

Definiția și obiectul semiologiei.

Simptomul și semnul clinic, sindromul și boala.

Foaia de observație clinică.

Anamneza.

Simptome generale: febra, cefaleea,
transpirația, pruritul, setea, tulburările de
somn, amețelile și vertijul.

Definiția și obiectul semiologiei

- Semiologia reprezintă studiul simptomelor și semnelor clinice și gruparea acestora în sindroame, de la care derivă planul logic de investigații, ajungându-se în final la diagnosticul bolii. Diagnosticul este simplificat dacă problemele puse de un caz se încadrează într-un sindrom bine definit, care să necesite puține diagnostice diferențiale și explorări paraclinice, făcând actul medical mai eficient.
- Studiul semiologiei poate fi comparat cu învățarea unei limbi străine pentru studenți, de la termenii noi până la o multitudine de nume proprii care descriu semne clinice sau manevre de examinare.
- Semiologia reprezintă baza profesiei de medic, elementele esențiale constituind gândirea clinică, indiferent de specializarea ulterioară. Un medic bun, care va fi apreciat, este acela care va privi pacientul ca pe o persoană, nu ca pe un „caz medical” și care va face o anamneză atentă și un examen obiectiv complet, încadrând datele obținute într-un sindrom clinic. Pornind de aici se întocmește un plan de explorări și de consulturi interdisciplinare, pentru a se ajunge la diagnosticul bolii, cu precizarea etiologiei, localizării, formei clinice și a stadiului evolutiv.

Simptomul și semnul clinic, sindromul și boala

- **Simptomul** este elementul subiectiv relatat de bolnav, având o cotă personală importantă. Simptomele se rețin cu un anumit grad de rezervă datorită exagerărilor, fiind reconsiderate după examenul fizic și chiar după supraveghere clinică pe o perioadă de timp.
- Unele simptome sunt generale, fără specificitate de organ sau aparat, fiind întâlnite în foarte multe stări patologice, așa cum sunt febra, cefaleea, astenia și amețelile. Acestea se pot încadra în tabloul clinic al unor boli, dar de multe ori reprezintă singura manifestare de la care se pornește pentru stabilirea diagnosticului. Fiecare boală are unul sau două simptome principale (majore, dominante) care determină pacientul să consulte medicul. Acestea au o relativă specificitate pentru un anumit organ sau aparat, dar vor fi atribuite acestuia după ce s-au exclus și alte cauze care ar putea da manifestări asemănătoare. Spre exemplu, o durere retrosternală apărută brusc, cu anumite caractere clinice poate fi sugestivă pentru o ischemie miocardică, dar ea poate fi dată și de o nevralgie intercostală.

Simptomul și semnul clinic, sindromul și boala

- **Semnul clinic** reprezintă modificarea pe care o constatăm la examenul fizic al bolnavului, determinată de starea patologică instalată.
- Aceste modificări sunt considerate ca fiind obiective, adică observate de medic prin propriile simțuri (suflu, ral, matitate) sau pot fi relatate de pacient și confirmate de medic (cianoză, icter, edeme).
- În funcție de momentul prezentării la medic, o boală se poate exprima cu un tablou clinic mai mult sau mai puțin complet. Spre exemplu, un lupus eritematos sistemic se poate prezenta cu o serie de semne clinice evocatoare sau numai ca un sindrom febril prelungit, motiv pentru care planul de investigații trebuie să acopere deficiențele examenului fizic.

Simptomul și semnul clinic, sindromul și boala

- **Sindromul** este ansamblul de date subiective și obiective caracteristic unui număr mai mare sau mai mic de boli, care obligă la anumite explorări paraclinice capabile să conducă la diagnosticul complet al bolii.
- Spre exemplu, un sindrom lichidian pleural, care are manifestări caracteristice acumulării unei cantități de lichid în cavitatea pleurală, obligă la anumite explorări paraclinice pentru a stabili dacă este vorba de un hidrotorax sau de o pleurezie și ce etiologie are aceasta.
- Tehnologiile științifice stau la baza soluționării multor probleme clinice, dar abilitatea de a selecta din masa de posibilități pe cele mai utile și mai fiabile, ordonând explorarea în trepte, este apanajul celor care combină știința, logica și arta medicală. Numai gândind în acest fel vom ști ce este real și ce reprezintă capcane, când trebuie să intervenim terapeutic și cât mai putem aștepta, pentru ca actul medical să fie corect, operativ, academic și lipsit de riscuri.

Simptomul și semnul clinic, sindromul și boala

Semiologia începe de la starea normală, definită prin absența unor anomalii organice sau funcționale detectabile și prin capacitatea de menținere a parametrilor biologici în limitele fiziologice pentru populația din zona geografică respectivă.

Organismul trebuie să mențină normalitatea în ciuda variațiilor mediului extern, grație mecanismelor homeostazice și a rezistenței la intervenția diverșilor factori de mediu. Creșterea numărului și complexității metodelor de explorare paraclinică a căutat să ajute la soluționarea problemelor clinice, dar este obligatoriu să se țină cont de limitele și posibilitățile de eroare ale fiecărei metode.

Deși în jurul unor aparate și metode s-a creat o aură de autoritate, acestea au un caracter impersonal, încât utilizarea și interpretarea rezultatelor trebuie să pornească de la datele clinice și în raport cu particularitățile individuale ale pacientului.

Ultrasonografia și metodele endoscopice care permit inclusiv prelevări pentru examenul histopatologic, reprezintă explorările inițiale.

Tehnicile imagistice performante (tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, explorări izotopice) și metodele invazive (cateterisme, angiografii) se folosesc în etapa a doua de explorare.

Foaia de observație clinică

- Foaia de observație este documentul medical care se întocmește bolnavului internat într-o unitate sanitară cu paturi. Capitolele foii de observație din clinica medicală constituie forma de bază, la care se adaugă particularitățile fiecărei specialități (chirurgie, ortopedie, obstetrică-ginecologie, pediatrie, oftalmologie).
- Calitatea foii de observație atestă competența, corectitudinea și minuțiozitatea medicului. În afară de valoarea strict medicală, foaia de observație reprezintă un document științific pentru cercetări retrospective sau prospective.
- Foaia de observație reprezintă și un document juridic la solicitarea organelor în drept, precum și la expertizarea capacității de muncă.
- În relația medic-pacient confidențialitatea actului medical este obligatorie, în afară de cazurile implicate în justiție, la care se poate solicita și copia foii de observație.

Foaia de observație clinică – prima pagină

Datele personale

- Numele și prenumele, data și locul nașterii, domiciliul se consemnează pe baza actelor doveditoare. Cazurile aduse în stare de inconștiență, fără acte sau cele care nu-și pot dovedi identitatea sunt reținute pentru acordarea asistenței medicale, dar se vor anunța organele în drept pentru identificarea lor. Dacă sunt aduși bolnavi în stare de inconștiență sau cu diverse traumatisme, de persoane din afara anturajului lor, se va consemna identitatea acestora și condițiile în care au intervenit asupra cazului.
- Profesia și locul de muncă interesează din punct de vedere medical prin eventualele noxe și condițiile în care își desfășoară sau și-a desfășurat activitatea pacientul.

Datele calendaristice

- Data internării va fi completată și cu ora prezentării. În aceeași casetă vor fi trecute și data externării, precum și perioada de repaus recomandată în continuare la domiciliu. În situațiile în care un bolnav este transferat într-o altă secție sau spital, data externării este de fapt data transferului, indicându-se locul unde va ajunge.

Caseta pentru diagnostic

- Pe prima pagină a foii de observație se află caseta în care se consemnează diagnosticele în diferite etape ale evoluției. Primul diagnostic care se consemnează este cel de trimitere, dacă pacientul a fost îndrumat pentru internare de un medic din sistemul numit „ambulatoriu” (cabinete medicale, policlinici). Medicul îl examinează și își formulează propriul diagnostic de internare. În primele trei zile se efectuează explorările necesare, stabilindu-se diagnosticul complet, care nu va mai suferi modificări esențiale până la externare, când se consemnează diagnosticul definitiv, care va fi trecut și pe documentul medical pe care pacientul îl primește la ieșire (bilet de externare).

Anamneza

- Anamneza (anamnesis = reamintire) reprezintă totalitatea informațiilor pe care medicul le obține din convorbirea cu pacientul sau aparținătorii acestuia în vederea stabilirii diagnosticului.
- Această convorbire cu pacientul necesită o bună pregătire profesională, perspicacitate, răbdare, tact și o foarte bună cunoaștere a psihologiei umane.
- O anamneză bine făcută poate asigura o bună parte din diagnostic.
- Discuția trebuie făcută cu îndemânare, folosind cuvinte care să fie înțelese de pacient, în raport cu nivelul de pregătire al acestuia. Tonul discuției trebuie să fie prietenos, blând, încât să se câștige încrederea bolnavului, care să vadă în medic un colaborator care îi va rezolva problema de sănătate.
- În situația în care pacientul este inconștient sau cu tulburări psihice, precum și în cazul copiilor, informațiile sunt furnizate de aparținători, cu o inerentă cotă de subiectivism sau păreri personale.

Anamneza

Motivele internării reprezintă începutul anamnezei, reținând simptomele majore, câte două sau trei. Simptomele de însoțire, secundare, se descriu la istoric, în ansamblul manifestărilor cu care a debutat și evoluat boala.

- Se pot consemna și semne clinice, dacă acestea au fost observate de pacient, așa cum sunt icterul, edemul, mărirea de volum a abdomenului, tumefacțiile articulare sau modificările cutanate.
- Este incorectă consemnarea la motivele de internare a localizărilor de organ ale simptomelor (durere biliară sau coronariană) sau de sindroame (sindrom diareic sau colică renală), deoarece explicarea acestora va rezulta după examenul obiectiv și chiar după efectuarea explorărilor primare.
- La simptomele majore trecute la motivele de internare se specifică localizarea topografică și caracterul evocator spre exemplu: durere la baza hemitoracelui drept, accentuată de respirație sau durere retrosternală cu caracter constrictiv.

Anamneza

Istoricul bolii cuprinde descrierea amănunțită a tuturor manifestărilor clinice de debut și evoluția lor până în momentul prezentării la medic, inclusiv eventualele tratamente efectuate în această perioadă. La început pacientul este rugat să-și relateze singur suferința, pentru a ne orienta asupra celor mai supărătoare manifestări dar și asupra impactului psihologic și nivelului intelectual. După această primă relatare, medicul reia discuția, dar cu întrebări precise menite să elucideze amănunțit toate manifestările clinice. Prima problemă care trebuie lămurită se referă la modalitatea de debut a bolii și care au fost primele simptome.

- După modul de debut există boli care încep brutal, aparent în plină sănătate, bolnavul putând indica și ora (pneumotoraxul, infarctul miocardic acut), boli cu debut brusc, în care tabloul clinic se constituie în câteva ore (pneumoniile bacteriene, toxinfecțiile alimentare) și boli cu debut lent, insidios, la care adesea este greu de stabilit momentul inițial și care ajung la medic cu ocazia apariției unor complicații (bronșita cronică, pielonefrita cronică).
- După ce se stabilesc modul de debut și manifestările inițiale, acestea se urmăresc evolutiv până în momentul prezentării la medic, adăugând pe acest parcurs și celelalte simptome de însoțire, în ordinea apariției lor. Important de stabilit este dacă simptomele descrise s-au influențat reciproc și în ce sens (dacă o durere epigastrică este calmată de vărsături). Din ansamblul de manifestări descrise de pacient trebuie să identificăm care aparțin bolii și care sugerează apariția unei complicații sau a insuficienței organului afectat.
- Un alt aspect important care se urmărește la istoric vizează tratamentele efectuate anterior. În afara cazurilor de automedicație sau după diverse sfaturi neautorizate, de multe ori bolnavii nu respectă indicațiile terapeutice anterioare, fapt care conduce la reapariția manifestărilor clinice sau chiar la agravarea bolii. În condițiile unor indicații terapeutice corecte, indisciplina pacienților privind continuarea tratamentului la domiciliu este de multe ori responsabilă de agravarea bolii (tratamentul tuberculostatic sau al diabetului zaharat).

Anamneza

Antecedentele personale fiziologice la adult se referă la evenimentele genitale din viața femeii, începând cu vârsta la care a apărut menstruația, durata și regularitatea ciclului menstrual și abundența fluxului.

- Data ultimei menstruații poate atenționa asupra unei posibile sarcini, care să justifice anumite manifestări cu coloratură digestivă. Disparația ciclului menstrual sau menopauza poate apărea fiziologic sau să fie indusă chirurgical sau terapeutic.
- Se consemnează numărul de sarcini, cum au fost suportate, cum s-a desfășurat nașterea și greutatea copiilor la naștere (macrosomia fetală sugerează un posibil diabet zaharat la genitori).
- Avorturile provocate, mai ales cele septice, pot lăsa anumite repercusiuni organice, iar cele spontane au de obicei un fond patologic.
- Antecedentele personale fiziologice la copil vizează dezvoltarea de la naștere și până la pubertate, atât sub aspect somatic, cât și neuropsihic și intelectual.

Anamneza

Antecedentele personale patologice conturează fondul biologic al pacientului pe care a survenit boala actuală. Interesează afecțiunile anterioare care ar fi putut lăsa sechele, notând perioada când au existat. Nu ne vom mulțumi cu răspunsuri generale de genul „nu am fost bolnav“, ci vom pune întrebări directe privind principalele grupe de boli sau manifestări clinice:

- boli pulmonare: pneumonii, pleurezii, tuberculoză, hemoptizii, crize de dispnee;
- boli cardiovasculare: dureri coronariene, hipertensiune arterială, tulburări de ritm;
- boli digestive: ulcer gastroduodenal, colici biliare, sindroame diareice, hepatite virale, rectoragii;
- boli renale: colici renale, tulburări de micțiune, glomerulonefrite, edeme, hematurie;
- boli reumatismale, dureri, redoare și tumefacție articulară;
- adenopatii, anomalii hematologice sau reacții alergice;
- diabet zaharat;
- infecții de focar: amigdaliene, dentare, otice, sinusale;
- tratamente psihiatrice;
- boli cu transmitere sexuală: sifilis, gonoree;
- intervenții chirurgicale sau traumatisme.

Anamneza

Antecedentele heredocolaterale se referă la bolile determinate genetic, la cele în care există o predispoziție ereditară și la cele produse prin contagiune intrafamilială.

- Dacă bolile determinate genetic (hemofilia A) nu sunt foarte frecvente, cele cu o predispoziție ereditară evidentă fac parte din patologia curentă, așa cum sunt hipertensiunea arterială esențială, diabetul zaharat, astmul bronșic alergic, ulcerul duodenal.
- Contagiunea intrafamilială intervine în multe boli infecțioase (tuberculoza, hepatitele virale), parazitare (scabia) sau cu transmitere sexuală.
- Deoarece mulți pacienți nu cunosc precis cauza deceselor rudelor apropiate, vom reține ca suspecte morțile survenite la vârste mai tinere, brusc, cu manifestări sugestive pentru un anumit grup de boli.

Anamneza

Condițiile de viață și muncă cuprind toate aspectele legate de existența pacientului, știind că starea de sănătate implică bunăstarea fizică, psihică și socială a omului.

- Ne informăm asupra profesiei și locului de muncă, urmărind noxele posibile, efortul, stresul și orarul profesional.
- Condițiile de locuit sunt dependente de starea socio-economică, cu influențe directe asupra procesului patologic, dar și asupra posibilităților de îngrijire și tratament.
- Alimentația bolnavului este apreciată atât sub aspect cantitativ și calitativ, cât și în privința orarului meselor și a obiceiurilor alimentare.
- O atenție deosebită se acordă consumului de alcool, informându-ne de când bea, cât de des, tipul de alcool și ce cantitate obișnuiește să consume, fiind conștienți că unii vor nega acest obicei sau vor „reduce“ frecvența și cantitățile.
- Dacă pacientul fumează ne informăm de la ce vârstă a luat acest obicei și câte țigarete fumează pe zi, păstrând o rezervă asupra celor care afirmă că s-au lăsat de fumat.
- Consumul de droguri trebuie investigat cu atenție, în special la adolescenți și tineri, deoarece majoritatea îl neagă.

Simptome generale

FEBRA

- Măsurarea temperaturii corpului face parte din examenul clinic, determinându-se cu termometrul cu mercur sau cu aparate electronice, de două ori pe zi între orele 7-9 și 16-18. În bolile care evoluează cu oscilații termice imprevizibile temperatura se măsoară de mai multe ori pe zi, chiar din două în două ore. Valorile normale ale temperaturii axilare sunt 36,5-36,8°C dimineața și 36,8-37°C seara, iar cele bucale sau rectale mai mari cu 0,5°C.
- Creșterea temperaturii corpului peste limitele normale se numește febră (fervere = a fi fierbinte), rezultând dintr-o modificare a centrului termoreglator localizat în hipotalamusul anterior. În limbajul clinic curent se folosesc următoarele trepte valorice ale unei stări febrile:
 - stare subfebrilă: 37-38°C;
 - febră moderată: 38-39°C;
 - febră mare: 39-41°C;
 - hipertermie: peste 41°C, când este depășit centrul de control hipotalamic.

FEBRA

Substanțele care produc febra sunt numite pirogene, ele putând fi exogene sau endogene.

- Substanțele pirogene exogene sunt produse de diverse microorganisme pătrunse în corp (toxinele bacteriene).
- Pirogenele endogene sunt produse de celulele „gazdei“, în special de sistemul monocito-macrofagic, ca răspuns la stimulii unor fenomene infecțioase sau inflamatorii.

Temperatura corpului este reglată de hipotalamus, care recepționează două genuri de semnale: unul provenit de la nervii periferici care transmit informațiile culese de receptorii pentru cald și rece și altul de la temperatura sângelui care irigă regiunea.

FEBRA

În funcție de etiologie și caractere, febra se însoțește de manifestări generale nespecifice ca inapetență, mialgii, artralgii, cefalee, astenie fizică și o stare de rău general.

- *Frisonul* este fenomenul clinic caracterizat prin apariția bruscă a unei senzații puternice de frig, care determină contracții musculare de scurtă durată și piloerecție. Durata frisonului este limitată la câteva minute sau zeci de minute, putându-se repeta în funcție de boală. Frisonul este prezent în:
 - ascensiunile febrile mari din unele boli infecțioase (pneumonii bacteriene, meningite bacteriene);
 - diseminări septicemice ale unor procese supurative localizate (abcese, flegmoane);
 - infecțiile acute urinare sau biliare și în unele boli parazitare (malaria);
 - frison însoțit de febră de origine neinfecțioasă apare după unele soluții perfuzabile, transfuzii de sânge sau medicamente administrate intravenos.
- *Transpirațiile* apar în ascensiunile febrile mari, ca mecanism de pierdere termică sau după medicamente antipiretice. Unele boli febrile se însoțesc de transpirații predominant vespérale, moment când de obicei crește și temperatura.
- *Alterarea statusului mental* în perioada febrilă apare frecvent la copii mici, bătrâni, alcoolici, cirofici și renalii cronici. Frecvent apar convulsii febrile, dezorientare, stări confuzionale și chiar crize delirante, iar la epileptici febra poate precipita declanșarea crizelor.

FEBRA

- Un aspect important pentru practică este *disociația puls-temperatură*. În ascensiunile febrile mari apare de regulă tahicardia, care va fi înlocuită de o bradicardie relativă dacă apare o afectare miocardică la nivelul țesutului de conducere, în special în reumatismul articular acut, miocardite virale sau endocardite bacteriene.
- După *aspectul curbei termice* se descriu mai multe tipuri semiologice.
 - **Febra continuă** sau în platou nu are diferențe mai mari de un grad între temperatura matinală și vespérală. Caracteristică infecțiilor acute, are o perioadă de creștere care se desfășoară pe parcursul câtorva zeci de minute sau ore, urmată de perioada de stare, fără oscilații, pentru ca stadiul de defervescență să se producă brusc („în crisis“) sau mai lent („în lisis“).
 - **Febra remitentă** se caracterizează prin diferențe între temperatura matinală și vespérală mai mari de 1 °C, care pot ajunge la 3-4 °C în febra hectică din septicemii sau infecțiile acute renale (pielonefrite) sau biliare (angiocolite).
 - **Febra intermitentă** reprezintă alternarea unor perioade febrile cu unele afebrile, care se poate produce neregulat sau la intervale fixe. În febra recurentă apar perioade febrile de 5-8 zile, urmate de perioade similare de afebrilitate, curbă febrilă care se întâlnește însă și în tuberculoză, limfoame, leptospiroze și unele boli virale sau bacteriene.
 - **Febra ondulantă** prezintă ascensiunea progresivă a temperaturii, urmată de scăderea treptată, după care ciclul se reia. Acest tip de febră este întâlnită în bruceloză și uneori în boala Hodgkin și în unele neoplazii.
 - **Febra de tip invers**, în care temperatura matinală este mai mare decât cea vespérală poate apare în unele forme grave de tuberculoză și supurații închise.
 - **Febra de tip neregulat**, fără caractere particulare, este cea mai frecventă în practica medicală.

FEBRA

Principalele cauze ale stărilor febrile sunt:

A. Infecțioase sau parazitare.

B. Neoplasme de organ.

C. Boli hematologice

a. hemopatii maligne (leucemii, limfoame);

b. hemoliza acută sau cronică.

D. Boli inflamatorii

a. colagenoze (lupus eritematos sistemic, poliartrită reumatoidă, boală mixtă a țesutului conjunctiv);

b. vasculite sistemice;

c. boli autoimune;

d. reumatismul articular acut.

E. Distrugerii tisulare (hematoame, infarctizări, arsuri, accidente vasculare cerebrale).

F. Boli metabolice (porfirie, guta).

G. Boli endocrine (hipertiroidia).

H. Unele medicamente sau intoxicații.

- Pentru bolile infecțioase se recoltează, produse biologice în funcție de localizarea procesului infecțios (spută, urină), dar și hemoculturi, în special în frison. Hemograma este obligatorie, iar în hemopatiile maligne se practică examenul măduvei osoase sau al ganglionilor limfatici. Explorarea imunologică este utilă în bolile autoimune, colagenoze, vasculite sistemice și toate afecțiunile cu mecanism imunologic.

Simptome generale

CEFALEEA

- Cefaleea este un simptom foarte frecvent, apărând într-un context clinic mai larg sau ca manifestare izolată. Din fericire cele mai frecvente cauze sunt „benigne“, formele grave care pun în pericol viața fiind rare.
- La anamneză se analizează **caracterul durerii**, **localizarea**, **durata**, **evoluția în timp** (acută sau cronică), **factorii declanșanți** și **factorii amelioranți**, inclusiv răspunsul la medicația antialgică uzuală.
- Cele mai frecvente dureri sunt surde, suportabile, dar deranjante, care perturbă somnul și activitatea. Rar apar dureri ascuțite, lancingante, care de obicei au durată scurtă.
- Localizarea poate fi indicată uneori de pacient (hemicrania din migrenă, frontală, fronto-occipitală), dar de cele mai multe ori durerea este difuză.
- Durata este variabilă de la câteva zeci de minute, până la ore sau zile, cu caracter continuu sau intermitent. În formele apărute recent caracterele sunt mai ușor de analizat, pe când în cele cronice, repetitive intervine net elementul subiectiv.
- Formele benigne de cefalee răspund în general bine la medicația antialgică uzuală, pe când cele date de leziuni organice sau modificări vasculare pot fi cu greu controlate terapeutic.

CEFALEEA

Cefaleea poate rezulta din următoarele modificări:

1. distensia, tracțiunea sau dilatarea arterelor intra- sau extracraniene;
2. tracțiunea sau deplasarea venelor mari intracraniene;
3. compresiunea, tracțiunea sau inflamația nervilor cranieni sau spinali;
4. iritația sau inflamația meningelor;
5. creșterea presiunii intracraniene;
6. spasmul sau inflamația mușchilor spinali sau cranieni;
7. perturbarea sistemului serotoninergic intracerebral.

Cefaleea de cauză vasculară

Migrena este o hemicranie periodică paroxistică datorată unor modificări hemodinamice cerebrale. Aproape trei sferturi din cazuri sunt femei, în special tinere cu preocupări intelectuale și cu predispoziție ereditară pe linie feminină. Examenul clinic și explorările paraclinice sunt normale, tulburarea hemodinamică vasculară fiind tranzitorie.

- Forma clasică de migrenă este anunțată de manifestări premonitorii (aură) cel mai frecvent vizuale (scotoame și/sau halucinații) sau senzoriale care apar cu câteva ore înaintea accesului dureros. Unii bolnavi descriu chiar cu o zi înainte apariția unor manifestări nejustificate ca foame, sete, euforie sau stări depresive, care se repetă la fiecare acces migrenos. Durerea apare brusc, pe o jumătate de cap, atingând rapid intensitatea maximă. În timpul fazei dureroase bolnavii au grețuri, vărsături, balonări, chiar diaree și oarecum caracteristic foto- și fonofobie. Această criză dureroasă care nu cedează la medicația antialgică uzuală durează câteva ore, rar una-două zile, terminându-se brusc, așa cum a început.

Cefaleea de cauză vasculară

Hipertensiunea arterială poate determina cefalee atât în condițiile unor creșteri importante ale valorilor tensionale, cât și în unele accidente vasculare cerebrale. În formele severe de hipertensiune arterială cefaleea este surdă, difuză sau frontooccipitală, iar în accidentele vasculare cefaleea apare brusc și se însoțește de manifestări neurologice de focar, caracteristice.

Cefaleea apare și în anumite ***afecțiuni ale vaselor cerebrale***, dar este cuprinsă în manifestările neurologice și generale ale fiecărei boli. Trombozele venoase cerebrale determină pe lângă cefalee, creșterea presiunii intracraniene, manifestări neurologice focale localizate cel mai frecvent la membre. Poliarterita nodoasă și arterita temporală Horton prezintă diverse manifestări neurologice, sistemice și cefalee intensă, difuză sau localizată, greu controlabilă terapeutic. Arterita temporală, numită și arterita cu celule gigante, face parte din sindroamele vasculitice, ca și poliarterita nodoasă. De cele mai multe ori cefaleea este simptomul cel mai supărător, cu accentuare nocturnă sau la căldură.

Cefaleea din afecțiunile intracraniene

Tumorile intracraniene pot fi localizate în interiorul substanței cerebrale sau în vecinătate, producând simptome prin compresiune și expansiunea tumorii. Natura și severitatea manifestărilor depinde de localizarea tumorii și rata de creștere a acesteia.

- Tumorile intracraniene pot fi primitive sau metastatice de la un cancer cu altă localizare. Pacienții prezintă cefalee, manifestări neurologice și semne de hipertensiune intracraniană, alături de semne sistemice de malignitate. Cefaleea este simptomul inițial la aproape jumătate din cazuri, putând avea localizări diferite (retroorbital, retroauricular, occipital) în funcție de sediul tumorii. Frecvent sunt prezente grețurile, vărsăturile și sughitul, care sugerează hipertensiunea intracraniană. Tumorile localizate în lobul frontal pot determina modificări comportamentale și ale stării mentale, iar cele din lobul temporal tulburări psihotice sau de personalitate. Tulburările neurologice sau vizuale apar în funcție de localizarea tumorii, adăugându-se rapid la tabloul clinic inițial.
- Orice neoplasm poate da metastaze cerebrale, dar mai frecvent apar în cele pulmonare, genitale, renale și în melanoame.
- Explorările esențiale sunt tomografia computerizată cu substanță de contrast și rezonanța magnetică nucleară.

Cefaleea din afecțiunile intracraniene

Meningitele produc cefalee prin inflamația stratului senzitiv al meningelor care acoperă creierul. Cefaleea este generalizată, foarte severă și frecvent pulsatilă, cu debut acut sau gradat și completată rapid cu rigiditatea cefei.

- Meningitele acute bacteriene debutează cu febră, cefalee și semne de iritație meningeală, la care se adaugă adesea semne de disfuncție cerebrală (confuzie, delir, alterarea conștiinței). Uneori se adaugă paralizii de nervi cranieni sau diverse deficite neurologice, pentru ca în formele grave să apară hipertensiunea intracraniană și bradicardia.
- Meningitele virale debutează cu febră, cefalee, mialgii, dureri abdominale, grețuri, vărsături și uneori diaree. Inflamația se poate extinde de la meninge la substanța cerebrală (encefalită) sau la măduvă (mielită), tabloul clinic completându-se cu somnolență, alterarea statusului mental și semne neurologice. Cefaleea este frontală sau retroorbitală și asociată cu fotofobie și dureri la mișcarea globilor oculari.
- Meningita tuberculoasă nu constituie o raritate, etiologia fiind dovedită prin examenul lichidului cefalorahidian. Instalarea se face treptat, cu semne de iritație meningeală și afectări de nervi cranieni.

Cefaleea din afecțiunile intracraniene

Abcesul cerebral este un proces supurativ localizat în parenchimul cerebral, care provine de la un focar infecțios din vecinătate (otite, abcese dentare, sinuzite), prin diseminare hematogenă de la o infecție cu piogeni situată la distanță (abces pulmonar, pleurezie purulentă) sau după un traumatism sau intervenție chirurgicală în sfera cerebrală. Bolnavii sunt febrili, uneori cu frisoane și cu semne de infecție sistemică. Pe acest fond apar cefaleea, care se accentuează și semnele neurologice de focar, apoi rigiditatea cefei, grețuri și vărsături.

Hemoragia subarahnoidiană se manifestă printr-o cefalee difuză apărută brusc și însoțită de rigiditatea cefei. *Alterarea presiunii intracraniene* produce cefalee prin compresiunea sau tracțiunea structurilor sensibile la durere din vase și nervi. Cefaleea din hipertensiunea intracraniană poate fi moderată sau severă, localizată sau generalizată și accentuată de tuse, strănut, decubit și de anteflexia corpului sau defecație. Hipotensiunea intracraniană apare de obicei după puncțiile lombare, manifestându-se printr-o cefalee surdă de regulă occipitală, care durează câteva ore sau zile. Durerea se accentuează în poziție ridicată și are tendința de a iradia spre ceafă și umeri.

Cefaleea din procesele patologice extracraniene de vecinătate

- Inflamațiile acute sau cronice nazale și ale sinusurilor și mai rar neoplaziile pot produce cefalee cu localizare frontală, alături de manifestările specifice locale. Durerea este surdă, accentuată de schimbările de poziție ale capului și însoțită frecvent de grețuri și vărsături.
- Durerile dentare, în special de la nivelul maxilarului, sunt de multe ori greu de localizat, fiind confundate cu cefaleea cu altă etiologie. Durerea poate iradia spre mastoidă, occiput sau spre regiunea frontală, îmbrăcând un caracter nevralgic.
- Dureri de origine oculară apar în glaucom, în inflamațiile irisului și corpului ciliar și în viciile de refracție. În glaucom durerea este predominantă la nivelul globului ocular și orbitei, dar se poate extinde pe teritoriul nervului trigemen. Pacienții cu vicii de refracție necorectate prezintă o cefalee surdă în regiunea frontală, cu iradiere occipitală care se accentuează după activități prelungite care necesită o vedere bună (scris, citit, calculator, croitorie).
- Artrozele coloanei cervicale pot determina o cefalee localizată în general în zona occipitală, care iradiază în vertex sau în regiunea orbitală.
- Otitele acute și procesele inflamatorii cronice otomastoidiene dau în general dureri cu caracter nevralgic, cu predominanță unilaterală, însoțite de tulburări auditive sau/și de echilibru.

Cefaleea din afecțiunile nervilor cranieni

Nevralgia trigeminală se caracterizează prin paroxisme dureroase pe una sau mai multe ramuri ale nervului trigemen. Frecvent durerea este declanșată de o simplă atingere în zona buzelor sau în cavitatea bucală, dar cu timpul poate apare și în timpul masticației sau la periajul dentar. Evoluția este cu remisiuni și exacerbari spontane, între paroxisme bolnavii fiind asimptomatici. Noaptea durerea este de obicei absentă.

Nevralgia glosofaringiană are zona de declanșare la nivelul amigdalelor și peretelui posterior al faringelui, proiectându-se spre unghiul mandibulei și ureche. În timpul paroxismelor dureroase pot apare modificări ale frecvenței cardiace (bradicardie), durata acestora fiind de regulă scurtă.

Cefaleea din bolile generale

Cefaleea este prezentă în tabloul clinic al multor boli generale, având mecanisme diverse.

- **Bolile infecțioase** febrile evoluează cu o cefalee difuză, surdă, fără caractere particulare.
- **Hipoxia**, cu sau fără hipercapnie, din insuficiența pulmonară determină cefalee, ca și hipoxia și staza venoasă din insuficiența cardiacă.
- **Anemiile** și unele **hemopatii maligne** (leucemii, limfoame, sindroame mieloproliferative, proliferări neoplazice plasmocitare) au foarte frecvent în tabloul clinic cefaleea, ca și bolnavii cu **insuficiență hepatică** sau **renală**.
- Cefaleea din **colagenoze** poate avea mecanisme diverse, ea completând tabloul clinic al bolii.
- Dintre bolile metabolice, **diabetul zaharat** determină frecvent cefalee, care are cauze multiple, inclusiv crizele hipoglicemice.
- **Dezechilibrele electrolitice** și **retențiile hidrosaline**, indiferent cauza lor, pot fi responsabile de apariția cefaleei, ca și unele **boli endocrine** sau **intoxicații exogene** (alcool, fumat, medicamente, droguri).

Cefaleea psihogenă

Sindromul de suprasolicitare reprezintă cauza principală a cefaleei fără modificări organice sau biochimice evidențiabile. Pacienții se prezintă cu o cefalee difuză, surdă, însoțită de stări de nervozitate sau anxietate, dar sunt conștienți că și-au depășit propria capacitate de efort fizic sau intelectual, recurgând și la exces de cafea.

Persoanele cu un fond nevrotic, cu probleme socio-familiale, după stări conflictuale urmate de obicei de nopți de insomnie se prezintă cu o cefalee fronto-occipitală, însoțită de palpitații, înțepături precordiale, amețeli și senzații de „lipsă de aer“.

Evaluarea pacienților cu cefalee

- **Puncția lombară** pentru recoltarea lichidului cefalorahidian este obligatorie la cefaleea acută însoțită de febră și semne de iritație meningeală.
- Cefaleea apărută recent, cu evoluție progresivă și fără o explicație certă necesită explorare prin **tomografie computerizată** și **rezonanță magnetică nucleară**.
- **Electroencefalografia** este utilă pentru explorarea bolnavilor cu cefalee, dar este inferioară celorlalte metode imagistice.
- Explorarea organelor și structurilor din vecinătate elucidează de multe ori cauzele cefaleei, ca și probele biologice pentru afecțiunile generale.

Astenia

Este o stare generală de slăbiciune, de lipsă de energie.

Necesită diferențierea componentei psihice (neurastenia) de cea fizică.

Cauzele cele mai frecvente:

- Afecțiuni medicale
 - Hipotiroidia
 - Anemia
 - Cardiomiopatiile
 - BPOC
 - Obezitatea morbidă
 - Tulburările de somn
 - Reacții adverse medicamentoase (beta-blocante, alfa-blocante cu acțiune centrală, antidepressivele)
 - Infecții virale, bacteriene
 - Neoplazii

Astenia

- Afecțiuni psihiatrice:
 - Tulburări depresive majore
 - Tulburări bipolare
 - Alcoolismul
 - Anxietatea
- Factori ai stilului de viață:
 - Privarea de somn
 - Stress-ul
 - Îngrijirea copiilor mici
 - Modificarea programului de lucru

Fatigabilitatea este un termen mai puțin folosit în exprimarea curentă, referindu-se de fapt la o stare de oboseală fizică, de lipsă de energie, de epuizare. De obicei apare în tabloul clinic al multor boli sistemice, endocrine sau metabolice, rar prezentându-se ca simptom izolat, inaugural.

Impotența funcțională se referă la imposibilitatea efectuării unui act motor datorită unei afectări neurologice, musculare, articulare sau arteriale, fiind localizată la un anumit segment al corpului. În afectările inflamatorii articulare și musculare impotența funcțională este dată de obicei de durere, în timp ce în bolile musculare primitive intervine dereglarea contractilității. Deficitul motor apare în afectările joncțiunii neuromusculare, a nervilor motori periferici, a căii corticospinale, ganglionilor bazali sau cerebelului, fiind însoțit de alte manifestări neurologice specifice. În sindromul de ischemie arterială cronică periferică, în afară de durerea caracteristică la efort, apare o impotență funcțională însoțită de alte semne și simptome locale.

Transpirația

Reprezintă creșterea secreției sudorale. Se numește și hiperhidroză și este de două tipuri:

- Hiperhidroza primară care afectează palmele, plantele, capul sau axilele.
- Hiperhidroza secundară generalizată, secundară unei boli preexistente sau secundar unor medicamente.
- Cauzele transpirațiilor:
 - Neoplazii, leucemii, limfoame.
 - Infecțioase: tuberculoza, endocardita, infecții pulmonare, virale.
 - Endocrine: hipertiroidism, insuficiență ovariană, diabet zaharat, tumori endocrine.
 - Reumatologice: PR, LES, artrita reumatoidă juvenilă.
 - Alte cauze: apneea în somn, BRGE, angina pectorală, sarcina.

Pruritul – senzația de mâncărime cutanată

- Afecțiuni cutanate: dermatita de contact, eczema, urticaria, micoza, psoriazis, infecții dermatofitice.
- Afecțiuni endocrine: disfuncțiile tiroidiene și paratiroidiene, diabetul zaharat, sindromul carcinoid.
- Boli infecțioase: hepatită, infecție HIV, scabia, pediculoza.
- Boli renale: insuficiența renală cronică, hemodializa.
- Boli hematologice: limfoamele Hodgkin și non-Hodgkin, leucemiile, anemia feriprivă, policitemia vera, trombocitemia esențială, sindroamele mielodisplazice.
- Colestaza: ciroza biliară primitivă, hepatitele cronice postvirale, coledocolitiaza, colangiocarcinomul, cancerul de cap de pancreas.
- Neoplazii: neoplasme gastro-intestinale, neoplasm pulmonar, tumori SNC.
- Afecțiuni psihiatrice: anxietate, depresie.
- Medicamente: clorpropamidă, tobutamidă, fenotiazine, eritromicina, contraceptivele, steroizii anabolizanți.

Amețelile

Amețelile sunt relatate foarte frecvent de pacienți, adesea descriindu-le ca senzații de nesiguranță, „zăpăceală“, instabilitate sau clătinare.

- Amețeala apărută brusc precede lipotimiile și sincopile, dar este urmată de manifestările clinice ale acestora (vezi semiologia cardiovasculară).
- Hemoragiile acute, cu scăderea tensiunii arteriale și anemie importantă evoluează cu amețeli puternice și transpirații, aspect care sugerează insuficiența irigație cerebrală.
- Hipoglicemia debutează cu amețeli, transpirații și nesiguranță musculară.
- Atacurile de ischemie cerebrală tranzitorie, atât cele spontane, cât și cele induse de hipotensiunea ortostatică sau de schimbarea poziției capului, se manifestă prin amețeli apărute brusc și însoțite de tulburări de echilibru.
- Amețelile sunt prezente în multe boli generale, în special în anemii, hipoxie, insuficiență hepatică sau renală și frecvent în hipertensiunea arterială.
- De multe ori amețelile apar la persoane cu un fond nevrotic, fără alte manifestări care să justifice senzațiile descrise.

Vertijul

Vertijul este o amețeală puternică survenită brusc și însoțită de o senzație rotatorie în plan orizontal sau vertical, cel mai frecvent dat de perturbări în sistemul vestibular. Senzații vertiginoase pot apare și la indivizii normali, fiind cunoscute sub numele de „rău de înălțime, de mare sau de voiaj“. Vertijul apare numai în condițiile menționate deoarece sistemul vestibular nu se poate adapta. Atunci când se află pe vapor, la înălțime sau se deplasează cu autovehicule sau tren apare senzația de amețeală rotatorie, însoțită de obicei de vărsături, transpirații și o stare de rău general.

Vertijul patologic are 2 forme:

- *periferic*, prin disfuncții labirintice;
- *central*, prin leziuni la nivel cerebral sau cerebelos.

Vertijul periferic

Cauzele vertijului patologic sunt cel mai frecvent periferice.

- **Disfuncția labirintică unilaterală** recurentă apare în vertijul Mènieré, care debutează brusc cu o senzație de amețală puternică, cu înfundarea unei urechi, în care apare un zgomot ritmic numit tinitus. Apar tulburări de echilibru, cu o senzație rotatorie, grețuri, vărsături și transpirații.
- **Disfuncția labirintică bilaterală** acută apare după consumul de droguri sau abuzul de alcool.
- **Insuficiența circulatorie vertebrobazilară** apare la vârstnici, sindromul vertiginos fiind dat de ischemia labirintică și/sau cerebrală. Debutul este brusc, cu amețeli, grețuri, vărsături, diverse tulburări vizuale și chiar crize de „drop attack“, în care bolnavul cade instantaneu. Aceste crize vertiginoase apar în special la schimbarea bruscă a poziției capului, spre exemplu la ridicarea rapidă din decubit dorsal și la flexia, extensia sau rotația capului.
- Vertijul este prezent uneori în afecțiunile acute sau cronice otomastoidiene, cel mai frecvent cu etiologie bacteriană și diverse manifestări locale de tip inflamator.
- O formă virală este dată de labirintita acută, care debutează cu afectarea căilor respiratorii superioare, urmată la 1-2 săptămâni de criza vertiginoasă, însoțită de manifestări otice și neurologice.

Tulburări de conștiință

Conștiința este capacitatea de integrare a pacientului în timp și spațiu

Somnolența (torpoarea) – bolnavul este moleșit, vorbește cu greutate și de obicei este febril sau surmenat.

Obnubilarea – bolnavul are dificultatea de a se orienta temporo-spațial și apare în stări grave, în intoxicații și infecții grave, în encefalopatii de diverse etiologii: hepatice, hipertensive, etc.

Stupoarea – este o tulburare gravă a conștiinței, cu dezorientare temporo-spațială evidentă, amnezie – pierderea memoriei – și survine în cazul tumorilor cerebrale, în encefalopatii sau în stări toxice grave.

Pierderea conștiinței – se întâlnește în trei situații diferite:

- lipotimia sau leșinul
- sincopa sau pierderea bruscă și tranzitorie a conștiinței
- coma – pierderea conștiinței pentru o perioadă mai îndelungată de timp care apare în situații grave: diabet zaharat complicat cu acidocetoză, insuficiența renală în stadiul de uremie, insuficiența hepatică, AVC întins.

TULBURĂRI DE MEMORIE

Scăderea memoriei – apare la vârstnici cu ateroscleroză, în intoxicații grave, la astenici sau surmenați.

Pierderea memoriei – amnezia – apare la pacienții cu epilepsie, în caz de traumatisme cranio-cerebrale, tumori cerebrale.

TULBURĂRI DE GÂNDIRE

Bradipsihia – gândirea întârziată – apare în hipotiroidism sau în stări depresive.

Obsesia – este o idee sau o imagine repetată în timp, de care pacientul nu se poate

Delirul – este un complex de idei false, trăite de bolnav ca și reale și apare în intoxicații, traumatisme cranio-cerebrale, tumori cerebrale, boli psihice sau infecții grave.

TULBURĂRI DE SENSIBILITATE ȘI DE PERCEPȚIE

Halucinațiile sunt descrise de pacient ca fiind reale dar sunt percepții false, vizuale, auditive, olfactive, tactile. Ele pot fi prezente în intoxicații grave, infecții severe sau în boli psihice.

TULBURĂRI DE AFECTIVITATE

Hipertimia – este o accentuare a trăirilor afective, manifestată prin euforie sau anxietate (teamă fără cauză, încordare). Ea apare în angina pectorală, nevroze, surmenaj, toxicomanii.

Hipotimia sau **apatia** – constă în diminuarea sau dispariția sensibilității la suferință și apare în nevroze sau stări terminale ale unor boli grave.

- Metode clasice de examen fizic: inspecția, palparea, percuția, auscultația.
 - Inspecția generală: poziția în pat, stațiunea, modificări staturale, tipuri constituționale.
 - Semiologia feței (ochi, pleoape, nas), faciesuri.
-

Metode clasice de examen fizic: inspecția, palparea, percusia, auscultația.

- Examenul obiectiv al oricărui pacient trebuie făcut complet, sistematic, corect și minuțios, constituind o mare greșală profesională limitarea doar la nivelul regiunii sau organului afectat.
- La cazurile grave, cu alterarea stării generale, examenul se face rapid și cât mai complet posibil, urmărindu-se în primul rând funcțiile vitale (respirația și circulația).
- Pacientul se află așezat în pat sau pe o canapea de consultație, medicul plasându-se în dreapta lui, cu fața spre el pentru a-i urmări reacțiile.
- Examinarea trebuie făcută și în ortostatism dacă starea generală a bolnavului și boala permit mobilizarea.
- Examenul obiectiv, ca orice act medical se efectuează în condiții de confort termic, cu o lumină suficientă, dispusă uniform și cât mai aproape de cea naturală. Mâinile medicului trebuie să fie calde, cu unghiile tăiate scurt și protejate cu mănuși chirurgicale pentru anumite zone și tehnici de examinare (cavitatea bucală, organe genitale, tușeu rectal). Manevrelor se efectuează cu blândețe, dar cu fermitatea necesară, solicitând colaborarea bolnavului.
- Examenul obiectiv complet este esențial, greșelile de diagnostic decurgând din superficialitatea, ignoranța și necunoașterea unor semne clinice evidente.

Inspecția

- *Inspecția* se efectuează cu atenție, sistematic și comparativ pentru zonele simetrice, urmărindu-se modificările specifice fiecărui aparat sau organ.
- Se începe cu inspecția generală, de ansamblu, urmărind poziția bolnavului în pat sau ținuta și stațiunea dacă se prezintă la un cabinet medical. În cadrul inspecției generale se analizează dezvoltarea somatică, starea de nutriție, mobilitatea și comportamentul pacientului.
- Inspecția specifică fiecărui aparat sau organ urmărește modificările caracteristice, care vor fi descrise la fiecare capitol.



Palparea

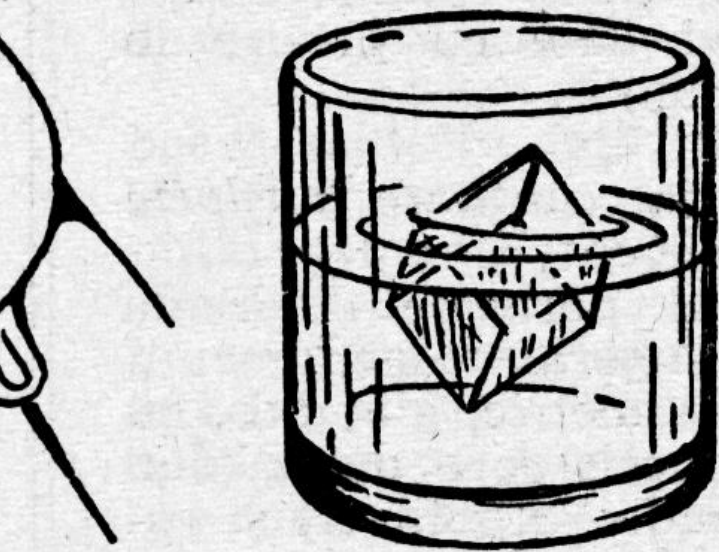
- **Palparea** se bazează pe simțul tactil și stereometric, iar pentru durerea provocată cu această ocazie se urmărește și reacția bolnavului.
- Palparea superficială se realizează prin aplicarea feței palmare a mâinilor pe zona examinată fără a se exercita o presiune, bazându-ne numai pe simțul tactil. Se folosește la examinarea tegumentelor și mucoaselor, articulațiilor, aparatului respirator, aparatului cardiovascular, în prima parte a palpării abdomenului și pe zonele intens dureroase.
- Palparea profundă se realizează mono- sau bimanual, exercitând o presiune mai puternică asupra zonei examinate, dar fără să se provoace dureri sau senzații dezagreabile bolnavului. Prin această metodă, care este fermă, dar nu brutală, se examinează musculatura scheletică, ganglionii limfatici, organele parenchimatoase abdominale, colonul, rinichii, vezica urinară, uterul și formațiunile tumorale accesibile.





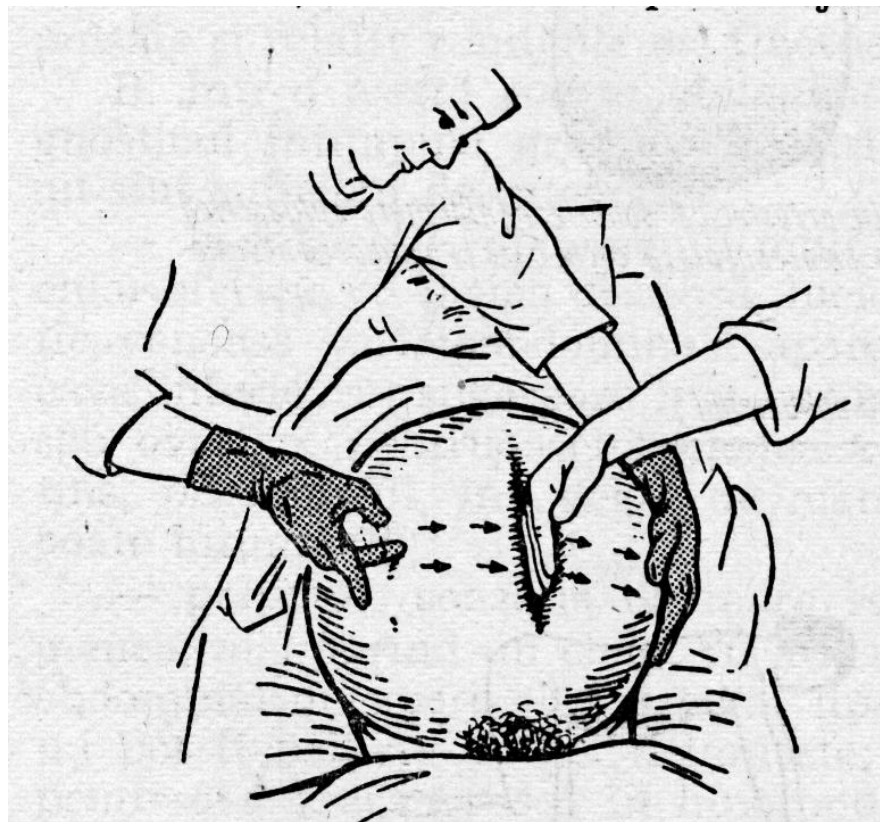


Palparea prin balotare (semnul bulgărelui de gheață)

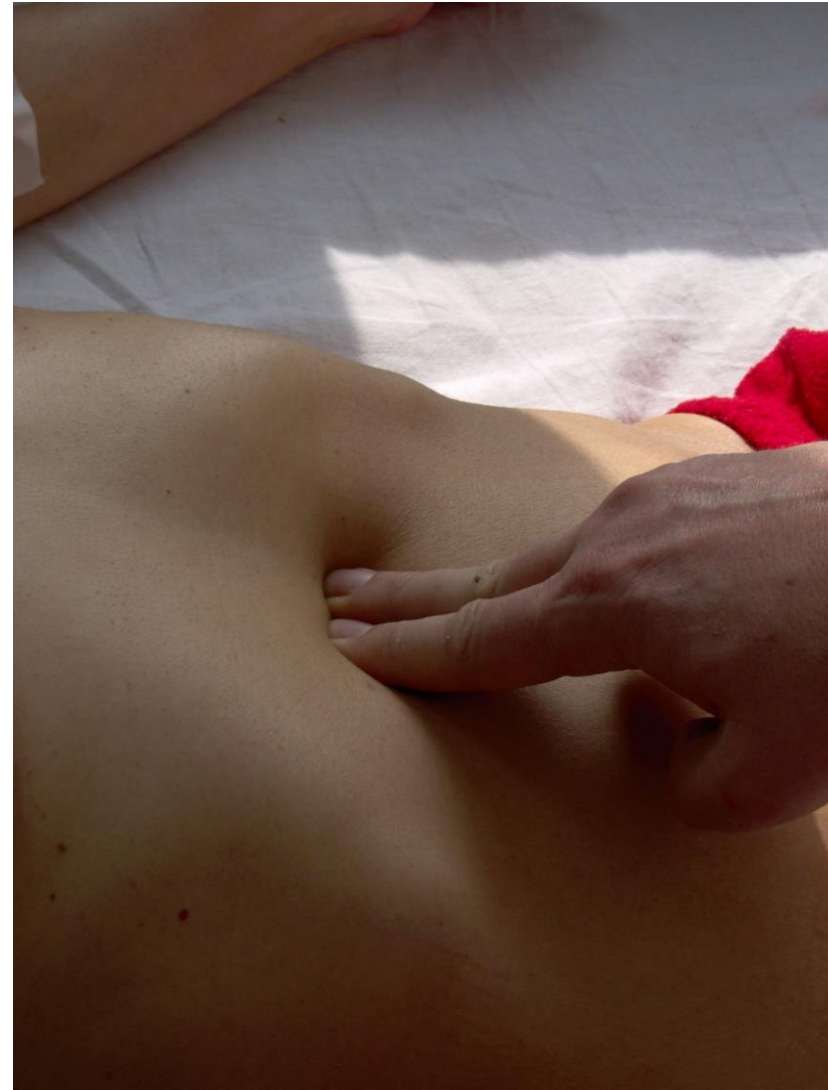


Palparea prin balotare se folosește la examinarea rinichilor, hepato-splenomegaliilor și formațiunilor tumorale abdominale, imprimându-le cu o mână o scurtă mișcare dintr-o zonă, spre cealaltă mână care este plasată într-un plan diametral opus (din lombă spre flanc). Când există ascită cu volum mare, sub tensiune, se aplică o lovitură scurtă, cu degetele semiflectate de la o mână deasupra zonei în care se află o hepatomegalie, splenomegalie sau o tumoră abdominală mobilă, așteptând cu mâna în același loc revenirea la suprafața lichidului a organului sau formațiunii examinate (semnul „bulgărelui de gheață“).

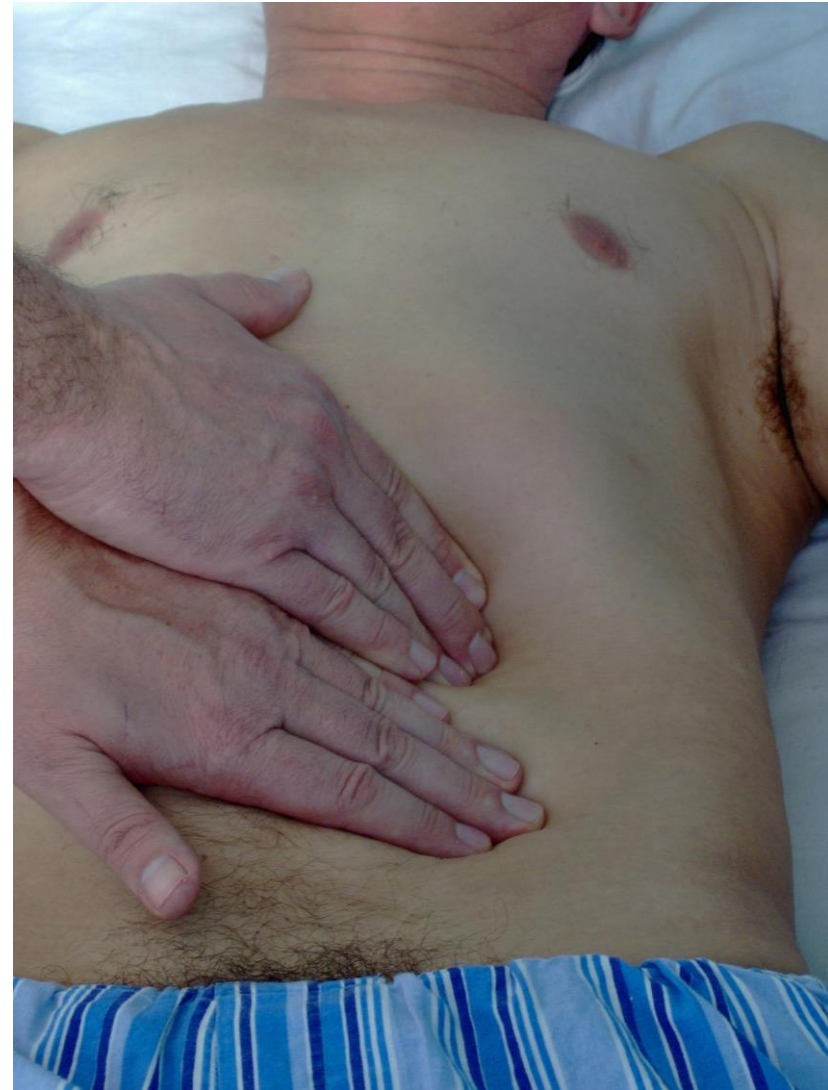
Semnul valului - în ascita de volum mediu - în decubit dorsal



Palparea penetrantă este o apăsare fermă, cu unul sau două degete, pe o zonă strict limitată, în scopul identificării unor puncte dureroase. Se folosește la examenul aparatului osteo-articular și la cercetarea punctelor dureroase ale sinusurilor feței, otice, abdominale, renale și nervoase.



Dacă se exercită presiuni din aproape în aproape pe cadrul colic, în sens antiperistaltic din flancul stâng, se produce o distensie în amonte până în zona cecală, care devine dureroasă în procesele inflamatorii apendiculare sau ileocecale (**palpare „prin reptăție“ sau manevra Rovsing**).



Percuția

- *Percuția* pune în vibrație un anumit teritoriu, sunetele obținute fiind variabile în funcție de structura, elasticitatea și conținutul în aer al organului sau zonelor vecine.
- Percuția digito-digitală (Piorry) furnizează sunete cu intensitate variabilă în funcție de forța loviturilor efectuate. Sunetele au un caracter net deoarece se pune în vibrație un teritoriu limitat, iar energia percutorie nu difuzează în suprafață, ci pătrunde în profunzime. Inițial se realiza cu ajutorul unui ciocănel cu vârf de cauciuc, pe o plăcuță care se aplica pe suprafața corpului, numită plesimetru. Locul ciocănelului a fost luat de mediusul de la mâna dreaptă semiflectat, iar al plesimetrului de falanga a doua a degetului similar de la mâna stângă, aplicat bine pe suprafața pielii.



-
- Se poate realiza o percuție cu lovituri mai ușoare, care pune în vibrație teritorii superficiale sau una cu lovituri mai ferme, care pune în vibrație teritorii mai profunde. Practic, prin percuție se identifică procesele patologice mari și cele localizate, cu un diametru mai mare de 3-4 cm și situate până la 7-8 cm profunzime. Percuția topografică se folosește pentru stabilirea limitelor anatomice ale plămânilor, cordului, ficatului și splinei.
 - În funcție de caracterele acustice, sunetele obținute prin percuție pot fi „sonore“ sau „mate“.
 - La percuția toracelui unui individ sănătos efectuată pe fețele anterioară, posterioară și laterale se obținute un sunet cunoscut ca „sonoritate pulmonară normală“. În emfizemul pulmonar, datorită creșterii cantității de aer prin distensia alveolară, intensitatea sunetului va fi mai mare, aspect numit hipersonoritate. În pneumotorax, datorită prezenței aerului în cavitatea pleurală și la percuția abdomenului se obține un sunet foarte sonor, cu timbru muzical, numit timpanism.
 - Sunetele mate au intensitate mică și durată scurtă, fiind percepute în mod normal la percuția organelor parenchimatoase (ficat, splină, cord). La nivelul plămânului matitatea apare dacă o zonă își pierde conținutul aeric printr-un proces de condensare sau se dezvoltă o formațiune neaerată (tumoră, chist cu conținut lichid). În acumulările lichidiene pleurale, pericardice sau peritoneale apare o matitate fermă, intensă, lemnoasă, sunetul fiind caracteristic. La nivelul toracelui mai poate apare o matitate dacă s-au produs simfize pleurale groase (sechele ale unor procese inflamatorii din trecut).



Auscultația

- *Auscultația* se bazează pe transmiterea la suprafața corpului a fenomenelor acustice produse din interior în timpul funcționării unor organe și aparate, în condiții normale sau patologice.
- Auscultația se practică cu stetoscopul (stethos = piept; skopein = a examina) biauricular.
- Primul stetoscop, monoauricular, imaginat de Laennec, este folosit în continuare în obstetrică, pentru ascultarea bătăilor cordului fetal.
- Această metodă stă la baza examinării plămânului și cordului și uneori la căutarea unor sufluri arteriale.

Inspecția generală a bolnavului

Primul contact al medicului cu pacientul poate avea loc în salon, la domiciliul acestuia, la nivelul cabinetului de consultație, sau este adus de ambulanță sau aparținători în serviciul de urgență.

Din acest moment începe culegerea primelor informații necesare diagnosticului, urmărindu-se gradul afectării stării generale, statusul mental, modificările staturale și endocrine și aspectele legate de adolescență și de îmbătrânire.

Poziția bolnavului în pat și în ortostatism

- Poziția activă – la bolnavii cu stare generală nealterată.
- Poziția pasivă (adinamie, somnolență, tonicitate musculară diminuată) în boli grave.
- Poziții forțate:
 - Ortopneea: insuficiență respiratorie, insuficiență cardiacă stg, pericardite
 - Decubit lateral pe partea sănătoasă la cei cu supurații pulmonare
 - Decubit lateral pe partea afectată în pleurezii masive
 - Decubit ventral: dureri colicative intestinale, UGD
 - Poziția genupectorală (rugăciune mahomedană) – pericardite exsudative
 - Decubit dorsal, cu coapsele și gambele flectate: abdomen acut chirurgical
 - Cocos de pușcă: meningite bazilare – decubit lateral, cap în hiperextensie, mâini între genunchi
 - Opistotonus: contractura generalizată a extensorilor în tetanos

Modificările staturale

- Înălțimea la om are variații în raport cu vârsta, sexul, factorii genetici și factorii de mediu.
- Pentru pediatru este importantă urmărirea evoluției curbei staturale, după diagrame bine stabilite.
- La bătrâni se produce o ușoară reducere a taliei prin tasarea discurilor intervertebrale și cifoza senilă și prin osteoporoza corpurilor vertebrale.
- Statura este sub dependența factorilor genetici, existând rase umane înalte și rase de pigmei. În lume, cel puțin în țările europene și în cele dezvoltate din alte continente se observă o tendință la creșterea staturii medii, probabil sub influența ameliorării alimentației, condițiilor igienico-medice și a practicării sportului.
- Clinicianul este interesat de existența indivizilor cu modificări staturale patologice și în special formele extreme: gigantismul și nanismul.

Gigantismul

- depășire cu peste 20% a mediei de înălțime.
- Gigantismul hipofizar – exces de STH în perioada de creștere dat de un adenom hipofizar: dezvoltare exagerată a mânilor și picioarelor, cap mic, gât lung, torace alungit, cu cifoză dorsală, masă musculară dezvoltată.
- Insuficiența gonadică din perioada de creștere pubertară duce la întârzierea închiderii cartilajelor de creștere, cu dezvoltarea unui morfotip eunuoid, cu disproporție trunchi – membre, bazin bine dezvoltat, proces de sexualizare absent, panicul adipos cu dispoziție ginoidă.
- Gigantismul acromegal: tumoră hipofizară cu secreție excesivă de STH apărută după închiderea cartilajelor de creștere, cu creșterea în lățime a oaselor și a viscerelor (cardio-, hepato-, nefromegalie), arcadele sprâncenelor proeminente, apofize zigomatice hipertrofiate, piramida nazală masivă, membre mari

Nanismul

- înălțime sub 120-130 cm.
- Nanism hipofizar – insuficiență hipofizară survenită în copilărie. Statura este mică, sistem osteo-articular gracil, aparent bine proporționat, tegumente subțiri, fine, dezvoltare psiho-intelectuală normală, infantilism sexual.
- Nanism mixedematos: tulburări de creștere, afectare neuropsihică (de la subdezvoltare la cretinism), aspect disarmonic (cap mare, frunte teșită, pomeți proeminenți, macroglosie, buze groase).
- Nanism gonadic prin exces de hormoni gonadici, cu pubertate precoce, cu inhibiția efectului STH asupra osului.
- Nanism rahitic: deformări osoase (cap mare, frunte olimpiacă, facies pătrat, stern în carenă, abdomen mare, bazin evazat, femur convex înainte, tibie în iatagan).
- Nanism osos – transmis congenital: cap mare cu baze frontale și parietale proeminente, nas turtit, abdomen proeminent, membre superioare scurte, cu degete egalizate.
- Progeria: formă de îmbătrânire precoce (hipostaturalitate, deformări osoase, piele sbârcită, fără păr pe cap, fără țesut gras subcutanat).

Modificări somatice de origine endocrină

- **Boala Cushing:** obezitate cu depunere particulară a țesutului gras produsă de excesul de cortizol (supraproducție de ACTH sau administrare prelungită de glucocorticoizi).
 - Este asociată cu HTA, amenoree, DZ, vergeturi abdominale.
 - Apare faciesul în „lună plină“, cu eritroza pomeților, acnee, hirsutism.
 - Depunerea de grăsime se face la nivel toraco-abdominal, până la rădăcina membrelor care par subțiri (aspect de „lămâie pe scobitori“).

Modificări somatice de origine endocrină

- **Hipertiroidia:** facies exoftalmic, cu limitarea mișcării globilor oculari, lagoftalmie (scurtare anormală a pleoapelor, îndeosebi a celei superioare, care împiedică acoperirea completă a globului ocular), piele fină, caldă și umedă. Acuză insomnii, palpitații, scădere ponderală cu apetit păstrat, tahicardie, tulburări de ritm (fibrilație atrială, flutter atrial, TPSV), HTA.
- **Hipotiroidia:** facies infiltrat, imobil, mimică săracă, fanta palpebrală îngustă, buze groase, marginile limbii cu amprente dentare (facies mixedematos). Tegumente groase, musculatura infiltrată, păr aspru. Apar bradicardie, apatie, oboseală, declinul capacității intelectuale (bradicardie, bradilalie, bradipsihie). În stadii avansate: pericardită, ascită sau chiar anasarcă mixedematoasă.

Faciesul bolnavului

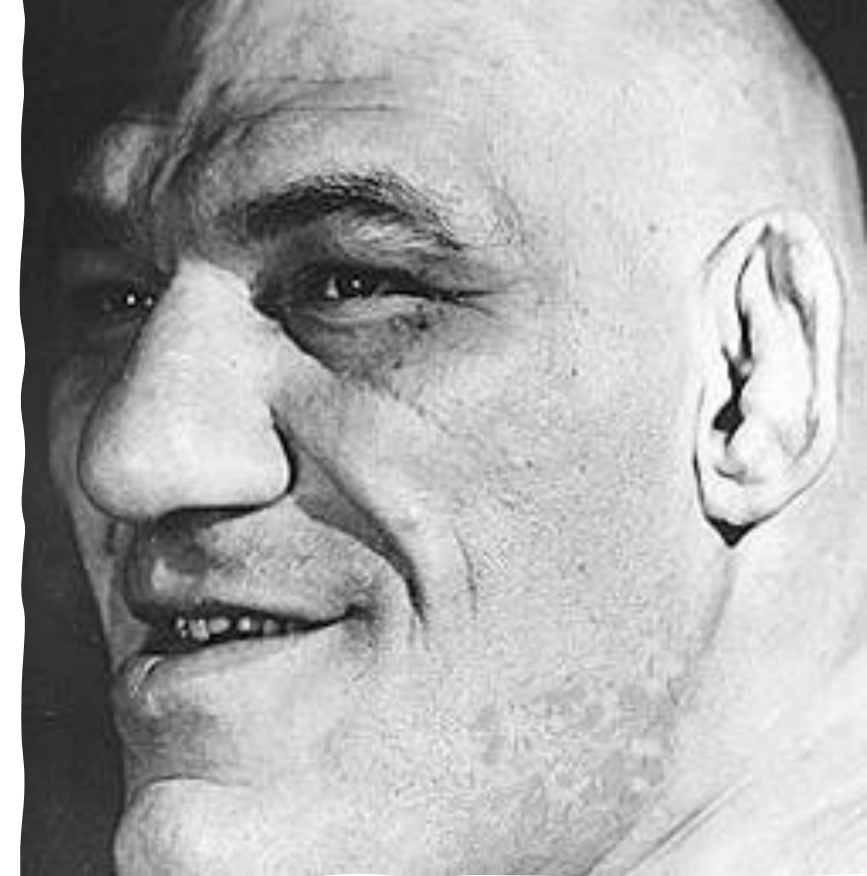
FACIESUL cuprinde modificările aspectului feței induse de anumite boli.

Faciesul poate prezenta în unele boli modificări atât de caracteristice, încât a primit denumirea lor (facies mitral, acromegalic, mixedematos), diagnosticul fiind pus la prima vedere, “dintr-o privire” (Blitz-diagnostic).

- **facies mitral** (apare în stenoza mitrală): cianoza pomeților, buzelor și nasului care contrastează cu paliditatea din jur;



-
- **facies acromegalic** (apare în acromegalie, adenom hipofizar): nas mare, fața alungită, exagerarea proeminențelor osoase (pomeții, arcadele zigomatice și cele sprâncenare, bazele frontale), bărbia mare și proiectată înainte (prognatism);
 - **facies mixedematos** (apare în hipotiroidie): facies împăstat, cu ștergerea șanțurilor fiziologice, pleoapele infiltrate (aspect buhăit, de oameni somnoroși);



- **facies hipertiroidian sau basedowian**

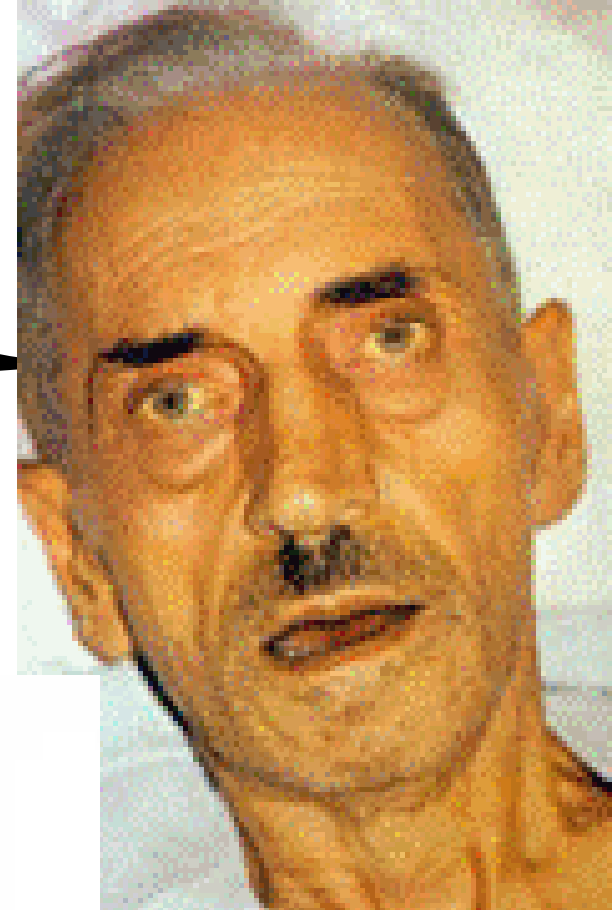
(hipertiroidie): exoftalmie bilaterală, fanta palpebrală lărgită, privire vie, hipersecreție lacrimală, ochi strălucitori;

- **facies tetanic** sau “risus sardonicus” (în tetanos): gura, nările și ochii se modelează ca pentru râs, în timp ce fruntea încrețită exprimă tristețe;



- **facies peritoneal** sau hipocratic (în peritonite acute): fața palidă-pământie, acoperită de transpirații reci, ochii înfundați în orbite, încercănați, nas ascuțit, privirea anxioasă

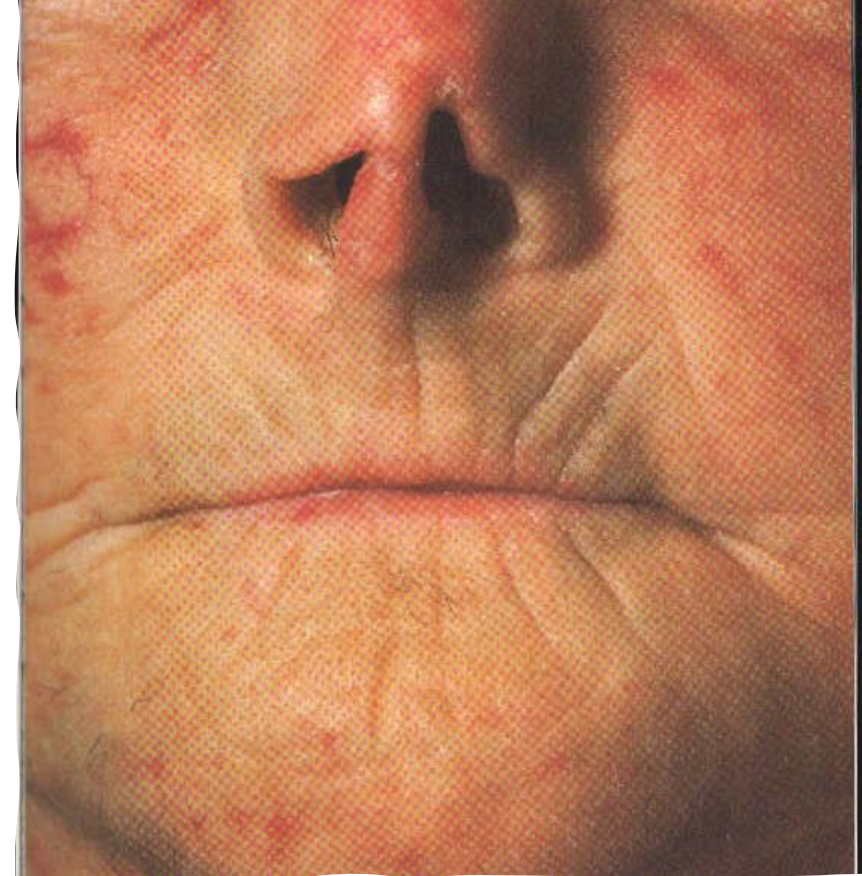
- **facies parkinsonian** sau de “mască” (boala Parkinson): facies inexpressiv, privire fixă, clipitul foarte rar



-
- **facies cushingoid** (sindromul Cushing, hiperfuncția suprarenală): față rotunjită, “în lună plină”, dolofan, pomeții roșii (impresia falsă de sănătate);
 - **facies lupic** (apare în lupus eritematos diseminat): facies cu un placard eritematos al nasului și pomeților cu aspect “în fluture”;



-
- **facies de mumie**, mască de ceară sau “icoană bizantină” - apare în sclerodermie. Aspect inexpressiv, cu pielea întinsă;
 - **facies de paieță** (în rujeolă): plângăreț și pătat;

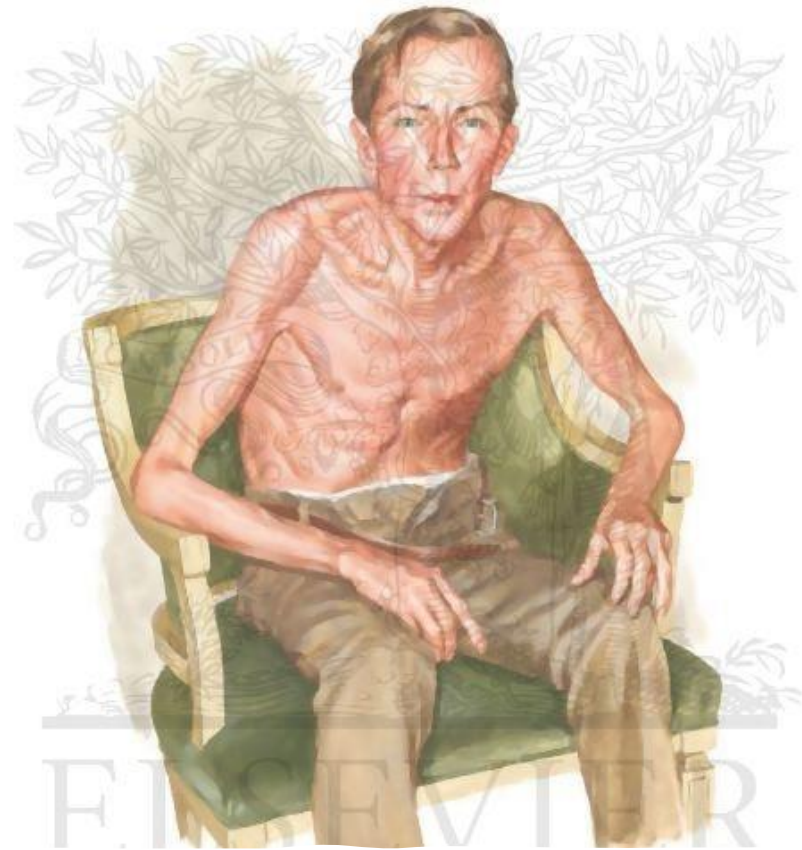


-
- **faciesul în paralizia facială:** de partea bolnavă - hipotonie musculară, cu ștergerea pliurilor naso-geniene, cu scurgerea lacrimilor pe obraz, lagoftalmie, nu poate închide ochiul;
 - **facies pletoric:** la hipertensivi și obezi: facies roșu, cu teleangiectazii pe pomeți;



Faciesul în bronhopneumopatia cronică obstructivă:

- în **tipul A** (predominența emfizemului pulmonar): aspectul faciesului este de “gâfâitor roz” (pink-puffer);
- în **tipul B** (predominența bronșitei cronice): faciesul este cianotic și buhăit (“blue bloater”).



Tipurile constituționale

- Tipul constituțional sau biotipul reprezintă totalitatea particularităților somatice, fiziologice și psihice ale individului care determină un anumit tip de comportament, de reactivitate și probabil o anumită predispoziție morbidă. Deși aceste caracteristici fenotipice sunt în mare parte determinate genetic, ele au și o importantă componentă dobândită.
- Hippocrate a împărțit oamenii în tipurile sangvin, coleric, flegmatic și melancolic, termeni care au intrat în limbajul comun.
- Sigaud clasifică oamenii în tipurile respirator, muscular, digestiv și cerebral. Tipul respirator cuprinde indivizi înalți, cu gâtul lung și „mărul lui Adam” proeminent, torace bine dezvoltat și abdomen suplu. Tipul digestiv este scund, cu membre scurte, abdomen proeminent și panicul adipos bine dezvoltat. Tipul muscular are o dezvoltare athletică, cu musculatura membrelor bine reprezentată. Tipul cerebral, cu corp gracil, atrage atenția prin dezvoltarea părții superioare a capului, cu frunte lată, calviție precocă, riduri faciale și privire vie, expresivă.
- Clasificarea morfopatologică a lui Pende folosește două criterii, lungimea și tonusul individual, oferind o viziune mai clară și mai ușor de aplicat. Tipul longilin-stenic este înalt și musculos, cu un remarcabil elan vital, cu o funcție endocrină bună, moderat simptomatic, cu un echilibru perfect între anabolism și catabolism, cu posibile înclinații spre boli ale aparatului respirator și hipertensiune arterială. Tipul longilin-astenic este înalt, hipoton, cu umeri căzuți, capul ușor flectat și curbura dorsală și lombară accentuate, hipofuncție glandulară și înclinații patologice spre boli infecțioase, inclusiv tuberculoza, boli sangvine și reumatismale. Tipul brevilin-stenic este scund, musculos, dinamic, cu hiperfuncție endocrină și înclinații spre ateroscleroză, hipertensiune arterială și boli coronariene. Tipul brevilin-astenic este scund, slab, cu o hipofuncție gonadică evidentă și manifestări de tip distonic neurovegetativ.