caracter rebel;
b) radiografia constituie mijlocul cel mai prețios în diagnosticul sacralizării;

c) tratamentul medical, pe care îl posedăm azi, este insuficient pentru a combate sciatica în care avem un grad de sacralizare;

d) cazul V. constituie și o problemă medico-legală, unde va trebui să se precizeze contribuția bătăii în declanșarea unei sciaticii la un individ ce prezintă în acelaș timp o sacralizare.

În ce privește formele de sacralizare pe cari le prezintă acest număr de 34 cazuri, se impart după cum urmează:

22 sacralizări bilaterale,
12 sacralizări unilaterale.

Dintre cele unilaterale cele mai frecvente au fost cele stângi.

Concluziuni

1. Sacralizarea joacă un rol însemnat în patogenia sciaticii, precum și în patogenia altor forme de sindrome dureroase.
2. După majoritatea autorilor sacralizarea unilaterală și incompletă ar produce mai frecvent sindromul dureros.
3. Sacralizarea dureroasă nu e un atribut constant al acestor deformațiuni; sunt mult mai numeroase cazurile de sacralizare fără dureri.
4. Concepția care domină azi în patogenia sacralizării dureroase, este cea a neurodocitei (Sicard), la care colaborează artrita micilor articulațiuni intervertebrale, dar mai ales artrita ce se stabilește în neoartrita dintre capul megapofizei și aripa sacrată.
5. Semnele clinice ale sciaticii secundare sacralizării nu sunt patognomonice.
6. Radiografia constituie unicul mijloc sigur de diagnostic al sacralizării. Clinica ne oferă numai semne de probabilitate.
7. Prognosticul sciaticii secundare sacralizării este mai puțin favorabil decât cel al sciaticii esențiale. Ea fiind supusă la recidive și având tendință la o mai lungă durată.
8. Tratamentul chirurgical (procedeele lui Putti) pare a da rezultate superioare radioterapiei.
9. Numărul total al sciaticelor internate în clinica Psihiatrică din Cluj, în intervalul de 6 ani și 5 luni (1929—1935 Mai 31) a fost de 150, dintre cari 34 au prezentat sacralizări, ceea ce prezintă un procent de 22,66%. Din aceste 34 cazuri de sacralizări 22 erau bilaterale, iar 12 unilaterale.
10. Vârsta bolnavilor cari prezentau sciatică cu sacralizare în majoritate erau bărbați (31 bărbați la 3 femei).

Cluj, 28 Iunie 1935.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:
(ss) Prof. Dr. C. URECHIA

Decanul Facultății de Medicină:
(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL

Bibliografie

1. *Americo Valeri*: Une conception nouvelle de la pathogénie de la sciatique. Correspondence. La Presse médicale 1928.
2. *Bădescu—Apostol—Popârlan*: Maladii simulate: sciatica. Tip. Cartea Românească, Cluj, 1927.
3. *Bertholotti M.*: Les syndromes lombo-ischialgiques d'origine vertébral. Leur entité morphologique, radiographique et clinique. — Revue Neurologique 1922.
4. *Chaumet G.*: Traité de radiodiagnostic. Squelette en général. Tête—Rachis—Bassin—Membres. Paris—Vigot Frères, Éditeurs 1930.
5. *Chavany J. A.*: La sciatique clinique et thérapeutique. — La pratique médical illustrée. — G. Doin et Cie Éd. Paris. 1931.
6. *Climescu—Văleanu—Ghimpeteanu*: Asupra unui caz de sacralizare dureroasă. Spitalul No. 9 Sept. 1932.
7. *Florescu A. M.*: Sacralizarea vertebrei a V-a lombare. — Clujul medical, 1921.
8. *Huguenau—L. Gally et D. Lichtenberg*: Traitement radiothérapique des algies. Presse médicale 1934.
9. *Klemperer I.*: Neuralgie bis phlegmone. — Neue Deutsche Klinik 8. — Urban & Schwarzenberg Berlin u. Wien.
10. *Lévy—Valensi*: Précis de diagnostic neurologique. — Paris, Libraire J. B. Baillière 1925.
11. *Mathieu—Pierre Weil et G. Van Dam*: Lombalisation, sacralisation, accentuations du processus normal de transition lombo-sacrée. La notion d'hypertransition. Presse médicale 1934.
12. *Prof. D. Negru*: Trei cazuri de sacralizare dureroasă a vertebrei celei de-a V-a lombare. — Clujul medical 1922.

13. *Oudard—A. Hesnard—H. Couraud*: Le diagnostic dans les affections de la colonne vertébrale (ches l'adulte). Masson et Cie Éd. 1928.

14. *Putti V.*: New conceptions in the Pathogenesis of sciatic pain. The Lancet. 1927 pag. 53.

15. *Putti—Scaglietti*: Tecnica dall'apofisectomia nella sacralizzazione della quinta vertebra lombare. — La chirurgia degli organi di movimento. 1932.

16. *Rădescu Iulian*: Sciatica cu o statistică din Clinica Psihiatrică din Cluj. Teză 1934.

17. *Sergent—Ribadeau—Babonneix*: Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée VI. Neurologie Tome II. — Maloine et fils, Édith. Paris 1924.

18. *Richards A.*: Les arthrites vertébrales chroniques. — Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteurs. Tome XX. No. 5. 1933.

19. *Scaglietti O.*: Ricerche anatomiche sulla sacralizzazione della V-a lombare. La chirurgia degli organi di movimento 1932.

20. *Scagliatti O.*: Indicazioni cliniche alla cura chirurgica della sacralizzazione dolorosa della V-a lombare e considerazioni sui risultati. — La chirurgia degli organi di movimento 1933.

21. *Testut L.*: Traité d'anatomie humaine. — Tome troisième. Paris G. Doin et Cie Éd. 1930.

22. *Testut L.—O. Jacob*: Précis d'anatomie topographique. Paris, G. Doin et Cie Éd. 1920.
