

# 1. INTRODUCERE ÎN MEDICINA INTERNĂ

## 1.1. Noțiuni generale despre boală

Cunoașterea și diagnosticul bolilor nu pot constitui un scop în sine. Istoria arată că medicina își are originea nu în speculații filozofice sau în anumite cunoștințe teoretice, ci în instinctul de conservare al individului și în tendința de ajutor reciproc în cazuri de accidente sau boli, tendință izvorâtă din viața socială. Deci, *a vindeca sau cel puțin a ușura suferința* a fost dintotdeauna scopul practicilor medicale. Dar este binecunoscut faptul că, de obicei, este mai ușor să se prevină decât să se vindece boala, adeseori apărând agravări și chiar invalidități, cu consecințe importante pentru individ, familie și colectivitate. Greutățile pe care le întâmpină cercetătorii în descoperirea cauzelor bolilor și în elaborarea medicamentelor care să distrugă factorii cauzali au dus la o dezvoltare impetuoasă a profilaxiei bolilor, ajungându-se în acest fel la vaccinarea împotriva bolilor infecto-contagioase. De aceea, *în etapa actuală, prevenirea bolilor este idealul spre care tinde medicina.*

Medicina preventivă a marcat o dezvoltare uriașă, dar, cu toate realizările obținute, privind în perspectivă se poate spune că este abia la început și că imperfecțiunile ei - atât în ceea ce privește medicina preventivă colectivă, cât și, mai ales, cea individuală - alimentează și vor mai alimenta încă mult timp medicina curativă. Oricum, scopul medicinei îl constituie prevenirea și vindecarea bolilor, cunoașterea și diagnosticul acestora fiind numai etape necesare în drumul care duce la realizarea acestui scop. Este adevărat că unele boli nu pot fi prevenite, nici tratate, dar aceasta nu înseamnă că medicina ar fi neputincioasă. Când nu se poate obține o vindecare completă sau definitivă, se poate reda organismului o parte sau întreaga sa capacitate de muncă pentru un timp mai mult sau mai puțin îndelungat. În orice caz, medicina are datoria și poate să aline suferințele bolnavului, acest lucru fiind posibil astăzi. De la vechiul aforism “medicina este o artă care vindecă uneori, ușurează adesea și consolează totdeauna”, drumul parcurs a fost mare, datorită în special marilor descoperiri făcute de științele medicale și biologice din ultimul secol. Dacă medicina se ocupă de cunoașterea, prevenirea și tratamentul bolilor, apare necesară lămurirea conceptelor de stare de sănătate și stare de boală. Un organism viu poate fi definit ca un sistem complex de organe și sisteme în echilibru dinamic. Toate componentele acestui sistem complex sunt în activitate echilibrată, în sensul că uneori domină funcția unuia dintre sisteme, alteori a altuia. În cursul digestiei predomină activitatea aparatului digestiv, în timp ce în cursul efortului fizic, activitatea musculară. Coordonarea funcțiilor și adaptarea organismului la mediu sunt asigurate de sistemul nervos. Nivelul funcțiilor organismului se modifică în urma reacțiilor de adaptare. De exemplu, în cursul unui efort fizic cresc frecvența bătăilor cardiace, tensiunea arterială, frecvența și amplitudinea mișcărilor respiratorii, se intensifică procesele

metabolice, se mobilizează sângele din depozite, se ridică nivelul glicemiei, crește acidul lactic din sânge. În aceste condiții devierile de la normal nu sunt patologice, pentru că, prin aceste reacții, organismul se adaptează la mediul de viață, la excitanții obișnuiți din mediu. Și în cursul febrei apar reacții asemănătoare cu acelea din efortul fizic, febra fiind manifestarea unei stări patologice, care apare sub acțiunea unor agenți neobișnuiți din mediul de viață. Febra este deci manifestarea unei boli, limitând capacitatea de adaptare a organismului la mediu. Deci echilibrul biologic dintre organism și mediu, cu posibilitatea manifestării reacțiilor de adaptare ale organismului, se numește **stare de sănătate**. Modificarea acestui echilibru biologic sub influența unor factori interni sau externi, cu limitarea capacității de adaptare a organismului la mediu, se numește **stare de boală**. Boala este un proces complex, dinamic, la care ia parte întregul organism, ca rezultat al corelațiilor care se stabilesc între mediul intern și extern, pe de o parte și al corelațiilor dintre organismul privit ca un tot unitar și diferitele sale părți componente, pe de altă parte. Factorul care strică echilibrul dintre organism și mediu se numește **cauză patogenă**, iar efectul său - **stare patologică**. Boala este deci o stare patologică.

Între organismul lezat și celelalte organe există o influență reciprocă. La aceasta participă sistemul nervos și pe cale umorală, secrețiile endocrine. În prima sa fază, boala este izolată și tulburările nu se manifestă. Este faza de **leziune compensată**. În faza a doua intră în acțiune **mecanismele de adaptare**. În faza a treia mecanismele de adaptare nu mai pot face față. Este **faza de decompensare**. Urmează adaptări și insuficiențe parțiale. Astfel apare procesul patologic. Eșecul său duce la moarte.

## 1.2. Perioadele de evoluție a bolii

**Perioada de latență** reprezintă intervalul de timp care se scurge din momentul acțiunii agentului patogen asupra organismului și până la apariția modificărilor funcționale ale organismului. Această perioadă poate lipsi uneori, ca de exemplu în traumatisme sau arsuri. În bolile infecțioase, perioada de latență se numește **incubație**. La sfârșitul perioadei de latență, procesul patologic *se poate termina sau poate evolua către a doua fază a bolii - perioada de stare*.

**Perioada de stare** reprezintă intervalul de timp în care apar tulburări ale funcțiilor organismului, reacțiile fiind generale, indiferent dacă agentul patogen a acționat asupra unui teritoriu limitat sau asupra unui anumit organ. Aceasta se datorește excitării terminațiilor nervoase prin produsele de metabolism microbial și din țesuturile degradate, excitația transmisă la centrul nervos și determinând o reacție generală, care antrenează și modificări umorale. Reacțiile de răspuns ale organismului sunt de mai multe feluri: **reacții de adaptare**, care constau în modificări metabolice și morfologice; în afara reacțiilor de apărare specifice față de agenții de agresiune (anticorpi etc.), organismul poate răspunde agresiunilor și prin reacții de apărare nespecifice, prin intermediul secrețiilor glandelor endocrine (hipofiză, suprarenală); **reacții de compensare**, care urmăresc suplینirea funcțiilor organismului lezat, intrat în inhibiție de protecție; **reacții patologice**, care duc la distrugerea celulelor și a țesuturilor; reacțiile patologice apar pe parcursul bolii, pe seama reacțiilor de

compensare sau adaptare, dacă acestea depășesc o anumită intensitate; accelerarea ritmului cardiac - reacție de compensare - la peste 180 de bătăi/minut, pe o perioadă mai mare de timp, devine o reacție patologică, fiindcă reduce mult circulația coronariană, inima contractându-se în gol, din cauza reducerii diastolei. Este important de știut care dintre reacții sunt utile și care pot deveni nocive. În evoluția unei boli, **funcționalul precedă organicul**; cu alte cuvinte, tulburările inițiale sunt funcționale, deci reversibile, dar cu timpul apar leziuni organice (distrucții tisulare), care în faze avansate pot deveni ireversibile. Pentru a preveni apariția leziunilor organice, mai greu de tratat, bolile trebuie diagnosticate și tratate în faze inițiale, funcționale.

**Sfârșitul bolii** este a treia perioadă de evoluție și se poate manifesta prin vindecare sau prin moarte. Vindecarea poate fi totală, cu revenirea structurii și funcției organului lezat, sau parțială, cu persistența unor leziuni și a insuficienței funcționale a organului lezat. În cazul vindecării parțiale, o parte din țesutul lezat este înlocuit cu țesutul cicatricial, care determină o insuficiență funcțională a organului. Când leziunea este redusă, insuficiența funcțională nu apare în repaus. Procesul de vindecare (sanogeneză) se poate realiza prin mai multe mecanisme: eliminarea agentului patogen, restructurarea imunologică, regenerarea parenchimului sănătos, compensarea funcțională, înlăturarea focarului patologic pe cale chirurgicală etc. Vindecarea se realizează de obicei trecând prin perioada de **convalescență**, în care se refac rezervele funcționale consumate în cursul bolii. Convalescența nu presupune completa vindecare a bolii, ci numai dispariția majorității simptomelor.

În evoluția unor boli mai pot apărea: **recrudescența**: exacerbarea bolii, cu intensificarea întregii simptomatologii, atât în perioada de stare, cât și în cea de declin (deci înainte de terminarea clinică a bolii); **recăderea** (reșuta, recidiva): reapariția simptomatologiei bolii în perioada de convalescență; **reinfectia**: o nouă infecție și îmbolnăvire.

A doua posibilitate de terminare a bolilor este prin **moarte**. Nu trebuie confundată moartea aparentă (catalepsie, letargie) cu moartea reală. În medicină se vorbește despre **moarte clinică** (uneori reversibilă) și **moarte biologică** (moarte reală). Moartea clinică apare prin încetarea principalelor funcții vitale (circulația și respirația). Moartea biologică se instalează odată cu moartea celulelor. Se știe că, după oprirea circulației și a respirației, diferite celule și țesuturi continuă să trăiască. Celulele scoarței cerebrale mor după 5 - 6 minute de la întreruperea circulației în creier, celulele centrilor subcorticali rezistă până la 20 de minute, iar corneea se poate transplanta chiar după câteva zile de conservare. În serviciile de terapie intensivă se constată uneori moartea clinică. Se descriu diferite **semne ale morții**: **Semne elementare precoce**: oprirea bătăilor inimii și a pulsului, oprirea respirației, dispariția sensibilității, pierderea cunoștinței, apariția unui văl cețos pe ochi, dispariția tonicității globilor oculari, suprimarea reflexului cornean (degetul pus pe corneea nu produce nici o reacție de apărare), dilatarea pupilelor (midriază), urmată mai târziu de micșorare (mioză), topirea rapidă a grăsimii perioculare. **Semne mai tardive**: răcire cadaverică progresivă; rigiditatea cadaverică debutează la 6 ore după moarte, la mușchii maseteri, și este totală în 24 de ore. După trei zile rigiditatea se atenuază și

dispare. Alte semne tardive sunt: relaxarea sfincterelor, lividitatea cadaverică, putrefacția cadaverică. **Semne suplimentare** care pot fi căutate de sora medicală: o oglindă așezată timp de 5 minute înaintea nasului și a gurii (la adăpost de curenții de aer) nu se acoperă de aburi; așezând mâna înaintea unei surse de lumină, conturul marginal al degetelor este roz la individul în viață și închis la culoare la cadavru; o legătură la baza degetului produce la omul în viață o colorație violacee și o tumefacție, iar la cadavru nimic; o ventuză plasată în regiunea ombilicală provoacă o congestie violacee la omul în viață și nimic la cadavru. Când este afectat un organ de importanță vitală (ficat, rinichi, inimă etc.), moartea se instalează lent, fiind precedată și de o stare de agonie, care durează, după caz, de la câteva ore la 1 - 2 zile. Funcțiile dispar treptat, la început activitatea cortexului (ultimul care-și pierde funcția este analizorul auditiv), apoi funcția formațiunilor subcorticale și în cele din urmă a centrilor respiratori bulbari.

În funcție de durată se deosebesc boli acute, care durează de la câteva ore la 2 - 3 săptămâni, boli subacute, care durează 3 - 6 săptămâni, și boli cronice, care pot dura luni, ani sau chiar toată viața.

### 1.3. Obiectul medicinei interne

Sub influența unor agenți variați pot apărea diferite boli, diferite stări patologice. Se deosebesc o **patologie medicală** sau **medicină internă** și o **patologie chirurgicală**. Timp îndelungat, aceste două principale ramuri ale medicinei erau practicate de aceleași persoane. Abia în ultimele secole, mai exact la sfârșitul secolului al XVII-lea, prin cunoașterea anatomiei, prin precizarea agenților patogeni și a conduitei terapeutice s-a făcut deosebirea între medicina internă și chirurgie. Cu toate acestea, încă mult timp chirurgia nu a putut părăsi poziția sa de subordonare, indicațiile terapeutice fiind date în continuare chirurgului de către internist. Cu timpul, sub influența progreselor realizate, patologia chirurgicală se desprinde total de patologia medicală, devenind discipline independente una față de cealaltă. E greu de delimitat astăzi obiectul medicinei interne de cel al chirurgiei, cele două discipline având numeroase zone de interferență, de întrepătrundere. Se poate spune că medicina internă se ocupă de afecțiunile care nu justifică drept principal tratament manopere chirurgicale. În zilele noastre, numeroase afecțiuni ale aparatelor: respirator, cardiovascular, digestiv, ale sistemului nervos etc., sunt integral pasibile de tratamente chirurgicale. Din cele de mai sus rezultă că medicina internă și chirurgia se ocupă de bolile acelorași aparate și sisteme, ceea ce le deosebește fiind caracterul bolilor, forma clinică, stadiul, dar mai ales tratamentul; astfel, un ulcer gastroduodenal este o afecțiune de domeniul medicinei interne, dar când se însoțește de perforație devine o boală chirurgicală; stenoza mitrală intră tot în sfera patologiei interne, dar în anumite împrejurări, în funcție de stadiul clinic etc., e susceptibilă de intervenția chirurgicală. Indiferent de obiect și de sfera de cuprindere, medicina internă rămâne fundamentul medicinei. Ca o consecință firească a progreselor științelor medicale s-au desprins, cu timpul, din medicina internă numeroase specialități: neurologia, cardiologia, pediatria, bolile contagioase, reumatologia etc. Toate aceste discipline își păstrează legătura cu medicina internă, folosind de altfel aceleași noțiuni și principii de bază.

#### 1.4. Descrierea bolilor

Pentru înlesnirea studiului, în descrierea fiecărei afecțiuni în parte, se ține seama de următoarea schemă: definiție, etiologie, patogenie, anatomie patologică, simptomatologie, forme clinice, evoluție, diagnostic, prognostic, tratament. Precizarea și delimitarea acestor termeni sunt necesare, pe de o parte, pentru cultura medicală elementară a oricărui cadru medico-sanitar, iar pe de alta, pentru că sunt termeni medicali de circulație curentă. **Definiția** reprezintă enumerarea foarte sumară a celor mai specifice elemente ce caracterizează boala respectivă. **Etiologia** este partea din patologie care se ocupă cu studiul cauzelor bolilor. După natura și originea lor, agenții etiologici sunt *endogeni* (interni) sau *exogeni* (externi). Dintre cauzele producătoare de boală, cele externe sunt cele mai importante, un rol patogen deosebit deținându-l agenții traumatici, termici, chimici și unele microorganisme (virusuri, rickettsii, bacterii, spirili, protozoare, ciuperci etc.). Și cauzele interne își au importanța lor. Ele sunt, de fapt, rezultanta asimilării, în cursul generațiilor anterioare, a acțiunilor factorilor de mediu asupra organismului. Cauzele interne pot fi ereditare sau dobândite și sunt studiate sub denumirile de constituție, reactivitate și ereditate. Etiologia bolilor este foarte variată, dar totdeauna există o **cauză principală** sau **determinantă** (de pildă, virusul gripei produce gripa), uneori cauze *predispozante* (sedentarismul, obezitatea, fumatul, în ateroscleroză), iar altele și **cauze favorizante** (de pildă, alcoolismul și frigul favorizează pneumonia). **Patogenia** se ocupă de modul în care agentul patogen produce boala. În decursul timpului, în problema patogeniei concepțiile au evoluat: *Potrivit concepției organo-localiciste*, boala era considerată ca fiind urmarea acțiunii locale a agentului patogen asupra unui organ; prin leziune se modifică funcția, ceea ce duce la boală. *Concepția patologiei moleculare (Schadé)* susține că, sub acțiunea agenților patogeni, în organism se schimbă constanța umorilor (homeostazia mediului intern), apărând modificările moleculare care explică toate tulburările funcționale ale organismului bolnav. Prin constanța umorilor se înțeleg unele valori invariabil constante. Astfel, constanța temperaturii (**izotermie**), constanța conținutului de apă (**izohidrie**), presiunea osmotică constantă (**izotonie**), concentrația constantă a diferiților ioni (**izoionie**). Această concepție a însemnat un progres important în medicină. *Concepția sindromului de adaptare. H. Selye* a arătat că, în afara reacțiilor de apărare specifică față de agenții de agresiune (anticorpi etc.), organismul poate răspunde agresiunilor și prin reacții de apărare nespecifice, prin intermediul secrețiilor endocrine (hipofizare, suprarenale). Indiferent de agentul agresor, organismul răspunde totdeauna în același fel agresiunilor (stress-urilor), și anume prin modificări metabolice și morfologice, cu creșterea rezistenței față de agentul în cauză. Sindromul de adaptare poate fi declanșat de agenți foarte diferiți (frig, radiații solare, traumatisme, infecții, intoxicații, eforturi musculare) și evoluează în mai multe etape: **faza de alarmă**, cu declanșarea secreției de adrenalină, cuprinzând o primă etapă de șoc, urmată de una de contrașoc, caracterizată printr-o exagerare a catabolismului, reprezentând apariția manifestărilor de apărare împotriva șocului; **faza de rezistență**, caracterizată prin creșterea rezistenței organismului față de agentul agresor în cauză. Agentul agresor acționează asupra

glandei hipofize pe cale nervoasă și, probabil, umorală. Prin intermediul hormonului hipofizar adrenocorticotrop este excitată glanda corticosuprarenală și se declanșează secreția de hormoni glucocorticoizi. Aceștia cresc glicemia, glicogenul hepatic, măresc eficiența contracției musculare, duc la involuția țesutului limfatic, cu eliberarea în circulație de anticorpi, și scad reacția inflamatoare; *faza de epuizare* se instalează când acțiunea agentului patogen continuă, ajungându-se nu numai la epuizarea organismului, dar chiar la moarte. Selye afirmă că unele organisme supuse acțiunii prelungite a unui agent agresor, în loc să facă sindromul de adaptare normal, prezintă tulburări ale acestui sindrom, organismul nemaiputând să iasă din faza catabolică. El a numit aceste boli “maladii de adaptare”, pe care ACTH și cortizonul le vindecă, iar mineralocorticoizii le agravează. Teoria bolilor de adaptare, deși seducătoare, nu poate fi acceptată ca o bază de lucru, sindromul de adaptare fiind, în realitate, veriga endocrină în reacțiile organismului, declanșate prin mecanism nervos. **Concepția nervistă**, consideră că elementul patogen comun tuturor bolilor este următorul: agentul patogen acționează asupra terminațiilor nervoase din teritoriul unde își exercită acțiunea nocivă, terminații prin care stimulul este transmis scoarței cerebrale. Aceasta e calea directă, reflexă. Dar scoarța e excitată și pe cale umorală, de către produsele de degradare apărute la nivelul leziunii. Centrii nervoși acționează asupra periferiei pe cale endocrină (prin cuplul hipofizo-suprarenal) și pe cale nervoasă directă. Prin repetarea acțiunii agentului patogen, apare posibilitatea condiționării reacțiilor de răspuns.

*Anatomia patologică* descrie modificările macroscopice și microscopice apărute la nivelul organului afectat. *Simptomatologia* grupează simptomele clinice, biologice și radiologice ale bolii respective. Cu descrierea, analiza și interpretarea simptomelor se ocupă *semiologia* - parte importantă a patologiei, disciplină medicală esențială. Prima categorie de simptome, cele clinice, se numesc astfel pentru că fac parte din “clinică” - disciplină care cuprinde ansamblul cunoștințelor dobândite prin observarea directă a bolnavului, fără ajutorul mijloacelor de cercetare (explorări radiologice, biochimice etc.). În practica curentă, în cadrul simptomelor clinice, se descriu simptome generale funcționale (subiective) și fizice (obiective). Simptomele sunt *generale* (febră, frison, astenie, pierdere ponderală) când nu sunt caracteristice unei boli anume, putând apărea în diverse afecțiuni. Simptomele poartă denumirea de *funcționale* sau *subiective* (durere, greață, inapetență, dispnee, palpitații etc.) când sunt resimțite spontan de bolnav. Simptomele sunt *fizice* sau *obiective* când sunt descoperite de către medic cu ajutorul anumitor manevre (palpare, percuție, auscultație). Simptomele fizice se mai numesc și *semne*, pentru că necesită o anumită tehnică pentru evidențierea lor. Denumirea de simptom se folosește numai în cazul bolilor, cea de semn fiind utilizată și pentru a descrie starea de sănătate. Astfel, corect se spune semn de sănătate, și nu simptom de sănătate. Se mai utilizează termenul de semn în cazul în care un anumit simptom sau grup de simptome este caracteristic pentru o anumită boală și suficient pentru a o diagnostica (de exemplu, semnul Argyll-Robertson din sifilisul sistemului nervos central; semnul Babinski din leziunea căilor piramidale etc.). De aceea, se spune despre aceste semne că sunt

**patognomonice.** Într-o anumită grupare, diferite simptome (generale, funcționale și fizice) pot deveni semnele unei boli. De exemplu, simptomele: frison, febră, junghi toracic, dispnee, spută ruginie, suflu tubar și raluri crepitante reprezintă semnele pneumoniei lobare; febră, cefalee, durerea lombară, edemele, oliguria, albuminuria, cilindruria, hipertensiunea arterială și hiperazotemia sunt semnele glomerulonefritei difuze acute. Există și grupări de simptome numite **sindroame**, comune unor grupe de boli, nefiind caracteristice unei boli anume. De exemplu, sindromul de condensare pulmonară (vibrații vocale exagerate, matitate, raluri crepitante și uneori suflu tubar) se poate întâlni în pneumonia lobară, în cancerul bronșic, în infarctul pulmonar sau în tuberculoza pulmonară; sindromul lichidian pleural (dilatarea unui hemitorace, lărgirea spațiilor intercostale, absența vibrațiilor vocale, matitate și tăcere auscultatorie), se poate întâlni în pleurezii, hidrotorax, hemotorax. De la simptome și semne, prin conturarea sindromului, se ajunge de obicei la **diagnostic**. Adeseori sindromul e precedat de **prodrom** - o totalitate de manifestări subiective și obiective foarte puțin caracteristice, generale și comune, fugace și inconstante. Elaborarea diagnosticului impune nu numai depistarea și interpretarea simptomelor clinice, dar și a celor radiologice și biologice. Pentru ilustrarea simptomelor biologice, cel mai frecvent sunt utilizate probele funcționale, destul de numeroase și specifice pentru fiecare organ. **Formele clinice:** în practica medicală nu trebuie să se uite faptul că cei care fac obiectul îngrijirii sunt bolnavii, și nu bolile și că fiecare organism reacționează într-un fel aparte față de aceiași factori patologici. Cu alte cuvinte, fiecare om imprimă o pecete particulară bolii. Dacă se corelează acest fapt cu existența unor particularități determinate de teren, evoluție, vârstă, factori asociați etc., se înțelege existența în cadrul unei boli a diferitelor forme clinice. Formele clinice au în general aceeași etiologie, patogenie, același aspect anatomopatologic, aceleași simptome de bază și tratament. Fiecărei forme clinice îi sunt proprii însă anumite caractere, particularități, care-i conferă individualitatea. De exemplu, în cadrul reumatismului articular acut se descriu forma latentă, reumatismul cardiac malign, reumatismul cardiac evolutiv, forme articulare, reumatismul articular subacut etc.; pneumonia lobară prezintă de asemenea numeroase forme clinice, atât la copii, cât și la bătrâni: dublă, centrală, migrantă, a vârfului, adinamică, cu delir, gastrointestinală, forme abortive, atipice etc. **Evoluția** unei boli este de asemenea foarte importantă, urmărirea îndeaproape a evoluției permițând adeseori stabilirea mai exactă a diagnosticului, aprecierea prognosticului, prevenirea complicațiilor. Există boli grave care prezintă anumite dificultăți de diagnostic în fazele inițiale, urmărirea zilnică a acestora făcând posibilă însă stabilirea diagnosticului (se știe ce importanță are, de exemplu, diagnosticul precoce al unui cancer, în perioada operabilității, diagnosticul tardiv în această boală, după apariția metastazelor, echivalând practic cu pierderea bolnavului). **Complicațiile:** în evoluția unei boli pot apărea modificări patologice, care de obicei agravează prognosticul. Acestea se numesc complicații. De exemplu, în evoluția ulcerului gastroduodenal apar uneori perigastrită, hemoragii, perforații, stenoze pilorice etc.; în evoluția infarctului miocardic: ruptura inimii, șocul cardiogen, anevrismul, tulburări de ritm sau conducere, complicații tromboembolice etc. **Diagnosticul:** la baza oricărei

practici medicale se află diagnosticul, care presupune următoarele activități: a examina, a reflecta, a deosebi, a cunoaște exact, a decide și este indispensabil în orice caz de boală, nu numai pentru prescrierea tratamentului ci și pentru stabilirea prognosticului. Formularea diagnosticului presupune că în gândirea medicală există deja gata constituite conceptele bolilor respective. Deși fiecare bolnav își face boala lui proprie, în care specificul manifestărilor clinice și al condițiilor etiopatogenice realizează o individualitate, nu e mai puțin adevărat că - pe baza unor caractere specifice comune - cazurile clinice pot fi grupate în anumite cadre, care reprezintă concepte generice de boli. A diagnostica presupune tocmai cunoașterea acestor cadre, concepte de boală și plasarea cazului individual de boală în unul dintre ele. Diagnosticul trebuie să fie diferențial și pozitiv. Orice diagnostic trebuie să fie, în ultimă analiză, un diagnostic diferențial, ceea ce înseamnă excluderea bolilor cu simptomatologie asemănătoare. **Diagnosticul pozitiv** înseamnă, în fapt, mai mult decât stabilirea diagnosticului unei boli anume, după eliminarea celorlalte simptome asemănătoare; el înseamnă și diagnosticul unui bolnav anume, făcându-se o comparație între tipul abstract din tratatul de patologie și ceea ce prezintă subiectul respectiv. Precizarea diagnosticului presupune o operație care se desfășoară în două etape: o etapă analitică, în care sunt reținute tulburările prezentate de bolnav (culese prin anamneză, examene clinice și de laborator), și o etapă sintetică, în care acestea sunt interpretate și sintetizate pe baza unui raționament. Diagnosticul trebuie să fie *precoce*, deci să cuprindă procesul morbid în faza preclinică, adesea latentă, funcțională, când perspectivele vindecării totale sunt mult mai mari decât în stadiul organic. De exemplu, e foarte important diagnosticul reumatismului articular acut în stadiul în care nu au apărut leziunile cardiace, care sunt ireversibile. Diagnosticul trebuie să fie **etiologic**, aceasta fiind o sarcină de căpătâi, un obiectiv final al gândirii oricărui medic. Diagnosticul unei insuficiențe aortice nu e mulțumitor dacă nu precizează și etiologia (reumatică, aterosclerotică, luetică, traumatică etc.). Uneori, diagnosticul trebuie să fie **patogenic**, să precizeze **stadiul evolutiv** (o insuficiență cardiacă poate fi de gradele I, II, III sau IV), **complicațiile** etc. Oricât de corecte și complete ar fi examenul clinic și raționamentul, există și posibilitatea erorilor de diagnostic. Dar dacă există erori inevitabile, nu pot fi permise cele prin ignoranță și mai ales, cele prin neglijență. **Prognosticul** este diagnosticul de viitor al bolii și al bolnavului. El apreciază evoluția bolii, perspectivele bolnavului. Se deosebesc un prognostic îndepărtat și unul imediat, care poate **fi fatal** (un cancer cu metastaze evoluează întotdeauna spre deces), **rezervat**, când evoluția bolii nu poate permite o prevedere precisă, sau **bun**. Uneori, prognosticul vizează și capacitatea de muncă a subiectului. Când prognosticul e fatal, el nu va fi comunicat bolnavului, pentru a nu-i produce un traumatism psihic, în asemenea cazuri fiind recomandată o atitudine optimistă din partea personalului medical.

**Profilaxia** cuprinde ansamblul măsurilor care urmăresc fie prevenirea bolilor, fie prevenirea agravărilor, cronicizărilor, recidivelor sau a complicațiilor. Aplicarea unor măsuri cu caracter general, social, economic, medical etc., poate preveni adesea apariția unor boli. Asanarea noxelor profesionale, industriale, generale, igienizarea



condițiilor de mediu și de muncă, creșterea standardului de viață, examenele medicale periodice etc., reprezintă activități profilactice, care pot preveni apariția a numeroase boli profesionale sau de altă natură. La baza activității de ocrotire a sănătății din țara noastră stă orientarea profilactică. Aceasta explică remarcabilele rezultate obținute în acțiunile de ocrotire a sănătății. Alteori, se urmărește prevenirea apariției unor afecțiuni secundare prin tratamentul corect al manifestărilor primare. Tratarea puseurilor de angină la copii poate preveni apariția reumatismului articular acut. Tratamentul corect al unor stări nevrotice generale primitive, previne adesea apariția hipertensiunii arteriale esențiale, a bolii ulceroase etc. Alte tipuri de profilaxie urmăresc prevenirea agravărilor, cronicizărilor, a decompensărilor, a complicațiilor etc. **Tratamentul** a fost dintotdeauna scopul însuși al medicinei. Punctul de plecare în tratamentul oricărei boli e diagnosticul clinic precis și complet. Multe și grave greșeli de conduită terapeutică sunt consecința erorilor de diagnostic. Nerecunoașterea la timp a unei apendicite acute întârzie momentul favorabil al intervenției chirurgicale, ajungându-se uneori la pierderea bolnavului. Hipertiroidismul poate evolua sub masca unei cardiopatii, fiind tratat fără rezultate prin cardiotonice. Enderterita obliterantă luată drept reumatism sau sciatică poate duce la gangrenă.

Tratamentul trebuie individualizat după caz, pentru că trebuie să fie tratat bolnavul, și nu boala. În situații excepționale se poate acționa chiar înainte de a avea un diagnostic precis. Astfel, nu în toate cazurile de abdomen acut se poate preciza natura bolii; intervenția chirurgicală exploratoare este totuși obligatorie. În general, diagnosticul trebuie totdeauna stabilit. E cu totul greșită practica, din nefericire încă răspândită, de a trata cu antibiotice orice stare febrilă, fără a preciza natura bolii. Tratamentul trebuie să fie **profilactic** și **curativ**. Tratamentul curativ este **etiologic** (cel mai rațional și important, deși nu totdeauna posibil) (penicilina în pneumonie; antimalaricele în paludism), **funcțional**, urmărind restabilirea funcțiilor deficiente ale organismului, sau **simptomatic**. Tratamentul simptomatic (antitermice în febră; analgetice în dureri etc.) e adeseori necesar, dar cel mai adesea insuficient. În funcție de mijloacele terapeutice întrebuițate se citează în practica curentă: tratamentul igienico-dietetic (măsurile de igienă și dietă), medicamentos, balneo-climateric, chirurgical. Arsenalul terapeutic, atât de bogat în era noastră, a permis eradicarea unor boli (malaria, pelagra etc.), sau a transformat radical evoluția altora (anemia pernicioasă etc.). Nu trebuie să se uite niciodată că abuzul de medicamente sau întrebuițarea lor fără discernământ pot provoca prejudicii foarte mari. Astfel, abuzul de antibiotice a modificat patologia infecțioasă (septicemii cu stafilococ, candidomicoze) și a condus la înmulțirea stărilor alergice; abuzul de hormoni corticoizi a crescut numărul stărilor septicemice, al ulcerelor digestive, al tulburărilor endocrine (insuficiențe suprarenale, diabet steroid); abuzul de anticoagulante a crescut numărul accidentelor hemoragice - și acestea sunt numai câteva exemple.

### **1.5. Examenul bolnavului și foaia de observație clinică**

La baza examinării bolnavului stă foaia de observație clinică, care, după modul cum e întocmită, ilustrează concret calitatea asistenței medicale. Dar pentru aceasta,

foaia de observație trebuie să fie redactată corect și complet și să permită, în orice împrejurare, stabilirea diagnosticului, ea fiind un document de o deosebită valoare din punctele de vedere clinic, științific și juridic.

O foaie de observație se compune din patru părți: date generale, anamneza, care cuprinde istoricul bolii, antecedentele personale și eredocolaterale; starea prezentă, care cuprinde, în ordine, datele furnizate de inspecția generală a bolnavului, simptomele de ordin general, simptomele funcționale și semnele fizice ale diferitelor organe și aparate, obținute prin metodele de investigație clinică, radiologică și de laborator; evoluția bolii, tratamentul și epicriza.

### **Redactarea foii de observație**

În spital, toate detaliile obținute din anamneză și examenul fizic sunt consemnate într-o foaie de observație. De precizia și modul științific cu care se întocmește aceasta depinde în cea mai mare parte diagnosticul bolii. Ea este mijloc de autoeducare, un document științific și adesea juridic. Ea trebuie să reflecte adevărul și numai adevărul și implică responsabilitatea totală a celui care a întocmit-o.

Observațiile trebuie redactate în termeni clari, simpli și preciși, în redactare trebuind să se păstreze o ordine riguroasă. Date general: nume, sex, profesie, locul nașterii și domiciliul, data spitalizării (anul, luna, ziua), numărul patului și al salonului. Date anamnestic: simptomele majore care au determinat internarea (durere, dispnee, hemoptizie etc.); antecedentele personale și eredocolaterale; informații referitoare la condițiile de viață și muncă; istoricul bolii. Starea prezentă: trebuie să cuprindă: - datele furnizate de inspecția generală a bolnavului, simptomatologia generală, examenul tegumentelor (culoare, erupții și hemoragii cutanate, tulburări trofice, edeme etc.), al sistemului osteoarticular, al sistemului ganglionar-limfatic, temperatura;- examenul pe aparate și organe (simptome funcționale și fizice); ordinea folosită este de obicei: aparatele respirator, cardiovascular, digestiv, urogenital, glandele endocrine, sistemul nervos; - examene de laborator. Evoluția bolii: se notează zilnic (în bolile acute) și la 2 - 3 zile (în cele cronice) evoluția simptomelor inițiale, apariția eventuală a unor simptome noi, efectele terapiei administrate etc. Tratamentul aplicat se notează zilnic. Pe prima pagină a foii de observație se menționează diagnosticul (de trimitere, la internare și la externare). Foaia de observație se termină prin *epicriză*, care este un rezumat sintetic cuprinzând: date generale privind istoricul și simptomatologia cazului; diagnosticul; tratamentele aplicate și rezultatele obținute; modul de rezolvare a cazului (vindecat, ameliorat, transferat, decedat). În caz de exitus (deces) se menționează rezultatele necropsiei (examenul anatomopatologic *post-mortem*, macroscopic și histologic).

#### **1.5.1. Interogatoriul (anamneza)**

Pentru obținerea informațiilor referitoare la datele generale și la anamneză se folosește metoda interogatoriului - dialogul între medic și bolnav. Un interogatoriu eficient necesită suficiente cunoștințe medicale, discernământ clinic, cunoașterea psihologiei bolnavului, tact și răbdare. Deoarece în acest dialog se face apel la memoria

bolnavului, totalitatea datelor și simptomelor culese cu ajutorul interogatoriului poartă denumirea de anamneză (de la gr. *anamnesis* = amintire). Datele generale pot furniza indicații prețioase pentru orientarea diagnostică. Astfel, în ceea ce privește etatea, unele boli apar la o vârstă mai înaintată (ateroscleroza, emfizemul pulmonar, cordul pulmonar cronic), unele la adulți (hipertensiunea arterială esențială, boala Basedow), altele la copii (reumatismul articular acut, cardiopatiile congenitale, bolile infecto-contagioase). Și sexul poate avea importanță. Unele boli apar mai frecvent la bărbați (boala Addison, ateroscleroza), altele la femei (stenoza mitrală, litiaza biliară). Ocupația bolnavului, prin ea însăși, poate orienta diagnosticul. După cum indică și denumirea lor, grupul mare al bolilor profesionale este direct legat de profesiune: intoxicații cu Pb, cu benzen etc.; veterinarii și măcelarii pot contracta boli de la animale (chistul hidatic, bruceleza), iar morarii și minerii pot face boli datorită pulberilor (pneumoconioze). Încordările psihice datorate unor condiții de disconfort familial, neadaptarea într-un anumit loc de muncă, dacă acționează în timp asupra unui teren receptiv, pot explica multe boli (hipertensiunea arterială etc.). Și locul de naștere, și domiciliul pot da unele indicii. Astfel, reumatismul apare mai frecvent în regiunile cu climat umed și rece; gușa endemică, în regiunile cu ape sărace în iod. Luarea unei anamneze corecte și conștiincioase reprezintă primul pas pentru diagnosticul oricărei boli, iar în unele cazuri informațiile culese constituie baza diagnosticului (angina pectorală, ulcerul gastroduodenal). În acest scop va trebui câștigată încrederea bolnavului, deoarece interogatoriul nu trebuie să fie protocolar și sec.

Pe cât posibil trebuie precizate în timp debutul *probabil* al afecțiunii și debutul *cert* fixat de medic (de exemplu, când s-au descoperit sufluri, aritmii, hipertensiune arterială). Adeseori bolnavul cu insuficiență cardiacă situează debutul afecțiunii sale în perioada când apar simptome avansate de boală (ortopnee, hepatomegalie, edeme etc.), dar ignoră perioada de timp în care avea numai o ușoară dificultate de respirație la urcătul unei scări. Interesează și *modul de debut*. Unele boli debutează brusc (pneumonia lobară, peritonita acută), altele insidios, lent (cancerul, tuberculoza). De o deosebită importanță este și evoluția bolii. Cel mai adesea, istoricul suferinței relatat de bolnav nu are decât o valoare orientativă. De aceea trebuie puse întrebări ajutătoare, pentru a preciza: - natura exactă a simptomelor enumerate; bolnavii ignoră aproape totdeauna semnificația exactă a termenilor medicali: frecvent o dispnee cardiacă e numită astm, o diaree, dizenterie, iar o claudicație intermitentă (durere în gambă apărută la mers și datorată îngustării arterelor), sciatică; - caracterul tulburărilor: o durere, de exemplu, se caracterizează prin circumstanțele de apariție și dispariție (repaus, ingestie de alimente și medicamente), orar și durată, sediu, iradierii; - existența altor tulburări funcționale; de exemplu, în cursul unei crize dureroase abdominale, prezența unor tulburări urinare poate impune diagnosticul de colică nefretică; - obiceiurile alimentare, dietele urmate, genul de viață (surmenaj fizic sau intelectual, griji familiale sau profesionale), examenele medicale anterioare și tratamentele deja aplicate; - antecedentele personale, înțelegând prin aceasta trecutul bolnavului de la naștere până la boala actuală. Trebuie precizată existența bolilor infecțioase sau a

eventualelor intoxicații. Reumatismul articular, luesul, tuberculoza, chiar infecțiile de focar pot explica apariția unor boli organice ale inimii. Bronșitele cronice, astmul bronșic, emfizemul și pneumoconiozele pot fi cauza unui cord pulmonar cronic. diabetul, hipercolesterolemia, obezitatea, tabagismul, sedentarismul sunt factori de risc pentru ateroscleroză. La femei sunt importante tulburările din sfera genitală: ciclul catamenial, nașterile, avorturile. Condițiile de viață și de muncă trebuie de asemenea precizate.

Antecedentele eredocolaterale, cu alte cuvinte informațiile despre sănătatea și bolile părinților, bunicilor, strămoșilor, copiilor și rudelor apropiate, încheie interogatoriul. Longevitatea părinților și a strămoșilor - expresie a unei bune funcționări a organismului - se transmite de obicei și la descendenți. Unele boli - hemofilia, icterul hemolitic - apar frecvent la mai multe generații, altele, hipertensiunea arterială, ateroscleroza pot apărea cu mai multă probabilitate la urmașii celor care au suferit de aceste boli. Nu trebuie să se uite însă că în bolile ereditare se transmite predispoziția, nu boala, iar zestrea genetică poate fi modificată sub influența condițiilor de mediu.

### **1.5.2. Metode fizice de examinare**

În cadrul examenului general al bolnavului, pentru obținerea informațiilor necesare precizării stării prezente, se folosesc metode de investigație clasică (metode fizice): inspecția, palparea, percuția și ascultația. Aceste metode, ca dealtfel întregul examen al bolnavului, sunt practici efectuate de către medic, dar nu trebuie să fie străine asistentei medicale, chiar dacă aceasta nu e chemată să înlocuiască pe medicul, ci cel mult să-l secundeze. Un principiu fundamental este acela conform căruia un bun auxiliar e numai acela care înțelege bine acțiunile la care participă. Înainte de începerea examenului, bolnavul trebuie pregătit psihic; este necesar să i se asigure o liniște absolută, un climat calm. Aici intervine rolul direct al asistentei medicale, care dealtfel trebuie să asiste la examen, cu excepția situațiilor în care, pentru realizarea unui climat de liniște, prezența sa nu e oportună. Atunci când examinează la pat un pacient se recomandă ca medicul să stea în dreapta sa, atitudine din care va putea să efectueze cu mai multă ușurință diferitele manevre, într-o poziție comodă, la același nivel cu bolnavul. Va avea grijă ca acesta să se găsească într-o situație bună, primind o lumină favorabilă observării și să se afle într-o stare de relaxare, neobositoare. Examenul va cuprinde toate regiunile și – menajând pudoarea persoanei respective – să procedeze în așa fel încât ochiului său să nu-i scape nici un detaliu. Inspecția culege informații fizice din observarea pacientului. Este metoda cea mai puțin tehnică, cea mai greu de însușit, dar care aduce cele mai multe informații. Și este probabil că mai multe diagnostice se pot face pe seama ei, decât prin toate celelalte metode la un loc.

Este cea mai greu de însușit din cauza varietății semnelor pe care nici o sistematică nu le poate cuprinde și pentru că se sprijină pe cunoștințele examinatorului. Noi nu vedem decât ceea ce are pentru noi o semnificație. Pentru a învăța deci inspecția este nevoie de practică.

Cu toată importanța sa, inspecția este adesea ignorată. Probabil pentru că nu este însoțită de nici o activitate motorie, vizibilă pentru cei din jur. Copilul mic nu se încrede în ceea ce vede până nu pune mâna și chiar și medicii adulți trebuie adesea să-și înfrâneze impulsul de a palpa o regiune înainte de a o inspecta cu atenție.

Actul inițial al examenului fizic este inspecția corpului, în ansamblul său. Modificările patologice ale unui organism, deși compuse din numeroase semne, te pot impresiona ca un întreg din primul moment. De aici, posibilitatea unui diagnostic „de la prima vedere”. Dar cum atenția nu câștigă în acuitatea sa decât prin fixare, trebuie să fim rezervați în acest mod de a ajunge la o concluzie medicală, mai ales înainte de a avea o experiență îndelungată. Cu atât mai mult cu cât de fapt această primă vedere de ansamblu se pare că este o succesiune rapidă de înregistrări parțiale ale unor detalii cunoscute printr-o practică temeinică și asupra cărora cel mult suntem sesizați de o modificare izbitoare.

Fixându-ne atenția asupra unei singure regiuni putem, de asemenea, înregistra zeci și sute de semne. Ilustrațiile cărților, capabile să reproducă numai astfel de semne, demonstrează – prin abundența lor – importanța metodei. Și sunt discipline medicale, cum este dermatologia de pildă, care se sprijină exclusiv pe observațiile unei bune inspecții analitice.

În mod general, termenul de inspecție se referă la observarea cu ochiul liber. În prezent însă, cu ajutorul multiplelor tehnici și variatei aparaturi, câmpul observației vizuale, al inspecției, este mult lărgit și tindem să transformăm informațiile și mai ușor de apreciat cantitativ. Diverse specialități recurg la oftalmoscopie, otoscopie, nasoscopie, laringoscopie, bronchoscopie, gastroscopie, cistoscopie, rectoscopie etc. Patologul recurge la microscopie, radiologul la imaginea fluoroscopică sau la filmul fotografic, iar cercetarea funcțională cardio-vasculară transpune în imagini grafice, ușor de analizat, informațiile mai puțin precise furnizate de palparea pulsului sau șocului alexian sau de ascultarea inimii. **Inspecția** trebuie efectuată la lumină suficientă și naturală (la lumina artificială pot fi ignorate colorațiile: galbenă a ictericilor, palidă a anemicilor, cianotică a cardiacilor). Inspecția trebuie să cuprindă întreg corpul, bolnavul fiind dezbrăcat. În ordine se examinează: **atitudinea**, adică poziția bolnavului în pat. Unele atitudini pot sugera diagnosticul. Astfel, ortopneea (poziția șezândă) se întâlnește în insuficiența cardiacă, decubitul lateral stâng sau drept (poziția culcată pe o parte) în bolile pleuro-pulmonare unilaterale, poziția genu-pectorală (ghemuit, cu genunchii la piept) în ulcerul gastroduodenal etc.; **fizionomia**, adică faciesul bolnavului, furnizează importante elemente. În hipertiroidism, figura exprimă spaimă, privirea e vie, ochii sunt exoftalmici; în mixedem (hipotiroidism), fața e rotundă, umflată, ceroasă, buzele umflate; **starea de conștiență** și **psihicul bolnavului**: în unele boli grave infecțioase (febră tifoidă, pneumonie etc.), în stări toxice grave (uremie, insuficiență hepatică, comă diabetică, intoxicații diverse etc.), bolnavii pot prezenta delir (idei false, fără substrat real), halucinații (percepții vizuale sau auditive fără obiecte), somnolență (stare de indiferență, răspunzând numai la excitații), comă (pierdere a conștienței, cu conservarea funcțiilor vegetative: circulație, respirație); **starea de nutriție** poate furniza relații importante. Bolnavii pot fi obezi, cu dezvoltare

tarea excesivă a țesutului celuloadipos subcutanat, subnutriți, emaciați sau cașectici, când țesutul adipos a dispărut, iar musculatura se atrofiază. La starea de cașexie se ajunge în boli grave prelungite: cancer, tuberculoză, boala Basedow (hipertiroidism) etc. Pentru a aprecia starea de nutriție, bolnavii trebuie, obligatoriu, cântăriți la internare și pe parcursul spitalizării sau al tratamentului ambulatoriu. Se consideră că, în mod normal, un individ cântărește atâtea kilograme câți centimetri are peste un metru; **constituția** reprezintă totalitatea particularităților morfologice și funcționale ale organismului, determinate de ereditate și de condițiile mediului extern. S-au făcut numeroase clasificări ale tipurilor constituționale, dar nu s-a ajuns la un punct de vedere unitar. Practică, deși incompletă, este clasificarea lui Cernoruțki în funcție de tonusul muscular: normostenic, hiperstenic, astenic; **examenul tegumentelor** oferă numeroase precizări diagnostice. Astfel pot apărea: **modificări de culoare ale tegumentelor**: paloare, în anemii și șoc; roșeață anormală, în boli febrile și unele intoxicații (beladonă); cianoză (colorație albastră-violee), în insuficiența cardiacă, în boli ale aparatului respirator etc.; icter (colorație gălbuie), în afecțiuni hepatice; **erupții cutanate**, în febrele eruptive (scarlatină, rujeolă etc.); **hemoragii cutanate** (purpure), în diferite sindroame hemoragice; erupțiile purpurice nu dispar la presiune. Când sunt mici, punctiforme se numesc peteșii; când sunt mai mari și au forma unor plăci se numesc **echimoze**, iar când acoperă suprafețe mari - **sufuziuni** sau **hematoame**; **tulburări în circulația cutanată**, sub formă de circulație colaterală (ciroză hepatică, compresiuni venoase etc.). **Tulburările trofice cutanate** cele mai cunoscute sunt: gangrenele (mortificări ale pielii și ale țesuturilor subiacente) și escarele - gangrene profunde care apar în regiunile expuse presiunii îndelungate (sacrată, fesieră și a călcâiului), prin imobilizarea la pat din cauza unor boli grave, mai ales când igiena și îngrijirea lasă de dorit. **Edemul** reprezintă o infiltrație seroasă a pielii și a țesutului subcutanat. Când lichidul interstițial crește mult, se colectează și în cavitățile seroase (pleură, pericard, peritoneu), ceea ce conduce la edemul generalizat, denumit și **anasarcă**. Pielea edemațiată este întinsă, lucioasă și transparentă. Țesutul edemațiat, apăsător cu degetul, păstrează urma acestuia. În edemele vechi, pielea se îngroașă, iar depresiunea produsă de apăsarea degetului dispare. Edemul rezultă dintr-o hiperhidratare extracelulară, care nu se exteriorizează, când aceasta este discretă, decât prin creșterea bolnavului în greutate. Când este mare, apare infiltrarea țesutului subcutanat. Asistenta medicală trebuie să urmărească localizarea edemelor. La început, când bolnavul stă mult în picioare, acestea apar la nivelul gambelor și pe fața internă a tibiei, iar când este culcat, pe regiunea lombară și pe fața internă a coapselor. Rolul ei este să cântărească bolnavul, să măsoare cantitatea de urină pe 24 de ore, să controleze cum reacționează edemele la medicamentele administrate, să impună respectarea regimului. Dintre metodele fizice de examinare, inspecția oferă asistentei medicale cele mai mari posibilități de a-și valorifica cunoștințele, de a-și verifica spiritul de observație. **Palparea** se definește ca metoda de informare prin ajutorul pipăitului. În fond, atunci când își pune mâinile pe pacient, medicul înregistrează o seamă de senzații tactile, termice și kinestetice. Ca și pentru inspecție, orice individ are aceste simțuri, dar numai exersarea și cunoștințele sunt

capabile să recruteze informații semnificative. Prin exercițiu, grație pipăitului, un orb se poate integra în lumea exterioară.

Când se caută informații tactile, vom utiliza pulpa degetelor, sediul discriminării tactile cea mai fină. Pentru simțul termic, dosul mâinilor sau degetelor, unde pielea este mai fină decât în celelalte părți ale mâinii. Pentru înregistrat vibrații – ca în cazul freamătului cardiac și vascular – zonele palmare ale articulațiilor metacarpo-falangiene și marginea cubitală a mâinii sunt cele mai adecvate. În sfârșit, pentru apreciat poziția și consistența unei formațiuni, o vom „agăța”, cu degetele îndoite, astfel ca să percepem prin intermediul simțurilor noastre articulare și musculare.

Utilizând palparea ca metodă de investigare în orice regiune a corpului ce poate fi atinsă de către degetele exploratoare: în cercetarea oricărei structuri externe sau accesibilă prin orificiile corpului, în examinarea oaselor, articulațiilor, mușchilor, tendoanelor, ligamentelor, arterelor superficiale, venelor trombozate, nervilor superficiali, glandelor salivare, cordonului spermatic, viscerelor solide abdominale sau conținutului solid al viscerelor scobite, precum și în constatarea acumulărilor de lichid, sânge sau puroi.

Prin palpate ne dăm seama de structura unei formații (de pildă piele, păr), de gradul ei de umiditate (piele sau mucoasă), de temperatura sa, de masa sa (mărime, formă, consistență, mobilitate, pulsabilitate, la rândul ei expansilă sau transmisă). Putem resimți în unele cazuri un impuls (șocul apexian de pildă), crepitații (osoase, articulare, în țesutul subcutan), un freamăt (la cord și vase), sau vibrații vocale. Putem pune în evidență puncte dureroase caracteristice unei anumite suferințe.

Pentru o corectă palpate, medicul va sta la același nivel cu pacientul, cu mâinile calde și unghiile tăiate, evitând să-i producă senzații neplăcute și reflexe de apărare. Palpate abdominală, de pildă, va începe printr-o manevră superficială, cu scopul de a descoperi zonele sensibile sau cu rezistență crescută, ulterior urmând să detalieze aceste informații. Pentru o *palpate superficială* se așază ușor pe suprafața abdomenului întreaga palmă cu degetele apropiate și se presează cu blândețe pulpele degetelor – nu vârfurile – în așa fel încât să se pătrundă în adâncime până la un centimetru. Când, ca urmare a examinării, atenția ne este atrasă asupra unei anumite regiuni, vom aprofunda cercetarea ei la urmă, după ce am încheiat palpate generală. Dacă nu există nici o regiune suspectă, începem palpate în zona pubiană și progresăm spre marginile costale. În caz contrar, se poate să ne scape marginea unui ficat sau unei spline mărite.

La persoanele care se gâdilă și se apără involuntar, un mijloc de a elimina acest inconvenient este să le punem să-și plaseze propriile degete peste ale noastre, urmărindu-le mișcările. În acest fel substituim degetele noastre degetele sale, la care nu se gâdilă.

Printr-o palpate superficială punem în evidență o durere directă sau la decompresiune, o hiperestezie cutană, crepitații în emfizemul subcutan, o rigiditate involuntară sau voluntară a musculaturii, prezența unor mase.

După orientarea generală dobândită prin palparea superficială, se caută o detaliere a informațiilor. Pentru aceasta se examinează pacientul nu numai în decubit dorsal, ci – la nevoie – și în poziție laterală și eventual genu-pectorală sau în picioare.

*Palparea profundă* se poate face cu o singură mână, presând cu degetele mult mai adânc și provocând totodată o alunecare a peretelui abdominal pe formațiile subiacente, câte 4-5 cm. Când rezistența musculară eset mare, sau formația investigată profundă, se reduce la o *palpare întărită*: mâna dreaptă acționează la fel, dar degetele mâinii stângi apasă pe articulațiile interfalageale drepte.

Când o masă este mică, volumul său poate fi apreciat cuprinzând-o între police și index; când este mare, se aplică *palparea bimanuală*, plasând câte o mână de o parte și de alta a formației, după tehnici adecvate fiecărei situații. Atunci când există în abdomen lichid, împiedicând accesul direct la formațiunea pe care o urmărim, recurgem la *balotare*. Pentru aceasta, facem cu degetele mâinii drepte câteva scurte presiuni bruște și profunde în abdomen, în regiunea masei urmărite, presiuni în urma cărora – în caz că este mobilă – sare apoi și atinge vârfurile degetelor, tot astfel cum se întâmplă când încercăm să împingem în apă un sloi de gheață.

Termenul de balotare se aplică și procedeului bimanual prin care se încearcă determinarea unei mase abdominale (rinichiul de pildă). În acest caz o mână împinge pereteleabdominal anterior, ir cealaltă, situată posterior, prin mici secuse împinge masa cercetată și, palpând flancul, încercă să aprecieze grosimea ei.

În caz de ascită, dacă se dau câteva bobârnace în peretele abdominal de o parte, se provoacă o undă care, străbătând prin masa lichidiană, se poate palpa de a doua mână, situată de partea opusă. Este *semnul valului*. Pentru a nu fi induși înșă în eroare, este necesar ca un ajutor să împiedice transmiterea undelor prin peretele abdominal situându-și marginea cubitală a mâinii pe abdomenul celui examinat, între mâinile examinatorului. **Palparea** este o metodă de explorare clinică pe cât de veche, pe atât de valoroasă. Bolnavul trebuie dezbrăcat, palparea prin îmbrăcăminte, chiar numai prin cămașă, fiind lipsită de sens. Uneori trebuie purtată o discuție cu bolnavul, pentru a-i distra atenția. Examinatorul trebuie să aibă mâinile calde, pentru ca să nu survină contracții ale mușchilor bolnavului. Prin palpate se pot percepe unele fenomene toracice: vibrații vocale, frecături pleurale sau pericardice, sufluri cardiace etc. O deosebită atenție trebuie acordată ganglionilor limfatici subcutanați, care, în condiții normale, nu sunt palpabili. Când devin palpabili, îi considerăm patologici și vorbim în asemenea cazuri de *adenopatie*. **Percuția** este o metodă de examen fizic, care constă în lovirea anumitor regiuni ale corpului (de obicei și abdomenul) cu degetele, pentru a obține sunete, din a căror interpretare să reiasă informații asupra procesului patologic din regiunea explorată. Prin percuție se pun în vibrație diferitele țesuturi din regiunea percutată. Sunetele obținute la percuție pot fi: - *sonore* (muzicale, intense): se obțin prin percuția organelor cu conținut aerian (plămâni, stomac, intestin); o varietate este sunetul timpanic, asemănător cu sunetul pe care-l produce o tobă sau un timpan întins; - *mate* (de intensitate redusă): se obțin prin examinarea organelor și țesuturilor lipsite de aer (inimă, ficat, rinichi, splină, mase musculare). Percuția mai permite și aprecierea măririi sau diminuării organului sub influența unui proces patologic).



Calitatea sunetelor este legată de densitatea țesutului pus în vibrație. Când percuția este efectuată în acest scop, al precizării densității unui țesut, poartă numele de *percuție sonoră*. Densități variate produc sunete variate, cărora li se dau nume speciale. Astfel, de la densitatea cea mai mică, la cea mai mare, se produc zgomote de intensitate descrescândă, etichetate ca timpanism, hipersonoritate, sonocitate, sonoritate diminuată, submatitate, matitate. Unele trepte ale acestei scări pot fi exemplificate prin comparații din situația fiziologică: timpanismul este zgomotul produs prin percuția unui stomac plin cu aer; sonoritatea, prin lovituri date unui torace cu țesut pulmonar normal; matitatea, prin percuția coapsei. În general, tonalitatea sau înălțimea sunetelor, crește cu densitatea țesutului, de la cea mai joasă în timpanism, la cea mai înaltă în matitate.

Sunetul mat, caracteristic organelor și țesuturilor care nu au aer, se percep în mod normal pe aria inimii, ficatului, splinei. De asemenea, se produc în cazul unui plămân care – din diferite motive – își pierde conținutul său aerian sau când între plămân și urechea ascultătorului se interpun medii compacte. La fel la abdomen, când se intercalează diferite medii fără conținut aerian. Pentru ca o formațiune să poate fi însă reperată prin percuție, extinderea ei trebuie să ajungă sau să depășească sfera de acțiune a șocului percutor obișnuit, cu alte cuvinte masa compactă să aibă o adâncime de cel mult 5-7 cm, iar ca suprafață 3-4 cm. Când formațiunea respectivă are dimensiuni mai mici, amestecul vibrațiilor formațiunilor mai puțin dense înconjurătoare va genera o matitate relativă, un sunet submat.

Sunetul timpanic, în mod fiziologic, se aude când se percută stomacul, intestinul, traheea, laringele, cavitatea bucală. Are amplitudinea cea mai mare și tonalitatea cea mai joasă, gravă. În mod patologic se produce deasupra cavităților cu conținut gazos, dacă sunt destul de mari, dacă pereții lor sunt regulați și dacă se află sub anumită tensiune. Cu cât cavitatea este mai mare, tonalitatea sunetului este mai joasă. Când pereții unei cavități se află sub tensiune foarte mare, vibrațiile lor sunt atât de puternice încât modifică complet sunetul de percuție, care, din timpanic cum ar trebui să fie, devine submat sau chiar mat (cazul pneumothraxului adesea).

Între sunetul timpanic și sonoritatea pulmonară normală se interpune un sunet hipersonor, care se obține când parenchimul pulmonar se află sub o tensiune mai redusă, fără a fi complet relaxat (caracteristic emfizemului pulmonar).

Prin supraadăugarea unor armonice sunetului fundamental, se obțin în patologia pulmonară sunete de percuție cu timbru special, cu răsunetul amforic sau zgomotul de oală spartă.

**Percuția** este metoda de examinare bazată pe înregistrarea acustică a vibrațiilor produse prin lovirea suprafeței corpului pe o arie mică. Calitatea sunetelor sau mai bine zis zgomotelor, emise este în legătură cu densitatea țesuturilor subiacente.

Percuția directă, după procedeul inițial al lui Auenbrugger, constă în lovirea toracelui cu fața palmară a mâinii sau cu pulpa degetelor, încovoiate în ciocan. Forța percutorică distribuindu-se pe o suprafață largă și punând în vibrație un teritoriu întins, zgomotele produse sunt slabe, șterse și obscure. De aceea, metoda nu se mai practică în mod curent.

Percuția indirectă sau mediată constă în aplicarea de lovituri scurte, date cu mediusul drept, plexor, pe articulația interfalangeală a mediusului stâng, aplicată pe suprafața corpului și servind de pleximetru. Numirile de plexor și pleximetru aparțin aparatului inițial utilizate în metoda percutorie, când funcțiile respective erau îndeplinite de corpuri străine adecvate.

Pentru o bună percuție, numai falanga distală a degetului care servește de pleximetru trebuie aplicată – cu fermitate – pe zona percutată, iar degetul plexor – flectat în articulația interfalangeană și rigid – dă lovituri repetate, scurte, de forță egală, prin mișcări efectuate numai din articulația pumnului, fără nici o participare a cotului sau umărului. După lovire plexorul nu rămâne în contact cu pleximetru, pentru a nu amortiza vibrațiile. De regulă se produc câte 2-3 lovituri staccato într-un loc, pleximetru mutându-se apoi într-altul, spre a compara zgomotele produse.

Acest tip de percuție digito-digitală, astăzi aproape exclusiv practicat, este o **percuție profundă**, care este capabilă să pună în vibrație organe așezate la o oarecare distanță sub suprafața corpului și care ne permite o delimitare a diferitelor organe. Ea se adaptează, grație degetului care servește de pleximetru, la oricare regiune a corpului și, în afară de aceasta, ne orientează și asupra rezistenței sau elasticității teritoriului percutat. Pentru a sesiza mai bine aceste calități este recomandabilă o **percuție superficială**, palpatorie, cu degetul plexor în extensie, mișcându-se numai din articulația metacarpo-falangeană, astfel încât să se producă zgomote foarte discrete.

Pentru a favoriza propagarea vibrațiilor în profunzime, utilizăm procedeul descris de von Plesch, în care degetul pleximetru, îndoit în ciocan din articulația interfalangeană I și cu articulația interfalangeană II în extensie forțată, se aplică doar cu pulpa degetului pe suprafața corpului, iar plexorul lovește pe primafalangă. Este procedeul pe care îl folosim la delimitarea pediculului vascular.

Intensitatea sunetelor de percuție depinde de forța șocului percutor și aceasta trebuie să se păstreze constantă în tot cursul examinării. Aceste sunete reprezintă totalitatea vibrațiilor produse, cu fiecare lovitură, sub degetul folosit ca pleximetru.

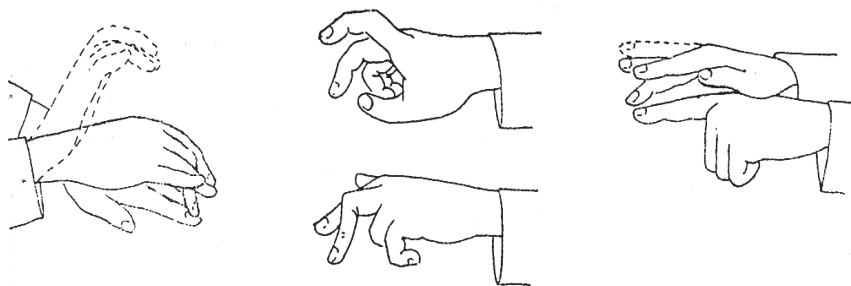


Fig. 1 - Metode de percuție

Percuția digito-digitală

Percuția profundă

Percuția superficială

Teritoriul pus în vibrație cu o percuție obișnuită are o adâncime de 5-6 cm, iar la suprafață măsoară 3-4 cm.

Ca tuturor sunetelor, și celor produse de percuție li se descriu intensitatea, în funcție de amplitudinea vibrațiilor, tonalitatea, depinzând de frecvența vibrațiilor și timbrul, legat de vibrațiile secundare, suplimentare, care însoțesc și modifică sunetul fundamental.

**Ascultația** este metoda de investigație prin care se percep fenomenele acustice produse în interiorul corpului. Laënnec este cel care a elaborat principiile fundamentale ale acestei metode și a imaginat stetoscopul. Ascultația se poate face *direct*, aplicând urechea pe regiunea pe care dorim să o examinăm (sau interpunând între torace și ureche un șervet subțire), sau *indirect*, cu ajutorul stetoscopului. Stetoscopul este un aparat care amplifică sunetele, având la una dintre extremități o pâlnie sau o membrană subțire, care se aplică pe organ, iar la cealaltă, două olive montate în tuburi de cauciuc, care se introduc în conductele auditive. Acesta este stetoscopul biauricular. Există și un stetoscop monoauricular, folosit astăzi tot mai rar.

Ascultarea directă, cu pavilionul urechii aplicat pe suprafața corpului, în mod ermetic, permite perceperea foarte netă a fenomenelor acustice, în orice situație, fără nici un ajutor instrumental. Când însă conformația zonei ce trebuie ascultată nu îngăduie adaptarea perfectă a urechii, când vrem să ascultăm fenomenele acustice produse într-un teritoriu limitat și a le izola de cele ce iau naștere în vecinătate, când bolnavul nu poate să adopte o poziție adecvată examinării dorite sau este necesară pentru precizări o poziție nepotrivită, ca și atunci când suntem în fața unei persoane murdare, parazitare, sau cu leziuni cutane, se impune ascultarea medicală cu stetoscopul.

Cu ajutorul stetoscopului, zonele care pot fi investigate cuprind aproape tot corpul. Vasele gâtului sunt ascultate pentru sufluri tiroidiene, ale arterelor carotide și subclaviculare, ori pentru descoperirea unui zgomot venos. La nivelul plămânilor se cercetează zgomotele respiratorii, vocea tare și șoptită, tusea, raluri și frecături. La nivelul articulațiilor, mușchilor, oaselor fracturate și în emfizemul subcutan se percep crepitații. Codul se manifestă în cursul diverselor sale afecțiuni prin modificările zgomotelorsale, prin sufluri, aritmii și frecături pericardice. Ascultarea abdomenului nerevelează borborigmele intestinale sau suflurile anevrismelor și arterelor stenozate, în special renale. Stetoscopul aplicat pe scrot poate depista zgomotele intestinale într-o hernie scrotală.

Pentru o mai bună ascultare, pavilionul stetoscopului trebuie aplicat direct pe suprafața corpului spre a evita zgomotele parazitare produse prin frecarea cămășii.

Stetoscopul cu pâlnie permite ascultarea cu mai multă precizie a sunetelor înalte și limitate la o arie mică, cel cu tambur – aplicator – deși alterează ușor fenomenele acustice, ajută perceperea modificărilor fine. Stetoscopul utilizat astăzi în clinica medicală este stetoscopul biauricular, de preferință modelele care se pot insinua în orice regiune a corpului și în orice poziție. Unele dintre ele pot pe aceeași tijă să adapteze atât un pavilion în formă de pâlnie, cât și unul în formă de tambur. În orice caz, este recomandabil ca ascultația să se facă totdeauna cu același stetoscop, desprinderea jucând un mare rol în perceperea și interpretarea diferitelor fenomene acustice. Și, după cum știe orice muzician, urechea se formează prin exercițiu.