

1010

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 746

SCIATICA

CU O STATISTICĂ DIN CLINICA PSICHIATRICĂ DIN CLUJ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 1 MARTIE 1934



DE

IULIAN M. RĂDESCU

56660

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Profesorii:

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei (agr.)	" "	<i>Bologa I.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	supl.	<i>Doctor R.</i>
Clinica infantilă	Prof. Dr.	<i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală (agr.)	" "	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
" neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare	" "	
Fiziologia umană (agr.)	" "	<i>Popovici Gh.</i>
Balneologie	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
" urologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasiliu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : D-nul Prof. Dr. C. Urechia

Membrii :	}	D-1 Prof. Dr. <i>Iuliu Hațieganu</i>
		" " " <i>V. Papilian</i>
		" " " <i>V. Bologa</i>
		" " " <i>E. Țeposu</i>

Supleant D-l Docent *Dr. Tr. Popovici*



Memoriei mamei mele.

Dlui Prof. Dr. C. URECHIA îi exprim mulțumirile mele respectoase, pentru onoarea ce-mi face, acceptând președinția acestei teze.

Onor. Juriu de promoție, respect și recunoștință.



Dlui Dr. LEONIDA DRAGOMIR, Șeful de lucrări al Clinicii Psihiatrice, îi mulțumiri pentru bunăvoința arătată.

Cuvânt înainte.

Lucrarea aceasta, aş vrea să fie numai o modestă prefaţă la adevărata operă, pe care sunt chemat să o realizez în practica medicală de mâine.

Nu ştiu în ce măsură voi reuşi să-mi desăvârşesc ştiinţa şi fapta, aceste imperative pe care conştiinţa medicului le cere în cel mai înalt grad; aceasta fiind condiţionată înainte de toate, de asigurarea unei omeneşti existenţe. Şi fără a aluneca pe panta exagerării realităţii, o judecată obiectivă nu găseşte nici un motiv de a fi încântată de aspectul zilei de mâine, cu posibilităţile şi perspectivele pe care le prezintă.

Răsturnarea valorilor, criza morală şi materială, desorientarea generală, aceste vestigii funeste ale războiului, au aruncat o umbră de neîncredere şi de pesimism, peste entuziasmul sănătos al generaţiei tinere intelectuale, care şi-a încălzit sufletul la flacăra unui ideal, în lumina căreia şi-a pregătit o conştiinţă întregă şi şi-a formulat un catechism moral. Această stare de lucruri, pare că tinde să paralizeze orice avânt şi să modifice structura sufletească a celor mai slabi.

Cel care şi-a cucerit un titlu academic, îşi viră diploma în buzunar, cu conştiinţa împăcată a datoriei împlinite şi îmbrăcat în straie nemţeşti, coboară în satul său natal, acolo de unde şi-a întins aripile către un ideal, atunci când orizontul era senin şi promiţător. Aici, ca un filosof, la o parte din calea veacului, aşteaptă resemnat să se retragă apele turburi ale potopului, când va apare la orizont curcubeul zilelor mai bune, pentruca să se renască întocmai ca pasărea Phoenix, din propria lui cenuşe.

Dar până atunci, paşte murgule! ...

De cele mai multe ori însă, tânărul titrat îşi schimbă catechismul ca pe o haină demodată, îşi modifică credinţa „pe ici pe colo şi anume în părţile ei esenţiale” şi se transformă pe nesimţite într'un conştiincios agent electoral de răspântie, gata oricând să se sacrifice pentru salvarea patriei.

Acesta este în bună parte, perspectiva generaţiei tinere intelectuale de astăzi, exceptând bineînţeles, cazurile binecuvântate ale celor născuţi sub zodia nepotismului, al cărui viitor este asigurat din leagăn, fără mullă bătaie de cap.

Nici destinul medicului nu pare a avea mai buni auguri.

Dăceia astăzi, când încheiu bilanțul activității mele studențești și privesc la nesiguranța zilei de mâine, îmi trec prin minte toate emoțiile și transpirațiile examenelor, toate emoțiile cu care așteptam scadența chiriei și a restaurantului, toate gândurile care s'au consumat la temperatura înaltă a entuziasmului, în atmosfera de romantism în care am respirat și înfățișat toate evenimentele care mi-au lăsat în suflet un parfum de amintiri care va fi paliativul zilelor de proză care vor veni.



Sciatica.

Sinonime: nevralgie sciatică, ischialgie, malum Cotunnii, mal de Cotugno, Ischias, neuralgia ischiadica.

Sciatica este nevralgia uneia sau mai multor ramuri ale nervului sciatic. Este un sindrom clinic dureros al membrilor inferioare, localizat la teritoriul nervului sciatic. Este foarte frecvent și se datorește unor afecțiuni diferite, dar care au ca punct comun tenacitatea algiei, care uneori rămâne rebelă la tratament și chiar vindecată, recidivează adesea.

Istoric.

Medicii vechi încadrau toate afecțiunile dureroase ale membrului inferior într'un grup, pe care-l numeau *Ischias*. Catugno, descrie cel dintâiu în 1764 sindromul sciaticii, deosebit de alte afecțiuni. În 1841 Valleix completează simptomatologia, adăugând punctele dureroase cari îi poartă numele. Landouzy în 1875 arată importanța clinică a *sciaticii nevrită*, față de *sciatica nevralgie*. Lasègue descrie o formă *benignă* și una *malignă*; iar Déjerine pune în evidență importanța turburărilor de sensibilitate în sindromul sciaticii.

Noțiuni de Anatomie.

Nervul sciatic mare, este ramura terminală unică a plexului sacrat. E cel mai voluminos nerv din corpul omenesc.

Plexul sacrat este format din anastomozarea ramurilor anterioare ale ultimului nerv lombar, cu ale primilor trei sacrați. El se prezintă ca un triunghi cu baza la coloana vertebrală și cu vârful la scobitura sciatică.

Autorii clasici unesc acest plex în descripțiune comună cu plexul rușinos, ambele fiind formate din anastomozarea ultimei lombare, cu primele patru ramuri anterioare sacrate.

Nervul sciatic iese din bazin prin crăpătura subpiramidală și intră în fesă, unde este acoperit de fesierul mare. La coapsă este acoperit mai întâiu de biceps, apoi trece între acesta și mușchii interni ai coapsei, unde se găsește situat pe adductori. În spațiul popliteu se bifurcă în *sciaticul popliteu intern* și *sciaticul popliteu extern*.

În traiectul său dă ramuri musculare la mușchii poste-

riori ai coapsei și ramuri articulare la articulația coxo-femurală și a genunchiului.

Sciaticul popliteu extern încrucișază condilul extern și gemenul extern, ocolește colul peroneului și pătrunde în lungul peronier lateral, unde se termină prin două ramuri, dând în acelaș timp și ramuri colaterale.

Sciaticul popliteu intern se întinde până la inelul solea-ului, unde ia numele de tibialul posterior. E situat în spațiul popliteu, ieșind prin unghiul inferior al acestuia. Merge apoi sub mușchii gemeni, traversează inelul solear și devine nervul tibial posterior.

Marele sciatic, ca orice nerv periferic al membrelor, este format din fibre senzitive, motrice și simpatice. El inervează toți mușchii membrului inferior.

Anatomia patologică.

Autopsiile puțin numeroase cari s'au făcut la indivizii cari au suferit de sciatică, au fost insuficiente, așa încât cercetările anatomo-patologice sunt restrânse.

S'au notat în cazuri de tumori canceroase care compresau nervul, leziuni de perinevrită, variabile cu tumora care le-a cauzat (nevrită canceroasă). În unele cazuri de nevrită, s'au observat dilatări varicoase ale venulelor care înconjoară teaca nervului. Deasemeni edemul nervului și tumefacția lui.

În interiorul lui, nervul prezintă leziuni importante, predominând reacțiunile conjunctivale interstițiale. Într'un caz de sciatică tuberculoasă, s'a observat scleroza nervului sciatic și noduli fibroși cicatriciali pe traiectul rădăcinilor lombosacrate. Sciaticul poate apoi prezenta îngroșări ale nevrilinei și travce conjunctive interstițiale, fără degenerescență apreciabilă. Sicard observă pe nerv o tumefacție edematoasă, care merge către plexul lombo-sacrat. Rădăcinile par normale. Histologic observă îngroșarea perinevrului, distensiunea spațiilor perifasciculare printr'un lichid gelatinos, vasele dilatate fără leziuni inflamatorii.

Rădăcinile sciaticului, având raporturi cu meningele, se pot face schimburi morbide atât de la rădăcini la meninge, cât și dela meninge la rădăcini, iar cercetarea lichidului cefalo-rachidian ne va da îndrumări prețioase uneori, în stabilirea diagnosticului.

În unele cazuri de sciatică radiculară (sifilis), se semnalează limfocitoză. Uneori se constată albumină mai multă ca în mod normal, alteleori hipertensiune apreciabilă a lichidului cefalo-rachidian. Și în cazuri de sciatică tuberculoasă se constată limfocitoză.

Leziuni anatomo-patologice importante găsim în cazuri de sciatică cu atrofie musculară, care în nevrita sciatică este

un simptom capital. La membrul atins de atrofie musculară deuteropatică, se constată o adipoză locală: țesutul conjunctiv subcutanat, este invadat de adipoză. Ar fi datorită unor modificări în nutriția țesutului conjunctiv și în special în metabolismul grăsimilor.

Alte turburări anatomo-patologice întâlnim în ceiace privește elasticitatea pielii, care este modificată; turburări în secreția glandelor sudoripare și sebacee, descuamări epidermice, infecții dermice la membrul bolnav etc. au fost des semnalate. Toate aceste manifestări patologice, sunt minimale sau lipsesc în sciatica nevralgică. În nevrită ele sunt caracteristice.

Etiologia și patogenia.

Nevralgiile sciatică sunt foarte frecvente. Ocupă rândul al doilea după nevralgiile intercostale. Rareori avem o singură cauză. Adesea găsim asociațiuni: determinări infecțioase, toxice, traumatiche, unite cu o predispoziție a terenului.

Vârsta. Sciatica e rară la copil. E mai frecventă la adult și în special la bărbat între 30—50 ani. Aproape de 70 ani e rară. Această frecvență la vârsta mijlocie se explică prin multiplele ocaziuni de traumatism, infecțiuni etc., ce survin la această vârstă.

Sexul. Bărbatul suferă mai des ca femeia, el fiind mai vulnerabil și mai expus. Proporția este cam 3:5 după Valleix, Eulenburg și Erb.

Profesiunea joacă rol important, sciatica survenind mai des la profesioniștii mai expuși: zidari, soldați etc.

Locuința umedă și rece, predispune la nevralgie sciatică.

Sezonul: se constată că este mai frecventă în lunile: Ianuarie, Februarie și Martie (Lasègue).

Constituția. Indivizii cari suferă de nevralgie sciatică, au foarte des semne de artritism (hemoroizi, migrenă, eczemă, liliază, varice etc.).

Arterio-scleroza și ateromul sunt adesea în cauză.

Hipertensiunea arterială deasemenea joacă un rol important.

Gutta este adesea o cauză care produce o sciatică cu tendință la cronicitate. Charcot spunea că accesul de guttă poate alterna cu sciatica, sau pot surveni simultan.

Diabetul, ca și gutta, este o auto-intoxicație care poate determina un sindrom de sciatică. Dă de cele mai deseori, o localizare bilaterală. Durerile sunt rebele la medicația obișnuită, dar cedează la regimul anti-diabetic.

Intoxicațiunile externe, exo-intoxicațiunile, sunt adesea în cauză.

Intoxicația cu Pb sau saturnismul, dă rareori sciatică și

se prezintă aproape totdeauna unilateral și exclusiv localizată pe teritoriul popliteului extern. Pe lângă alte semne, dă și o ușoară limfocitoză rachidiană, care vine să așeze origina radiculară a acestei turburări. Alcoolismul, intoxicații cu Hg., oxidul de Carbon, s'au semnalat adesea în etiologia sciatică.

Maladiile infecțioase acute dau de multe ori un sindrom de sciatică.

Se citează cazuri de sciatică în cursul febrei tifoide, gripei, infecției puerperale, pneumoniei, etc.

Reumatismul articular are un rol important. Sciatica apare la debutul manifestărilor articulare; rar este concomitentă cu febra reumatismului poliarticular acut.

Blenoragia este un factor important în etiologia sciatică. Poate să se manifeste fie la început, în faza de uretrită acută, când sciatica are un debut brusc, evoluție rapidă și prognostic favorabil, fie mai târziu, în faza uretritei cronice, când are o evoluție mai lungă și tendință la cronicitate. Acestea se pot asocia cu reumatismul blenoragic.

Sifilisul are un rol capital. Poate da sciatică nevralgică, nevrită, sau sciatică radiculară. În perioada secundară, nevralgia sciatică vine după nevralgia capului, în frecvență. Leziunea meningee (meningită sifilitică) precoce, din perioada secundară, este diagnosticată prin puncția lombară: hipertensiune și limfocitoză. În perioada terțiară, leziunile meningee și osoase sunt frecvente (gome, exostoze, infiltrații meningee) iar nervul sciatic va suferi din cauza raporturilor lui cu meningele și cu gaurile de conjugare. În multe cazuri de tip radicular, când etiologia sciatică nu se poate preciza, sifilisul este adesea incriminat; deaceia se impune să cercetăm și alte stigmatice de sifilis și să analizăm și lichidul cefalo-rachidian. Tratamentul specific influențează foarte mult sciatica sifilitică.

Tuberculoza. Ca și în cazul sifilisului, rădăcinile pot fi atinse prin contiguitate, de către leziunile tuberculoase vertebrale (osteita tuberculoasă vertebrală sau morbul lui Pott). Sciatica poate apare și în perioada de debut, înaintea oricărui simptom revelator. Granulia meningee, deasemeni poate fi o cauză a sciatică, ca și meningita tuberculoasă și pachimeningita. În cursul tuberculozei pulmonare, se pot produce determinări nervoase, tronculare, nevritice sau radiculare, în toate perioadele sale.

Paludismul dă adesea nevralgii, cari survin ca niște complicații. Cele mai frecvente sunt: nevralgia facială și nevralgia sciatică. Unii susțin că sciatica este excepțională.

Cauze locale. Acestea lucrează fie asupra nervului, fie asupra ramurilor sale. Asupra nervului cităm: *compresiuni prin tumori* (sarcome, fibrome, anevrisme, osteite tuberculoase sau sifilitice), *abcese de vecinătate* sau *varice* (Quénu).

prin dilatarea varicoasă a venelor *nervorum*. Unii autori (Edinger și Alexander), deosebesc nevralgia sciatică propriu zisă, de durerile provocate prin varice și pe cari le numesc *flebalgie sciatică*. Aceasta pentrucă în flebalgia sciatică, durerile debutează de cele mai multe ori la periferie (la picior sau pulpă) și are un mers progresiv, cu senzația de oboseală, de tensiune și de greutate și numai mai târziu devin adevărate dureri, prin crampe musculare în fesă. Când bolnavul stă culcat nu suferă, deci noaptea nu are dureri. Culcat, mișcările membrului nu sunt dureroase. *Asupra rădăcinilor* se produc influențe morbide prin alterarea meningelor (meningită sifilitică, Pott) sau prin leziuni ale sacrului. *Fisurile anale* pot da dureri iradiante în teritoriul sciaticului. După vindecarea fisurilor, dispar și durerile sciatică.

Anevrismele vaselor pelviene, cancerul rectului, adenopatii neoplazice, abcesele pelviene, tumorile prostatei, pot da prin compresiune, sindromul sciatică. La femei: un *hematocele retro-uterin*, un *fibrom*, un *chist ovarian sau al ligamentelor largi*. *Cancerul uterin* joacă rol important, fie direct fie prin compresiune, rezultând din invadarea ganglionilor. *Sarcina* în toate perioadele, este o cauză obișnuită a sindromului sciatică; la început când uterul gravid este încă în micul bazin, sau la sfârșitul sarcinei, când capul fetal este angajat, condițiunile sunt favorabile pentru sciatică prin compresiune.

În cazuri de sciatică rebelă la tratament, mai ales când e dublă, să se facă tușeul rectal și vaginal, adesea putând fi în cauză tumori pelviene voluminoase.

Traumatismele directe sau indirecte, joacă un rol important. Compresiunile superficiale și prelungite, dau nevralgii, iar traumatismele mai grave, dau nevrite și paralizii.

Profesiunile sedentare, pot da o sciatică prin compresiune lentă și repetată: biurocrași, vizitii etc. (etiologie discutabilă).

Agenți externi ca înșepătura, glonte, etc., interesează direct nervul.

În caz de înșepătură, durerile nu se prelungesc mai mult de 1—2 zile. Rar au ținut săptămâni și excepțional pot duce la o veritabilă nevrită.

Fractura bazinului ar putea comprima nervul la nivelul scobiturii sciatică, deasemeni un *calus osos* al bazinului, sau al oaselor membrului inferior.

Cauzele medulare ca: plăci de scleroză, tumori ale măduvei, tabes, pot da în cazuri rare, dureri de tip sciatic. Când cauza medulară este sifilisul, leziunea este de obicei o meningită radiculară.

Injecții intrafesiere medicamentoase, practicate greșit, au dat adesea sciatică prelungite.

Cauze generale ca frigul, umezeala, sunt o cauză frecventă de sciatică.

Sciatic de origină centrală s'ar putea admite la unii nevropași, histerici, neurastenici etc. Durerile au însă un sediu care nu corespunde exact traiectului nervului.

Sciaticele reflexe pot apărea în cursul afecțiunilor uterine, anxiale, orbitice, vesicale, rectale, fără să găsim o compresiune în cauză. Se admite de unii că lanțurile ganglionare inflamate în cursul unei afecțiuni cauzale, pot determina această compresiune.

Sacralizarea celei de a V-a lombară, este o anomalie care pare să explice un mare număr de algii lombare și dureri sciatic. Ea este asimilarea vertebrei V-a lombară cu sacrul, datorită mai ales hipertrofiei apofizelor sale transverse. Este o anomalie prin exces de dezvoltare a vertebrei V-a lombară. Este foarte frecventă, dar nu totdeauna dă sindromul duros. Radiografia a arătat că bolnavii de sciatică prezintă sacralizare într'un mare număr. Cercetările autorilor: Léry, Zimmern, Lauret și René Weill, au dus la concluzia că nu toate cazurile cu sacralizare dau sciatică, ci numai marile anomalii ale vertebrei V-a lombară merită să fie luate în considerație. Ele sunt o cauză favorizantă în manifestările dureroase ale plexului sacrat (iritație nervoasă). A. Léry, afirmă că nu atât volumul apofizelor transverse, cât strâmtarea găurilor lombo-sacrate au importanță. Ori, aceasta pare modificată atât prin oblicitatea celei de V-a lombară asupra celei de a IV-a și prin infundarea sa între oasele iliace, cât și prin hipertrofia transversă.

Se citează cazuri de sciatică și prin lombarizarea primei sacrate. Sacralizarea prezintă semne obiective și semne subiective. O regiune lombară rectilinie, scurtă, îndesată, cu un sacru larg (aceasta ar denota o sacralizare bilaterală). Ca semne subiective găsim durerea, care este aproape constantă, variază însă foarte mult ca sediu și ca durată. De obicei progresivă și uneori bruscă și recidivantă, afectând mai ales aspectul unui lumbago sau unei sciatic. Sacralizarea poate fi uni sau bilaterală. Când e unilaterală, se poate acompania de alte anomalii vertebrale: spina bifida, hemivertebre etc.

Spina bifida occulta, prin bridele sale, poate produce între alte simptome și nevralgii sciatic.

Lombartria este o altă cauză care favorizează sindromul sciatic. Se prezintă cu diformări ale vertebrelor, date de un reumatism cronic deformant, care dă aspectul de cioc de papagal, care comprimă.

Simptomatologia.

Se ia ca tip de descripție sciatica nevralgică de origină tronculară. Sciatica este înainte de toate un sindrom dureros, ce evoluează în accese, crize paroxistice, între care bolnavul prezintă o acalmie mai mult sau mai puțin marcată, deșteptându-se la efort și la jocul muscular.

Debutul este de obicei lent și insidios, mai rar brusc printr'o durere acută, violentă, ce împiedică orice mișcare. Durează o săptămână sau două, se atenuiază, apoi dispare aproape complet, pentru a reapare câteva luni după aceea, instalându-se într'un mod mai durabil. Evoluția este progresivă și atinge paroxismul sub formă de acces. În timpul crizei, bolnavul are un facies crispat, îngrozit, intensitatea durerii fiind atroce. Săgețile din timpul crizei au direcția centrifugă, prin traiectul sciaticului și excepțional centripetă. În 80% din cazuri, bolnavul raportează durerea la piele, acuzând senzația de înțepătură, de lovitură de pumnal, de fier roșu etc. Mai rar durerea e profundă și atunci se poate confunda cu durerile osoase sau musculare.

Perioada de stare. În această perioadă, durerea e simptomul capital. Ea e când continuă, când paroxistică și aproape totdeauna, în partea posterioară a coapsei, de la plica fesieră în jos spre spațiul popliteu, fața externă a gambei, până înapoia maleolei externe și marginea plantară externă; într'un cuvânt, pe tot traiectul nervului sciatic. Paroxismele dureroase sunt adesea nocturne și uneori se acompaniază de iritațiuni la distanță, în teritoriul rădăcinilor lombare, la sciaticul opus, la nivelul perineului etc. Durerea este foarte vie și se exagerează cu ocazia unei mici mișcări. Durerea poate apărea în puncte variabile. Uneori e limitată la fesă (sciatica superioară a lui Sicard), alteori pe fața posterioară a coapsei, mai rar la pulpă și în regiunea laterală externă a gambei. Adesea se poate întinde la toată fața posterioară a membrului, la spațiul popliteu și mai ales în regiunea marelui scobitor sciatic. Durerea are caracterul că este continuă, întretăiată de paroxisme. Cea continuă este surdă și rău localizată. Paroximele nu durează decât câteva minute, dar când se repetă la intervale apropiate, violența lor este astfel încât bolnavul este nevoit să stea într'o imobilitate absolută. Ele sunt spontane și apar mai ales noaptea; sau sunt provocate prin efort, mișcare, tuse sau strănut. Frigul și umezeala, se întâlnesc foarte des, ca influențe provocatoare ale paroxismelor. Sciaticii par adevărate barometre. Căldura de obicei calmează durerea.

În afară de durere, bolnavii mai simt și alte senzații: pișcături, furnicături, amorțeală, vibrațiuni, neliniște și adesea senzație de căldură, cu toate că temperatura membrului bol-

nav este scăzută. Uneori are senzație de frig.

Mersul este uneori imposibil. Bolnavul evită orice mișcare. De cele mai multe ori însă, în afară de timpul cât durează crizele acute, bolnavul poate să meargă, dar într'un fel particular. Mersul este lent și șovăitor, astfel încât, sprijinul corpului asupra gabei dureroase, este redus la minimum. Bolnavul merge astfel încât face impresia că salută, flectând cu fiecare pas gamba pe coapsă, în același timp ce închină trunchiul înainte.

Scolioza. Din toate atitudinile vicioase pe care le ia un bolnav de sciatică, scolioza este cea mai frecventă. Se poate prezenta sub trei forme: *homoloagă*, *alternă* și *încrucișată*, pe cari le întâlnim în majoritatea cazurilor de sciatică. În ordinea frecvenței, vine întâiu scolioza încrucișată. Cea homoloagă pare mai puțin frecventă, iar cea alternă este excepțională.

Scolioza se prezintă ca o înclinare a părții superioare a corpului, fie pe partea sănătoasă, fie pe partea bolnavă. Se produce o curbura în regiunea dorso-lombară. Concavitatea ne arată partea de care membrul superior este aplecat. Când concavitatea este spre partea bolnavă, scolioza e homoloagă, când e de partea opusă, scolioza e încrucișată. *Scolioza încrucișată* se recunoaște după direcțiunea firului cu plumb, de la ocheput sau proeminența occipitală și în loc de a cădea între călcăie, atinge maleola internă sau călcăiul și uneori chiar marginea externă a piciorului de partea sănătoasă. *Scolioza alternă* constă în transformarea unei scolioze primitive homoloage, în scolioză încrucișată, fie sub influența voinței, fie în urma deplasării durerii. În general, intensitatea scoliozei e în raport cu durerea și dispare de obicei după dispariția durerii. S'au văzut și cazuri când au perzistat mult timp după dispariția durerii.

Curbura de compensație este o altă diformațiune a rachisului, în legătură cu sciatica. Când curbura dorso-lombară este foarte accentuată, se supraadaugă o curbura suprajacentă de sens invers, în regiunea dorsală și are de scop de a readuce partea superioară a corpului în sens vertical. Ea este inversă celei lombare, iar dacă malformațiunea se accentuează, poate surveni chiar o curbura cervicală, de același sens cu cea lombară. Această curbura se accentuează în mers și în timpul accesului dureros și se atenuiază sau dispare în repaos orizontal. E instabilă.

Turburările bazinului. Bazinul este în general coborât de partea bolnavă și are de scop de a permite piciorului de a repauza pe sol, prin toată fața sa plantară, gamba rămânând flectată din cauza durerii. Această regulă suferă și excepții și bazinul poate rămâne orizontal, sau chiar poate suferi o as-

ensiune. Piciorul nu se repauzează pe sol, decât prin călcâiul său anterior.

Rotația trunchiului este foarte rară. În acest caz, se produce o deplasare orizontală a corpului, invers decât partea superioară a trunchiului și a părții inferioare.

Cifo-scolioza este foarte rară (curbura este înainte și în laturi).

Toate atitudinile vicioase sunt *atitudini antalgice*, luate de bolnav cu scopul de a evita extensiunea sau compresiunea nervului.

Punctele lui Valleix. Durerea poate fi precizată prin căutarea punctelor lui Valleix. Se produce o presiune cu degetul, în anumite puncte, iar durerea se va manifesta, dacă avem de a face cu o nevralgie a sciaticului. Aceste puncte sunt în număr de 15.

I. *La regiunea fesieră* sunt 5 puncte:

1. *Punctul lombar*: se face o presiune cu degetul în regiunea lombară, în unghiul sacro-vertebral. Se produce o durere vie.

2. *Punctul sacro-iliac* este sensibil prin presiunea asupra articulației sacro-iliace, la nivelul spinei iliace postero-superioare.

3. *Punctul iliac sau superior al lui Valleix*: se face o presiune spre mijlocul crestei iliace și sub ea, acolo unde se termină nervul fesier superior.

4. *Punctul fesier*: se presează cu degetul la extremitatea superioară a scobiturii sciatică; (punctul de emergentă al nervului sciatic).

5. *Punctul trochanterian*. Presiunea se face în șantul inter-ischio-trochanterian.

II. *La coapsă*. Aci Valleix a descris trei puncte sensibile, înșirate pe traiectul nervului, în regiunea posterioară a coapsei.

III. *La gambă*. Aci s'au descris patru puncte dureroase:

1. *Punctul popliteu*: se compresează locul de origină al sciaticului popliteu extern.

2. *Punctul rotulian* se obține prin compresiunea exercitată pe ramura culanată peronieră, de la marginea externă a rotulei.

3. *Punctul peroneo-tibial* se obține prin compresiunea exercitată pe colul peroneului, acolo unde este înconjurat de sciaticul popliteu extern.

4. *Punctul maleolar extern*: se palpează înapoia maleolei corespunzătoare, pe unde trece safenul extern.

IV. *La picior*.

1. *Punctul dorsal al piciorului*: se compresează regiunea dorsală a piciorului; aceasta arată terminarea la picior a tibialului anterior.

2. *Punctul plantar extern*: se produce compresiunea nervului plantar extern, prin apăsarea pe al V-lea metatarsian.

În afară de acestea s'au mai descris și altele:

Punctul calcanean al lui Lagrelette.

Punctul apofizar al lui Trousseau, prin compresiunea crestei sacrate.

Toate aceste puncte, nu sunt pozitive decât în parte, pe acelaș bolnav.

În afară de compresiune, durerea se mai poate exacerba și prin alungirea nervului. Aceasta se realizează prin diferitele semne cari s'au descris. Astfel:

Semnul lui Lasègue. Bolnavul este așezat pe spate. Flectând coapsa pe bazin, gamba fiind în extensiune, se produce o alungire a nervului sciatic și ca urmare, o durere vie pe care bolnavul o simte pe tot traiectul nervului. Când acest semn este pozitiv, are valoare mare în diagnostic. Putem face și *manevra lui Lasègue*: spunem bolnavului să se așeze pe patul său, în timp ce noi facem o presiune forțată pe genuchi, asigurându-se astfel extensiunea membrului inferior. Bolnavul simte o durere puternică.

Semnul lui Bonnet. Dacă flectăm coapsa pe bazin, cu adductorii forțați și gamba pe coapsă, bolnavul simte o durere vie.

Dacă vom combina abducția (în loc de adducție) cu flexiunea, nu se va produce durerea. Acest semn este caracteristic, mai ales în sciatica radiculară.

Semnul adductorilor al lui Barré: ciupirea marginii interne a masei adductorilor este dureroasă mai mult de partea bolnavă decât de partea sănătoasă.

Semnul sciaticului popliteu extern al lui Sicard: dacă facem o flexiune forțată a piciorului, se produce o durere la nivelul capului peroneului.

Semnul tusei și al strănutului al lui Déjerine. Efortul tusei și al strănutului, produce durere la nivelul nervului sciatic.

Semnul lui Neri. Acest semn de fapt este numai o variantă a semnului lui Lasègue. Dacă bolnavul, fiind în picioare, flectează trunchiul înainte, el îndoaie instinctiv gamba bolnavă.

Semnul lui Minor: când bolnavul este culcat pe spate și vrea să se ridice, el începe prin a se așeza, apoi se întoarce de partea sănătoasă, se sprijină pe mâna și membrul inferior de acea parte, în timp ce mâna de partea bolnavă descrie o mișcare de limbă de ceasornic.

Sensibilitatea obiectivă a membrului. Sensibilitatea termică și dureroasă de obicei sunt respectate. Cea tactilă este

singură atinsă, dar destul de ușor (hipoestezie, foarte rar anestezie).

Turburările motorii sunt nule sau aproape nule.

Forța musculară este conservată și în general egală. Durerile o împiedică așa că uneori credem că este diminuată.

Hipotonia musculară este adesea destul de accentuată și se constată prin palparea muschilor fesieri, muschilor coapsei, ai pulpelor și prin comparație cu partea sănătoasă. Hipotonia muschilor fesieri se observă prin coborîrea plicei fesiere din partea bolnavă (*semnul lui Bondet*) și devierea șanțului interfesier din aceiaș parte, când se contractă muschii fesei din cele două părți.

Semnul coborîrii călcâiului al lui Barré. Punem bolnavul să stea în genunchi pe un scaun; călcâiul din partea bolnavă prezintă o poziție mai joasă și în acelaș timp observăm și hipotonia muschilor posteriori ai coapsei.

Semnul echerului lui Barré pune în evidență hipotonia muschilor pulpei. Punem bolnavul cu genunchii pe un scaun; piciorul face cu gamba un unghiu drept de partea bolnavă și obtuz de partea sănătoasă.

Temperatura locală este uneori diminuată în partea bolnavă și poate ajunge la oarecare grad.

Turburări trofice nu găsim decât în caz de sciatică ce durează de mai mult timp. Cea mai constantă turburare trofică este *atrofia musculară*, care este semnul unei nevrite vechi. Poate trece neobservată, căci nu este mult pronunțată, deaceia vom cerceta-o sistematic. Atrofia musculară este mai ales pe fața dorsală a piciorului, pediosul din partea bolnavă fiind moale și atrofiat (*semnul pediosului al lui Barré*). Acesta se pune în evidență punând bolnavul să îndrepte degetele mari de la picioare.

Contrațiuni fibrilare se constată adesea în cazuri de nevrită ce durează de mult timp.

Turburări din partea pielii. Pielea prezintă o paloare mai pronunțată de partea bolnavă, un aspect lucitor, uneori prezintă vezicule sau plăci de eczemă etc.

Turburări de reacțiune electrică. Sunt destul de frecvente. Neri a pus în evidență hiperexcitabilitatea faradică și galvanică a nervului bolnav și a muschilor pe care acesta îi inervează. În nevritele grave s'a semnalat reacțiuni de degenerescență parțială.

Reflexele sunt păstrate. La bolnavii vechi însă, unele din ele sunt diminuate sau abolite. Astfel:

Reflexele tendinoase: *Reflexul rotulian* este totdeauna normal.

Reflexul achilian este frecvent modificat. Mai des diminuat, mai rar abolit. După vindecarea sciaticii însă, rămâne în general abolit.

Reflexul retro-maleolar extern este diminuat sau absent de partea bolnavă.

Reflexul peroneo-femural posterior este de regulă conservat în sciaticile tronculare și adesea abolit în radiculite.

Reflexele musculare s'au observat adesea exagerate, prin hipercontractibilitatea idio-musculară, la nivelul genuchiului de partea bolnavă. Celelalte reflexe nu ne oferă nimic important.

Deasemeni nu găsim turburări sfincteriene și nici modificări ale tensiunii arteriale.

Forme.

Landouzy distinge o formă benignă (*nevralgia sciatică*) și o formă gravă (*nevrita sciatică*). Deosebirea, altădată clasică, între aceste două forme, se bazează pe caractere relative.

Nevralgia sciatică este o formă benignă și se manifestă prin dureri continue sau paroxistice, putând fi intermitente, fugare, cu perioade lungi de latență. Reflexele tendinoase sunt normale, nu prezintă turburări trofice. Nu e decât o afecțiune dureroasă tranzitorie, frecventă, recidivantă și foarte sensibilă la agenții externi (frigul, umezeala) și la oboseala musculară a membrului atins.

Nevrita sciatică este mai tenace, antrenează o impotență funcțională considerabilă; prezintă atrofie musculară pronunțată, durerea este continuă, fără paroxisme, urmată de acalmie. Cifo-scolioza, turburări de reacțiune electrică a mușchilor, zone de hiperestezie și abolirea precoce a reflexului achilian, sunt simptome caracteristice. Nervul are alterațiuni anatomice, ceiace nu găsim în forma benignă.

Clasificația topografică a sciaticelor. Nervul sciatic are la origina lui trei segmente, cari prin fuziunea lor dau trunchiul nervului sciatic: 1. *Segmentul radicular* intrameningeal, în care se cuprind rădăcinile anterioare de origină; 2. *Segmentul radicular* extrameningeal, sau porțiunea funiculară, la nivelul găurii de conjugare și 3. *porțiunea plexuală* a plexului sacrat. Aceste trei porțiuni se continuă cu trunchiul nervului sciatic și toate vor putea da prin leziuni respective, diferite forme de sciatică.

Sciatica radiculară. Nervul sciatic poate fi iritat la nivelul rădăcinilor, prin inflamația fundului de sac meningeal care le înconjoară. După Roger, această formă este foarte rar de natură reumatismală sau esențială și mai des sunt în cauză inflamațiunile cronice și în special sifilisul în perioada a III-a. În etiologie foarte rar găsim: morbul lui Pott, o tumoră medulară și cancerul, mai ales cel metastatic.

Sciatica radiculară e adesea bilaterală. Durerea este deșteptată de tuse și strănut. Punctele lui Valleix lipsesc, semnul

lui Lasègue este absent. Sensibilitatea obiectivă este frecvent alterată, rachis-ul fără scolioză. Prezintă abolirea reflexului achilian și atrofia musculară. Lichidul cefalo-rachidian prezintă reacțiuni paralele între celule și albumină. Reacția Wassermann este adesea pozitivă în l. c. r.

Sciatica funiculară sau funiculita sau algia găurii de conjugare după Forestier. A fost studiată mai ales de Sicard. Nervii rachidieni sunt mai des vulnerabili în tunelul osos pe care îl traversează înainte de a merge să se unească cu nervii vecini, pentru a forma plexul sacrat. După Roger, în jumătate din cazuri, durerea în această formă de sciatică debutează printr'o etapă lombară, care precede etapa nevralgică. Durerea lombară se localizează la 2 cm. în afară liniei mediane, la nivelul vertebrelor IV—V lombare (*punctul vertebral lateral al lui Sicard*). Ea se acompaniază de semne vertebrale ca: scolioză, contractură etc. Semnele nervoase periferice sunt mai nete în partea superioară a nervului, decât în partea inferioară. Durerea dealungul nervului este deșteptată prin tușe, strănut și defecație. Durerea la alungire se obține mai bine prin flexiunea capului și a trunchiului, decât prin manevra lui Lasègue. Reflexul achilian este frecvent abolit. Lichidul cefalo-rachidian este modificat în trei sferturi din cazuri. (Sicard și Roger), cu o ușoară disociere albumino-citolică de cele mai dese ori.

În ceiace privește patogenia funiculitei, se constată că este atins *funiculul*. Sub acest nume, Sicard a descris porțiunea nervului care se întinde de la punctul unde rădăcinile părăsesc învelișul lor de pia-mater, până la origina plexului. Acest segment nu este scaldat de lichidul cefalo-rachidian și singura dura-mater îl tapetează. El traversează un canal osos: gaura de conjugare. Aci se află în sânul unei mase grăsoase, împreună cu artera spinală anterioară, vase limfatice, fire simpatice și plexuri vânoase. Inflamarea periostului, hiperostozele canalului lombo-sacrat și mai ales creșterea în volum a conținutului, comprimă funiculul și determină algia. În etiologie găsim afecțiuni ca: artrita apofizară cronică sacro-vertebrală a lui H. Forestier; reumatismul vertebral osteofitic al lui Teissier, cu localizare lombară predominantă; lombartria lui Léry cu diformarea vertebrelor „en diablo” și coroanele osteofitice apofizare „în cioc de papagal”; spondiloză reumatismală cronică al lui Rouquier; sacralizarea vertebrei a V-a lombară, sau lombarizarea I sacrate etc.

După Sicard și Martinet, sciatica ordinară nu ar fi decât o funiculită a găurii de conjugare.

Sciatica plexurală sau plexita sacrată. Nervii de origine ai sciaticului pot încă să fie atinși la nivelul plexului sacrat, situat în vecinătatea articulației sacro-iliace, aproape în contact cu organele pelviene. Debutează printr'o etapă sacro-ilia-

că. Durerea sciatică este localizată în regiunea retro-trochanteriană și în partea superioară a coapsei, fără a depăși genunchiul. Semnele lui Lesègue și Bonnet puțin evidente sau absente. Ciupirea adductorilor e dureroasă, căci este iritat nervul obturator. Fesierii sunt hipotonici. Reflexul achilian normal sau puțin modificat; reflexul adductorilor și reflexul rotulian uneori diminuate. Lichidul cefalo-rachidian normal. Evoluția frecvent recidivantă. Această formă de sciatică este determinată prin afecțiunile micului bazin sau prin artrita sacro-iliacă reumatismală. Vom face radiografia, tușeul vaginal și rectal, căutând un cancer al vesicii, al prostatei, al rectului, un fibrom sau carcinom uterin, o anexită cronică, un chistovarian etc., cari comprimă plexul sacrat.

Sciatica tronculară sau tronculita. În traiectul său, nervul sciatic poate fi lezat la nivelul scobiturii sciatică sau al șanțului ischio-trochanterian; alteleori leziunea este mai jos, sau poate participa la inflamațiile cronice ale organelor vecine, sau la tumorile osteo-sarcomatoase ale extremității superioare a femurului. Existența unor varice voluminoase și cronic inflamate (sciaticelor varicoase ale lui Quénu), sau o flebită, pot determina această formă de sciatică.

Debutază adesea la fesă cu durere clasică dealungul membrului. Punctele lui Valleix cu excluzia punctelor apofizar și iliac, sunt pozitive. Semnul lui Lasègue e foarte intens. Musculatura posterioară hipotonică. Pulpa și mai ales pediosul sunt atrofiate. Reflexul achilian este adesea abolit, peroneo-femuralul conservat. Turburările vaso-motorii sunt mai intense ca în celelalte sciatică (Roger).

Sciatica totală. Nervul pare lezat în totalitatea sa.

După terminologia clasică, sciaticăle radiculară și furniculară sunt numite *sciaticăle superioare*; sciatica plexurală este numită *sciatică mijlocie*, iar cea tronculară, *sciatică inferioară*.

Aici putem adăuga și *sciatica spasmodică* (Brissaud), care se caracterizează prin scurtarea aparentă a membrului, provocată de o exagerare în atitudinea coapsei. Din cauza contracțiunii muschilor abdominali și sacro-lombari de o parte, ca și a psosului, scolioza homoloagă este foarte pronunțată.

Henri Roger distinge trei varietăți principale de sciatică.

I. *Parasciatică*, la care leziunea nu este în nerv, ci în vecinătatea lui, iar nervul este numai iritat sau comprimat.

II. *Sciatică simptomatice*, legate de o leziune primitivă a nervului și dependente de o cauză netă: infecție, intoxicație, traumatism.

III. *Sciatică reumatismale* sau artritice, adesea numite *esențiale*. Acestea nu au o cauză care să se poată evidenția. Ele fac parte dintr'un ansamblu de manifestațiuni dureroase

subacute sau cronice, cari apar pe la vârsta de 40—50 ani. Aceste manifestări dureroase se localizează în țesuturile peri-articulare: mușchi, nervi, sau țesut celular. Survin în special la cei cu crize de migrenă, astm, hepatism, diverse litiaze. Sciatica reumatismală poate fi prima și să rămână singura manifestare a artritisului.

Printre cauzele determinante se incriminează (fără probe), frigul (*sciatica a frigore*), reumatismul subacut, celulita, mialgia etc.

Sciaticile reumatismale sau esențiale, se impart după Roger în cinci grupe anatomo-clinice:

1. *Sciaticice puniculare sau lombo-sciaticice.*
2. *Sciaticice plexurale sau sacro-ilio-sciaticice.*
3. *Sciaticice tronculare sau neuro-sciaticice.*
4. *Sciaticice celulalgice sau celulo-sciaticice.*
5. *Sciaticice mialgice sau miosciaticice.*

Dintre acestea, primele trei au fost descrise la capitolul formelor topografice, deaceia vom descrie aici pe scurt, numai formele celulalgice și mialgice.

Sciatica celulalgică. Modificările patologice ale țesutului conjunctiv și ale țesutului celular subcutanat, dau un sindrom dureros asemănător cu sciatica. Aceste alterațiuni par a fi adesea cauza anatomică a multor sciaticice esențiale. Prof. Fabre a insistat asupra adipozei dureroase a sciaticelor și a semnalat posibilitatea algiiilor consecutive celulitei primitive. În 1926 prof. Paviot descrie *Celulitele și patogenia lor*, adică sindromele dureroase, cari în cursul unei celulite, pot îmbrăca masca diferitelor nevralgii. Infiltrațiile celulalgice evoluiază aproape totdeauna cu caracterul unei afecțiuni dureroase. Nu sunt însă nevralgii, căci nu se acompaniază decât excepțional de accese paroxistice spontane, care caracterizează de obicei diferitele nevralgii. Acestea se numesc *pseudo-nevralgii*. Formele pseudo-nevralgice ale infiltratelor celulalgice, sunt foarte frecvente. Unele ca migrena sau cefaleia, sunt rebele la analgezicele obișnuite. Unele simulează diferite nevralgii ale membrului superior, nevralgii intercostale, trigeminale, cervicale (*tarticolis*), lombare (*lumbago*). Cele mai frecvente însă din toate aceste forme de pseudo-nevralgii, sunt *pseudo-sciaticele*. Acestea la palparea prezintă noduli și îngroșări, mai mult sau mai puțin superficiale.

Celulita a fost considerată ca o inflamație cronică a țesutului celular. După Stapfer, caracterul anatomo-patologic al celulitei este dilatarea vinelor și constricția arterelor, alterate sau nu, cu infiltrațiune ambiantă difuză sau localizată, după îngroșarea țesutului conjunctiv, formând tumefacțiuni de volum variabil.

La bolnavii cari vin cu o așa zisă sciatică esențială, foarte des găsim infiltrate celulare, cari prin masaj se vindecă

adesea complet și totdeauna se ameliorează. Acești bolnavi nu suferă în repaos și n'au de obicei crize dureroase spontane. Algia apare numai cu ocazia jocului muscular, în mers, în starea în picioare sau la efort.

Sindromul dureros, datorit celulitei, corespunde după Sicaud la ceiace el numește *sciatică superioară* a fesierilor. Bolnavul nu prezintă decât puține puncte dureroase sub șanțul ischio-trochanterian, sau în porțiunea subtrochanteriană a fasciei late. Durerile nu iradiază frecvent în coapsă sau gambă, decât după un mers prelungit, sau o mare oboseală. În fine, găsim aproape totdeauna puncte dureroase, în afara traiectului sciaticului. Examenile complimentare: analiza urinei tușeul rectal, puncția lombară, radiografia etc., sunt negative. În fesă însă prin palpare, se constată infiltrațiuni celulalgitice de toate formele și dimensiunile.

Acești bolnavi au antecedente hereditare sau personale: încărcate de hepatism (migrenă, urticarie, entero-colită etc.), sau modificări humorale datorite sifilisului, tuberculozei, alcoolismului etc.

Patogenia acestor sindrome dureroase este șocilită de unji ca fiind de ordin celulalgitic, alții le socotesc esențiale, după concepția clasică, iar alții spun că nu este vorba de o nevralgie sciatică, ci de o mialgie. Chestiunea este controversată.

Afară de aceste pseudo-sciatice prin celulalgie (cele mai frecvente și cari corespund cu un număr important de sciatică zise esențiale), sunt cazuri mai rare cari se prezintă cu semne cari dovedesc leziuni ale nervului și cari sunt realizate prin infiltrate celulalgitice. Nu s'a găsit însă nici o certitudine anatomică.

Sciatica mialgică este o altă formă de sciatică reumatismală sau esențială, la care durerea provocată, se află în mușchi, nu în nervi.

Ciupim mușchii transversal și determinăm o durere vie indiferent de orice compresiune a nervului.

Intre sciatica esențială și cea simptomatică sau cea parasciatică, sunt deosebiri fundamentale.

a) Orice sciatică cu iradieri dureroase persistente, la nivelul organelor genito-rectale, sau cu turburări sfincteriene, nu este o sciatică esențială.

b) Orice sciatică cu iradieri dureroase persistente, în regiunea abdominală și inghinală, nu este o sciatică esențială.

c) Orice sciatică cu mari turburări vaso-motorii, cu mal perforant plantar, sau cu edem al gabei (în afară de varice, aplicațiuni de medicamente, sau stare generală responsabilă față de edem) nu este sciatică esențială.

d) Sciatica cu paralizie motrice sau stepaș, nu e esențială,

e) Sciatica cu turburări calitative electrice, în mușchii tributari, nu este esențială.

f) Orice sciatică, ce survine la un copil înainte de 12 ani, nu este esențială.

g) Sciatica esențială, în tipul său scoliotic, imprimă masei musculare lombo-sacrate, o contractură cu atitudine consecutivă a corpului, care îi este specială.

h) Când avem un lichid cefalo-rachidian bogat în albmine și limfocite, iar Bordet—Wassermann pozitiv, nu e o sciatică esențială.

În sciaticile esențiale superioare, lichidul cefalo-rachidian poate prezenta un oarecare exces de albumină, atunci când depinde de o artrită a găurii de conjugare, dar niciodată nu s'a semnalat limfocitoză adevărată (Sicard).

În ceea ce privește clasificarea sciaticelor, un profesor de la Fac. de Medicină din Rio de Janeiro (Americo Valerio), nu admite decât sciaticile simptomatice. El face șase grupe de sciaticile, clasificate după etiologia lor. Sciatica *a frigore* sau reumatismală, el crede că nu există, ci este numai consecința artritei găurilor de conjugare, a coloanei lombo-sacrate, a spondilitei periostale cronice subacută sau acută, cu puseuri inflamatorii repetate și faze de acalmie. Acest autor, consideră sciatica un sindrom care totdeauna e simptomatic. După cum se vede, autorii nu sunt toți de acord asupra clasificării sciaticelor și prin urmare nu este încă o clasificare definitivă.

Evoluția.

Este foarte variabilă. Ea depinde de diferiți factori și în special de factorii etiologici, deci de maladia cauzală. Sifilisul în perioada secundară are altă evoluție, decât în perioada terțiară, unde vindecarea este mai problematică. Tumorile, traumatismele, morbul lui Pott etc., determină o evoluție și un prognostic dubios.

În formele nevralgice pure, evoluția este rapidă și vindecarea spontană. Durerea vie de la început, în sciatica esențială, se potolește lăsând loc în decurs de câteva săptămâni la o amorțire și o greutate a membrului inferior; apoi, puțin câte puțin, pacientul mobilizează membrul și caută să se antreneze și în timp de șase săptămâni până la 2—3 luni, vindecarea este completă. Uneori însă, vindecarea sciaticii esențiale nu e francă; un mers obositor, un pas greșit, o izbitură neașteptată, intemperiiile sezoniere, pot redeștepta durerea. Reșta vine intens ca și debutul, uneori mai atenuat și întretăiată de perioade de acalmie. Uneori chiar după o perioadă de mai multe luni sau ani, recidivează și criza reapare pe acelaș nerv, cu acelaș caracter. În formele nevritice și radiculare, evoluția e mai lungă, iar vindecarea spontană e excepțională. Recidivele sunt frecvente în special în formele de sciatică radiculară, unde sifilisul este în cauză. S'au văzut recidive chiar după 4—5 ani.

Prognosticul.

Variază după caz. Nevrita are un prognostic mai serios, față de nevralgie. În general, prognosticul este mai grav când bolnavul prezintă atrofie musculară și abolirea reflexului achilian. Apoi, constatarea contracțiilor lombare, cu scolioză homoloagă sau încrucișată, implică o formă mai severă și o evoluție mai lungă. Sifilisul în antecedente nu e atât de defavorabil.

În formele grave, severe, cu evoluție lungă, cu vindecare dificilă, Sicard a grupat următoarele elemente de prognostic: contracțiunea fibrilară a fesierilor sau a muschilor posterior ai coapsei, provocată prin palparea nervului la nivelul șanțului ischio-trochanterian; iradierea durerilor spre adductori și plica inghinală; asocierea contracțiilor lombare, cu sau fără scolioză; picior plat; oscilațiuni termice ușoare; toate aceste elemente, implică un prognostic defavorabil. Cei atinși de cancer visceral au nu rareori o sciatică, caracterizată printr-o evoluție lungă și prin faptul că nu cedează la tratament. Acești bolnavi au vârsta înaintată, slăbesc și au un ten alterat.

Diagnosticul.

În general e ușor, orientându-ne după simptomele obiective și subiective. Se sprijină mai puțin pe caracterul durerilor, decât pe turburările de sensibilitate obiectivă, modificările reflexelor tendinoase și hipotonia sau atrofia musculară. Sunt sciaticile unde simptomatologia este frustă, incompletă sau larvată și unde diagnosticul e mai dificil. În toate cazurile, vom căuta să stabilim diagnosticul etiologic, după care ne vom orienta în instituirea tratamentului. Mai greu este de a depista *simularea*. Aceasta depinde în primul rând de gradul cunoștințelor medicale ale simulatorului.

Când un bolnav suferă în regiunea fesieră, pe partea posterioară a coapsei, uneori în regiunea poplitee sau la gambă, când toate eforturile sunt foarte dureroase și când impotența funcțională este considerabilă, dacă găsim punctele lui Val-leix, semnul lui Lasègne și dacă se mai adaugă și o atrofie musculară a fesei și o diminuarea a reflexului achilian, se poate spune că este vorba de o nevralgie sciatică.

Diagnosticul diferențial.

Se face mai ales cu leziunile articulare cronice de vecinătate.

1. *Artritele cronice ale coapsei*, pot da dureri analoage cu ale sciaticii. Vom examina riguros articulația, cercetând limitarea mișcărilor, înțepeneala și durerea pe care o provoacă mișcărilor. Facem apoi o radiografie.

2. *Sacro-coxalgia cronică*, sacro-coxalgia medicală a lui Rouquier, poate da dureri în regiunea fesieră. Chestiunea se pune dacă consecutiv nu este și o inflamație funiculară, dacă este sau nu asociată cu o sciatică funiculară. Vom căuta semnul lui Lasègue și al lui Bonnet, punctele lui Valleix etc.

3. *Morbus coxae senilis*: durerea este localizată în partea cea mai îngroșată a fesei, între punctul iliac și cel fesier. Se recunoaște după cracmentul articular.

4. *Reumatismul vertebral cronic*, cu localizare lombară, *lombartria* lui Léry, *lombalgii cronice*, *lombalgii simple ale lui Sicard și Forestier*, sunt deopotrivă afecțiuni dureroase, cari se pot asocia sau nu cu o sciatică funiculară.

5. *Sacralizarea* vertebrei V-a lombară poate cauza adesea sindromul dureros al sciaticii. Aceasta este o anomalie caracterizată printr'o dezvoltare excesivă a apofizelor transverse, care se apropie de sacru sau chiar se sudează cu el. Simptomele dureroase sunt prezente mai ales atunci când sudarea se face incomplet. Uneori durerile lipsesc, alteori apar târziu, realizând când o sciatică, când o durere lombară, crurală sau coccigiană, iar alteori simulează morbul lui Pott. Radiografia singură ne precizează diagnosticul.

6. *Polineurita alcoolică* prezintă dureri bilaterale.

7. *Durerile fulgurante din tabes*, se pot confunda cu o sciatică.

8. *Durerile arteritelor din faza preobliterantă*.

9. *Compresiunea cozii de cal* poate da sciatică simptomatică, sau mai bine zis, algii sau polialgii.

10. *Meningo-mielitele părții terminale a măduvei*, în care elementul radicular joacă rol foarte important, poate determina un sindrom de sciatică.

11. *Histeria* poate da un sindrom senzitivo-motor, analog sciaticii, dar semnele obiective lipsesc și prezintă fenomene adesea contradictorii, cari sunt apanajul psicho-neurozelor.

12. *Pseudo-sciaticile*: mialgii și celulalgii.

După ce am stabilit diagnosticul de sciatică, facem diagnosticul diferențial între sciatică-nevralgie și sciatică-nevrită, apoi precizăm forma topografică, după simptomele descrise în alt capitol și în fine ne gândim și la diagnosticul etiologic.

Tratamentul.

Cel mai bun tratament este desigur acela care corespunde etiologiei și patogeniei sindromului sciaticii. Deci sciaticile secundare sau simptomatice, vor fi tratate după cauza care le-a provocat.

În sciatica acută. *Repaos absolut* în pat, gamba fiind menținută în semiflexiune. *Băi simple sau sulfuroase*, foarte calde (40°) timp de 10—15 minute, mai ales la indivizii tineri, cu un bun sistem cardio vascular.

Local facem *emisiuni de sânge*, sub formă de ventuze scarificate aplicate subplaca fesieră, în spațiul popliteu și la nivelul pulpei; sau mai bine aplicăm *vesicatorii succesive*, în partea posterioară a gambei bolnave. Local se mai aplică *pomezi*, cari pe lângă încălzire, lucrează și ca antireumatismal (balsam aroma, balsam Bengué etc.). Punctele de foc și aplicarea kelenului, astăzi nu se mai întrebuițează.

Dacă sciatica este reumatismală, dăm salicilat de sodiu 4—8 gr. pe zi sau aspirină 4 gr. pe zi, sau salipirină 4 gr. pe zi. În alte cazuri, prescriem antipirină 2—4 gr., piramidon 1—1,50 gr. etc. În cazuri cu dureri atroce facem inj. cu morfina.

Injecțiuni: subcutanate sau intramusculare, cu soluție de antipirină, acid carbolic, albastru de metilen.

Pe traiectul nervului, sau perineural, se întrebuițează în cazuri rebele injecții cu alcool, apă distilată, soluție izotonică de antipirină.

Alcoolizarea locală se face în afara nervului sciatic, în vecinătatea sa la câțiva cm. (3—6) de marea scobitură sau de șanțul de trecere. Aceasta, printr-o neuroлиза sciaticului prin alcool, dă turburări paralizice. Se practică în aceeași ședință în punctele vecine, încercuire cu alcool, fie de la marea scobitură a sciaticului, fie de la șanțul ischio-trochanterian, 3—4 inj. de câte 2—3 cm. alcool 90°, în prealabil antipirinat cu 15—25 ctg. antipirină pe cm³. În total 8—10 cm³ alcool + 2 gr. antipirină. Injecția se repetă la 2—4 zile, până la vindecare. Alcoolul nu are acțiune specifică, ci lucrează ca un revulsiv profund, ca și serul sărat hipertonic, apa distilată, soluție simplă de antipirină, de strichnină etc. Preferăm alcoolul printrucă se păstrează aseptice și are o mare putere revulsivă (Sicard).

Injecțiile epidurale. Când alcoolizația este insuficientă, recurgem la injecții epidurale. Acestea necesită o tehnică specială. Se introduce în spațiul epidural sacrat 10—20 cm³ apă clorurată izotonică, la care se adaugă în total 2—3 ctg. novocaină, stovaină sau cocaină. Injecția se repetă cam de 2 ori pe săptămână, până la vindecare. Un succedaneu al cocainei este *sincaina*, care pare a da rezultate mai bune. Nu se va aplica însă, decât în sciaticile primitive sau esențiale. Doza este de 0,20—0,30 ctg. sincaina, disolvată în 10—13 cm³ de ser. Inj. se va repeta la 5 zile până la vindecare. Când injecțiile în canalul sacrat sunt contraindicate, sau când bolnavul prezintă sciatică cu lumbalgie, sau când avem de a face cu o sciatică funiculară superioară, se fac *injecții epidurale lombare* între vertebrele IV-a și V-a lombare.

Metodele fizioterapice. Au indicații în unele perioade de evoluție: radioterapia, electroterapia, masajul, băile calde, băile de soare, aerul cald, lumina albastră, cura termală etc.

Radioterapia. Țesutul nervos, atât cel central cât și cel periferic, este unul din țesuturile cele mai radio-rezistente. iradiațiunile intensive și prelungite, nu sunt capabile să dea modificări histologice. Tratamentul cu raze Roentgen, are de scop să facă să retrocedeze puseurile inflamatorii, printr'o acțiune decongestivă, atacând numai leziunile iritative, cum este artrita, periostita, făcând să se topească tecile de infiltrație care înconjoară nervul. Rezistența mare a nervului la raze permite ca să acționăm într'un fel energetic, dacă vrem să obținem resorbția unei tumori care comprimă nervul. La început, medicii făceau iradiațiuni pe tot traiectul nervului. Azi se tinde din ce în ce a se face iradiațiuni numai pe regiunea de urgență a nervului. Unii utilizează acțiunea combinată a radioterapiei radiculare, cu ionizare și diatermie, aplicate pe traiectul nervului. Unii utilizează aceste metode consecutiv, alții simultan. Iradiațiunile sunt repetate la câte 2 zile, cu un maximum de 4—5 ședințe.

După 10 zile de repaos, se face o nouă serie de 3—4 iradiațiuni. După ce am utilizat iradierea în doză forte, vom trece la o iradiere mijlocie penetrantă, corespunzătoare la o lungime de 20—25 cm. de scântee echivalentă și filtrată prin 5 mm. de Al. Sciaticii vechi cer doze mai mari ca cei recenți. Bolnavii recenți cedează la doze ușoare. Sunt bolnavi cari după prima iradiațiune se ușurează. De cele mai multe ori însă, se produce o exacerbare ușoară și de scurtă durată, deaceia este bine să prevenim bolnavul. Sicard practică de obicei o serie de 8 ședințe, separate prin câte 3 zile interval. În general bolnavii sunt mult ameliorați dela VI-a ședință. La a VII-a de cele mai multe ori, durerea a dispărut complet.

Diatermia. Curenții de înaltă frecvență, cari traversează țesuturile corpului uman, sunt incapabili de a da efecte electrolitice sau motoare, în baza chiar a alternanței lor. Trecerea lor prin țesuturi, se poate manifesta prin alte reacțiuni. Dacă acești curenți, se trec în unele condițiuni, se obțin fenomene termice, datorite transformării în căldură, a energiei electrice. Căldura astfel obținută, se produce chiar în interiorul țesuturilor. Prin unele artificii de tehnică, se va realiza fie o simplă încălzire, fie o adevărată distrucție a țesuturilor prin căldură. Unul din principalele scopuri ale diatermiei, constă deci în a încălzi regiunea interesată. Diminuarea durerilor nu este totdeauna imediată și ca și la radioterapie, diatermia provoacă uneori o creștere a durerilor, după primele ședințe. Sciaticile recente sunt susceptibile a fi tratate cu diatermie. Efectele durabile sunt simțite mai încet. Se fac ședințe cotidiene și uneori două pe zi.

Doza variază după autor.

Ionizarea are de scop nu de a produce transformări în țesuturi, sub simpla influență a trecerii curentului electric, ci de

se introduce în organism medicamente sau mijloace de electrofizică.

Diatermo-ionizarea. Se face o ședință de diatermie, apoi se face o ionizare a doua zi, păstrând această alternanță, pentru tot tratamentul. În acest mod efectele se completează, iar ameliorarea este mai rapidă.

Razele ultra-violete dă rezultate bune, mai ales în sciaticile recente.

Masaajul este recomandat în celule.

Balneo-terapie. Se recomandă băile sulfuroase, iodate, termale și băile de nămol: Govora, Mehadia, Pucioasa, Herculane, Vulcana, Felix etc.

Vaccino-terapie: se fac vaccinări cu staphilococcus și prodigiosus.

Psichoterapie: mai ales în cazuri de sciatică histerică.

Sciaticile secundare vor fi tratate după cauza care le-a provocat.

Când sifilisul este în cauză (nevrită radiculară sclerogomoză, sau gomă de vecinătate), prescriem tratamentul antisifilitic mixt: injecții de biiodură de Hg 2 ctg. și iodură de potasiu 3—4 gr. pe zi; acesta se preferă înaintea preparatelor arsenicale.

În caz de paludism, facem injecții de chinină pe cale hipodermică.

Dacă tuberculoza e în etiologie, facem tratamentul simptomatic și foarte des pur paliativ.

Când sciatica este cauzată de *diabet, hémoragie, alcoolism, saturnism* etc., facem tratamentul boalei respective.

În cazuri de sciatică datorită compresiunii nervului sau iritării lui prin eschile, exostoze, tumori sau cicatrici, facem *tratamentul chirurgical,* care variază după caz.

Simularea.

Sciatica este o afecțiune, care se încearcă de mulțori a fi simulată de cei cari vor să scape de armată, de o pedeapsă, să primească titlul de invalid de război sau pensie în cazuri de accidente de muncă. Simularea nevralgiei sciatică este relativ ușor de făcut și depinde de gradul cunoștințelor medicale ale simulatorului, de aceea depistarea simulației dă uneori mult de lucru experților și-i obligă să observe pe simulant mai multă vreme. Simularea nu se ghicește, ci se diagnostichează, de aceea se cere expertului multă prudență. Uneori se fac erori, pentru că nu există metode speciale pentru diagnosticul simulării. Sunt însă două criterii absolute: *flagrantul delict* și *mărturisirea* și să nu uităm că simulatorul are de multe ori un complice.

Când avem de a face cu o sciatică nevrită, cu semne obiective evidente, nu rămâne nici o îndoială că este o sciatică adevărată, dar nu e același lucru cu nevralgia sciatică.

Confuzii regretabile s'au putut comite între sciatica histe-rică și cea simulată.

Să nu se piardă din vedere că alături de simulația ade-vărată, este și o *supra-simulație* (amplifierea simptomelor, mai mult sau mai puțin reale) și o *meta-simulație* (încercarea de a convinge că există încă o turburare, care a dispărut deja).

Accidente de muncă. În legătură cu accidentele de mun-că, sciatica poate surveni în urma unui traumatism asupra nervului sau în urma unei *intoxicațiuni profesionale* (satur-nism, hidrargirism, intoxicație cu oxid de carbon etc.), cari producând impotența funcțională a membrilor inferioare, pot da naștere la cereri de rentă. În aceste cazuri se stabilește *procentul invalidității permanente și parțiale*. Când afecțiu-nea trece în cronicitate și renta devine pe viață. Medicii casei cercuale, au instrucțiuni, unde sunt prevăzute în procente-*renta*, după gradul invalidității.

În ce privește bolile profesionale, în Franța, pentru a nu se face abuzuri, s'au încadrat prin lege toate profesiunile în cari pot surveni aceste boli. La noi, bolile profesionale nu sunt legiferate.



Statistică.

În clinica Psihiatrică din Cluj, în decurs de 5 ani, au fost internăți un număr de 72 de bolnavi cu diagnosticul de sciatică.

În anul 1929 au fost 12 cazuri

"	1930	"	"	8	"
"	1931	"	"	6	"
"	1932	"	"	9	"
"	1933	"	"	37	"

Total 72 cazuri

Raportând numărul bolnavilor la vârstă, găsim următoarele proporții:

Un singur caz de 19 ani	1	cazuri	
Dela 20—25 ani	9	"	12,50%
" 25—30	14	"	19,44%
" 35—45	24	"	33,33%
" 45—55	19	"	26,38%
" 55—73	5	"	6,93%

Deci se vede că numărul cazurilor crește cu vârsta, pentru-ca între 35—50 ani să prezinte maximum de frecvență. De la 50 ani numărul scade, pentruca după 70 ani sciatică să fie foarte rară.

Numărul bolnavilor după sex.

Bărbați	54	cazuri	75%
Femei	18	"	25%

Sciatică este mai frecventă la bărbați, ei fiind mai expuși intemperțiilor atmosferice și accidentelor.

Numărul cazurilor după profesiune.

Muncitori manuali	37	cazuri	51,38%
Ocupații casnice	15	"	20,83%
Diferite ocupații	9	"	12,61%
Intelectuali	10	"	13,88%

Cele mai numeroase cazuri au survenit la muncitorii manuali și la ocupațiile casnice. Intelectualii suferă mai rar de sciatică.

După localizare.

Unilaterale în dreapta	31 cazuri	43,05%
„ „ stânga	27 „	37,47%
Bilaterale	14 „	19,44%
	<u>Total</u>	<u>72 „</u>

După debut.

Insidios	60 cazuri	83,33%
Bruse	12 „	16,66%

Dintre cazurile cari au survenit brusc, trei s'au manifestat în legătură cu un accident traumatic, 2 în legătură cu un efort, unul datorit unei răceli și numai 6 cazuri au apărut brusc, fără nici un accident causal.

Clasificate după etiologie avem următoarele proporții.

Fără cauză evidentă	37 cazuri
După o răceală	21 „
După un traumatism	5 „
Intoxicație cu alcool și morfină	1 „
Celulită	1 „
Reumatism poliarticular	3 „
Afecțiuni ginecologice	3 „
După o injecție intrafiesieră	1 „
	<u>Total 72 cazuri</u>

Cele mai multe cazuri s'au manifestat fără o cauză evidentă, sau au survenit în urma unei răceli.

Cazuri cari au prezentat și alte afecțiuni consecutive.

Cazuri de sciatică și infecție sifilitică	8 cazuri
„ „ „ „ tuberculoză pulm.	2 „
„ „ „ „ hipertensiune	2 „
„ „ „ „ Sacralizare	19 „
„ „ „ „ Spina bifida	5 „
„ „ „ „ Artrita deformată	4 „
„ „ „ „ Coxalgie	1 „
„ „ „ „ varice	2 „

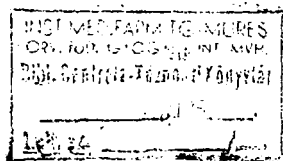
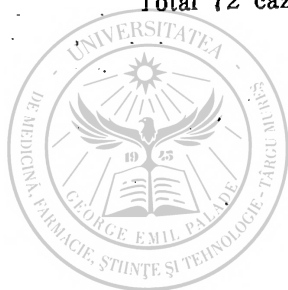
Cazurile cu sacralizare se distribuie după cum urmează :

Sacralizarea bilaterală	13 cazuri
„ „ unilaterală	6 „
	<u>Total 19 „</u>

Cazuri numai cu sacralizare	11 cazuri
" cu sacralizare plus răceală	3 "
" " " " reumat. lombo-sacral	1 "
" " " " poliartic.	1 "
" " " " vertebral plus spina bifida	1 "
" " " " Spină bifidă	2 "
Total 19 cazuri	

Rezultatul tratamentului.

Vindecați complet	10 cazuri	13,88 %
Mult ameliorați	8 "	11,11 %
Ameliorați	31 "	43,05 %
Puțin ameliorați	3 "	4,15 %
Nevindecați	5 "	6,94 %
Nu au primit tratam. complet, sau sunt în curs de tratament 15 "		
Total 72 cazuri		



Concluziuni.

1. Sindromul sciaticii este datorit unei iritațiuni toxice sau inflamatorii, eventual unui traumatism sau unei malformațiuni și survine mai ales în sezonul rece.

2. Sciaticile reumatizmate sau esențiale sunt mult mai numeroase decât cele secundare sau simptomatice.

3. Vârsta de predilecție a sciaticii este între 30—50 ani. După 50 ani frecvența scade, pentruca după 70 ani să fie foarte rară.

4. Multe cazuri de sciatică se datoresc unei anomalii de osificare, în special sacralizarea vertebrei V-a lombară. Sunt multe cazuri însă de sacralizare, fără sindrom de sciatică. Statistica ne arată un număr de 19 cazuri de sacralizare, la 72 cazuri de sciatică (26,38%), dintre cari 10 cazuri au prezentat numai sacralizare, fără altă cauză care ar fi putut determina sciatica.

5. Sciatica rămâne adesea rebelă la tratament. Cele mai multe cazuri recidivează și un număr mai restrâns se vindecă complet.

Cluj, 1 Martie 1934.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății de Medicină

Președintele tezei.

ss. Prof. Dr. Gh. MARTINESCU

ss. Prof. Dr. C. URECHIA

Bibliografie

Sergent—Ribadeau—Dumas, Babonneix: Neurologie II. Paris, 1924.

J. Lévy—Valensi: Diagnostic neurologique. Paris 1925.

Lortat—Jacob et Săbăreanu: Les sciatiques, leurs traitements 1913.

F. J. Collet: Précis de Pathologie internă, tome I Paris, 1926.

Victor Papilian: Tratat de anatomie umană vol. I.

Bădescu—Apostol—Popărlan: maladii simulate: Sciatica.

Henri Roger: Formes cliniques et traitements des Sciaticques rhumatismales Presse Médicale 1930.

Louis Delhern et François Nilus: Radioterapie lombosacrée et périphérique, appliquées à la Sciaticque. Presse médicale 1932.

Henri Claude: Maladies du système nerveux. Paris 1926.

Martinet: Thérapeutique clinique. Paris 1923.

Paul Lagéze: Sciaticque, teză 1928 Lion.

Corchet: Traitement du sciaticque, teză Paris 1926.

André Léri: La V-a vertèbre lombaire et ses variations. Presse médicale 1922.

Zimmern, Laurel et René Weill: Sacralization vraie de la V-a lombaire et algies sciaticques Presse médicale 1922.

Fallex: Sciaticques et leurs traitements 1927 Paris teză.

L. Cheinisse: Sur la phlébologie sciaticque et la neuralgie sciaticque. Presse Médicale 1922.

Le de Gennez: Nevrite Sciaticque saturnine. Presse Médicale 1922. Presse Médicale 1927 pag. 893.

Déjerine: Semiologie des affections du système nerveux 1914.

Stefănescu Aurora: Contribuțiuni la studiul turburărilor nerveose în spina bifida occulta. Teză, București 1928.

P. Chavigny: Diagnostic des maladies Simulées Paris 1906.

Dr. M. Kernbach: Cours de Médecină legală. Cluj, 1933.

BIBL. MED. ...
C.M. TUD. ...
Bibl. cont. ...
14850 46/51