

UNIVERSITATEA " REGELE FERDINAND I " DIN CLUJ-SIBIU

FACULTATEA DE MEDICINA

No. 1762

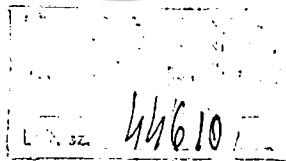
9166

SEMIOLOGIA APARATULUI LOCOMOTOR
LA COPII.



Pentru Doctorat in Medicină și Chirurgie,
prezentată și susținută in ziua

de.....1940



24 MAY 2005

de

P E T R I M I R C E A

FACULTATEA DE MEDICINA.

Decan: Prof. Dr. V. Papilian. -

Profesorii:

Anatomia umană.....	Prof. Dr. Papilian
Anatomia Patologică.....	" " T. Vasiliu
Bacteriologia patologică.....	" " V. Baroni
Balnelogia.....	" " M. Sturza
Chimia Biologică.....	" " I. Manta
Chimia Generală.....	" " S. Secăeranu
Clinica Chirurgicală I.....	" " Al. Pop
Clinica Chirurgicală II și a B. urinare	" " E. Teposu
Clinica Dermatologică și sifiligrafică	" " V. Bologa
Clinica Ginecologică și Ostreticală..	" " C. Grigoriu
Clinica Infantilă și puericultură....	" " Gh. Popoviciu
Clinica Medicală I.....	" " I. Hațieganu
Clinica Medicală II	" " I. Goia
Clinica Neurologică și Endocrinologică	" " I. Minea
Clinica Oftalmologică.....	" " D. Mihail
Clinica Oto-Rino-Laringologică.....	" " Gh. Buzoianu
Clinica Psihiatrică.....	" " C. Urechia
Clinica Stomatologică.....	" " I. Aleman
Fiziologie și Fizică Medicală.....	" " Gr. Benetatto
Istologie și Embriologie.....	" " I. Drăgoi
Igienă și Medicină preventivă.....	" " I. Moldovan
Istoria Medicinii.....	" " V. Bologa
Medicina Legală.....	" " M. Kernbach
Patologie Generală și Experimentală..	" " M. Botez
Radiologie Medicală.....	" " D. Negru
Igienă Generală.....	Agregat M. Zolog
Clinica Boalelor Contagioase.....	Conf. I. Gavrilă

J U R I U L de P R O M O T I E .-

Președinte: DL. Prof. Dr. Gheorghe Popoviciu.-

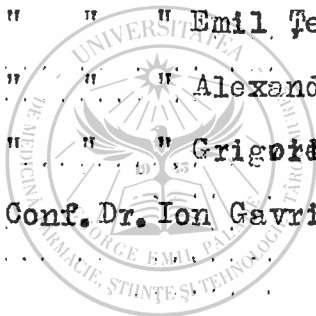
Membrii : " " " Valer Bologa

" " " Emil Teosu

" " " Alexandru Pop

" " " Grigore Benetato

Supleant : Conf. Dr. Ion Gavrilă



SEMILOGIA APARATULUI LOCOMOTOR LA COPII.

Din cauza deselor localizări la copil pe aparatul locomotor, a bolilor, semiologia acestui aparat este de o importanță deosebită. -

Aparatul locomotor este compus din mușchi, oase și articulații.

Musculatura. -

Ne va interesa starea de dezvoltare cât și starea de tonus. Poate fi slab reprezentată în rahitism, turburările cronice nutritive, adipozitate. Foarte dezvoltată la copii cu paniculul adipos redus.

Atrofia. -

Musculară este prezentă în paralizile în special cele periferice, amiotrofia familială cât și în amiotrofia copiilor mai mari. Atrofia este foarte accentuată în afecțiunile

articulare, osoase, coxalgia tbc. rahitism, reumatism.

Iperetrofia mușchilor.

In afecțiunile cerebrale congenitale, in miopatia atrofică
Musculatura poate fi ipertonică, ipotonică și atonică.

I P E R T O N I A .

Starea de tonus se determină prin rezistența la mișcă-
rile pasive in poziția verticală ou capul in jos, la copil.

Avem o ipertonie fiziologică in primele luni in special
la grupul flexorilor.

Ipertonia generalizată este frecventă in afecțiunile
cerebrale, la nevropați, la prematuri se întâlnește des iper-
tonia musculaturii cefei, in boli ale pielii, tetanosul celor
nou născuți, sifilis ereditar și boli cronice.

I P O T O N I A și A T O N I A .

Musculatura ipotonică și atonică se întâlnește frecvent
in stările de slăbiciune generală, rahitism, afecțiuni cere-
brale, difterie, coree, acrodinie și miatonie congenitală.

~~ATONIA~~

Spasmuri permanente sau contracturi. -

Spasmurile permanente se diferențiază de ipertonia
fiziologică in primele luni după observațiuni prelungite.

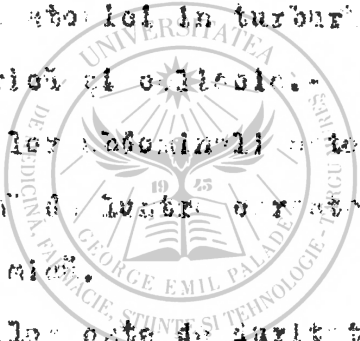
de te contracturi sunt frecvente in afecțiunile cerebrale și ale măduvei mici: ataxia, idiopia, spina bifida, boala lui Little, hidrocefalia cronică.

In tetania vom ridicitatea mușchilor respiratori, se scurtează carnea edile, contractura tonică a ligii întregi, răsădonic, putem spune ridicitatea tonică a tuturor mușchilor.

Mușchii abdominali.-

Sunt izotonicii și atonicii în tulburările nutritive cronice și acute, și apoi hiperici și hipertonicii.-

Contractura mușchilor abdominali este prezentă în peritonită, în special în forma de "lustru caracteristic în meningită tuberculoasă" sau sindromul.



Sunt atonice mușchilor ocazi de duritate la unora în tetanie.

UNIVERSITATEA DE MEDICINA ȘI FARMACIE "GEORGE EMIL PALADE" BUCUREȘTI
FACULTATEA DE MEDICINĂ
CATEDRA DE PATOLOGIE ȘI FIZIOLOGIE

etc.

Ușor: tumefacție mazăritică a costelor, palpabili de altfel la articulații și cartilajele costale, curbura lombară cu consistență internă sunt de natură fiziologică.

Leziuni congenitale: una dintre cele mai dese întâlnite leziuni congenite la este spina bifida.

Este datorită deiscenței unui sau mai multor arcuri vertebrale din regiunea sacro-lombară cu meningocel sau mielomeningocel.-

Insoțită uneori de paralizii vezicale sau rectale, convulsii, sau paralizii ale membrelor.-

Printre alte leziuni congenitale sunt lipsurile de substanță osoasă la nivelul craniului, uneori extinse asupra unor oase întregi cum ar fi occipitalul, însoțite de spina bifida.

Asemenea lipsuri se pot întâlni în defetele congenitale de osificare, mongolism, condrodistrofie.-

R A H I T I S M U L .

Este una dintre cele mai dese boli ale copilului care se manifestă prin leziuni la nivelul sistemului osos.

În zona de osificare tensiunea de CO₂ fiind redusă, sărurile de Ca. disolvate în sânge se precipită, lucrând la osificare. În rahitism osificarea este împiedecată de acidoză (plus de CO₂) și minus de fosfați.

Manifestările osoase ale rahitismului se întâlnesc la nivelul capului, epifizele și diafizele oaselor lungi și la unirea coastelor cu cartilagiile costale.-

Rahitiemul este mai frecvent în prima copilărie și la începutul vârstei preșcolare, după 2-5 ani și ca rahiti-
sm tardiv (în pubertate și adolescență)

Este de asemenea o boală tipică sezonieră, apare
toamna și iarna cu intensitate crescândă până primăvara.-

Manifestările rahitice la cap.-

Normal fontanela scade treptat. Ea este foarte re-
dusă la 5-6 luni și se închide complet la 18 luni. Sădarea
ei precoce se întâlnește în deosebi la miere cefali.

Sădarea întârziată la 2-3 ani o găsim la rahitici.
Încercarea pergamentiformă a osului occipital în regiunea
fontanelii mici și a suturii lambdoidiene indică începutul
rachitismului.

Croniotabesul sau cranio-malacia se explozează cu
măinile așezate plan pe cele două laturi ale craniului
fixându-l cu tenarele la tâmpile și palpând cu degetele
arătătoare și mijlocii sutura lambdoidă. Prin apăsare ușoară
sau după trebuință, fără temeri, energică se pot depista
locurile mai puțin rezistente, de consistența cartonului
sau a pergamentului care trec treptat în părțile osoase
solide. În mod analog se palpează și alte părți ale craniului.

fontanele și celelalte suturi.-

Se poate confunda cu așa zisul oraniu moale congenital sau moliciunea creștetului, prin lipsă de osificare der care dispare până la 4 luni și nu este de origine rahitică.

In rahitism marginile suturilor sunt moi, în vindecare sunt tari și dau ridicături în formă de valuri.

Manifestările rahitice la oasele lungi.-

Influențele patologice ating în primul rând părțile interesate în creștere adică limita dintre cartilajul epifizar și diafizar. Epifizele oaselor lungi sunt interesate îngroșori în special deasupra articulației mâinii așa numitele brățări.

Manifestările rahitice la diafitele oaselor lungi sunt exprimate prin devieri, curburi cu deosebire la membrele inferioare care iau forma de X sau genu valgum sau de O, genu varum.-

Aceste manifestări rahitice se pot transforma mai târziu în coxa vara cu mers șchiopătat, de rață, legănat.

Manifestările rahitice la nivelul unirii coastelor

cu cartilagiile costale se exprimă prin o serie de tumefacții rotunde "mătănilor"

Aceste tumefacții rotunde se întâlnesc rar în osteoscleroza congenitală precum și în acondroplazie.-

Toate aceste manifestări rachitice la membre, împreună cu cele ale toracelui și capului persistă timp îndelungat, ani sau chiar decenii după vindecarea rachitismului.-

Diagnosticul diferențial al rachitismului se face față de sifilisul ereditar care este manifest de la naștere. Sifilisul tardiv în care avem îngroșarea tibiilor cu convexitatea înaintea toacă de sabie, istagan și suprafața osoasă rugoasă pe când în rachitism avem o suprafață netedă cu convexitatea înaintea și în afară. Diagnosticul diferențial cu scorbutul: în care avem hemoragii fine, avem semnul lui Rumpel Leede și R. Bezsonoff, examen radiologic cu zonă subepifizară transversală intensă, margini neregulate, umbră marginală largă din cauza hemoragiilor periostale, stern înfundat împreună cu cartilagiile costale, în întregime, dureri și tumefieri progresive ale coapsei și gambei. Fracturile obișnuite cu crepitațiuni, dureri localizate și calus nedureros.

Osteita fibrochistică în care avem osteoporoză generală,

fracturi spontane la femur și umeral. Osteomielita în care avem febră mare, dureri, interesează de obicei femurul, tibia și este frecventă după 3 ani.

Din punct de vedere a semiologiei aparatului locomotor diagnosticul precoce și constatarea gradului de vindecare al rachitismului se face prin examenul radiologic-forma neregulată apoi de cupă a liniei epifizare, iar la vindecare dreaptă. Tăria tibiei-flexibilă în rachitismul florid și rigidă în cel vindecat, impune în diagnosticul precoce al rachitismului.

A R T I C U L A T I I .

1) Tume facția acută, a mai multor articulații, febrilă, simultană sau succesivă, este un semn care se întâlnește mai des în reumatismul articular acut, la fel și în inflamațiile septice. Reumatismul articular acut este extrem de rar în primii 4-5 ani. La fel și leucemiile pot să înceapă cu dureri și tumefieri osteo articulare, posibile sunt și îngroșările periostale ale oaselor lungi.

Diagnosticul diferențial.

Se face față de stările reumatoide, reumatismul scarlatinos care se ivește în special la sfârșitul săptămânei I

și interesează articulațiile mari de exemplu ale mâinii. Forma aceasta este una dintre formele de importanță minoră față de artrita supurată scarlatinooasă care apare mai târziu.

2) Inflamația supurată acută a articulațiilor survine în infecție. Se întâlnește mai des în primii ani în puncte de plecare diferite. Atât pneumonia septicemile, febra tifoidă, meningita, osteomelita, blenoragia, sunt puncte de plecare pentru infecție.

3) Între formele cronice care interesează aparatul articular sunt: reumatismul cronic articular care de obicei interesează și inima. Formele tuberculoase sunt frecvente între afecțiunile cronice specifice ale aparatului articular (tumora albă). Durerile la mișcări sunt mari, comparația cu lătrua sănătoasă se impune. De asemenea și examenul radiologic.

Cât privește pseudoreumatismul tbc. cronic, în exudat predomină limfocitele. Din cauza greutății diagnosticului în tuberculozele osteoarticulare o importanță deosebită reacția la tuberculină.

Spondilita incipientă: radiologic avem distrugerea unui sau mai multor vertebre sau discuri, dureri intense la percuție, rigiditate și evitarea mișcărilor coloanei vertebrale.

Osteoartrita tuberculoasă a șoldului: diagnostic dificil ușoară șchiopătare, dureri care iradiază spre genunchi. Mișcările de rotație și extensiune împiedecate, frica de mișcări, starea de contractură, excepțională la examenul radiologic în acest timp, se poate pune în evidență lărgirea sau diminuarea spațiului interosos dintre cap și cotil. Și după cum am spus mai sus la artritiile musculare, avem o atrofie precoce a coapsei de partea bolnavă.

Printre alte afecțiuni articulare cronice avem sifilisul cu hidratroză a ambilor genunchi.

Artrita cronică: cu începutul insidios, cu sau fără febră, de obicei simetrică, uneori și la coloana vertebrală, uneori capsula este îngroșată.

Pseudoparalizia lui Parrot: care este dureroasă, simultană sau consecutivă, epifizioliză și crepitații. Se localizează în special în apropierea cotului, genunchiului sau a articulația mână. Radiologic: despicarea epifizei prin infiltrație gomoasă (destrucțiuni mai mari sau mai mici)

Mersul copilului normal începe cel mai târziu la 12-15 luni. Întârzierea după 18 luni este patologică și denotă achilism, picior ehinovar, luxația congenitală a șoldului.

Poziția și atitudinea membrilor cât și mișcările la copilul bolnav nu se deosebesc în mod esențial de ale adultului. Există totuși unele particularități la copii mici (copilul de săn cu mișcări colțuroase și atitudine caracteristică, copilul preșcolar, gesturi vii care fac ca ori ce turburare să fie evidentă. Turburările mersului sunt diferite după afecțiunile osteoarticulare și neuromusculare ale membrilor inferioare.

Mersul de rață în luxația congenitală a șoldului, ataxic în Boala lui Friedreich, clătinat și schiopătând unilateral, paraparetic, emispaștic, paraspaștic.

Forme patologice ale mâinilor și picioarelor.

Între formele patologice ale mâinilor avem: atireoze și ipotireoza, caracterizate prin mâini groase, scurte și cu pielea încrețită și cu degetul mic recurbat înăuntru.

Acondroplazie și condrodistrofie (mâna în trident).

Degete în salbă de mărgăritare.

Spina ventoză care este de origine tuberculoasă este de obicei multăplă.

Degetele ipocartice se întâlnesc frecvent în afecțiuni congenitale ale inimii, cronice ale plămânului.

Atitudinile nenormale ale mâinilor: la copiii de sân se observă în sifilis, septicemie, turburări digestive grave încheștarea continuă a pumnului. Mâna de mamoș, poziția de scris sau spasmiile carpopedale.

Diformațiuni ale piciorului.

Foarte frecvent avem piciorul plat valg în rachitism ori în sistemul osos astenic (în picioare maleola internă proeminentă, tendonul lui Achile cu convexitatea înăuntru) Picior echin: picior plat este frecvent cel paralizic după poliomielită. Talpa fiziologic plană din cauza țesutului adipos intens dezvoltat.

