

I # 6

18.2. EVALUAREA UNOR MANIFESTĂRI PATOLOGICE

18.2.1. Febra

Organismul uman, homeoterm, deține un stoc de căldură care se găsește într-un schimb permanent cu mediul înconjurător.

În condiții normale, dimineața febra este de 36,5 - 36,8°C, iar seara 36,7 - 36,9°C; temperatura rectală este cu 0,3 - 0,5°C mai mare ca aceea axilară, iar temperatura normală sublinguală este de 37,5°C.

În mod curent, determinarea temperaturii axilare și rectale se face cu termometru maximal cu Hg, temperatura locală cu termometru capilar; există termometru electric, termografie infraroșie și aparat electronic pentru înregistrarea continuă a temperaturii.

Încă din antichitate febra a fost considerată ca o temperatură anormală a corpului - un semn de boală.

Febra reprezintă o modalitate de răspuns al organismului față de acțiunea unui agent nociv.

Apariția febrei e dependentă de modificări metabolice complexe ale organismului care, pe lângă creșterea temperaturii, antrenează o serie de alte tulburări: creșterea pulsului, a respirației, transpirației etc.

Febra poate apărea printr-un mecanism periferic prin creșterea metabolismului celular sau prin acțiunea asupra centrilor termoreglării din hipotalamus.

18.2.1.1. Cauzele febrei

Cauzele producerii febrei sunt numeroase, schematizat însă cauzele principale se pot grupa astfel:

- a) Boli infecțioase: bacteriene, virale, parazitare.
- b) Boli tumorale: limfosarcom, cancer renal, hepatic, gastric, bronșic, boala Hodgkin.
- c) Febra de resorbție: hematoame mari, hemoragii digestive.
- d) Febra medicamentoasă.
- e) Boli endocrine: hipertiroidism, criză addisoniană.
- f) Boli metabolice: atac de gută.
- g) Boli de colagen: lupus eritematos, dermatomiozite.
- h) Reumatism: artrită reumatismală.

18.2.1.2. Gradele de febră

- stare subfebrilă 37-38°;
 - febră moderată 38-39°;
 - febră ridicată 39-40°;
 - febră foarte ridicată (hiperpiretică) peste 40°.
- Se consideră că supraviețuirea peste 41,1° este rară.

18.2.1.3. Evoluția febrei

Prezintă 3 etape:

- a) *stadiul de creștere a temperaturii* care poate fi cu debut brusc (pneumonii, gripă, erizipel), sau debut lent (TBC pulmonar, boală reumatică);
- b) *stadiul de temperatură maximă* - poate dura ore, zile, chiar săptămâni;
- c) *stadiul de remitere a temperaturii* - poate fi brusc sau în criză (pneumonie, gripă) și lent sau în liză (reumatism, scarlatină).

18.2.1.4. Tipuri de febră

Prin înregistrarea continuă a temperaturii dimineața și după masă pe foaia de observație, se obține curba termică.

După caracteristicile curbei termice, deosebim mai multe tipuri de febră, care pot permite uneori evocarea diagnosticului:

a) *Febră continuă* (platou) este febră foarte ridicată, în care diferența dintre febra matinală și cea vespérală timp de mai multe zile nu depășește 1°. Astfel de febră întâlnim în: pneumonie, osteită, septicemii, boli infecțioase. Febră continuă poate scădea brusc (în criză) sau lent (în liză).

b) *Febră remitentă* - diferența între febra matinală și vespérală depășește 1° (supurații pulmonare, septicemii).

c) *Febră intermitentă* - alternația mare în timp de 24 de ore a temperaturii normale cu febră mult ridicată.

- *febră hectică* - oscilații deosebit de mari în 24 de ore de 3-5°, de la febră normală sau chiar subnormală (infecții urinare, supurații pulmonare, septicemii);

- *febră intermitentă periodică* - când variază perioade afebrile, cu creșteri febrile de 2-3-4 zile (malaria).

d) *Febră recurentă* - oscilează cu febră ridicată continuu 5-8 zile, alternând cu perioade afebrile (infecții urinare, infecții biliare, limfogranulomatoză malignă, leptospiroză).

e) *Febră recidivantă* - este o variantă de febră recurentă, caracterizată prin faptul că ascensiunile termice survin la intervale foarte variate și îmbracă caracter de puseu (colangită, pielite).

f) *Febră ondulantă* - ascensiune termică ce se repetă periodic. Ridicarea temperaturii e progresivă, iar defervescența lentă, urmată de alte cicluri (limfogranulomatoză malignă, unele cancere ce se dezvoltă lent).

g) *Febră de tip invers* - temperatură mai ridicată dimineața decât cea vespérală (supurații profunde, infecții cavitare, tbc pulmonar grav).

h) *Febră neregulată* - nu poate fi încadrată în niciunul din tipurile descrise.

Stările febrile, dacă nu sunt cauzate de o afecțiune chirurgicală acută, constituie contraindicație pentru intervenție. În cazul stărilor febrile prelungite, asociate cu frisoane, se impune efectuarea unei hemoculturi.

Anamneza are o importanță deosebită pentru a descoperi cauza febrei, durata ei, modul de apariție, semnele de însoțire. Tratamentul cu antibiotice, chimioterapie, corticoizi modifică modul de evoluție a febrei.

18.2.2. Cefaleea

Cefaleea reprezintă durerea resimțită la nivelul capului, datorită unor stimulări anormale a formațiunilor sensibile ale craniului.

Mecanismele de producere sunt variate, adeseori ele se intrică și sunt reprezentate de: excitația receptorilor durerii de la nivelul durei mater, arterelor și venelor cerebrale și stimularea nervilor cranieni senzoriali și a ramurilor vegetative prin procese inflamatorii, vasodilatație, vasoconstricție, presiune, tracțiune etc.

Orice modificare a relației constante dintre masa cerebrală și volumul L.C.R. și al sângelui produce cefalee.

Cefaleea este simptomul care apare în multe afecțiuni, fie izolat, fie însoțită de alte semne.

18.2.2.1. Cauzele cefaleei

Cauzele care produc cefalee sunt: vasculare, procese intracraniene și extracraniene.

18.2.2.1.1. Cefalee de cauză vasculară - cea mai frecventă poate fi produsă prin mecanisme multiple:

a) *Cefalee vasomotorie* - apare în legătură cu surmenajul intelectual sau fizic: nerespectarea ritmului somn-veghe, situații conflictuale, schimbări meteorologice, intoxicații cronice (Pb, CO, alcoolism). Are caracter de apăsare difuză, uneori chinuitoare, alteori sub formă de întepătură, sfredelire, lovitură de ciocan.

b) *Modificări ale T.A.:*

- în *H.T.A.* - cefaleea apare matinal, se asociază cu amețeli, tulburări vizuale, văjâituri în urechi localizate, de obicei, în regiunea occipitală;

- în *hipotensiune* - localizare, de obicei, frontală și se declanșează în legătură cu schimbările de poziție.

c) *Spasm de acomodare* - apare la indivizi cu hipermetropie, astigmatism, presbiție, localizată frontal, după efort de citit.

d) *Migrena* (hemicranie) - determinată de vasoconstricție urmată de vasodilatație a vaselor intracraniene - unilaterală. Apare la femei cu nevroză, afecțiuni hepatice, biliare și disfuncții endocrine.

Caracteristica migrenei este periodicitatea, fiind asociată cu hipersensibilitate la lumină, zgomot, paloare cutanată a feței, amețeli, excitație psihică, tahicardie, transpirații profuze, grețuri intense și vărsături.

18.2.2.1.2. Cefalee produsă de procese intracraniene poate fi dată de:

a) *Tumori cerebrale:* prin creșterea presiunii intracraniene și expansiunii procesului tumoral cu localizare variată în funcție de localizarea procesului tumoral, este o durere tenace, cu caracter progresiv.

b) *Alte cauze:* encefalită, meningită, abces cerebral, tromboze ale sinusurilor cavernoase.

18.2.2.1.3. Cefalee produsă de afecțiuni extracraniene:

a) *Afecțiuni ale sinusurilor fetei:*

- *sinuzită maxilară* - când e unilaterală produce cefalee care merge din regiunea unghiului intern al ochiului spre occipital;

- *sinuzită frontală* - durere oculară, pulsatilă, unilaterală;
- *sinuzită etmoidală* - durere difuză care merge spre vertex.
- b) *Afecțiuni auriculare și amigdaliene*: otite, otomastoidite, amigdalite - pot fi cauza unei cefalei.
- c) *Afecțiuni osteo-articulare* - cefalee provocată de modificări osoase: tumori osoase primitive sau metastatice, osteomielită.
- d) *Boli infecțioase acute și cronice*.
- e) *Bolile hematologice, metabolice, alergice*.

18.2.3. Durerea

Simptom extrem de variat în ce privește etiologia și manifestarea sa, reprezintă o semnificație majoră a tabloului clinic al diferitelor afecțiuni. Constituie adesea motivul principal ce determină bolnavul să se adreseze medicului.

Anamnestice se va insista pe:

- modul de debut al durerii;
- localizarea (sediul) durerii și iradierea;
- circumstanțe de apariție - factori care o declanșează;
- caracterul senzației dureroase și evoluția ei;
- simptome asociate.

Anamneza, de o deosebită utilitate, se va completa cu examenul obiectiv: palpare, presiune, mișcări respiratorii mai ample, tuse voluntară, mișcări ale membrelor, coloanei vertebrale, aplecarea - care ne vor preciza și lămuri datele obținute prin anamneză.

18.2.3.1. Modul de debut

Durerea poate apărea brusc, violent ca în: pneumotorax spontan, ulcer gastro-duodenal perforat, embolie pulmonară; sau, din contră, are un început lent, progresiv: proces inflamator pleural, neoplasm.

18.2.3.2. Sediul durerii

Anamneza are rolul de a preciza locul unde se resimte cu maximum de intensitate durerea. Este necesară o cunoaștere bună a zonelor de referire a durerii în diferitele cazuri de suferință:

- ulcerul gastro-duodenal va determina o durere epigastrică: o durere epigastrică sus situată în ulcerul cardiei; o durere în regiunea medie a epigastrului s-ar datora unei suferințe pilorice sau a bulbului duodenal;
- durere epigastrică în bară ar fi sugestivă pentru o suferință pancreatică;
- durerea în fosa iliacă dreaptă sugerează o suferință apendiculară;
- durerile suprapubiene indică o suferință rectosigmoidiană, vezicală sau uterină;
- o durere pe traiectul unui nerv intercostal e caracteristică nevralgiei intercostale;
- o durere retrosternală ca o ghiară, ne sugerează durerea din angina pectorală.

18.2.3.3. Iradierea

Iradierea aduce un plus de orientare pentru o durere mai difuz localizată. Exemplu: o durere în hipocondrul drept poate fi cauzată de un apendice retrocedat,

suferințe
drept, sul

1,

O

durerea s

a)

costale,

b

și defeca

sugestiv

suferințe

nevralgi

moduri

lovitură

trebuie

caracte

(penetr

este bu

tipuri:

(intest

(litiáz

de o p

duode

profu

suferințe colice drepte, colecistite, ulcer duodenal. Iradierea durerii în spate, umărul drept, subscapular drept, indică o suferință colecistică.

18.2.3.4. Circumstanțele de apariție

O serie de factori climaterici, efortul fizic, ingestia de alimente etc. pot declanșa durerea sau accentua:

a) *durerea toracică poate fi influențată de:*

- frig și umezeală (afecțiuni respiratorii și reumatice - spondiloze, nevralgie);
- respirația amplă accentuează durerile în afecțiuni pleuro-pulmonare, fracturi costale, discopatii;

- efortul fizic și emoțiile pot declanșa durerile în angina pectorală, discopatie;

b) *durerile din afecțiunile digestive* au legătură cu ingestia de alimente, digestie și defecație:

- o durere care apare în deglutiție este sugestivă pentru o suferință esofagiană;

- durerea care survine după ingestia de alimente, resimțită în epigastru e sugestivă pentru boala ulceroasă;

- durerea ce însoțește sau este determinată de defecație este expresia unei suferințe sigmoidiene;

c) *dureri ce se accentuează la presiune* sunt caracteristice pentru celulite, mialgii, nevralgie intercostală.

18.2.3.5. Caracterul durerii

Durerea, fiind un fenomen subiectiv, poate să fie percepută de bolnav în diferite moduri. Se poate prezenta ca o jenă, rupere, sfâșiere, crampă, senzație de arsură, lovitură de cuțit, torsione. Pentru precizarea caracterului durerii, în discuția cu bolnavul trebuie să-i conferim criteriile de comparație.

18.2.3.6. Durata

Durerile pot fi intermitente: de exemplu, durerea din boala ulceroasă; sau pot avea caracter paroxistic, ca în colici. Durerea continuă se întâlnește în ulcerul complicat (penetrant, calos) sau în neoplasm.

Când bolnavul acuză dureri permanente, de lungă durată, dar starea lui generală este bună, iar probele funcționale normale, cauza durerii este psihogenă.

18.2.3.7. Tipul senzației dureroase

În funcție de cauza și mecanismul de producere, durerea poate fi de mai multe tipuri:

a) *durere colicativă* este o durere spastică intermitentă, caracteristică organelor (intestin, căi biliare, pelvisul renal, ureter), cauzată de cele mai multe ori de un obstacol (litiază renală, litiază biliară, ocluzie intestinală etc.);

b) *durerea sub formă de junghi* - localizată la nivelul toracelui poate fi produsă de o pneumonie sau infarct pulmonar;

c) *durere violentă ca o lovitură de pumnal* sau cuțit în epigastru - ulcer gastro-duodenal perforat;

d) *durerea retrosternală* resimțită ca o ghiară, ca o arsură retrosternală profundă, cu iradiere în umărul și brațul stâng, prelungindu-se pe marginea cubitală a

anfebrațului și mâinii până în ultimele două degete, însoțită de neliniște și senzație de moarte iminentă - este caracteristică anginei pectorale și infarctului miocardic;

e) *durere continuă violentă*, cu prăbușirea stării generale în infarct mezenteric, iar în formă de bară în etajul supramezenteric caracteristică pentru pancreatita acută;

f) *durerea în formă de claudicație intermitentă* - caracteristică sindromului de ischemie periferică a membrilor inferioare;

g) *durerea sub formă de tensiune*, manifestând false necesități de defecație sau micțiune, în iritații, formațiuni tumorale ale rectului și vezicii urinare.

18.2.3.8. Simptome asociate durerii

De multe ori, durerea singură nu ne spune mare lucru însă, coroborată cu o serie de alte simptome, ne poate orienta spre un diagnostic de probabilitate.

Astfel:

- durerea toracică, însoțită de tuse și expectorație ne orientează către afecțiuni bronhopulmonare;

- coexistența durerii toracice cu febra, ne orientează spre procese inflamatorii ale aparatului respirator;

- durerea toracică, însoțită de hemoptizie - tbc pulmonar, cancer bronhopulmonar, supurație pulmonară;

- durere toracică însoțită de colaps - infarct miocardic, embolie pulmonară;

- durere în hipocondrul drept, însoțită de grețuri și vărsături bilioase - colică hepatică;

- durere abdominală, însoțită de diaree - enterocolită.

18.2.3.9. Modalitatea de a calma durerea

De un real folos este și precizarea modalităților de calmare a unor dureri. De exemplu, prin apăsare și căldură se pot calma colicile intestinale, alimentația și alcalinele pot calma durerea în boala ulceroasă etc.

18.2.4. Vărsăturile

Prin vărsături se înțelege proiecția sub presiune a conținutului gastric prin căile digestive superioare și eliminarea pe gură - în urma contracției simultane a mușchilor diafragmatic și abdominali, a contractării pilorului și a relaxării sfincterului cardial. Elementul determinant îl constituie creșterea presiunii intraabdominale, stomacul având un rol relativ pasiv. În vărsăturile cu conținut intestinal mișcările antiperistaltice au un rol important. Trebuie menționat că închiderea glotei și oprirea respirației în timpul vărsăturii au rolul de a înlătura eventuala aspirație a conținutului.

18.2.4.1 Clasificarea vărsăturilor

S-a adoptat clasificarea vărsăturilor după natura excitației - astfel se pot clasifica în vărsături centrale și vărsături periferice.

18.2.
precedate de
centrale, tur
determină v

18.2
reflexe și u
Exis
înălțimi, că
Ate

digestivă.

a)

greață, su
alimente f
datorită st

b)

- l
- c
- s

Al
unor drog

c)

-
cu cât cc

-
duodena
nivelul i

;

I

;

extradig

ulceroa
(insufic

ocluzii
disgrav

semiol

18.2.4.1.1. Vărsăturile centrale - se caracterizează prin faptul că nu sunt precedate de greață, se produc spontan, fără efort. Se întâlnesc în meningită, hemoragii centrale, tumori și abcese cerebrale. Administrarea de apomorfina, ipeca, eter, nicotină, determină vărsături tot de natură centrală, prin excitarea directă a centrului vomitiv.

18.2.4.1.2. Vărsăturile periferice - generate de cauze diverse, prin mecanisme reflexe și urmând căile aferente ce ajung la excitarea centrului vomitiv.

Există vărsături în afara aparatului digestiv: călătorii pe mare, ascensiuni pe înălțimi, călătoria cu avionul, suferințe ale urechii medii sau ale labirintului.

Atenție deosebită trebuie acordată vărsăturilor care reflectă o suferință digestivă. În acest sens putem avea:

a) **vărsături de stază esofagiană**: se produc fără efort, nu sunt precedate de greață, sunt de fapt simple regurgitații al căror conținut constă în: mucus, salivă, alimente foarte puțin modificate. Apar în diverticuli esofagieni, dilatație esofagiană datorită stenozei, cardiospasm;

b) **vărsături gastrice** produse prin excitații diverse, ale căror caractere clinice sunt:

- le precede greața sau senzația de plenitudine epigastrică;
- duc la calmare sau diminuarea durerii care le precede;
- se însoțesc de efort de vărsături.

Afecțiunile în care apar sunt variate: gastrite, ulcer gastroduodenal, administrarea unor droguri (aspirină, salicilați, digitală), uremie.

c) **Vărsăturile cu punct de plecare intestinal** diferă de cele anterioare prin:

- nu se însoțesc de plenitudine epigastrică;
- sunt precedate de greață și se însoțesc de eforturi de vărsături cu atât mai mari cu cât conținutul stomacului este mai redus;
- cele prin obstrucție se însoțesc de mișcări antiperistaltice;
- conținutul permite o orientare asupra sediului obstacolului, în caz de obstrucție duodenală ele sunt abundente cu caracter bilos, în funcție de situarea obstacolului la nivelul intestinului pot fi poracee sau cu caracter fecaloid.

18.2.4.2. Frecvența vărsăturilor

Din acest punct de vedere ele pot fi sporadice, frecvente sau incoercibile.

■ Vărsăturile sporadice apar în cursul unor afecțiuni digestive (indigestie) sau extradigestive (infarct miocardic, administrare de morfină, digitală).

■ Vărsături frecvente apar, de regulă, în afecțiunile digestive: gastrită, boală ulceroasă, stenoză pilorică, colecistite, dar ele pot apărea în suferințe extradigestive (insuficiență renală cronică, sarcină).

■ Vărsăturile incoercibile sunt repetate, persistente și rebele la tratament, ca în: ocluzii intestinale, pancreatită acută, dilatație acută de stomac, holeră, intoxicații, disgravidii. Ele duc la grave tulburări hidroelectrolitice.

Orarul apariției ca și relația cu ingestia de alimente pot avea o valoare semiologică. Ca exemplu:

- vărsături care apar dimineața, pe nemâncate la alcoolicii cu gastrită cronică;
- la bolnavii cu ulcer gastric, vărsăturile apar la 1-2 ore după masă;

503

261637



- vărsături care apar la 4-6 ore după masă se întâlnesc în ulcerul duodenal, gastro-duodenită cu stază duodenală, ptoză și dilatație gastrică;
- vărsături care apar la 12-48 ore după masă sunt abundente și conțin resturi alimentare ingerate cu 24 ore înainte, se întâlnesc în stenoza pilorică.

18.2.4.3. Conținutul vărsăturilor

Conținutul vărsăturilor, de obicei, este alimentar, iar dacă bolnavul varsă mai mult, ele pot fi bilioase.

În cazul ocluziilor intestinale, vărsăturile sunt inițial alimentare, ulterior bilioase, poracee, iar în cazul ocluziilor neglijate ajung fecaloide.

În stenoza pilorică, așa cum am arătat mai înainte, vărsăturile conțin alimente ingerate cu mai multe zile înainte, cu gust acru, abundente.

În hemoragiile digestive vărsătura conține sânge și se numește hematemeză. Hematemeza, de cele mai multe ori, este cu sânge negricios, având aspect de zaț de cafea, datorită acțiunii acidului clorhidric asupra hemoglobinei.

Când hemoragiile sunt abundente sau provin din esofag, datorită ruperii varicelor esofagiene, hematemeza poate fi cu sânge roșu, nemodificat. În cazul acesta trebuie să diferențiem de hemoptizie (expectorație cu sânge). Hematemeza apare prin vărsături, pe când hemoptizia apare cu tuse și conține sânge roșu-roze, bine aerat, spumos.

În cazul vărsăturilor postoperatorii, vărsăturile precoce se datorează anesteziei, tracțiunilor din timpul intervenției chirurgicale, medicației administrate, pe când vărsăturile tardive, unor complicații postoperatorii: ocluzie intestinală, pancreatită acută, peritonită etc.

18.2.5. Lipotimia

Lipotimia sau leșinul este o formă minoră a sincopii și constă din pierderea pentru scurt timp a conștienței, cauzată de o hipoxie trecătoare cerebrală și încetinirea - nu abolirea - funcțiilor vegetative (circulația și respirația).

Debutul poate fi brusc sau lent. De obicei, producerea e anunțată de o serie de simptome: amețeli, astenie fizică intensă, tulburări vizuale, greață, căscat.

Manifestările clinice constau din: pierderea conștienței care nu este profundă, bolnavul reacționează la excitații puternice, fața devine palidă, globii oculari deviați în sus și înafară, se percep bătăile cardiace și mișcările respiratorii. Bolnavul poate prezenta mișcări clonice ale membrelor.

Trecerea în decubit a bolnavului duce la reluarea irigației cerebrale, reluarea rapidă a conștienței și ameliorarea stării generale a bolnavului; revenirea din lipotimie este lentă (10-20 minute), persistând un grad de obnubilare și de astenie.

18.2.6. Sincopa

Sincopa este un sindrom clinic, caracterizat prin pierderea bruscă a conștienței și locomoției, cu abolirea funcțiilor vitale. Are o durată foarte scurtă - de câteva secunde sau minute.