

# LOMBARTRIA

TEZĂ

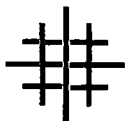
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 19 NOEMBRIE 1936.

DE

CONSTANTIN FR. DANEȘ



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”  
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

**Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.**

Profesor:

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. D.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei . . . . .	” ”	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie . . . . .	” ”	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	” ”	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	” ”	<i>Buzoianu G.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	” ”	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semnologie medicală . . . . .	” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală . . . . .	” ”	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală } . . . . .	” ”	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }		
Medicina legală . . . . .	” ”	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	Supl. ”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă . . . . .	Prof. ”	<i>Popoviciu 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>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	” ”	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană . . . . .	Supl. ”	<i>Drăgoiu I.</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>Vasilu T.</i>

**JURIUL DE PROMOȚIE**

Președinte: Prof. Dr. C. Urechia

Membrii: { Prof. Dr. D. Michail  
 ” ” I. Hațieganu  
 ” ” V. Papilian  
 ” ” M. Kernbach

Supleant: Docent Dr. C. Veluda.

## Introducere.

Regiunea lombară este o parte a corpului omenesc unde foarte mulți bolnavi acuză dureri. Ei vin la consultație plângându-se de dureri „în șale“, „la rinichi“, iar când li se cere bolnavilor să precizeze sediul durerilor, ei indică în mod sistematic coloana vertebrală sacro-lombară.

După ce au localizat aceste dureri, bolnavii se plâng de iradierile lor în regiuni diverse ca, pelvis, fese, perineu sau membrele inferioare. Bolnavii ne istorisesc lucruri neprecise, ori o cădere pe șezut sau spate sau un efort violent și adeseori ei invocă o durere „de rinichi“, consecutivă unui efort făcut pentru a ridica greutatea mari, sau în urma unui șoc violent asupra părții inferioare a coloanei vertebrale.

Astăzi, grație unor cercetători eminenți de talia lui *Léri*, *Sicard*, *Putti*, *Pierre Marie* etc, patologia regiunii sacro-lombare este în mare parte clarificată. Pe vremuri ignoranța ne-o ascundeam sub termenii atât de comози de „sciatică“, sau de „reumatism“.

Numărul afecțiunilor cari pot da dureri în regiunea sacro-lomba cu sau fără iradierii în regiunile vecine este foarte mare.

Toată lumea știe că zonele de tranziție ale coloanei vertebrale și în special regiunea sacro-lombară, sunt sediul unor variațiuni morfologice multiple, al căror număr crește într'una, pe măsură ce examinările se practică mai sistematic și aparatura radiografică se ameliorează.

Dacă ne vine un pacient și ni se plânge de dureri sacro-lombare, trebuie să ne gândim la schelet, la rachis, putând

face altfel greșeli mari de diagnostic și terapeutice, considerând drept benigne leziunile grave sau invers.

Deci se impune să se facă un examen complet al bolnavilor cu dureri în regiunea sacro-lombară, prin examen complet înțelegând, înafara examenului clinic, un examen radiografic al regiunii dureroase și a rachisului în întregime, deoarece ne poate da cheia diagnosticului.



## Etiologia.

Lombartria este un reumatism cronic, localizat la regiunea lombară. Fiind deci vorba de reumatism cronic, ne vom ocupa de factorii cauzali ai reumatismului cronic și în special de cauzele lombartriei.

Dela *Beau*, toți autorii au făcut legătura cauzală între reumatismul cronic și acțiunea prelungită a frigului umed. *Charcot* zice, că la indivizii predispuși, frigul umed poate să producă fie reumatism acut fie reumatism cronic. El recunoaște că umiditatea unei locuințe constituie cauza apariției reumatismului; el constituie boala caselor umede, întunecoase, e o boală a mizeriei, a cărei agent provocator e frigul umed.

Dacă autorii cari s'au ocupat cu etiologia reumatismului cronic, au recunoscut acțiunea nocivă a frigului și influența sa în producerea acestei boli, mecanismul intim al acestei acțiuni este încă foarte obscur.

În această privință există două ipoteze.

Asfel după unii, frigul umed ar acționa modificând starea celulelor noastre, alterându-le vitalitatea, făcându-le să secreteze toxine, cari puse în circulație, s'ar duce să se fixeze în meningele rachidian, pentru a da o pachimeningită toxică; trofonevroza astfel provocată ar fi rezultanta unei autointoxicații.

După alții, agentul patogen al bolii s'ar afla în mușchii care se găsește pe pereții și plafonul locuințelor umede. Cercetările ultimilor ani caută să dovedească că frigul umed acționează în felul unui agent care scade rezistența organismului, prin faptul că substanțele cari apără organismul sunt diminuate, *Keyser* a văzut la animalele expuse la acțiunea frigului umed, că opsoninele scad chiar până la 50%. Unii microbi, pe de altă parte, pătrund datorită frigului în organismul nostru.

Se poate deci admite că frigul acționează în două feluri: pe deoparte scade cantitatea de substanțe cari apără organismul și prin aceasta ușurează pătrunderea agenților patogeni în țesuturi.

Vârsta și mai ales profesiunile măresc predispozițiunile create de frig.

Acțiunea traumatismului în geneza reumatismului cronic, și în special în cazul lombartriei, a fost mult apreciată de *Léri* și *I. Teisser*. După acest ultim autor, traumatismul ar avea o acțiune localizatoare, predispozantă și predominantă în caz de lombartrie.

## Simptomatologia.

Lombartria sau reumatismul lombar cronic a fost considerat mai de mult ca o raritate clinică. Cei mai mulți autori susțineau că lombartria se observă la oamenii în vârstă, între 40—60 ani sau chiar mai bătrâni. Ea niciodată nu ar interesa numai coloana vertebrală, întotdeauna fiind interesată și articulațiunile membrelor.

Durerea, contractura mușchilor perivertebrali și anchiloză osoasă imobilizează spatele.

Este o afecțiune progresivă.

Formele localizate sunt mai rare decât cele generalizate. *I. Teissier* și *Jouve*, descriu o formă dorso-lombară, cu evoluția progresivă, foarte gravă, cu o impotență absolută a celor două membre inferioare, atrofii musculare considerabile, adeseori artopatii secundare la nivelul ambilor genunchi, turburări vasomotorii intense, edeme masive, elefantiasis etc.

Reumatismul lombar cronic, lombartria, nume pe care pentru prima oară îl întrebuițează *Léri*, este observat de el la soldați, în vârstă de 20—40 ani. Boala se prezenta cu o mare frecvență, cu o evoluție diferită de tot ce se știa până atunci. Bolnavii merg spre internare pentru un lumbago sau pentru o sciatică, adeseori bilaterală. Ei se plâneau de dureri vii, continue și paroxistice în regiunea sacro-lombară și adeseori în fese și coapse.

Simptomatologia în cazul lombartriei este următoarea.

Atitudinea este cât se poate de variabilă. Bolnavii rar stau drepti când stau în picioare. Aproape întotdeauna trebuie să-și țină corpul aplecat înainte și genunchii mai mult ori mai puțin flectați.

Această flexiune este de așa natură încât trunchiul face cu coapsele un unghi, care variază între  $170^{\circ}$ — $140^{\circ}$  și chiar mai puțin. La nivelul plicii coxo-femorale se produce un oarecare grad de cifoză dorsală sau dorso-lombară.

Deasemenea bolnavii mai prezintă și lateral o înclinare, mai mică uneori, alteori mai mare, la dreapta sau la stânga.

Deviații angulare nu există, înclinarea amintind scolioza consecutivă sciaticiei.

Un fapt de mare însemnătate este că atunci când există dureri sciatică, înclinarea trunchiului se face de partea dureroasă, scolioza este „omoloagă“, ceia ce este cu totul excepțional în sciatica vulgară.

Când bolnavul stă în picioare, se observă adeseori un oarecare grad de impastare a regiunii lombare, însă fără înroșire, fără căldură, fără un adevărat edem; proeminențele pe cari le fac apofizele spinoase ale vertebrelor lombare, adeseori sunt numai ușor estompate. De cele mai multe ori nu există decât o ștergere a lordozei lombare fiziologice. Uneori lordoza este înlocuită printr'un oarecare grad de cifoză. În acest caz se vede o proeminare a liniei apofizelor spinoase la nivelul vertebrelor II, III, IV lombare.

În încercările pe cari le face bolnavul de a se apleca înainte, se constată că această înclinare este foarte redusă, că genunchiul pe care îl face trunchiul cu coapsele atinge arareori și depășește chiar unghiul drept.

Vedem apoi că în această poziție plecat înainte, că proeminarea liniei spinoase lombare se accentuează devenind nesus de evidentă. Este adevărat însă că proeminarea aceasta a apofizelor spinoase lombare chiar în mod fiziologic este variabilă după indivizi. În stare normală însă nu se observă o linie spinoasă atât de proeminentă și să intereseze un număr atât de limitat de vertebre și limitat numai la vertebrele dureroase.

Un individ normal când se apleacă înainte, căutând să atingă cu vârful degetelor dela mâini vârful degetelor dela picioare, coloana lombară dorsală descrie un arc de cerc con-

tinuu cu raza mai mult sau mai puțin convexă la nivelul regiunii lombare.

Un bolnav de lombartrie însă când se apleacă înainte, înafară de faptul că flexiunea trunchiului este mai puțin accentuată, se constată că regiunea lombară desemnează un arc de cerc foarte ascuțit și cu raza scurtă, regiunea dorsală un arc de cerc mai accentuat și cu raza mai mare; între ele există o adevărată depresiune. Linia spinoasă apoi departe de a fi regulat curbă, este ca ondulată. Proeminența aceasta lineară foarte specială este pentru *Léri* aproape un semn patognomic al acestei afecțiuni. *Léri* mai afirmă că ea nu există în toate cazurile de reumatism lombar cronic, însă când ea există, are o valoare mare. Ea a fost aceia care i-a atras atenția îndeosebi lui *Léri* și care l-a îndemnat să facă examinări radiografice, furnizându-i aproape întotdeauna un rezultat net pozitiv.

În mod curent se admite, aproape în chip dogmatic, că orice leziune rachidiană determină o contractură a mușchilor perivertebrali și o imobilizare a coloanei vertebrale sau dacă nu cel puțin a unei porțiuni din ea. Astfel este pentru morbul lui *Pott*, care pentru mulți, rezumă aproape toată patologia coloanei vertebrale. Ori, *Léri* afirmă, că la bolnavii observați de el nu a existat o contractură a mușchilor sacro-lombari, ei sunt puțin îngroșați sau mai contractați, însă într'un grad mai mic decât sunt în sciaticile vulgare.

Bolnavii prezintă o reducere a mobilității active a coloanei vertebrale. Ei nu pot, în general nici să-și redreseze complet nici să se aplece înainte ca indivizii normali. Cu toate acestea când se apleacă se vede clar că vertebrele regiunii bolnave nu sunt imobilizate unele de altele ca în morbul lui *Pott*, ei nu prezintă un rachis rigid ca de lemn.

În ceiace privește mobilitatea coloanei vertebrale, pe cari am putea-o numi pasivă, ea este păstrată într'un chip cu totul surprinzător. Fiind culcați pe un pat, ei nu pot să se întindă perfect, capul, bazinul și picioarele ating planul patului. Culcați pe abdomen, deasemenea ei pot să se întindă complet, deși poziția în general este foarte dureroasă. Se mai constată apoi că lordoza lombară fiziologică, care în stare normală este foarte accentuată, în această poziție nu se mai produce sau se accentuează puțin. În această poziție dacă ri-



dicăm bolnavul de coapse se observă că, coloana lombară se scobește mai mult ori mai puțin, ceiace evidențiază o conservare accentuată a mobilității vertebrelor unele față de altele. În sfârșit, când pacientul fiind ridicat în picioare, înclinăm umerii alternativ la dreapta și la stânga, vedem că mobilitatea laterală a rachisului este mai pronunțată în regiunea dorsală decât mai jos, însă ea nu-i complect abolită în regiunea lombară, după cum ea este spre pildă în morbul lui Pott lombar.

Aceste tentative de înclinări laterale ale trunchiului adeseori provoacă o oarecare durere, fie în lombe, fie în special în fese și în coapse; însă această durere este adeseori mai puțin accentuată de cât în sciatica vulgară și mai mult ea se produce în înclinarea trunchiului de partea o pusă aceleia de care suferă bolnavul, ceiace este excepțional în cazul sciaticii vulgare.

Înainte vreme, absența contracturei și a imobilizării rachidiene, era un semn aproape suficient pentru a elimina posibilitatea existenței unei leziuni inflamatorii vertebrale. Vertebrelor păstrându-și mobilitatea și bolnavul fiind complect redresat coloana nu-i interesată.

*La examenul radiografic*, făcut anterior, se vede în general că, corpurile vertebrale sunt foarte scobite, printr'o lărgire a extremităților lor superioare și inferioare și printr'o mărire relativă a părții lor mijlocii. *Léri* le numește: vertebre „în diabol”.

Dealtfel, pe un oarecare număr de vertebre, pe acelea în special unde durerea și mai ales proeminențele spinoase sunt la maximum, se constată că extremitatea superioară sau inferioară se prelungește într'un fel de cioc, mai mult sau mai puțin alungit, recurbat și subțiat, dând o imagine caracteristică în cioc de papagal.

Aceste proeminențe osoase cari merg subțindu-se una înaintea celeilalte, plecând dela două vertebre suprapuse, sfârșesc în mod sigur prin a se suda și prin a imobiliza aceste vertebre. Ele însă rămân foarte mult timp distincte, separate la nivelul discurilor intervertebrale, astfel le-a observat *Léri*.

Această proliferare osteofitică nu merge fără un oarecare grad de decalcifiere și de osteoporoză a osului. Această osteită rarefiantă, până la un oarecare punct inseparabilă de

reumatismul cronic, dă neoformația care împrumută vertebrelor aspectul lor mult ciuruit și-anormal de transparent.

În fine, după cum au constatat *I. Teissier, și Léri*, toate apofizele spinoase, transverse, articulare cât și lamele vertebrale sunt îngroșate. Este apoi foarte probabil că această îngroșare difuză și probabil sudura apofizelor spinoase dă în parte linia spinoasă lombară, când bolnavul se apleacă înainte și proeminența osoasă, care a fost observată clinic de către *Léri*.

Constatările anatomo-radiografice, mai mult decât cele clinice ne permit deci de a afirma existența unui reumatism vertebral cronic, localizat în regiunea lombară, cu alte cuvinte a lombartiei.

Bolnavii studiați de *Léri* erau relativ tineri, nici unul din ei nu mai prezenta vreo alterare reumatismală la nivelul membrilor. Deci este vorba de o formă clinică specială precis localizată, foarte diferită de toate celelalte varietăți de reumatism vertebral. *Léri* îi dă numele de lombartrie, denumire care afirmă atât localizarea sa esențială, cât și originea reumatismală.



## **Evoluția.**

Dacă am judeca aprioric, am fi tentați să considerăm lombartria ca progresivă, definitivă și incurabilă. Are caracterul progresiv, ducând la anchiloză; contrar cu forma indivizilor bătrâni, la indivizii tineri această afecțiune evoluează prin puseuri, durând 2—10 luni, coloana lombară se îndreaptă și s'au observat cazuri de vindecări.

*Léri* a observat această evoluție la unul din bolnavii săi și anume la acela care prezenta cea mai mare incurbare, la cel care părea că suferă mai mult și a cărui leziuni vertebrale la radiografie era printre cele mai nete și cele mai indiscutabile. După 3 luni, acest bolnav a dat impresia că este vindecat, nu mai prezenta dureri, nici spontan și nici la presiune, nici în timpul mișcărilor. El avea o atitudine perfect dreaptă și se putea pleca perfect înainte. În sfârșit, coloana vertebrală lombară a redevenit dreaptă și cifoză a fost înlocuită printr'o lordoză fiziologică.

O asemenea posibilitate de vindecare, trebuie să o avem în permanență în vedere și just apreciată, atât în ce privește aprecierea rezultatelor tratamentului instituit cât și a eventualelor hotărâri de luat pentru reluarea activității.

Ar fi greșit de considerat lombartria ca o boală specială doar vieții militare, cu toate acestea lombartria a devenit mai frecventă dela marele războiu încoace.

Cauza acestei frecvențe anormale ar trebui căutată în condițiunile speciale în care se află soldatul în timpul campaniei, el doarme, chiar în cantonamente de odihnă, pe pământul umed sau dacă nu în orice caz pe paie umede ori în locuri umplute de apă; când este în linie, el doarme adeseori în apă chiar, de care nu poate fi scutit tranșeul sau adăpostul; deasemenea el are spatele rezimat de pământ umed.

Un alt factor adjuvant este surmenajul adeseori atât de excesiv la cari sunt supuși mușchii spatelui și în special lombele la soldat, din cauza marșurilor numeroase, a sacului în spinare.

Deci lombartria este efectul localizării la spate a umidității și a oboselii.

Dacă această afecțiune frecventă și atât de caracteristică, nu a fost semnalată până la *Léri*, a fost din cauză că nu a fost suficient izolată și descrisă până atunci de autor. Mulți din bolnavi au fost calificați ca suferinzi de simple spondilite, camptocormii, camptorachis; toate aceste denumiri având drept scop de a indica atitudinea de incurbare a trunchiului, fără a implica patogenia sa.

## Diagnosticul diferențial.

Un prim diagnostic diferențial trebuie făcut cu lumbago.

1. *Lumbago* este sindromul dureros al regiunii lombare. *Sicard și Forestier* au revenit asupra rachialgiei lombare, care are legături clinice cu lombartria, însă care, pe dealtă parte, este justiciabilă de o terapie curativă prin laminectomie și care nu prezintă leziuni la radiografie.

În lumbalgie avem impresia că dacă durerea lombară ar fi suprimată, rachisul inferior ar pierde din rigiditatea sa musculară și toată coloana vertebrală și-ar recâștiga suplețea.

dintr'odată. Când durerea cedează în atitudinea orizontală, poziției culcată contractura dispare, dispărând și atitudinea aplecată ca și în cazul spondilitei prin obuz sau camptocormis (*Souques*), observată frecvent în timpul războiului mondial.

Nu trebuie să uităm însă că bolnavul care suferă de lombartrie se redresează perfect dacă îl culcăm orizontal pe un pat. Deasemenea constatarea leziunilor vertebrale la roentgen a lombartriei, constituie cel mai bun semn pentru a o deosebi de varietățile de lumbago prelungite subacute sau cronice.

Un alt diagnostic diferențial mai trebuie făcut cu turburările pur funcționale.

2. *Turburările pur funcționale* denumite camptocormis (*Souques*) sau camptorachis, dispar foarte repede în urma unui tratament psihoterapeutic. Cazurile acestea au fost observate des în timpul războiului.

Din cauza că aceste camptocormis au caractere clinice asemănătoare cu ale lombartriei, vom insista ceva mai mult asupra acestor caractere în facerea diagnosticului diferențial. Clinic camptocormis prezintă o incurbare variabilă a spatelui cu o flexiune mai mult sau mai puțin accentuată a coapselor, dureri vii, redresare voluntară limitată și mișcări incomplete în poziția în picioare redresare completă și spontană pe un plan orizontal, indicând o conservare a rachisului.

Evoluția frecventă spre vindecare după un timp variabil, adeseori însă dificil de obținut și survenind după mai multe luni de încercări infructuoase psihoterapice, adeseori după aplicarea unui corset plat.

Caracterele clinice deci sunt aceleași atât în cazul camptocormis cât și în al lombartriei. Deosebirea se face radiografic prin prezența leziunilor caracteristice într'un caz și absența lor în cazul camptocormisilor.

Diagnosticul diferențial cu tuberculoza vertebrală lombară, adică cu boala lui *Pott*.

3. *Morbul lui Pott* lombar, prezintă simptome clinice identice. Diagnosticul diferențial se face găsim leziuni tuberculoase coezistente și în alte organe. Este incontestabil că un astfel de diagnostic diferențial este greu de făcut. Un examen complet al bolnavului utilizând toate procedeele de investigație (examen radiologic), ne vor permite să susținem că leziunea vertebrală lombară este de natură tuberculoasă.

4. Cu *sotatica* trebuie făcut iarăși diagnosticul diferențial fiindcă de foarte multe ori durerile bolnavului din regiunea lombară iradiază dealungul nervului sciatic. Caracteristic pentru ea fiind alitudinea bolnavului în picioare, în mers și în poziția șezândă apoi diferitele semne ale lui *Bonnet*, *Laségue* și punctele dureroase ale lui *Valleix*.

Diagnosticul diferențial cu sifilisul vertebral.

5. *Sifilisul vertebral*. Leziunile osoase pot să se manifeste în cursul sifilisului hereditar fie în perioada terțiară a sifilisului câștigat. Se caracterizează prin dureri precece violente nocturne, care nu sunt calmante prin odihnă și sunt însoțite de contractura musculară. Ele se află la nivelul regiunii lombare, însă pot iradia dealungul nervilor rachidieni și să dea sindrome de visceralgie din cauza hiperostozelor care nu lipsesc niciodată. Gibozitatea este înlocuită, pentru *Gibou* și *Trollart*, printr'o tumefiere rugoasă de consistență osoasă datorită procesului de hiperosificație.

La radiografie se vede în general o hipertrofie a apofizelor articulare, a apofizelor transverse, adeseori puncte clare datorite gomelor, înfărășit o subțiere a discului atins adeseori și el.

Diagnosticul se mai poate face cu *spondilita gonococică* și *spondilita tifică*.

## Tratamentul.

Odată precizat diagnosticul de lombartrie, în special grație examenului radiologic, tratamentul trebuie aplicat cu insistență.

Astfel tratamentul poate fi local și general; fizioterapie și medicamentos.

Tratamentul local consistă în aplicarea agenților fizici, în special a căldurii, aer cald, băi calde, comprese, cataplasme.

În ultimii ani s'a observat, grație cercetărilor fizicienilor asupra radioactivității, că acțiunea salutară a stațiunilor termale de nămol ori apă caldă nu-i datorită căldurii, ci datorită corpurilor radioactivi.

Pentru acest motiv s'a adresat terapia prin radium, sub diversele sale forme sau chiar radioterapie.

De altfel, se cunoștea de mult timp acțiunea analgesică a radiumului și s'au tratat durerile reumatismale prin injecții de substanțe radioactive.

Léri a utilizat bromura de thorium X; s'a observat că thoriumul acționează numai asupra durerii și nu asupra deformațiunii osoase. Cu toate acestea, suprimând durerea și în consecință contracțiunea reflexă, el poate diminua într'o porție mare impotența funcțională.

În urma atenuării durerii și a contracturii, s'a putut cu ajutorul mișcărilor pasive, cari altfel erau imposibile să se capete un oarecare grad de mobilitate.

*Tratamentul radioterapic* are o mare importanță în lombartrie. Este neîndoielnic că va trebui încredințat în mâinile unor specialiști buni, așa ca razele să nu fie dirijate la întâmplare, ci foarte precis îndreptate pe zonele bolnave; roentgenterapia nu are numai o oarecare acțiune antalgică, ci ea exercită o acțiune de a opri sau preveni activitatea osteoformatoare a periostului. Ori, cum în lombartrie, există o producere de osteofite într'un mod foarte frecvent, este neîndoielnic că radioterapia va găsi o indicație prețioasă.

*Tehnica radioterapiei în lombartrie*, după cum se aplică la Institutul de Radiologie, de sub conducerea domnului Prof. Dr. D. Negru, este următoarea:

Se iradiază regiunea dureroasă — adică regiunea lombară — întrebunțând 2 câmpuri laterale de mărime 10/15 la 30 cm. distanța focus-piele.

Tensiunea 160—180 Kv, 3—4 mA.

Dosare 33% DE — într'o ședință (200 r) iradiindu-se regiunea în 2 zile, cu interval de 1—2 zile sau în zile consecutive.

După 7—10 zile doza se repetă.

La 4—6 săptămâni, se repetă seria de mai multe ori. Printre ceilalți agenți fizici, diatermia pare a fi una dintre cele mai bune metode ale termoterapiei.

Un alt tratament e prin faradizare și electrizare cu rezultate foarte favorabile.

*Medicația internă*, va fi mai ales antalgică (aspirină, atofon); deasemenea vor fi indicate injecțiunile unei soluțiuni de iod: iodaseptină, sau iod asociat cu sulf.

## Observațiuni clinice.

Din foile de observație a clinicei psihiatrice de sub conducerea D-lui Prof. Urechea am extras următoarele cazuri caracteristice:

1. R. N. 49 ani, lucrător la magazinele C. R. În antecedentele ereditare și personale nimic important. Uzează de alcool ocazional, fumează moderat.

*Istoricul boalei.* Înainte de a intra în clinică au apărut dureri în fosa poplitee dreaptă, de unde mai apoi au început să iradieze durerile în sus spre fesă și în jos până la articulația tibio-tarsiană. În prezent durerile se mențin și are senzația de amorțeală și răceală la nivelul ultimelor două degete dela piciorul drept. Durerile se accentuează la umblat și răceală și se ameliorează și dispar complet la căldură și în repaos la pat. În mers șchiopătează cu membrul inferior drept, din cauza durerilor.

*Examenul fizic* nimic deosebit.

*Examenul nervos:* examenul globilor oculari nimic. Reflexele osteotendinoase: la membrele superioare se produc de ambele părți simetric. La membrele inferioare: rotulianul se produce; achilianul drept abolit. Reflexele Babinski și Oppenheim negative. Sensibilitatea: hipoestezie tactilă termică dureroasă, profundă la diapazon la membrul inferior drept.

Puncte Valleix deasemenea pozitive.

Static și dinamic nimic. Mișcările active și pasive libere la toate articulațiile.

*Examenul radiografic* al regiunii lombosacrate: corpul vertebrei V lombare turtit în părțile laterale, la partea superioară există o proeminență în formă de cioc.

Apofiza transversă mai îngroșată, iar cea stângă atinge aproape aripioara sacrului și creasta iliacă. Aspect de spondilită deformantă incipientă. Tratament: face trei ședințe de radioterapie. Pleacă ameliorat.

2. K. Fr. 49 ani, căsătorit, impiegat de mișcare C. F. R. (26 Noembrie 1933—3. XII. 1934).

*Antecedente heredo-colaterale și personale* nimic important.

*Istoricul boalei.* În 5 Noembrie i-au apărut dureri foarte întense în regiunea lombosacrată stângă, acompaniate de 38—

39° cari persistă trei zile. A treia zi i-au apărut dureri și la nivelul genunchiului stâng, neputând face nici o mișcare din articulație din cauza durerilor. I se prescriu medicamente în tablete și comprese calde, după care durerile din genunchiu și gamba stângă au cedat din intensitate, persistând în regiunea lombo-sacrată. În prezent acuză dureri în regiunea lombo-sacrată, cari se intensifică la schimbarea timpului.

*Examen fizic:* nimic.

*Examen nervos:* nimic.

Reflexele osteotendinoase normale, Babinski și Oppenheim negative.

Senzibilitatea obiectivă, tactilo-termică dureroasă, profundă la diapazon, păstrate. În regiunea stângă para-vertebrală, la nivelul articulației sacro iliace stângi apar dureri la presiune. La căutarea semnului lui Lasague de partea stângă bolnavul acuză dureri în genunchiul stâng și la nivelul articulației lombo-sacrate.

*Subiectiv:* acuză dureri în regiunea lombo-sacrată stângă; senzație de amorțeală la genunchiul stâng static și dinamic.

Mișcările active și pasive sunt libere în toate articulațiile. În mers schiopătează cu piciorul stâng.

*Radiologic:* articulația sacro iliacă nu prezintă nimic anormal. Vertebra V-a lombară prezintă o atingere a apofizei transverse drepte cu creasta iliacă. Corpul vertebral prezintă o turtire în sens vertical și o proeminență în formă de cioc, pe marginea inferioară stângă a corpului.

Aspectul radiologic este de spondilită deformantă a vertebrei V lombare.

*Tratament:* natriu salicilic intravenos, diatermie, atofan, iod per os. Pleacă ameliorat.

3. V. I. 52 ani, șef de tren (stă în clinică dela 13 XI. 1934, 15 I. 1935).

*Istoricul boalei:* boala actuală datează de un an și a debutat cu senzații de amorțeală la membrul inferior drept.

După o lună a început să-l doară acest membru mai ales când mergea sau stătea într'un loc rece. A stat la spital timp de o lună, unde a urmat diatermie și injecții de lapte. După patru săptămâni au apărut dureri la membrul inferior drept.

A întreprins fricțiuni cu spirt canforat, însă boala a rămas neschimbată.



*Examen fizic:* nimic.

Reflexe osteotendinoase conservate la toate membrele. Babinski și Oppenheim negative.

*Senzibilitatea obiectivă,* tactilă, termică, dureroasă, profundă la diapazon, păstrate.

Lasègue pozitiv la membrul inferior drept. Static și dinamic forța păstrată. Mișcările active și pasive sunt libere în toate articulațiile. În mers bolnavul șchiopătează cu membrul inferior drept din cauza durerilor.

*Examen radiografic:* vertebra V-a lombară prezintă o ușoară (turtire în sens vertical, în partea laterală stângă a corpului său. Marginea superioară în chip de cioc. Aceste semne sunt de spondilită deformantă.

*Tratament:* diatermie, salicilat, iod, radioterapie.

4. D. A. 56 ani, muncitor C. F. R.

*Istoricul boalei actuale:* bolnavul declară că de un an are dureri lombo-sacrate, în ambele membre inferioare deasemenea. Înainte cu doi ani a mai suferit de dureri similare, însă după douăzeci băi electrice i-au dispărut durerile complet. În prezent are dureri foarte mari la nivelul membrelor inferioare și în regiunea lombo-sacrată.

Reflexele osteotendinoase conservate la toate membrele. Reflexele Babinski și Oppenheim negative. *Senzibilitatea tactilă,* termică, dureroasă, profundă la diapazon, păstrate.

*Subiectiv:* dureri în ambele membre inferioare și în regiunea lombo-sacrată.

Durerile se accentuează la răcială și scad din intensitate la căldură. În mers șchiopătează.

*Radiografia regiunii lombo-sacrate:* corpul vertebrei V-a lombare e ușor turtit la partea superioară dreaptă. Vertebra V-a lombară prezintă colțurile superioare mai proeminente. Aspect radiografic de spondilită deformantă incipientă.

*Tratament:* natriu salicilic, atofan, băi electrice. Pleacă ameliorat.

N. I. 49 ani încărcător C. F. R. Cluj. *Antecedente heredo col. pers.* olită medie.

*Boala actuală.* Datează din Mai când a simțit dureri în reg. lombo-sacrată. Apoi durerea a început să coboară prin piciorul stâng până în gambă. A urmat tratament fără folos.

De o lună de zile durerile în piciorul stâng s'au accentuat neputând umbla nici a se apleca.

*Reflexele osteo-tendinoase.* Papelarele vii, mai pronunțate de partea stângă. Achilianul se produce. Medio plantarul normal. Retromaleolarul abolit de ambele părți. Babinski și Openheim pozitive.

*Subiectiv:* Acuză dureri în membrul inferior stâng pronunțate la mișcare. Semnul lui *Lasegue* pozitiv la piciorul stg. Puntele dureroase a le lui *Valleix* prezente.

*Radiografic.* Sub apofiza transv. dreaptă a vertebrei a V lomb. se găsește o mică escrescență osoasă îndreptată spre aripa sacrului în această parte, spațiul articulației lombo-sacrate e mai strâmtat ca de partea opusă. Aspect de artrită deformantă reumatismală.

*Tratament:* Natriu salicilat, diatermie.

W. A. 43 ani vopsitor C. F. R. Odorheiu 16 Decembrie 1933—25 I. 1934. Antec. col. și pers. nimic important.

*Istoricul boalei:* Boala actuală debutează cu dureri mari în piciorul stg. în iarna anului 1931 pe când lucra la vagoane în zăpadă în poziție șezândă. De atunci în fiecare an toamna și iarna îi apar durerile, accentuate la răceli și în timpul zilei încetându-i, noaptea în pat.

*Reflexele osteo-tendinoase* la membrele superioare se produc simetric. Patelarele și Achiliennele se produc. Medio-plantarele la ambele picioare nu se pot produce.

*Semnele obiective.* *Lasegue*, *Bonnet* pozitive. Puncte dureroase în partea posterioară a coapsei. Mersul șchiopătând cu stângul. Anestezie tactilă, termică, dureroasă și profundă aproape complete.

*Radiografic.* Vertebrele lombare prezintă deformațiuni constând în turtirea corpilor vertebrale mai ales în partea dreaptă. Unele vertebre prezintă și proeminențe marginale în formă de cioc. Aspect de artrită deformantă reumatismală.

*Tratament* cu salicilat, atofan, faradizare și electrizare.

## Concluziuni.

1. Lombartria este un reumatism cronic, localizat în regiunea lombară.

2. Ea apare mai des la vârsta de 20—40 ani, deși se întâlnește și la o vârstă mai înaintată.

3. Evoluția este în puseuri, cari durează mai multe luni, fiecare din ele putându-se termina prin o vindecare aparentă.

4. Clinic se caracterizează printr'o incurbare dureroasă a trunchiului, proeminarea liniei apofizelor spinoase lombare, o limitare a mișcărilor de flexiune a corpului și o redresare pasivă completă pe un plan orizontal.

5. Diagnosticul lombartriei nu se poate face clinic ci numai radiologic.

6. Radiologic se caracterizează prin neformațiuni osteofitice în formă de cioc de papagal, aspect de vertebre „in diablo”.

7. Tratamentul este medicamentos salicilat de sodiu, atofan solicitat și fizioterapie (radioterapie și diatermie), faradizare și electrizare.

Văzută și bună de imprimat.

Decan:

(ss.) Prof. Dr. D. MICHAİL

Președintele tezei:

(ss.) Prof. Dr. C. URECHIA

## Bibliografie.

1. *Chavaria O. Antonio*: Artrites intervertebrales (Valencia 1930).
2. *Denucé*: La soi disante scoliose sciatique. (Revue d'orthopedie 1930).
3. *Forestier et Sicard*: Rachialgie lombaire chronique (Presse Med. 18. I. 1922).
3. *Forestier et Sicard*: Rachialgie lombaire chronique épidural (Paris 1922).
5. *P. Havrier, P. Delafontaine, I. Gauyen*: Formes nerveuses du rheumatisme lombaire osteophitique (Paris Medic. No. 37. 1928, pag. 217).
6. *At. Ianașt*: Lombartrita și sciatica vertebrală (Rev. Șt. Medic No. 1. 1935).
7. *Léri*: Reumatisme vertebrale dans la pratique courante (Journ. de Med. de Paris. 1924. No. 12).
8. *Léri*: Contributions à l'étude radiografique des causes de la lombarthrie. Pieces et radiografies (Lyon Med. 1921. No. 24).
9. *Léri*: Le diagnostic radiologique des affections rachidiennes de l'adulte (Bull. Med. No. 30. 1927).
10. *Léri*: Lombarthrie. (Presse Médic. 1918. No. 12).
11. *Léri*: Les formes localisées du rheumatisme vertebrale. (Journal de Medecine et de Chirurgie 25. III. 1920).
12. *Léri*: Études sur les affections de la colone certebrale (1926).
14. *G. Marinescu*: Lombarthrie (Nouveau traité de Med. Roger-Widal).
15. *Putti*: Lombartrité e sciatalgia (Cont. alla Scolla mil. Firenze 1928).
16. *A. Richard*: Les arthrites vertebrale chronique (Revue d'orthopedie et de chirurgie de l'appareil moteur. Tome XX. 1933. pg. 449).
17. *G. Rondil*: Les syndromes douloureuses de la region sacro-lombaire (Paris Medic. No. 24. 1933).