

2. Examenul obiectiv

Indiferent de boala pentru care s-a internat, bolnavul trebuie examinat corect, complet, sistematic, după un plan prestabilit, cu o grijă deosebită pentru organul afectat.

2.1. Condițiile și metodele clinice ale examenului obiectiv

Pacienții sunt întotdeauna examinați din **partea dreaptă a patului** (cu excepția stângacilor), cu blândețe, menajând psihicul și pudorea bolnavului.

Examenul obiectiv se realizează în **condiții adecvate**, într-o încăpere cu temperatură optimă, având lumină suficientă (cât mai aproape de cea naturală, dispusă uniform) și pe un pat de consultație adecvat.

Examenul obiectiv se realizează prin cele **4 metode** clasice semiologice: inspecția, palparea, percusia și auscultația.

- **Inspecția**, este metoda care aduce cele mai multe informații utile diagnosticului, reprezentând culegerea vizuală directă sau indirectă (cu ajutorul unor instrumente optice) a semnelor de boală care se manifestă la suprafața corpului sau în unele cavități naturale accesibile examenului obiectiv. Nu trebuie ignorată, ci intens practică până la obținerea unui diagnostic clinic „la prima vedere”. Nu trebuie însă în acest mod să tragem o concluzie medicală, înainte de a avea o experiență îndelungată și o susținere solidă pe date paraclinice.

Actul inițial al examenului obiectiv este așadar inspecția corpului în ansamblul său (inspecția generală), urmată de inspecția unei singure regiuni (inspecția locală).

a. **Inspecția generală**, care oferă informații despre:

- a. starea generală a bolnavului,
- b. starea de conștiință și psihică,
- c. poziția bolnavului în pat,
- d. atitudinea și mersul bolnavului,
- e. tipul constituțional,
- f. starea de nutriție,
- g. modificările fizionomiei,
- h. starea de hidratare,
- i. aspectul tegumentelor, mucoaselor și țesutului subcutanat.

b. **Inspecția locală** care presupune observația în detaliu a tuturor sistemelor și aparatelor, începând cu tegumentul și sfârșind cu sistemul nervos.

- a. Sistem ganglionar,
- b. Aparat locomotor,
- c. Aparat respirator,
- d. Aparat cardiovascular,
- e. Aparat digestiv,
- f. Aparat renourinar,
- g. Sistem nervos și analizatori,
- h. Tiroidă.

- **Palparea** se definește ca metoda de informare cu ajutorul simțului tactil și stereometric asupra proprietăților fizice ale pielii, mușchilor, oaselor, articulațiilor, asupra

dimensiunilor, formei, suprafeței, consistenței, mobilității, sensibilității și localizării diferitelor organe sau forme tumorale, precum și ca metodă de obiectivare și localizare a durerilor acuzate de bolnav, urmărind reacția pacientului la manevrele de provocare a durerii (gesturi, mimică).

Pentru o palpăre corectă, medicul va sta la același nivel cu pacientul, cu mâinile calde și unghiile tăiate, pentru a nu produce senzații neplăcute sau reflexe de apărare.

Vom utiliza pulpa degetelor, sediul discriminării tactile fine, pentru a descoperi informații tactile, respectiv dosul mâinilor sau degetelor pentru simțul termic.

Pentru a înregistra vibrații (freamătul cardiac și vascular) zonele palmare ale articulațiilor metacarpo-falangiene și marginea cubitală a mâinii sunt cele mai adecvate.

De exemplu, la palparea abdomenului vom începe cu o **palpare superficială**, așezând ușor, cu blândețe, pe suprafața tegumentului întreaga palmă, cu degetele apropiate, presând cu pulpa degetelor pentru a pătrunde un centimetru în profunzime. Se începe palparea în fosa iliacă stângă, progresând spre marginea costală stângă, apoi spre dreapta și coborâm spre hipogastru, asigurându-ne că am parcurs întreaga suprafață a abdomenului. Prin palpăre superficială se pot decela: o durere directă sau la decompresiune, o hiperestezie cutanată, crepitații în emfizemul subcutanat, o rigiditate voluntară sau involuntară a musculaturii, precum și prezența unor mase tumorale subcutanate. La nivelul articulațiilor, mușchilor, oaselor fracturate și în emfizemul subcutanat se percep crepitații.

Palparea profundă se poate face **cu o singură mână**, presând cu degetele mult mai adânc sau **întărită** de mână stângă, care apasă pe articulațiile interfalangiene ale mâinii drepte. În cazul unei formațiuni mici, aceasta poate fi apreciată cuprinzând-o între police și index. Dacă volumul ei este mai mare, se aplică palparea bimanuală, plasând câte o mână de o parte și de alta a formațiunii.

Existența lichidului în abdomen se decelează prin **balotare** (cu degetele mâinii drepte provocăm câteva presiuni scurte și bruște, profunde, la nivelul abdomenului; dacă există lichid simțim la nivelul pulpelor degetelor aceeași senzație de lovire obținută la împingerea în apă a unui sloi de gheață).

Ascita se poate aprecia și prin **semnul valului**: aplicând câteva bobârnace în peretele abdominal de o parte, se produce o undă care, străbătând prin masa lichidiană, se poate palpa de a doua mână, situată pe partea opusă a abdomenului.

- **Percuția** este metoda de examinare bazată pe înregistrarea acustică a vibrațiilor produse prin lovirea suprafeței corpului pe o arie restrânsă. Această metodă permite culegerea datelor legate de morfologia și funcționarea unor organe care conțin aer sau care sunt situate în vecinătatea unor organe cu un conținut aerian. Caracterele semnelor obținute prin percuția unui anumit teritoriu, depind de cantitatea de aer conținută în organele cavitare sau de cantitatea de aer care se găsește în vecinătatea zonelor cu structură compactă.

Sunetul sonor este obținut prin percuția unui teritoriu care topografic corespunde proiecției unui organ ce conține aer (exemplu: percuția toracelui) sau, patologic, corespunde proiecției topografice a unei cavități aeriice situate într-un organ parenchimos (abcesul pulmonar).

Sunetul mat este obținut prin percuția țesuturilor sau organelor care nu au conținut aer (exemplu: cord, ficat splină) sau în mod patologic, atunci când aerul este înlocuit cu o masă densă (exemplu: condensări pulmonare).

Percuția se poate face direct și indirect (mediată). **Percuția directă**, constând în lovirea toracelui cu fața palmară a mâinii sau cu pulpa degetelor încovoiate în ciocan, nu se mai practică în mod curent, deoarece forța percutorie se distribuie pe o suprafață largă și pune în vibrație un teritoriu întins.

Percuția indirectă, constă în aplicarea de lovituri scurte, date cu mediusul drept (percutor), pe suprafața interfalangiană a mediusului stâng aplicată pe suprafața corpului și servind de pleximetru. Doar falanga distală a degetului ce servește drept pleximetru trebuie aplicată cu fermitate pe zona percutană, iar degetul percutor, flectat în articulația interfalangiană proximală și rigid, produce lovituri repetate, scurte, de forță egală, prin mișcări efectuate numai din articulația pumnului, fără participarea cotului sau umărului. Acest tip de percuție digito-digitală, singurul practicat, este o **percuție profundă**.

• **Ausculția** presupune perceperea directă sau mediată la suprafața corpului a fenomenelor stetacustice interne care iau naștere în mod spontan, în condiții normale sau patologice, în timpul funcționării diferitelor aparate și organe (exemplu: activitatea plămânilor, cordului, intestinului).

Această metodă permite aprecierea :

- murmurului vezicular care se formează prin trecerea aerului la nivelul bronhiolilor terminale, în ambii timpi ai respirației;
- zgomotelor cardiace care se formează prin închiderea valvelor cardiace și contracția mușchilor inimii;
- suflurilor cardiace care apar la trecerea sângelui prin orificiile îngustate sau prin orificiile care rămân deschise în acei timpi ai ciclului cardiac în care ele trebuie să fie închise;
- suflurile arteriale care apar la trecerea sângelui prin arterele periferice stenozate, datorită apariției plăcilor de aterom;
- borborismelor (zgomotelor hidroaerice) produse de activitatea peristaltică a intestinelor.

Ausculția directă se realizează cu pavilionul urechii aplicat pe suprafața corpului în mod ermetic.

Ausculția indirectă, cu ajutorul stetoscopului, permite investigarea unor zone multiple: arterele gâtului sunt ascultate pentru suflurile carotidiene, ale arterelor carotide și subclaviculare. La nivelul plămânilor se cercetează activitatea pulmonară normală (murmurul vezicular) și zgomotele patologice (ralurile bronșice, alveolare și bronho-alveolare și frecăturile pleurale). La nivelul cordului ascultăm zgomotele cardiace, suflurile orificiale, zgomotele cardiace scurte (galopul ventricular, clicurile și clacmentele), precum și frecăturile pericardice. Borborismele intestinale, suflurile determinate de anevrismele aortice sau cele ale arterelor renale stenozate se pot asculta la nivelul abdomenului. De asemenea, zgomotele intestinale pot fi auzite și la nivelul scrotului, într-o hernie scrotală.

2.2. Modalitățile de examinare

Indiferent de boala pentru care s-a internat, bolnavul trebuie examinat *corect, complet, sistematic* după un plan prestabilit, cu o grijă deosebită pentru organul afectat, examinând pe rând toate aparatele și sistemele.

Examenul obiectiv se poate realiza în 2 moduri:

- pe segmente sau
- pe aparate.

Examenul pe segmente este mai comod pentru pacient, dar mai puțin funcțional și necesită mai multă experiență. Se începe cu *examinarea generală* și se continuă cu *examenul capului, gâtului, membrelor superioare, toracelui, abdomenului, membrelor inferioare* și se termină cu *examinarea pacientului în ortostatism*.

La început pacientul se află în **decubit dorsal**, medicul efectuând o *inspecție generală* și apoi va cerceta *redoarea de ceafă*, moment în care va ruga pacientul să se ridice în poziție șezândă. Bolnavul aflându-se în această poziție, medicul realizează examenul capului, gâtului, membrelor superioare, toracelui și regiunii lombosacrate.

Examenul *capului și gâtului* constă dintr-o succesiune de manevre, cele mai importante fiind: *inspecția tegumentelor* păroase, conjunctivelor și sclerelor; *inspecția feței*, cu aprecierea fizionomiei sau a faciesului (în cazurile patologice); *palparea pielii capului*; *cercetarea permeabilității foselor nazale*; *cercetarea punctelor dureroase sinusale și otice*; *palparea glandelor submandibulare și parotidelor*; *palparea ganglionilor laterocervicali și submandibulari*; *palparea tiroidei*; *căutarea reflexului fotomotor și areflexului de acomodare la distanță*; *căutarea semnului Chwostek* (percuția obrazului pacientului va determina contractura orbicularului buzelor de aceeași parte); *examinarea cavității bucale*, acordând atenție: buzelor, gingiilor, limbii, dinților, faringelui, amigdalelor, mucoasei jugale, labiale și vălului palatin; *examinarea pasivă a capului*, pentru a cerceta mobilitatea coloanei cervicale; *căutarea sensibilității punctelor Arnold*.

Examinarea *membrelor superioare* începe cu: *inspecția tegumentelor*, palmelor (urmărind cu atenție culoarea lor și a interliniilor palmare, pentru a identifica un sindrom anemic sau o boală Addison) și a unghiilor (cu identificarea, eventual, a degetelor hippocratice); se continuă cu *palparea ganglionilor axilari și a ggl supraepitrohleari*; *palparea și mobilizarea articulațiilor mici și mari ale mâinilor, pumnului, coatelor și umerilor*; *inspecția și palparea arterelor cubitale și radiale* (apreciindu-se elasticitatea arterelor și caracterele pulsului radial); *cercetarea reflexelor stiloradial și bicipital* cu ajutorul unui ciocan de reflexe.

Examenul *toracelui și regiunii lombosacrate* se realizează cu pacientul aflat în poziție șezândă, principalele momente ale examinării toracelui și regiunii lombosacrate fiind: *inspecția tegumentelor spatelui* (de la ceafă până în regiunea sacrată) și coloana vertebrală; *palparea spatelui* (a mușchilor trapezi), a coloanei vertebrale cu ajutorul policelui, eventual percuția apofizelor spinoase ale vertebrelor cu ajutorul mediusului sau a unui ciocan de reflexe; *căutarea unor puncte dureroase renale* (punctele costovertebrale și costomusculare); *efectuarea manevrei Giordano* (prin lovirea regiunii lombare cu marginea cubitală a mâinii); *căutarea sensibilității articulațiilor sacroiliace* și a regiunii fesiere; *examenul aparatului respirator*: *inspecția aparatului respirator*, apreciindu-se forma, simetria, mobilitatea și frecvența mișcărilor respiratorii; *palparea* transmiterii vibrațiilor vocale (bolnavul rostind cifra 33); *percuția toracelui de sus în jos*, pentru aprecierea sonorității pulmonare, pe fiecare hemitorace, apoi simetric pentru comparație; *efectuarea manevrei Hirtz* (percuția bazelor pulmonare, rugând bolnavul să facă inspir maxim); *auscultația toracelui* cu stetoscopul, acordând atenție foselor suprastinoase, spațiului interscapulovertebral, bazelor pulmonare și axilelor.

Ulterior bolnavul trece în **decubit dorsal** (la rugămintea medicului) având descoperite toracele și abdomenul. Se vor examina pe rând: aparatul respirator, sânii, aparatul cardiovascular, abdomenul și membrele inferioare.

Examenul *aparatului respirator* presupune examinarea regiunii anterioare a toracelui prin percuție și auscultație.

Examenul *sânilor* presupune inspecția și palparea cu atenție a mamelelor și a axilelor corespunzătoare (pentru identificarea precoce a cancerului de sân).

Bolnavul găsimdu-se în decubit dorsal, medicul examinează *aparatul cardiovascular*, în special cordul, prin inspecție, palpare, percuție și auscultație. *Inspecția* ariei precordiale ne permite precizarea sediului șocului apexian (situat – în mod normal – în spațiul V intercostal, pe linia medioclaviculară); în anumite cazuri se poate observa: o bombare a regiunii precordiale (hipertrofie cardiacă, colecții pericardice, anevrism) o retracție a regiunii precordiale (simfiza pericardică), o pulsație în epigastru (în hipertrofia ventriculului drept). *Palparea* regiunii precordiale contribuie la precizarea sediului șocului apexian și eventual la depistarea unui frează (stenoză mitrală, stenoză aortică), palparea aortei în furculița sternală sugerează existența unei ectazii aortice. *Percuția* cordului este precedată de percuția limitei superioare a matității hepatice, de sus în jos, parasternal, din spațiul II, până în spațiul V intercostal drept. *Delimitarea ariei matității cardiace* se face prin:

- percuția din afară înăuntru, pe spațiile V, IV, III și II, pentru a o delimita în dreapta;
- percuția vârfului inimii în spațiului V intercostal stâng, din afară înăuntru și din sonoritatea spațiului Traube, de jos în sus, pe linia medioclaviculară;
- percuția limitei superioare a matității cardiace, percutând radier, din regiunea subclaviculară și dinspre axilă, către profilul presupus al cordului.

Auscultația inimii se realizează concomitent cu palparea pulsului radial; se auscultă orificiul mitral (la vârful), aorta (în spațiul II intercostal drept și în spațiile III și IV intercostale stângi), tricuspidă (la nivelul apendicelui xifoid).

De asemenea se mai auscultă bolnavul: în decubit lateral stâng (pentru mitrală); în ortostatism, aplecat în față (pentru aortă); în apnee; după o mică probă de efort.

Examenul abdomenului. Bolnavul găsimdu-se în continuare în decubit dorsal, se realizează examinarea abdomenului, prin inspecție, percuție și – mai ales prin palpare. *Inspecția* abdomenului ne poate oferi unele informații privind forma și volumul. *Percuția* abdomenului se face cu o atenție mai mare dacă se bănuiește prezența ascitei (o matitate deplasabilă, cu concavitatea în sus). *Palparea* superficială urmărește examinarea pliului cutanat și depistarea hiperesteziei cutanate. *Palparea* profundă caută punctele dureroase din diverse zone:

- epigastru – în punctul epigastric:
 - superior;
 - mijlociu;
 - inferior;
- în mezogastru:
 - punctul jejunal;
 - punctele ileale.
- în fosa iliacă dreaptă – punctul apendicular;
- palparea cadrului colic: ascendent, transvers, descendent;
- palparea, în hipocondrul drept a marginii inferioare a ficatului, apreciind forma, regularitatea, consistența sensibilitatea și mobilitatea.
- palparea punctului cistic:

- prin manevra Murphy (în inspir forțat);
- prin manevra Chiray-Pavel (bolnavul stând în decubit lateral stâng).
- palparea:
 - punctul coledocian;
 - zonei pancreatico-coledociene.

Examenul hipocondrului stâng își propune să aducă date privind splina; bolnavul se găsește în decubit lateral drept; se face mai întâi percuția splinei, pe cele 3 linii axilare: anterioară, mijlocie și posterioară; în mod normal matitatea splenică se găsește situată între spațiile intercostale IX și XI, cu axul longitudinal de-a lungul coastei a X-a. Încercăm să palpăm splina, în inspir forțat; o splină palpabilă este – de regulă – o splină mărită de volum.

Palparea pancreasului se face prin manevra Mallet-Guy, bolnavul găsimu-se tot în decubit lateral drept.

Se palpează apoi zonele anexiale, hipocondrul, fosa iliacă stângă.

Se examinează lojile renale prin palpare atentă, identificându-se rinichii ptozați sau cei măriți de volum. Se identifică punctele dureroase ureterale și anume cel superior, numit și punctul pieloureteral, situat paraombilical, la 3 laturi de deget de ombilic și punctul ureteral *mijlociu*, situat pe linia bispinoasă, la întretăierea cu verticala dusă din treimea internă a arcadei crurale.

Examenul membrelor inferioare. Bolnavul găsimu-se în continuare în decubit dorsal, examinatorul îi acoperă toracele și abdomenul și-i descoperă membrele inferioare, pentru a le examina. *Inspeția* membrelor inferioare își propune să studieze tegumentele, pilozitatea, tălpile, degetele, unghiile, articulațiile. *Palparea* are drept obiect:

- examinarea ganglionilor limfatici din triunghiul Scarpa;
- aprecierea temperaturii cutanate la nivelul piciorului;
- palparea pedioasei și tibialei posterioare (de ambele părți);
- palparea sciaticului popliteu extern (sensibil în polinevritele alcoolice);
- palparea și mobilizarea articulațiilor membrelor inferioare;
- căutarea șocului rotulian: comprimând fundurilor de sac superoextern, superointern, inferoextern și inferointern, se apasă cu indexul drept rotula: în caz de exces de lichid sinovial, rotula se deplasează către planul osos profund, efectuând o „cursă” direct proporțională cu cantitatea de lichid sinovial din genunchiul examinat.

Efectuarea manevrelor de elongație a sciaticului și anume: manevra Lasègue (ridicarea membrului inferior întins, de către medic, de la planul orizontal, determină dureri, care împiedică continuarea manevrei), manevra Bragard (numită și manevra Lasègue sensibilizat) etc. *Cercetarea reflexelor osteotendinoase rotuliene* (în nevralgia crurală) și ahileene (în nevralgia sciatică de tip S1) încheie examenul clinic al membrelor inferioare.

Examenul pe aparate urmărește toate modificările fiecărui aparat sau sistem în parte, într-o anumită ordine, indiferent la ce nivel sunt localizate. Această modalitate, deși mobilizează mai mult bolnavul, este mai logică din punct de vedere morfofuncțional și are șanse mai mici de omisiune.

Datele clinice normale și patologice culese în timpul examenului obiectiv sunt consemnate în foaia de observație după următorul model:

Stare generală: *bună* (medie/gravă).

Starea de nutriție. Greutate:

Talie: **IMC (indice de masă**

corporală): kg/m²

Bolnav: *normostenic* (ex.astenic/ hiperstenic); *normoponderal* (cașectic/ denutrit/ obez); cu *stare de conștiență păstrată* (pierdută sau apatic/ obnubilat/ dezorientat).

Facies: - (hipertiroidian, mixedematos, acromegalic, cushingoid).

Tegumente: *normal colorate* (palide/icterice/cianotice/hiperemice); *temperatura normală* (extremități reci/calde, 39 ° C), *elasticitate normală* (diminuată - turgor persistent); *umiditate păstrată* (transpirate/uscate); *fără leziuni cutanate elementare* (erupție veziculoasă/purpură reliefată/nodozități/ulcerație/scuame/cicatrice).

Fanere: *normale clinic* (hipocratism digital/ leuconichie/ koilonichie/ unghii friabile/ păr friabil).

Țesut subcutanat: *normal reprezentat; pliu deltoidian = 1 cm* (edeme gambiere/ edem generalizat - moale, alb, pufos, cu tegumente supraiacente fără modificări trofice).

Ganglioni superficiali: *nepalpabili* (bloc ganglionar axilar drept alcătuit din 4 ganglioni rotunzi, cu diametrul 1 - 2 cm, duri, imobili, nedureroși).

Sistem muscular: *normotrof* (normal reprezentat), *normoton, normokinetic*; (ex. reducerea maselor musculare la nivelul centurilor /hipotonie sau hipertonie elastică /plastică, scăderea forței musculare la nivelul grupelor musculare).

Sistem osteo-articular: *osos integru clinic* (durere la nivelul femurului drept/formațiune tumorală, dură, dureroasă la nivelul femurului drept / lipsă de substanță la nivelul calotei craniene); *articulații cu volum normal, cu mobilitate păstrată, nedureroase* (durere de tip mecanic la nivelul coloanei cervicale/genunchilor, cu reducerea mobilității - reducerea mișcărilor de flexie-extensie cu grade; durere de tip inflamator la nivelul genunchilor; șoc rotulian prezent, genunchi drept mărit, cald, dureros, cu reducerea mișcărilor de flexie-extensie cu grade).

Aparat respirator: *Căi respiratorii superioare (CRS) permeabile* (obstrucție parțială a foselor nazale prin prezența de secreții seroase); *torace normal conformat* (emfizematos/cifotic/senil/conoid), *respirație de tip costal inferior, 16 respirații/minut* (bradipnee/polipnee ± tiraj costal inferior); *amplitudinea mișcărilor respiratorii egală* (diminuată/redușă la baza hemitoracelui drept), *freamăt pectoral normal* sau *vibrațiile vocale se transmit bilateral simetric, egal* (abolit/diminuat/accentuat în 1/3 medie a hemitoracelui drept); *sonoritate pulmonară normală* (hipersonoritate pulmonară difuză/matitate sau submatitate la baza hemitoracelui drept, cu marginea superioară ascendentă spre axilă sau orizontală), *manevra Hirtz pozitivă* (negativă) sau *sinusuri costodiafragmatice permeabile* (nu se deschid); *murmur vezicular prezent* (diminuat/accentuat), *fără fenomene stetacustice supraadăugate* (raluri bronșice diseminate/ raluri subcrepitante bazal, bilateral/ raluri crepitante situate în 1/3 inferioară a hemitoracelui drept).

Aparat cardiovascular: *Regiune precordială fără modificări* (bombată/retractată); *șoc apexian în spațiul V intercostal pe linia medio-claviculară stângă* (ȘA situat în spațiul intercostal VI în afara l.m.c. stângi); *aria matității cardiace în limite normale* (mărită/diminuată/dificil de delimitat datorită hipersonorității pulmonare); *zgomote cardiace ritmice, AV = 80/min, cu intensitate egală* (zgomote cardiace tahi-/

bradiaritmice; zgomotul I cu intensitate variabilă de la un ciclu cardiac la altul/ zgomotul 2 accentuat în focarul aortei/ zgomotul I diminuat în focarul mitralei/ zgomotul II accentuat în focarul pulmonarei); **fără fenomene stetacustice supraadăugate** (suflu sistolic grad 2/6 în focarul mitralei, în „jet de vapori“, iradiat în axilă, intensitate constantă/ suflu diastolic gradul 3/6 în focarul aortic, iradiat în focarul Erb, dulce, aspirativ, intensitate descrescendo; suflu sistolic gradul 4/6 în focarul aortic, iradiat în vasele de la baza gâtului, aspru, intensitate „crescendo-descrescendo“); **artere periferice pulsatile** (puls slab la pedioase); **TA = 140/60 mmHg**; **vene superficiale permeabile** (vene superficiale dilatate, varice hidrostatice gradul 2).

Aparat digestiv: **Cavitate bucală de aspect normal** (buze uscate/palide; lizereu gingival cenușiu; **limbă de aspect normal** (saburală); **dentiție completă** (cu lipsuri; proteză mobilă, proteză fixă); **orofaringe normal colorat** (congestionat); (halenă hepatică/amoniacală/uremică); **deglutiție fără dificultăți** (disfagie de tip superior/inferior pentru alimente solide, odinofagie); **abdomen normal conformat** (retractat/destins/mărit de volum); **mobil cu respirația**; **sonoritate normală** (hipersonor/cu matitate declivă pe flancuri cu marginea superioară concavă/matitate rotundă situată în epigastru, cu margini convexe); **elastic, suplu** (cu apărare/contractură musculară în fosa iliacă dreaptă); **nedureros la palpare** (abdomen sensibil spontan/la palpare în fosa iliacă dreaptă); **tranzit intestinal prezent** (constipație/diaree, 3 - 4 scaune moi/zi).

Ficat: diametrul prehepatic 12 cm, suprafață netedă, consistență elastică, nedureros la palpare (hepatomegalie cu diametrul prehepatic 14 cm, suprafață netedă, consistență crescută, margine inferioară rotunjită/ hepatomegalie cu diametrul prehepatic 15 cm, suprafață neregulată, consistență fermă, margine inferioară neregulată, ascuțită, ficat nedureros/ ficat mărit, dur, neregulat, sensibil spontan și la palpare).

Splina: percutabilă (10/6 cm), suprafață netedă, nedureroasă (splenomegalie grd. 1).

Aparatul urinar: manevra Giordano: negativă; (pozitivă la nivelul regiunii lombare drepte); **rinichi nepalpabili** (rinichiul drept ptotizat/ rinichiul drept mărit, dur, neregulat, dureros); **micițiuni fiziologice** (polakiurie, disurie), **diureza 1800 ml/zi** (poliurie/oligurie), **urină limpede** (piurie/ urină hipercromă, cu miros de ...).

SNC și analizatori: pacient orientat temporo-spațial (confuz/obnubilat/dezorientat temporo-spațial); **conștient** (somniale/comatos); **poziție activă** (pasivă/particulară impusă de contractură, opistotonus); **tonus muscular normal** (hipotonie/hipertonie); **nervi cranieni: relații normale** (paralizie ne nerv oculo-motor stâng); **ROT egale bilateral, simetric**; **semnul Babinski negativ** (reflex cutanat plantar: drept pozitiv).

Tiroidă: nepalpabilă (mărită, suprafață netedă, consistență crescută, sensibilă la palpare)

Din motive de ordin didactic, **examenul obiectiv** este împărțit în **2 acțiuni diferite și succesive**:

1. **Examenul obiectiv general** (inspecția generală), care se adresează corpului în întregime cu intenția de a surprinde semnele locale ale unor boli generale sau afectarea a ceea ce se numește un sistem (exemplu: învelișul cutaneo-mucos, sistemul muscular sau articular) și
2. **Examenul obiectiv pe aparate și segmente**, care este o explorare sistematică a aparatelor și sistemelor, insistând asupra zonelor la care m-a orientat anamneza.

În practică, în cazul examinării pe segmente, această deosebire nu se mai face, cele 2 obiective fiind vizate într-o singură acțiune, orientată pe criteriul topografic, capabil să economisească timp în condițiile de cabinet sau cu ocazia unui concurs profesional.

2.3. Inspecția generală (examenul obiectiv general)

- **Examenul obiectiv general** urmărește culegerea primelor informații necesare diagnosticului și are ca *scop* aprecierea:

- I. gradului afectării generale și a status-ului mental;**

- II. modificărilor staturale, ponderale și endocrine;**

- III. stării tegumentului, țesutului subcutanat, sistemului ganglionar, sistemului muscular și osteo-articular.**

Etapele tehnice ale examenului obiectiv general (inspecției generale) sunt:

- ♦ A. starea psihică și de conștiință;
- ♦ B. conformația somatică generală (tip constituțional, dezvoltare staturală);
- ♦ C. atitudinea statică și dinamică;
- ♦ D. fața și extremitatea cefalică;
- ♦ E. starea de hidratare;
- ♦ F. pielea, mucoasele și temperatura corporală;
- ♦ G. țesutul celular subcutanat;
- ♦ H. mușchii și sistemul osteo-articular;
- ♦ I. sistemul ganglionar limfatic.

A. STAREA GENERALĂ, STAREA PSIHICĂ ȘI STAREA CONȘTIENȚEI

A1. Aprecierea stării generale, stării psihice și mentale

La primul contact cu pacientul, medicul trebuie să se orienteze rapid asupra:

- stării generale,
- psihice și mentale,

deoarece în funcție de modificările constatate își va adopta conduita de diagnostic și tratament.

La un caz cu **stare generală nemodificată**, conștient, cooperant, gesturile medicale se desfășoară *ordonat și secvențial, după un plan prestabilit*, în timp ce la **cazurile grave** primele măsuri vizează *funcțiile respiratorii și cardiovasculare*.

În cazul **pacienților comatoși**, cu **stare confuzională și boli psihice, etilicilor și consumatorilor de droguri**, se impune o *abordare diferențiată* față de cei cu comportament normal, deoarece nu se poate stabili colaborarea medic-pacient.

A2. Starea de conștiință

Conștiința reprezintă funcția complexă de integrare în timp și spațiu și de relație cu mediul înconjurător.

Tulburările conștiinței, în ordinea severității lor sunt:

- **somnolența** (torpoarea): situație asemănătoare fazei de inducție a somnului, când bolnavul vorbește greu, monoton. O întâlnim în: *bolile febrile și astenia marcată* din diverse boli organice;
- **obnubilarea**: situație în care pacientul realizează un efort în orientarea temporo-spațială, are reacții lente și răspunde neadecvat la întrebări. Este descrisă în: în *encefalopatia hepatică, hipercapnică, hipertensivă și șocul toxicoseptic*;
- **stupoarea**: situație în care pacientul este dezorientat temporo-spațial, cu privire fixă, inexpressivă și amnezie. Se întâlnește în: *șocul toxico-septic, tumorile cerebrale și encefalopatiile metabolice (hipercapnice, diabetice, hepatice, uremice)*;
- **sincopa**: reprezintă pierderea bruscă și tranzitorie (3 - 5') a conștiinței și tonusului muscular, cu amnezie retrogradă pe perioada episodului sincopal, datorită ischemiei cerebrale difuză secundară scăderii debitului circulator la nivelul encefalului. Cauzele principale ale sincopei sunt: *sincopile vasculare (reflexe): vagovagale esențiale, ortostatică și sincopile cardiace prin mecanism obstructiv sau disritmic*.
- **coma** definește pierderea conștiinței de lungă durată, din care pacientul nu poate fi trezit. Cauzele principale sunt: *cerebrale (AVC, TCC, tumori cerebrale); toxice (intoxicație cu alcool, barbiturice, CO, opiacee); metabolice (cetoacidoză diabetică, uremice, hipoglicemie, hipercapnică, hepatică, mixedematoasă); septice (septicemie, meningoencefalite, pneumonii)*.

Comele pot fi cuantificate, ținând cont de răspunsul: ocular, motor și verbal la anumiți stimuli exogeni (așa-numita **scară Glasgow**). Fiecărui tip de răspuns i se acordă un punctaj cuprins între 1 și 6, totalul punctajului variind între 3 - 15. Pacienții cu scor ≤ 7 vor instala tulburări neurologice grave, cel mai adesea ireversibile.

B. CONFORMAȚIA SOMATICĂ GENERALĂ

B1. Tipul constituțional (biotipul)

- **Tipul constituțional** reprezintă totalitatea particularităților:
 - somatice și
 - fiziologice ale individului care determină un anumit tip:
 - de comportament;
 - de reactivitate;
 - de predispoziție morbidă;
- Deși caracteristicile fenotipice au determinism genetic, ele pot fi influențate și de factorii de mediu;
- Încă de la **Hipocrate**, oamenii au fost împărțiți în tipuri: **sangvin, coleric, flegmatic și melancolic**, care definesc anumite particularități psihosomatice și anumite predispoziții morbide.
- **Sigaud** clasifică oamenii în tipurile:
 - **respirator**: înalți, slabi, gât lung, torace bine dezvoltat și abdomen suplu;
 - **digestiv**: scunzi, cu membre scurte, abdomen proeminent cu panicul adipos bine reprezentat;
 - **muscular**: atletici, proporționați, cu musculatura bine dezvoltată;
 - **cerebral**: gracili, cu extremitatea cefalică bine dezvoltată, frunte lată, calviție precoce, riduri faciale, privire vie, expresivă.

Predispoziția spre afecțiunile respiratorii, digestive, musculoscheletale și neuropsihice nu s-a dovedit reală în cele mai multe situații.

• **Pende**, ținând cont de înălțimea și tonusul individual, a descris tipul:

- **longilin-stenic**: înalt, musculos, vivace, cu funcție endocrină bună, cu predispoziție la HTA și boli ale aparatului respirator;
- **longilin-astenic**: înalt, hipoton, umeri căzuți, accentuarea curburilor vertebrale, hipofuncție gonadică, cu predispoziție la tuberculoză (TBC), boli sanguine și boli reumatismale;
- **brevilin-stenic**: scund, muscular, dinamic, hiperfuncție gonadică cu predispoziție HTA (hipertensiune arterială), ATS (ateroscleroză sistemică), CIC (cardiopatie cronică ischemică);
- **brevilin-astenic**: scund, slab, hipofuncție gonadică, cu predispoziție la afecțiuni neurovegetative.

B2. Modificările staturale

Statura unei persoane este determinată de:

- factorii ereditari;
- factorii endocrini;
- factorii de mediu (alimentație, condiții igienico-dietetice, practicarea sportului).

Din punct de vedere semiologic se descriu:

- **hipotrofia staturală** (nanism);
- **hipertrofia staturală** (gigantism), fiecare dintre acestea având:
 - *o variantă armonioasă*, în care se păstrează proporționalitatea segmentară;
 - *o variantă dismorfică*.

a. Nanismul - este sindromul clinic caracterizat printr-o talie redusă (aproximativ 120 - 130 cm pentru România).

Trebuie **deosebit** de:

- **subnanism**: bărbați < 150 cm; femei < 140 cm;
- **hipostaturalitate**: când individul nu atinge media populației repective.

Cauzele nanismului: endocrine, genetice (cromozomiale), malformativ osoase, nutriționale, necunoscute (nanism visceral esențial).

I. Nanismul armonios

- **Nanismul hipofizar**: consecința insuficienței hipofizare instalate în copilărie. Caracteristicile somatice sunt: pacient mic, gracil, delicat, aparent proporționat, musculatura normal dezvoltată, tegumente fine, subțiri, transpirate, cu dezvoltare psihică normală (corespunzătoare vârstei cronologice), însă cu infantilism sexual;

- **Nanism visceral** (nutrițional): este consecința unor tulburări patologice survenite în copilărie: stenoza mitrală (SM), cardiopatii congenitale cianogene (CCC), sindrom de maldigestie și malabsorbție (SMM), insuficiență renală cronică (IRC), insuficiență respiratorie, diabet zaharat (DZ) și nanism pottic (morb Pott).

- **Nanism primar** (idiopatic): în fața unui individ normal proporționat, cu toate caracterile vârstei corespunzătoare, cu intelect normal la care nu se poate descoperi nici una din cazurile anterioare. Se mai numește om normal „miniaturizat“.
- **Progeria**: aspect de îmbătrânire precoce la un subiect hipostatural, cu deformări osoase, piele ridată, fără păr pe toată suprafața capului, fără țesut gras, cu „nas ascuțit“ ca un „cioc“.

II. Nanismul dismorfic se întâlnește în: boli endocrine, boli genetice și anomalii osoase.

- **Nanism mixedematos** – dezvoltare somatică disarmonică cu extremitatea cefalică mare, frunțe teșită, pomeți proeminenți, buze groase, macroglosie, extremități scurte în raport cu trunchiul, degete groase și scurte, abdomen mărit cu pubis coborât. Tulburările nespecifice variază de la oligofrenie până la cretinism.
- **Nanism gonadic** - datorat excesului de hormoni gonadici, care exercită efect inhibitor asupra acțiunii STA pe os. Se caracterizează prin hipostaturalitate, cu pubertate precoce la femei și bărbați.
- **Nanismul cromozomial** (sindromul Turner) - se caracterizează prin hipotrofie staturală marcată, disarmonică, cu malformații osoase numeroase și grave.
- **Nanismul rahitic** - copil hipostatural cu dismorfii osoase (cap mare, baze frontale proeminente, torace turtit lateral cu stern în carenă, șanț Harrison, mățanii costale, cord mărit, cu membre inferioare cu femur cu convexitate anterioară și tibie în iatagan, antebrate cu concavitate anterioară).
- **Nanisme osoase** cu transmitere congenitală sunt întâlnite în boala Morquio, boala Harler, acrodroplazia Parrot (oameni miniaturizați, cu dezvoltare psihică aparent normală, dar cu accese de furie; capul este mare, cu baze frontale proeminente, nas turtit, trunchi cu dimensiuni normale și abdomen proeminent; membrele superioare sunt scurte, mâini mici cu egalizarea degetului II cu III, IV cu V, cu aspect de „trident“; picioarele sunt scurte, groase, versus cu mers legănat).

b. Gigantismul: definește creșterea exagerată în înălțime > 2 metri la bărbați și > 1,90 m la femei, creștere care depășește cu > 20% media pentru populație, vârsta și sexul respectiv.

Din punct de vedere semiologic deosebim:

- Gigantism euristic: persoanele cu înălțime peste limita normală, dar cu dezvoltare somatică și endocrină normale, capabili de performanțe superioare.
- Gigantism patologic armonios sau dismorfic.

I. Gigantismul patologic armonios

- **Gigantismul hipofizar:** care produce ca urmare a unui exces de STH în copilărie (unei hiperplazii sau adenom eozinofil al hipofizei). Sunt persoane înalte (1,8 - 2 m) cu dezvoltare somatică armonioasă, la care un examen mai atent dezvăluie o dezvoltare mai exagerată a segmentelor distale (mâini, picioare), cu un cap ceva mai mic decât restul corpului. Gâtul este lung, toracele este alungit și îngust, cu o cifoză dorsală. Viscerele sunt mărite, proporțional cu talia, iar dezvoltarea sexuală este normală.

II. Gigantismul disarmonic

- **Gigantismul din insuficiența gonadică** apare ca urmare a lipsei hormonilor sexuali în perioada de creștere, ceea ce duce la o întârziere a închiderii cartilajelor de creștere. Subiecții au aspect dismorfic, de tip eunucoid, cu disproporționalitate mare între trunchi și membre anormal de alungite, torace îngust și panicul adipos cu dispoziție ginoidă. *Ex: sindrom Klinefelter este o disgenezie orhitică care se manifestă la pubertate, cu semne de insuficiență orhitică.*

B3. Starea de nutriție (status-ul nutrițional)

Evaluarea stării de nutriție face parte din evaluarea generală a stării de sănătate și se realizează prin anamneză, examen obiectiv și teste de laborator.

În **aprecierea obiectivă** a stării de nutriție se folosesc o serie de măsurători antropometrice: înălțimea și greutatea, distribuția grăsimii corporale și evaluarea masei musculare slabe a corpului.

1. Înălțimea și greutatea sunt măsurătorile esențiale necesare pentru estimarea greutateii și proporțiilor ideale.

a. Greutatea ideală este apreciată printr-o multitudine de formule, cea mai cunoscută fiind formula Lorentz.

$$G \text{ ideală} = \text{Înălțimea} - 100 - (\text{Înălțimea} - 150)/4.$$

b. Indicele de masă corporală (IMC = Greutatea / Înălțime²) reprezintă indicatorul care exprimă cel mai bine starea de nutriție. O stare de nutriție **normală** corespunde unui IMC cuprins între 21 și 25. **Excesul ponderal** este reprezentat prin: suprapondere (IMC 26-30), obezitate gr I (IMC 31-35), obezitate gr II (IMC 36-40) și obezitate gr III (IMC peste 41). **Deficitul ponderal** este reprezentat prin: subpondere (IMC 18-20) și subnutriție (IMC sub 18).

2. Evaluarea stratului de grăsime subcutanată

a. Distribuția grăsimii corporale este un indicator important al stării de nutriție. Distribuția grăsimii în jumătatea superioară a corpului (abdomen, torace, membre) este mai strâns legată de bolile cardiovasculare, cerebrovasculare, hipertensiune arterială și diabet zaharat, decât distribuția grăsimii în jumătatea inferioară a corpului (șolduri, bazin).

b. Grosimea pliului cutanat la nivelul tricepsului (PCT) este o posibilitate de estimare a depozitelor de grăsime. Pliul cutanat tricipital constă dintr-un strat dublu de piele și țesut gras subcutanat, se măsoară cu ajutorul unui șubler și este util și-n calcularea masei musculare slabe a corpului. La **bărbați** acesta măsoară între 0,5 și 2,5 cm (medie de 1,2 cm), iar la **femei** el măsoară între 1,2 și 3,4 cm (medie 2 cm). Un pacient cu un pli cutanat tricipital mai mic cu 50% din valoarea standard este considerat un pacient cu rezerve de grăsime reduse, în timp ce un subiect cu un PCT cu peste 100% din valoarea standard este considerat obez.

c. Măsurarea taliei sau circumferinței abdominale, la jumătatea distanței dintre rebordul costal și creasta iliacă, reprezintă un indicator al depunerii abdominale (superioară) sau gluteo-femurală (inferioară) a grăsimii. Acest indicator permite determinarea tipului de obezitate (tipul android sau ginoid) și apreciază riscul de boală cardiovasculară, cunoscut fiind faptul că **bărbații** cu talie mai mare de 94 cm și **femeile** cu talie peste 80 cm au risc cardiovascular crescut, iar o talie peste 102 cm la bărbați și 88 cm la femei indică un risc cardiovascular foarte crescut.

3. Evaluarea masei musculare slabe a corpului se apreciază cu ajutorul circumferinței brațului măsurată la jumătatea acestuia (cu valori de 32 ± 5 cm pentru bărbați și 28 ± 6 cm pentru femei) și grosimea pliului cutanat tricipital, conform formulei: **(circumferința brațului - $(3,14 \cdot PCT)^2 / 4 \cdot 3,14$ - 10 (bărbați) sau - 6,5 (femei)**

O valoare mai mică cu 35% din valoarea standard ($54 \pm 11 \text{ cm}^2$ - bărbați și $30 \pm 7 \text{ cm}^2$ - femei) indică o depleție a masei corporale totale.

Evaluarea paraclinică a stării de nutriție presupune determinarea serică a: albuminei, transferinei, feritinei, sideremiei, acidului folic și vitaminei B12.

Modificarea numărului de limfocite și a reacțiilor de hipersensibilitate întârziată la antigeni specifici introduși intradermic sunt teste nespecifice, dar ele se modifică în cazul alterării statusului nutrițional.

I. Obezitatea

a. Definiție

Obezitatea definește excesul ponderal cu peste **20% din greutatea ideală** vârstei și sexului, pe seama țesutului adipos.

b. Cauze: - non-endocrine:

- idiopatice
- medicamentoase
- neurologice: TCC, encefalite, tumori

- endocrine:

- hipotiroidism
- diabet zaharat
- sindrom Cushing
- hipogonadism
- hipopituitarism.

c. Caracterele clinice.

• Severitatea:

i. **Exces ponderal** $\geq 20-30\%$ - obezitate gr I

$\geq 30-50\%$ - obezitate gr II

$\geq 50\%$ - obezitate gr III

ii. **Indice de masă corporală (IMC-G(kg)/T²(m))**

$30-35 \text{ Kg/m}^2$ - ob ușoară

$36-40 \text{ Kg/m}^2$ - ob moderată

$\geq 41 \text{ Kg/m}^2$ - ob severă

• Dispoziția:

i. **Ginoidă:** țesut adipos dispus în jumătatea inferioară a corpului (abdomen, fese, coapse), aton, flasc, cu musculatură slab dezvoltată;

ii. **Androidă:** țesut adipos distribuit în jumătatea superioară a corpului (torace, brațe), hipertonic, pletoric, musculatură bine dezvoltată

• Momentul apariției:

i. **Ob hiperplazică:** apare din copilărie, evoluează rapid, pe seama creșterii numărului de adipocite, putând atinge dimensiuni foarte mari;

- ii. **Ob hipertrofică:** apare mai târziu, evoluează mai lent pe seama creșterii volumului adipocitelor, nu atinge dimensiuni foarte mari.

• **Manifestări de însoțire:**

- Vergeturile alb-sidefii, lipoamele multiple, piciorul plat, lipartrozele, varicele hidrostatice, HTA, ateroscleroza aortică, insuficiența cardiacă.

d. Manifestările clinice: astenie fizică, dispnee de efort, dureri articulare vertebrale sau periferice (genunchi, șolduri)

e. Forme clinice:

1. Obezitatea primară (esențială, idiopatică)

Obezitatea primară este consecința unui aport alimentar exagerat în glucide. Poate fi explicată prin mai multe mecanisme: aportul excesiv de glucide care asociază un hiperinsulinism reactiv; afectarea congenitală sau dobândită a centrului sațietății din hipotalamus și deficitul congenital sau dobândit în termogeneza indusă de dietă. Toate aceste mecanisme determină un apetit crescut care în condițiile lipsei efortului fizic duce la apariția obezității. Acest tip de obezitate duce în final la complicații: cardiace, metabolice (diabet zaharat), digestive (hernie hiatală, litiază veziculară) și mioarticulare (artroze)

2. Obezitatea secundară (endogenă)

A. O. endocrină

1. **Sindromul suprarenometabolic** (sd Cushing) secundar hipercorticismului endogen sau iatrogen (corticoterapiei) asociază: obezitatea cu dispoziție particulară (obraji, bărbie, submentonier, fosele supra și subclaviculare, interscapulohumeral, abdominal-predominant subombilical-, oprindu-se la rădăcina membrelor: „lămâie pe scobitori”) cu: acneea, vergeturile violacee localizate pe flancuri, șolduri, coapse, sâni, axile, fețele interne ale brațelor, diminuarea maselor musculare, osteoporoză sau fracturi spontane, hipertensiunea arterială, ulcerul gastic sau duodenal, glomerulonefrite și psihoze.

2. **Mixedemul** consecutiv hipotiroidismului asociază: obezitate; tegumente carotenice, reci, infiltrate; hipotensiune arterială, bradicardie, constipație, somnolență, bradipsihie, bradilalie, intoleranță la frig.

3. **Hiperinsulinismul** secundar tumorilor secretante de insulină, se manifestă prin: obezitate și crize hipoglicemice (transpirații difuze, tremurături musculare, convulsii tonicoclonice și chiar comă hipoglicemică).

4. **Obezitatea castraților** (gonadică), consecutivă orhidectomiei bilaterale practicate în scop terapeutic (cancerul de prostată), are o dispoziție de tip ginoid și se asociază cu dispariția caracterelor sexuale secundare de tip masculin.

B. O. neuroendocrină

1. **Sindromul Babinski-Frolich**, consecutiv unor afecțiuni neurologice (tumori cerebrale, encefalite, traumatisme cranio-

cerebrale) se manifestă prin tulburări somatice (facies rotund, obezitate de tip ginoid, genu valgum), gonadice (hipogonadism), psihice (retard), cefalee, polidipsie, poliurie și tulburări vizuale.

2. **Sindromul pseudo-Frolich** este consecința unui abuz alimentar în copilărie, care antrenează o serie de endocrinopatii la vârsta adolescenței.

C. O viscerală

1. **Sindromul Pickwick** definește totalitatea tulburărilor respiratorii și cardiocirculatorii care apar la marii obezi. Acești pacienți prezintă hipoventilație, apnee obstructivă în somn, cu hipoxemie cronică și hipercapnie, care le determină: somnolență diurnă, dispnee, cianoză, edeme gambiere, crampe musculare, tulburări de ritm cardiac și insuficiență cardiacă congestivă.

II. Slăbirea

a. Definiție:

Slăbirea reprezintă starea clinică complexă caracterizată printr-o scădere ponderală cu peste 10% din greutatea ideală, pe seama țesutului adipos și muscular, la un individ care a avut **greutate ideală** la un moment dat.

b. Cauze:

1. **deficiențe alimentare:** dietă hipocalorică, dietă restrictivă;
2. **tulburări de digestie și absorbție:** insuficiență pancreatică (pancreatită cronică), gastrită cronică;
3. **tulburări de stocaj și utilizare:** *boala Basedow, cancer, diabet zaharat*, insuficiență hepatică;
4. **necesar caloric crescut:** sarcină, stare de convalescență după bolile infecțioase, perioadă de creștere;
5. **pierderi digestive sau urinare** (diabet, enteropatii).

c. Caractere clinice

- **severitate:**

- i. **crt cantitative**

1. **deficit ponderal ușor** :10-15% Gi
2. **deficit ponderal moderat** : 15-30% Gi
3. **deficit ponderal sever:** $\geq 30\%$ Gi

- ii. **crt calitative**

1. **denutriție:** reducerea țesutului celular subcutanat
2. **emaciere:** dispariția țesutului celular subcutanat și reducerea maselor musculare (deficit ponderal 20-30%)
3. **cașexie:** dispariția țesutului celular subcutanat, inclusiv a bulei lui Bichat; asociată cu hipotrofia accentuată a musculaturii și edem hipoproteinemic (deficit ponderal 30 – 40 %);
4. **marasm:** dispariția țesutului adipos și muscular, în asociere cu apariția edemului cașectic și a tulburărilor hidroelectrolitice și metabolice severe (deficit ponderal $\geq 40\%$);).

- **durata instalării**
 - i. **rapid:** boală Addison, Basedow, cancer, diabet zaharat
 - ii. **lent:** boli digestive (gastrită atrofică, pancreatită cronică, ciroză hepatică), intoxicații exogene (alcoolism cronic),
- **manifestările conexe:**
 - i. **apetit prezent:** Basedow, diabet zaharat, parazitoze, enteropatii;
 - ii. **apetit absent:** boală Addison, cancer, uremie, ciroză hepatică, insuficiență cardiacă.

d. Forme clinice

Malnutriția protein-calorică reprezintă consecința clinică a unui bilanț energetic negativ, în care aportul se situează sub nivelul consumului. Malnutriția protein-calorică poate fi **primară**, din cauza unui aport alimentar insuficient, însă în majoritatea cazurilor este **secundară** altor afecțiuni (boli infecțioase, stări febrile prelungite, enteropatii cu pierderi proteice, ciroze hepatice, sindroame nefrotice, diabet zaharat, hipertiroidism, neoplazii, insuficiență renală).

Forma ușoară se manifestă doar prin pierdere ponderală.

Forma moderată, în care se înregistrează o pierdere ponderală de 10-20% din greutatea ideală, se caracterizează prin reducerea predominantă a țesutului adipos și muscular, cu scăderea evidentă a greutății corporale și a capacității de muncă. Biologic, începe să se contureze scăderea: albuminемiei, transferinei, ureei, hemoglobinei, numărului de limfocite și excreției urinare de creatinină.

În **forma severă**, în care pierderea ponderală depășește 20% din greutatea ideală, se constituie tabloul clinic specific **malnutriției protein-calorice** în care: pielea este palidă, subțire, uscată, lipsită de elasticitate, aderentă la reliefurile osoase, cu leziuni hipercheratozice, zone atrofice sau hiperpigmentare și ulcere de gambă; părul este friabil, uscat, se rupe ușor; decliv apar edeme hipoproteice, albe și moi, care uneori se însoțesc de acumulări lichidiene peritoneale și pleurale; dispar depozitele adipoase de la nivelul de la nivelul feței (bula lui Bichat) și ale extremităților; se topesc masele musculare scheletice, mai evident la nivelul mușchilor interosoși, centurilor scapulohumerale și mușchilor temporali; apare dispneea datorită reducerii mușchilor intercostali; apar tulburări de ritm și de conducere și scăderea performanței cardiace datorită alterării miocardului; la nivelul tubului digestiv se instalează o scădere a secrețiilor și o înmulțire a florei intestinale, cu atrofia mucoasei intestinale; încărcarea grasă a ficatului, cu menținerea numărului de hepatocite; apare predispoziția la infecții datorită limfopeniei și scăderii producției de anticorpi; apar tulburări endocrine, cu scăderea funcției tiroidiene, gonadice și corticosuprarenaliene. Degradarea biologică severă, la care contribuie și multiplele carențe vitaminice și minerale, este cunoscută sub numele de **formă marasmică**, care aproape întotdeauna este letală.

C. ATITUDINEA STATICĂ ȘI DINAMICĂ

La acest capitol trebuie urmărite:

- poziția bolnavului în pat;
- examinarea bolnavului în ortostatism;
- examinarea mersului și echilibrului.

C.1. Poziția în pat a bolnavului

Atitudinea în pat sau poziția bolnavului în pat ne poate orienta asupra gravității bolii, ea fiind dependentă de:

- tonusul general al organismului,
- unele necesități funcționale,
- anumite dureri sau
- componente spastice musculare.

Din punct de vedere semiologic deosebim:

• **poziția activă:** caracteristică pacienților cu afecțiuni mai puțin grave, cu stare generală bună, care se pot deplasa și îngriji singuri, repausul la pat fiind dictat doar de necesități terapeutice;

• **poziția pasivă:** caracteristică pacienților cu afecțiuni grave, care imobilizează la pat bolnavul, care este incapabil să se mobilizeze fără ajutor, cu tonus muscular absent. Este caracteristică bolilor grave în stadii avansate și pacienților comatoși.

• **poziția forțată:** este adoptată involuntar, în scopul ameliorării unor:

1. tulburări funcționale (dipnee, tuse);
2. dureri;
3. contracturi musculare.

1. Atitudini impuse de tulburările funcționale:

a. Poziții antidispneice: au ca scop limitarea dispneei și sunt:

- **Ortopneea** reprezintă poziția antidispneică în care pacientul stă în șezut sau semișezut (cu toracele ridicat la 45°), care are ca scop ameliorarea dispneei la pacienții cu insuficiență respiratorie sau stază veno-capilară pulmonară (insuficiența ventriculară stângă sau stenoza mitrală).

Mecanismele care explică ameliorarea dispneei sunt:

- ameliorarea mișcărilor respiratorii ale cutiei toracice;
- scăderea presiunii intraabdominale care se exercită asupra diafragmului;
- reducerea întoarcerii sângelui venos la cordul drept;
- poziționarea plămânilor pe un plan superior comparativ cu inima, ceea ce facilitează întoarcerea sângelui în cordul stâng.

- **Decubitul homolateral** este poziția antidispneică pe care o adoptă pacienții cu pleurezie masivă.

- **Poziția de „rugăciune mahomedană“** cu toracele aplecat înainte (pericardita exudativă) asigură decompresia atriilor și venelor mari de la bază cordului, ameliorând dispneea pacienților cu exudat pericardic;

- **Poziția ghemuită sau „scatting“** este poziția șezândă, cu genunchii flectați pe abdomen și capul sprijinit pe genunchi, întâlnită la copii cu cardiopatii congenitale cianogene (CCC), situație în care crește presiunea intraabdominală și implicit presiunea sângelui în ventriculul stâng, limitând șuntul de sânge dreapta - stânga.

b. Poziții antitusive

- **Decubitul ipsilateral** din bronșiectaziile unilaterale sau supurațiile pulmonare. Pacienții vor sta pe partea bolnavă pentru a evita mobilizarea secreției din cavitățile parenchimatose/bronșice, care vor declanșa tusea. În schema terapeutică a acestor pacienți se impune decubitul controlateral pentru a favoriza golirea secreției din cavitățile pulmonare.

2. Pozițiile antalgice sunt atât atitudini forțate, în care pacienții obțin o reducere a intensității dureroase sau chiar dispariția unor dureri intense.

- **decubitul contralateral** întâlnit la pacienții cu pleurită uscată și fracturi costale;
- **decubitul ventral** cu pumnul apăsător în epigastriu în cazul pacienților cu ulcer gastroduodenal;
- **decubitul dorsal** cu coapsele flectate pe abdomen întâlnit la pacienții cu abdomen acut chirurgical (AAC) din peritonite sau apendicite acute;
- **poziția de „ou” sau supraghemuit** este poziția șezândă cu gambele și coapsele flectate pe abdomen, capul îngropat între genunchi, cu brațele încrucișate înaintea acestora, adoptată de pacienții cu pancreatita acută;
- **poziția șezândă** întâlnită la bolnavii de cancer pancreatic;
- **instabilitate pozițională** descrie un pacient agitat în căutarea unei poziții antalgice pe care nu și-o găsește (colică renală sau biliară).
- **poziția șezândă** cu membrele inferioare atârânde, este poziție adoptată de bolnavii cu arteriopatie obliterantă cronică a membrelor inferioare de etiologie aterosclerotică sau diabetică (AOC).

3. Poziții forțate, impuse de contracturi musculare.

- **poziția „cocoș de pușcă”**: decubit lateral, cu capul în hiperextensie, coapse și gambe în flexie pe trunchi, cu mâinile prinse între genunchi, întâlnită în meningite;
- **opistotonus**: decubit dorsal, pacientul sprijinindu-se doar pe occiput și călcâie („poziție de arc”) din tetanos;
- **torticolisul**: răsucirea capului și gâtului ca urmare a contracturii mușchiului sternocleidomastoidian sau trapez;
- **spasmul carpal**: extensia degetelor, adducția și opoziția policelui și semiflexia mâinii, întâlnit în tetanie (hipocalcemie), semn cunoscut sub numele de sindrom Trousseau;
- **spasmul pedal**: flexie dorsală și rotație internă a piciorului cu degete flectate, în „gheară” întâlnită în tetanie.

C2. Inspecția pacientului în ortostatism

Inspecția bolnavului în ortostatism permite aprecierea:

1. simetriei diverselor părți ale corpului și curburilor coloanei vertebrale;
2. echilibrului și mersului.

În ortostatism, la examenul pe aparate urmărim:

- simetria și mobilitatea coloanei vertebrale;
- poziția membrelor inferioare față de linia sagitală;
- ptozele viscerelor pereche;

- punctele herniare abdominale;
- umplerea venelor superficiale ale membrelor inferioare.

1. În aprecierea **simetriei coloanei vertebrale** vom ține cont de curburile fiziologice și patologice ale acesteia.

Cifoza definește deviația în plan sagital a coloanei dorsale, cu accentuarea flexiei ventrale fiziologice a coloanei dorsale.

Lordoza definește deviația în plan sagital a coloanei vertebrale, cu accentuarea flexiei dorsale fiziologice a coloanei cervicale și lombare.

Scolioza definește devierea laterală, în plan frontal, a coloanei vertebrale.

! Concavitatea segmentului vertebral afectat definește sensul devierii. De exemplu, scolioză dreaptă reprezintă devierea în plan frontal cu concavitatea la dreapta a segmentului vertebral afectat.

În ceea ce privește **poziția membrelor inferioare față de linia sagitală**, putem întâlni două situații patologice:

Genu varum definește depărtarea genunchilor de linia sagitală

Genu valgus definește apropierea genunchilor de linia sagitală.

2. **Examenul echilibrului și coordonării** se face în ortostatism cu ajutorul **probei Romberg**, care presupune așezarea pacienților în ortostatism cu picioarele apropiate și cu ochii închiși sau așezând pacientul cu un picior înaintea piciorului celălalt și rugându-l să închidă ochii (proba Romberg sensibilizată). **Proba Romberg** devine pozitivă în leziunile cordonului posterior al măduvei spinării (anemie Biermer, scleroză multiplă, sindrom vestibular, afecțiuni cerebeloase), pacienții dezechilibrându-se sistematizat (laterodeviere unilaterală) sau nesistematizat (laterodeviere în toate direcțiile).

3. În timpul mersului, examinatorul se orientează asupra: poziției corpului și trunchiului, balansării brațelor, demarajului, lungimii pasului, întoarcerii și mersului înapoi. Semiologic s-au descris mai multe **tipuri de mers patologic**:

- **mersul hipodinamic** este mersul omului bolnav, cu capul aplecat, cu opriri frecvente (convalescență după boli infecțioase, boala Addison);
- **claudicația intermitentă** presupune opriri repetate după intervale de mers aproape egale (arteriopatie obliterantă cronică a membrelor inferioare: AOC);
- **mersul ebrios** caracterizat prin mișcări dezordonate cu deplasări ale corpului înainte și înapoi este caracteristic pacienților cu intoxicația cu alcool sau barbiturice;
- **mersul ataxic** este mersul cu picioarele depărtate (pentru a lărgi poligonul de susținere), pacientul privind în pământ pentru a-și analiza pașii, bolnavul prezentând tulburări la întoarcere pe loc (sindrom vestibular și cerebelos);
- **mersul spastic** întâlnit în parapareza spastică, piciorul este adus înainte printr-o mișcare de circumducție (mers „cosit”), este caracteristic accidentelor vasculare cerebrale (AVC) sechelare,
- **mersul stepat** presupune atingerea solului întâi cu vârful piciorului și apoi cu călcâiul, pacientul fiind nevoit să flecteze mult genunchiul în timpul pasului anterior pentru a nu se împiedica (lezarea motoneuronului periferic și a nervului sciatic popliteu extern - SPE);
- **mersul parkinsonian** în care pacientul are corpul aplecat în față, coapsele și genunchii în ușoară flexie și avansează cu pașii mici, „târâți”.

D. FAȚA ȘI EXTREMITATEA CEFALICĂ

Aspectul general al feței (fizionomia) diferă de la o persoană la alta în funcție de factorii ereditari și constituționali.

D1 Modificările individuale ale organelor și structurilor extremității cefalice

La nivelul extremității cefalice, ochii, gura, nasul, urechile, buzele și regiunea tiroidiană pot prezenta modificări individuale, particulare diferitelor boli, examinarea lor presupunând examene clinice speciale.

Examinarea capului presupune:

- examinarea prin inspecție și palpare a formei și dimensiunilor cutiei craniene, observând și notând punctele dureroase și deformările și formațiunile patologice;
- inspectarea părului și a tegumentului acoperit de păr;
- examinarea tegumentului feței;
- examinarea ochilor, cu aprecierea poziției și alinierii globilor oculari, aspectul pleoapelor, examinarea conjunctivei și sclerelor, examinarea mișcărilor globilor oculari și reactivității pupilare, aprecierea câmpului și acuității vizuale, dacă anamneza sugerează vreo modificare în acest sens;
- examinarea urechii și conductului auditiv;
- examinarea nasului și sinusurilor paranazale accesibile;
- examinarea buzelor și glandelor parotide;
- examinarea regiunii cervicale anterioare (tiroidei).

D1.1 Craniul

Modificările craniului interesează atât forma, cât și dimensiunile acestuia.

1. **Hidrocefalia** reprezintă mărirea de volum a cutiei craniene observată cu precădere la sugari și copii mici. Principala cauză este imposibilitatea drenării lichidului cefalorahidian (lcr), cu acumularea acestuia în sistemul de cavități intracerebral, generând grave tulburări neurologice (sindrom de hipertensiune intracraniană).
2. **Hidrocefalia internă** definește acumularea de lcr în sistemul ventricular cerebral apărută la adulți sau bătrâni. Craniul are dimensiuni normale, iar hiperpresiunea lcr va genera compresiunea parenchimului cerebral, cu apariția unei suferințe neurologice severe. La bătrâni, hidrocefalia internă este, de obicei, compensatorie atrofiei cerebrale.
3. **Craniul rahitic** se caracterizează prin: frunte olimpiacă datorită proeminenței boselor frontale și oxicefalie prin proeminența suturilor mediane ale bolții.
4. **Craniul „în turn”** este specific anemiilor hemolitice corpusculare (ereditare) apărute în copilărie (talasemie) și se constituie secundar hiperplaziei diploeei oaselor late ale craniului datorită eritropoiezei exagerate și se caracterizează prin deformarea cilindrică a craniului, care apare mărit în volum, mai ales în ceea ce privește oasele bolții.
5. **Craniul din boala Paget** definește mărirea de volum a neurocraniului prin comparare cu viscerocraniul, situație întâlnită doar la persoanele adulte și se datorează alterării procesului de remodelare osoasă, cu formarea de os voluminos, neorganizat. Pacientul observă mărirea de volum a craniului prin schimbarea

frecventă a pălăriei și apariția durerilor și deformărilor osoase la nivelul coloanei vertebrale, oaselor late ale bazinului și oaselor lungi ale membrelor.

D1.2. Ochii

Modificările patologice sesizabile la nivelul ochilor și anexelor sale sunt variate și se întâlnesc în multiple boli sistemice.

1. Sprâncenele

Sprâncenele pot fi rărite sau absente în 1/3 externă în cazul hipotiroidiei (semnul Hertoghe). De asemenea, ele pot fi sediul unor leziuni dermatologice primitive: infecțioase, chistice sau alergice.

2. Pleoapele

- **Volumul** pleoapelor poate fi **mărit difuz**, cu ocazia:

- edemelor palpebrale apărute în: alergii (edem Quincke), boli endocrine (mixedem, hiperestrogenism), boli renale (sindrom nefrotic și glomerulonefrite);

- acumulării de țesut gras, în special, în treimea externă a pleoapei superioare, mai ales, la vârstnici;

Mărirea de volum a pleoapelor poate fi **localizată**:

- în treimea externă a pleoapei superioare, datorită inflamației glandei lacrimale (dacrioadenită),

- în treimea internă a pleoapei inferioare, cu ocazia inflamației sacului lacrimal (dacriocistită).

- **Modificările de culoare** ale pleoapelor apărute în patologia sistemică sunt:

- paloarea în anemii, boli renale;

- eritemul în poliglobulii; eritem violaceu sau liliachiu în dermatopolimiozită;

- cianoza în insuficiența cardiacă;

- hiperpigmentarea: marginii libere (ciliare) a pleoapelor (boala Addison); periorbitară (hipertiroidism, boală Addison, dermatopolimiozită);

- echimozele periorbitare: posttraumatice, fractură de os etmoid, stază venoasă toracică, tuse convulsivă;

- xantelasma** (xantomul palpebral) reprezintă o placă elevată de culoare galbenă, situată în unghiul intern al pleoapei superioare și inferioare și se datorează unei hiperlipoproteinemii tip II/III, care frecvent se asociază cu obezitatea, diabetul zaharat și disfuncția gonadică;

- **Leziunile elementare** dermatologice care pot avea localizare palpebrală sunt:

- orjeletul** care reprezintă o tumoră inflamatorie eritematoasă, dureroasă, a marginii libere a pleoapelor, datorată unei inflamații a foliculului pilos al genelor;

- șalazionul** reprezintă o tumoră inflamatorie, puțin dureroasă, situată pe fața internă sau externă a pleoapelor, datorată inflamației glandelor Meibomius;

- epiteliomul bazocelular este o formațiune ulcerovegetantă sau ulcerată, cu margini elevate, perlate, nedureroasă, situată pe una din pleoape;

- dacriocistita se manifestă printr-un edem inflamator situat la nivelul unghiului intern al pleoapei inferioare, între aceasta și rădăcina nasului și se datorează inflamației sacului lacrimal;

- dacrioadenita se manifestă printr-un edem inflamator situat în treimea externă a pleoapei superioare, datorându-se inflamației glandei lacrimale.

- **Ptoza palpebrală** prin deschiderea incompletă a pleoapei superioare se datorează:

- scăderii forței musculare în miastenia gravis și miotonii;
- paraliziei mușchilor inervați de nervul oculomotor comun;
- paraliziei musculaturii palpebrale prin afectarea ganglionului simpatic cervical (sindromul Claude-Bernard-Horner) care asigură inervația simpatică a ochiului. Acest sindrom apare în cancerul de vârf pulmonar și se caracterizează prin: ptoză palpebrală, enoftalmie și mioză.

- **Lagofthalmia** reprezintă incapacitatea de a deschide complet ochii. Se întâlnește în hipertiroidie care asociază și tremurăturile fine ale pleoapelor și retracția pleoapei superioare.

- **Marginea inferioară a pleoapei inferioare** poate fi modificată, aceasta putând fi răsucită în afară (*ectropion*) sau înăuntru (*entropion*).

3. Sclerele

- **Modificările de culoare ale sclerelor** întâlnite în patologia generală sunt:

- sclerele galbene**, datorate impregnării cu bilirubină a țesutului lax de la acest nivel, se întâlnesc în ictere;

- sclerele albastre** se descriu în sindromul Lobstein, anomalie autozomal dominantă ce apare cu o frecvență de 1/50.000. Culoarea albastră a sclerelor se datorează vizualizării coroidei, iar boala mai asociază: oase fragile cu multiple fracturi osoase, laxitate ligamentară, surditate prin otoscleroză, cataractă congenitală, deficit statural și în dezvoltarea psihică.

- sclerele brune** (melanoza sclerală) apar congenital (alcaptonurie) sau dobândit (boală Addison), manifestându-se prin apariția unor pete colorate în brun, în vecinătatea limbului sclero-cornean.

4. Conjunctivele

- **Modificările de culoare** ale conjunctivei bulbare, întâlnite în practica medicală sunt:

- hiperemia conjunctivală** din **conjunctivite**, cel mai adesea de cauză: virală, bacilară, imunologică (poliartrită reumatoidă, spondilită anchilozantă);

- hemoragia subconjunctivală** și edemul conjunctival relaizează chemozislul;

- colorația icterică** apare în ictere;

- **Pterigiomul** este o proliferare conjunctivală, cu vase de neoformație, dezvoltată din unghiul intern al ochiului, cu creștere progresivă către pupilă.

5. Globii oculari

- **Poziția în orbite a globilor oculari** este asigurată de tonusul musculaturii extraoculare și presiune țesutului intraorbital.

- Exoftalmia** definește protruziunea globilor oculari datorită hipotoniei musculaturii extrinseci a globilor oculari sau creșterii presiunii retroorbitare. Exoftalmia poate fi bilaterală (boala Basedow) sau unilaterală (tumori, abces sau anevrism arterial retrobulbar).

- Enoftalmia** definește intruzia globilor oculari, datorită atrofiei globilor oculari sau scăderii presiunii din spațiul retroorbital și se întâlnește în scăderile ponderale mari, stările de dehidratare, atrofia globilor oculari și sindromul Claude-Bernard-Horner.

- Strabismul** definește devierea unui glob ocular în raport cu celălalt, datorită paraliziei mușchilor externi ai globilor oculari. Se poate însoți de diplopie (vedere dublă), percepută ca urmare a lipsei de convergență a axelor vizuale. După sensul deviației acesta poate fi: orizontal (convergent sau divergent), vertical (susumvergent sau

deorsumvergent) sau combinat. Cauzele strabismului pot fi optico-senzoriale, orbitare sau neurologice.

6. **Polul anterior al ochiului** poate evidenția o serie de modificări dependente de structurile componente și vizibile la inspecție.

- **Leucomul** reprezintă o opacifiere albicioasă, cicatriceală a **corneei**, care poate afecta vederea dacă este situată în dreptul pupilei.

Pterigiomul este o îngroșare triunghiulară, vascularizată, situată în unghiul intern al scleroticii, cu baza în unghiul intern al orbitei, care crește spre pupilă pe care la un moment dat o poate acoperi, afectând vederea.

Gerontoxantomul este un depozit lipid degenerativ, de formă inelară, de culoare albicioasă, situat la periferia corneei și separat de sclerotică printr-o zonă îngustă de aspect clar. De regulă, apare la vârstnici, datorită depunerii depozitelor lipidice la periferia corneei și, uneori, apare la tineri având semnificația **dislipidemiei** familiale.

Inelul Kayser-Fleisher este un inel de culoare galben-brun sau gri-verzui situat la **periferia corneei**, datorat depunerii cuprului în membrana Descemet și este patognomonic pentru **boala Wilson**.

- **Irisul** poate prezenta o serie de modificări în funcție de patologia apărută.

Iridociclitele sunt afecțiuni inflamatorii care interesează uveea anterioară (irisul), în care irisul devine palid, lipsit de claritate, cu luciu pierdut, contur neregulat, pupile miotice și este înconjurat de un halou eritematos periferic. Modificările iriene se asociază cu: durere oculară iradiată în regiunea supraorbitară și temporală, durere accentuată de expunerea la lumină, lăcrimare, fotofobie și scăderea acuității vizuale. Apare în: infecțiile streptococice, bacilare, dar și-n afecțiuni imunologice, ca: spondilita anchilopoietică, poliartrita reumatoidă juvenilă (boala Still) și sarcoidoză.

Iridodeneza este o mișcare tremurândă a marginii libere a irisului, care apare ca urmare a pierderii cristalinului (afechie).

Hippusul pupilar este o succesiune rapidă de îngustări și dilatări ale pupilei, indiferent de excitațiile luminoase. Se întâlnește în: insuficiența aortică, scleroza în plăci și leziunile nervului oculomotor comun (III).

- **Pupila** trebuie apreciată atât în stare statică, cât și în dinamică, ținând cont că întunericul și simpaticul o dilată, iar lumina și parasimpaticul o micșorează.

-**Culoarea** pupilei poate fi: alb-cenușie în cataractă (opacifierea cristalinului), verde-cenușie în glaucom (hiperpresiunea intraoculară), alb-cenușie în cazul colecțiilor purulente din camera anterioară a ochiului secundare iridociclitelor (hipopion) sau roșie în hemoragiile camerei anterioare a ochiului.

-**Modificările statice ale diametrului pupilar** recunoscute în practică sunt:

a. **mioza bilaterală** (diametru pupilar sub 2,5 mm) întâlnită în: intoxicația cu organofosforice, opiacee, droguri și nicotină, în tratamentul cu pilocarpină (din glaucom), accidente vasculare hemoragice pontine sau coma uremică.

b. **midriaza bilaterală** (diametru pupilar peste 5 mm) întâlnită în: intoxicația cu ciuperci, abuzul de parasimpaticolitice (atropina), botulism, epilepsie, boli psihice și coma diabetică.

c. **anizocoria** definește inegalitatea pupilară și o întâlnim în: lezarea ganglionului simpatic cervical (sindromul Claude-Bernard-Horner), lezarea nervului oculomotor comun, leziunile unilaterale ale trunchiului cerebral (nucleilor pontini

și mezencefalici), sifilisul terțiar (tabes-ul, anizocoria fiind definită prin semnul Argyll-Robertson).

-Evaluarea dinamică a pupilelor presupune aprecierea reflexelor pupilare fotomotorii și de acomodare.

7. Reflexul pupilar fotomotor urmărește reacția miotică la lumină, iar **reflexul pupilar de acomodare** se cercetează invitând pacientul să privească în depărtare (midriază) și apoi să-și mute privirea asupra degetului examinatorului plasat la 5-10 cm de nasul subiectului (mioză și convergența globilor oculari). Aceste reflexe pupilare dispar în: cecitatea retiniană, afectarea nervului optic, tabes-ul luetic și sindromul Claude-Bernard-Horner.

8. Motricitatea globilor oculari se cercetează punând pacientul să urmărească vârful degetului examinatorului sau al unui creion care sunt deplasate succesiv în toate pozițiile.

• **Limitarea globală** a mobilității globilor oculari apare când există:

- Hipertonie musculară (tetanie);

- Hipotonia mușchilor extrinseci ai globilor oculari (miotonie, miastenia gravis, boala Basedow, dehidratare);

- Paralizia mușchilor oculomotori:

- paralizia nervului III (oculomotor) deplasează globul ocular în afară (strabism divergent), în asociere cu ptoza palpebrală, midriaza și imposibilitatea mișcărilor în sus, jos și median.

- paralizia nervului IV (accesor) duce la pierderea mișcărilor globului ocular în jos și median;

- paralizia nervului VI (oculomotor extern) determină imposibilitatea mișcărilor spre lateral, pacientul dezvoltând strabism convergent, accentuat de privirea spre lateral a globului ocular afectat.

• **Nistagmusul** reprezintă mici secuse ale globilor oculari, alternative în două direcții. Mișcarea este alcătuită dintr-o secusă rapidă și una lentă.

Examenul obiectiv trebuie să stabilească:

- direcția nistagmusului (orizontal sau vertical)

- amplitudinea și sensul secusei rapide (aceasta arătând sediul leziunii vestibulare în sindromul vestibular periferic).

Nistagmusul se întâlnește în afecțiunile cerebeloase, cerebrale și ale sistemului vestibular.

D1.3. Nasul și sinusurile paranazale

1. Aspectul piramidei nazale poate orienta spre diferite afecțiuni:

• **Prăbușirea** piramidei nazale realizează aspectul de „nas în șa” și se întâlnește în sifilisul congenital, granulomatoza Wegener și la boxeri.

• **Rinofima** definește o piramidă nazală mărită de volum, cu suprafață neregulată, conopidiformă, secundar hipertrofiei glandelor sebacee și țesutului conjunctiv periglandular, cu tegument supraiacent de culoare normală sau roșie și se asociază, de regulă, cu un consum crescut de alcool.

• **Infecțiile** piramidei nazale sau vestibulului nazal indică posibilitatea asocierii unei tromboze de sinus cavernos, mai ales atunci când bolnavul recunoaște exprimarea acestor leziuni.

- **Nasul de culoare roșie** apare în: acneea rozacee, lupusul eritematos cronic sau sistemic, sarcoidoză, furunculoza vestibulară.

2. **Durerea la apăsarea punctelor sinusale maxilare și frontale** indică prezența unei sinuzite maxilare sau frontale.

D1.4. Buzele și regiunea parotidiană

1. **La examenul buzelor** apreciem: volumul, culoarea, umiditatea și integritatea mucoasei bucale.

- **Modificările de volum** ale buzelor întâlnite în patologie sunt reprezentate de mărirea buzelor (**edem alergic – edem Quincke**, mixedem, acromegalie, hemangiom) și micșorarea buzelor (sclerodermie).

- **Modificările de culoare** ale buzelor descrise în practică sunt: paloarea (anemie, colaps), cianoza (insuficiența respiratorie și cardiacă, sindromul de compresiune a venei cave superioare, policitemie), eritemul (cheilita de cauză infecțioasă sau sideropenică), buze roșu-carmin (ciroza hepatică) și hiperpigmentarea periorificială (sindromul Peutz-Jeghers).

- **Aspectul de buze uscate**, fisurate, acoperite de fulginozități (cruste) este întâlnit în: stările de deshidratare, sindroamele febrile (pneumonie, meningită, febră tifoidă).

- **Integritatea mucoasei labiale** poate fi afectată în: cheilita angulară, manifestată prin mici fisuri, dureroase, localizate la nivelul comisurilor (carențe de fier și vitamine, infecții cu germeni Gram pozitivi); ulcerările labiale din: sifilis (ulcerație rotundă, cu margini elevate, indurate, indoloră, cu adenopatie satelită), tuberculoză și cancer (ulcerație indurată, indoloră, care apare la marii fumători).

- Apariția unui **grup de vezicule** la nivelul buzelor atrage atenția asupra unui herpes labial, care se întâlnește frecvent în: gripă, pneumonii, salmoneloză, meningită sau premenstrual (herpesul catamenial).

- **Cicatricile labiale** care pornesc de la bărbie până la buza inferioară sunt descrise în luesul congenital și sclerodermie, iar cicatricea mediană care cuprinde una sau ambele buze, care se poate extinde până la gingii și bolta palatină, este consecința corecției chirurgicale a cheiloschizisului.

- **Teleangiectaziile** capilare de la nivelul buzelor, limbii și faringelui sunt evocatoare pentru boala Rendu-Osler.

2. **Tumefacția glandelor salivare** se întâlnește în: infecțiile glandelor salivare (sialadenitele virale sau bacteriene), sindromul Sjogreen, etilismul cronic, malnutriție, diabetul zaharat, gută, sarcoidoză, leucemia limfatică cronică (sindromul Mikulitz) și mucoviscidoză.

- **Parotidita epidemică** (inflamația urliană a parotidelor) se manifestă prin: febră, otalgie, durere la masticatie și xerostomie. După câteva zile se produce tumefacția glandelor parotide, unilaterală sau bilaterală, care va umple șanțul retromandibular, parenchimul glandular fiind mai consistent și dureros la palpare. Mucoasa jugală este congestionată în jurul orificiului canalului Stenon, prin care se scurge salivă clară. Infecția urliană poate interesa și glandele submaxilare, lacrimale, pancreasul, ovarele, testiculele, meningele și tiroida.

- **Sialomegalia** întâlnită la alcoolici, în bolile metabolice (diabet, gută, malnutriție), în bolile autoimune (sdr Sjogren, sarcoidoză) și bolile hematologice (LLC) este de regulă asimptomatică.

- **Modificarea secreției salivare** se poate realiza în sensul *scăderii* acesteia (hipo- sau asialie sau **xerostomie**) întâlnită în: poliartrita reumatoidă, sindromul Sjogren, lupusul eritematos sistemic, bătrâni, unele medicamente (pilocarpină, scobutil), dar și în sensul *creșterii* secreției salivare (sialoree) întâlnită în: stomatite, parazitoze, sarcină, tumori bulbare, afecțiuni esofagiene.

D1.5. Urechile

Modificările pavilionului urechii întâlnite în practica medicală constau din:

- **modificările tegumentare**, reprezentate de leziunile cutanate comune: modificările de culoare, leziunile elementare cu conținut lichidian sau solid, leziunile prin lipsă de substanță sau tumorile cutanate.

- **deformările pavilionului** pot fi congenitale sau dobândite.

- **policondrita recidivantă** este o inflamație cronică a cartilajului, care afectează în egală măsură ambele sexe, caracterizată prin afectarea pavilioanelor urechilor (90%), care devin brusc roșii, edemațiate, dureroase, cu respectarea lobulilor urechii. Alte sedii ale procesului inflamator sunt: cartilajul nasului (80%), cartilajele laringotraheale și segmentul extern al trompei lui Eustachio, pacienții acuzând: deformări faciale (după mai multe episoade de condrită acută), disfonie, tuse seacă, stridor prin colaps traheal și respectiv, scăderea auzului. Pacienții pot prezenta și poliartrită asimetrică, care interesează articulațiile mici sau mari, caracteristic acestei boli fiind prinderea cartilajelor costale și sternoclaviculare, manifestate prin tumefacții și durere locală. Jumătate dintre bolnavi dezvoltă atingeri viscerale, cu modificări la nivelul ochilor (episclerită, irită, keratită, cataractă, paralizii de mușchi oculari) și aortei (insuficiență aortică, dilatații anevrismale ale aortei și ramurilor sale).

- **leziunile nodulare** de la nivelul pavilionului pot fi reprezentate de:

- a. **tofii gutoși**: noduli mici, fermi, de culoare albă, situați pe helix și antehelix, care uneori pot ulceră, cu eliminarea unui lichid alb-cretos. Ei apar în gută.
- b. **calcificările din cartilajul urechii**: hiperparatiroidism, boala Addison și hipervitaminoza A.
- c. **condrodermita** helixului reprezintă o leziune inflamatorie cronică, caracterizată prin existența unui nodul eritematos, dureros.

D1.6. Modificările tiroidei

Glanda tiroidă poate să fie mărită de volum în întregime (difuz) sau poate prezenta mărire asimetrică de volum, prin prezența nodulilor tiroidieni.

- **Mărirea de volum difuză** a glandei poartă numele de gușă sau tireomegalie și se întâlnește în: *gușa endemică* (mai frecvent în zona subcarpatică datorită deficitului de iod care poate evolua cu normo-, hiper- sau hipotiroidie; *tiroidita Hashimoto* (tiroidita autoimună, care inițial evoluează cu hipertiroidism și apoi cu hipotiroidism) și *boala Basedow Graves* (care reprezintă forma severă de hipertiroidie și se datorează de regulă unui nodul hiperfuncțional).

- **Gușa nodulară** este o glandă mărită de volum, în care se palpează multipli noduli. Acești noduli, de regulă, sunt benigni, dar, uneori, unul dintre aceștia poate deveni malign.

- **Nodulii tiroidieni** sunt formațiuni rotunde sau ovalare palpabile într-o glandă normală sau mărită de volum.
- **Nodulul izolat** poate fi o formațiune benignă (adenoma sau chist), dar și un cancer tiroidian (adenocarcinom sau chistadenocarcinom), ceea ce impune investigare imagistică și morfologică a acestuia.

D2. Faciesul

Faciesul reprezintă modificarea feței, fizionomiei și mimicii, ca urmare a unor boli. El poate furniza numeroase semne (informații) utile în diagnostic, constituind uneori elementul de orientare spre o boală sau grupă de boli.

Sunt situații patologice în care diagnosticul de boală se poate pune doar pe aspectul faciesului, cunoscute în literatura germană ca și „blickdiagnosen” (diagnosticul la prima vedere).

D2.1. Faciesul din bolile endocrine

a. Acromegalia - reprezintă sindromul clinic secundar unei *secreții crescute de STH* apărute după închiderea cartilajelor de creștere, incidența maximă fiind în jurul vârstei de 40 - 45 ani.

Caracteristicile **clinice** sunt:

- **facies:** frunte îngustă și oblică, cu piele brăzdată de riduri adânci, cu sprâncene proeminente; oase malare și arcade zigomatice hipertrofiate; piramidă nazală masivă și etalată la bază; mandibulă proeminentă (prognatism accentuat); șanț nazo-labial adâncit; buze și urechi mari, iar ochii par mici datorită pleoapelor îngroșate.
- *torace* scurt și lat, cu cifoză dorsală accentuată, clavicule și manubriu proeminent;
- *abdomen* proeminent în etajul abdominal inferior datorită bazinului lat și accentuării lordozei lombare;
- *mâinile și picioarele* sunt masive și late, cu degete scurte și groase, în care unghiile sunt mici;
- *piele* aspră, groasă, cu nevi pigmentari și hiperpilozitate.

b. Boala și sindromul Cushing

Definesc sindromul clinic datorat *hipersecreției de ACTH* sau administrării prelungite de corticoizi;

Caracteristicile **clinice** ale acestui sindrom sunt:

- **facies:** față rotundă, în „lună plină”, cu dispoziția țesutului adipos în regiunea obrazilor și submentonier; cu obraji roșii, gură mică, cu acnee și pilozitate caracteristică virilizării (la femei);
- *gâtul:* pare scurt și gros,
- *torace:* globulos, cu panicul adipos abundent dispus în fosele supra- și subclaviculare și în regiunea interscapulară superioară (ceafă de bizon);
- *abdomenul* este voluminos datorită depunerii de grăsime subombilical; depunerea de grăsime toraco-abdominală se oprește la rădăcina membrelor care par subțiri, în ansamblu corpul seamănând cu o „lămâia pe scobitori”;
- *caracteristicile hipercorticismului sunt:* **obezitatea** cu dispoziție la nivelul trunchiului și rădăcinilor; **vergeturile** violacei pe piele, **reducerea maselor musculare**, **osteoporoză**, **HTA**, **amenoree**, **litiază renală**, **diabet zaharat** și **labilitatea psiho-emoțională**.

c. Hipertiroidie (boala Basedow)

- Boala Basedow definește formă severă a *hipertiroidiei*, care apare mai frecvent la femei, în jurul vârstei de 30 - 40 ani;
- **facies** caracteristic, cu:
 - *exoftalmie bilaterală*, ușor asimetrică;
 - fanta palpebrală larg deschisă (*logoftalmie*), cu:
 - limitarea mișcărilor globilor oculari (rotația, convergența, ridicarea, coborârea privirii);
 - întârzierea coborârii pleoapei superioare la privirea în jos (asinergism oculo-palpebral);
 - absența contracției mușchilor frontali la privirea în sus (asinergism oculo-frontal);
 - *privire vie*, inteligentă;
 - *clipire rară* (semnul Stellwag);
 - *tremurătura pleoapelor* (semnul Rosenbach);
 - *pigmentare perorbitară* (semnul Jellinek).
- *pielea*: fină, caldă, umedă, subțire, cu leziuni de vitiligo;
- *părul*: albește sub forma unei meșe frontale („meșa basedowiană”).
- Frecvent pacientele prezintă **tahicardie sinusală**, uneori extrasistole și tulburări paroxistice de ritm (**fibrilație atrială paroxistică**), însă cu aria matității cardiace normală; de asemenea, pacienții prezintă **hipertensiune arterială sistemică** (HTA).
- Bolnavii sunt **agitați**, iritabili, vorbesc mult, **transpiră** ușor, cu **insomnii**, palpitații, **scădere ponderală**, apetit păstrat, tulburări de tranzit și intoleranță la căldură.
- **Biologic**: scăderea TSH și creșterea T3, FT4 (*fractia liberă de T4*).

d. Hipotiroidia (mixedemul) este secundară sintezei scăzute de hormoni tiroidieni.

- **facies**: imobil, infiltrat, inexpresiv, cu privire ștearsă;
 - pleoape infiltrate cu reducerea fantei palpebrale (enoftalmie);
 - reducerea pilozității în 1/3 externă a sprâncenelor (semnul Hertoghe);
 - nas infiltrat, cu aspect trilobat;
 - buze groase și macroglosie (limbă mărită de volum) pe marginea căreia se evidențiază amprente dentare;
 - vocea este aspră și groasă;
- *tegumentele*: groase, reci, uscate, fără secreție sebacee și sudorală;
- *părul* este aspru, fără luciu, cade și albește precoce.
- *unghiile* sunt groase, mate, casante;
- *edeme gambiere* dure, reci, care nu lasă godeu;
- *musculatură* infiltrată; *articulații* mărite, dureroase, cu mic epanșament sinovial;
- *cardiomegalie* cu tulburări de ritm sau conducere (TR/TC) și *insuficiență cardiacă congestivă* (ICC), iar în formele severe apare și exudat pericardic (*pericardita mixedematoasă*);
- *apetit* diminuat, *constipație* și uneori *ascită*, apărând „anasarca mixedematoasă”;
- *hipercolesterolemie*, hipo- sau normoglicemie, hiponatremie, anemie normo- sau macrocitară, *creșterea TSH-ului și scăderea T3, T4*.

e. Boala Addison - datorită insuficienței corticosteroizilor cronice

- **hiperpigmentarea tegumentelor** și mucoaselor (cu aspect de ardezie) mai ales la nivelul: - zonelor expuse la soare (cu risc de frecare);
- la nivelul mucoaselor (palatine), reversibilă la administrarea prednison (PDN).
- *rărirea părului axilar*,
- *hipotensiune arterială*, tahicardie, cord de dimensiuni normale; puls slab, filiform,
- *astenie fizică marcată*, oboseală la eforturi minime, anorexie, scădere ponderală, greață, vărsături, diaree, *dureri abdominale*, mialgii, artralgii, amenoree,
- hiponatremie, *hiperpotasemie*, hipercalcemie, hiperazotemie (creșterea ureei),
- anemie ușoară, *neutropenie*, eozinofilie și limfocitoză relativă,
- scăderea cortizolemiei, cu nivele plasmatice ridicate ale ACTH.

D2.2. Faciesul din collagenoze

- **Lupus eritematos sistemic (LES)**: erupție eritematoscuamoasă, cicatricială situată în regiunea malară, piramida nazală și frunte („vespertilio”), cu respectarea zonelor periorbitare;
- **Sclerodermie**: tegument îngroșat, indurat, aderent la planurile osoase subiacente, care-i conferă un aspect lucios (ceros), care la nivelul feței va genera: subțierea buzelor, efilarea nasului, micșorarea orificiului bucal cu aspect de **facies** imobil, de „icoană bizantină“;
- **Dermatomiozită**: colorație liliachie a pleoapelor, piele edemațiată, elastică, care după câteva luni devine indurată, lucioasă, hiperpigmentată.

D2.3. Faciesul din bolile respiratorii

- **facies vultuos**: cu eritem al obrazilor de partea pneumoniei (semnul Jacoub); cu herpes perioronazal;
- **facies albastru, buhăit** (*blue-bloated*): cianotic, buhăit, conjunctive eritematoase, edemațiate, cu hiperlacrimație.

D2.4. Faciesul în bolile cardiovasculare

- **facies mitral**: obraji roșii cu buze cianotice (aspect de „păpușă”);
- **facies pletoric** cu obraji roșii, cu teleangiectazii la acest nivel, întâlnit în HTA și obezitate.