

Sub redacția

Prof. univ. dr. FANE GHELASE

CHIRURGIE

VOL. II

SEMIOLOGIE CHIRURGICALĂ



Editura SITECH

Craiova, 2012

Prefață.....	F. Ghelase	13
Partea I-a. SEMIOLOGIA BOLILOR CHIRURGICALE EXTERNE		
Capitolul 1. Examinarea bolnavului chirurgical	F. Ghelase, Șt. Pătrașcu, R. Mercuț	17
1.1. Examenul clinic		17
1.2. Examene paraclinice(complementare)		22
1.3. Explorările paraclinice moderne.....		23
1.3.1. Ecografia		23
1.3.2. Radiografia abdominal simplă.....		25
1.3.3. Tomografia computerizată		26
1.3.4. Imagistica prin rezonanța magnetică		26
1.3.5. Tehnici radio-izotopice		27
Capitolul 2. Infecțiile chirurgicale	F. Ghelase, D.I. Vâlcea	28
2.1. Generalități.....		28
2.2. Forme anatomo-clinice de infecții acute localizate		33
2.2.1. Infecția locală tip.		33
2.2.2. Abscesul cald.....		33
2.3. Infecțiile regionale		36
2.3.1. Limfangita		36
2.3.2. Adenita		36
2.3.3. Flegmonul		37
2.4. Infecțiile pielii.....		39
2.4.1. Furunculul		39
2.4.2. Hidrosadenita		41
2.4.3. Erizipelul		42
2.4.4. Antraxul		43
2.5. Toxiinfecțiile	D. Mercuț	44
2.5.1. Tetanosul		44
2.5.2. Gangrena gazoasă		46
2.5.3. Septicemia chirurgicală.....		49
2.6. Infecțiile chirurgicale cronice.....	D.I. Vâlcea, G. Mogoș	52
2.6.1. Granulomul (celulita cronică)		52
2.6.2. Actimicoza.....		53
2.6.3. Tuberculoza ganglionară		54
2.6.4. Abscesul rece		54
2.6.5. Infecția HIV		55
2.7. Infecțiile acute ale degetelor și mâinii.....	F. Ghelase, R. Mercuț, M. Georgescu	57
2.7.1. Panarițiile		57
2.7.2. Flegmoanele mâinii		61
2.8. Infecțiile nosocomiale.....	I.D. Vâlcea, G. Mogoș	62
Capitolul 3. Traumatismele țesuturilor moi	F. Ghelase, G. Siloși, E. Trașcă	67
3.1. Descrierea bolii		67
3.2. Contuziile		67
3.3. Plăgile (traumatismele deschise).....		70
3.4. Examinarea pacientului cu leziuni traumatice.....		73
3.5. Tratamentul leziunilor traumatice – principii obligatorii		74
3.5.1. Tratamentul contuziilor		74
3.5.2. Tratamentul plăgilor		75

3.6. Arsurile	H. Pârvănescu, M. Ciurea, D. Popa	77
3.6.1. Arsurile termice		77
3.6.1.1. Fiziopatologia bolii generale a arsului		80
3.6.1.2. Stadializarea bolii arșilor		82
3.6.1.3. Tratamentul		83
3.6.2. Arsurile electrice		86
3.6.3. Arsurile chimice		87
3.7. Traumatismele prin frig	H. Pârvănescu, M. Georgescu, R. Mercuț	87
3.7.1. Degerăturile		88
3.7.2. Hipotermia sistemică		91
Capitolul 4. Hemoragia	F. Ghelase, G.H. Neață, R. Mercuț	94
Capitolul 5. Tumorile țesuturilor moi	Șt. Pătrașcu	99
5.1. Clasificare		101
5.2. Evaluarea malignității tumorilor		103
5.3. Markerii tumorali		103
5.4. Leziuni pre-canceroase		103
5.5. Boala canceroasă		103
5.6. Limfoamele		103
5.7. Istoria naturală a cancerului		104

Partea a II-a. SEMIOLOGIA CHIRURGICALĂ PE ORGANE, REGIUNI ȘI SISTEME ANATOMICE

Capitolul 6. Capul	F. Ghelase, A. Borugă	107
6.1. Traumatismele cranio-cerebrale		107
6.1.1. Descriere		107
6.1.2. Fiziopatologie		107
6.1.3. Anatomie patologică		108
6.1.4. Examenul clinic		109
6.1.5. Examenе complementare		110
6.1.6. Formele anatomo-clinice mai frecvente		111
6.1.7. Tratamentul		114
Capitolul 7. Gâtul	F. Ghelase, Anca Ruxandra, Șt. M. Ghelase	115
7.1. Regiunea anterioară a gâtului		115
7.2. Glanda tiroidă		115
7.2.1. Tulburări funcționale și morfologice		115
7.2.2. Examenul clinic al tiroidei		116
7.2.3. Examenе paraclinice		119
7.2.4. Bolile inflamatorii		122
7.2.5. Bolile distrofice – gușile		124
7.2.6. Cancerul tiroidian		126
7.2.7. Malformații embrionare		128
7.3. Regiunea laterală a gâtului		128
7.3.1. Torticolisul („Gâtul strâmb”)		128
7.3.2. Traumatismele		129
7.3.3. Aneurismele		129
7.3.4. Bolile limfo-ganglionare		129
7.3.5. Adenitele și adenoflegmoanele		130
7.4. Regiunea posterioară a gâtului		130
7.5. Baza gâtului		130
Capitolul 8. Toracele	A. Dobrinescu, F. Ghelase	132
8.1. Traumatismele toracelui		132

8.2. Contuziile toracelui.....	136
8.3. Plăgile toracelui.....	139
8.4. Traumatisme cu leziuni viscerale intratoracice grave	140
8.5. Contuziile prin suflu.....	141
8.6. Afecțiunile diafragmului.....	141
8.6.1. Herniile diafragmatice câștigate și congenitale	142
Capitolul 9. Sânul – Glanda mamară	F. Ghelase, R. Anca..... 145
9.1. Anomaliile glandei mamare.....	145
9.2. Leziunile traumatice ale sânelui.....	146
9.3. Leziunile infecțioase ale sânelui	146
9.3.1. Mastitele.....	147
9.3.2. Mastita cronică.....	148
9.3.3. Infecții mamare specifice și parazitare ale sânelui.....	148
9.4. Tumorile sânelui.....	148
9.5. Tumorile benigne ale glandei mamare.....	153
9.5.1. Anatomia patologică	154
9.6. Tumorile maligne – cancerul mamar.....	155
9.6.1. Forme clinice ale cancerului mamar	155
9.6.2. Diagnosticul	156
9.6.3. Stadializarea clinică	157
9.6.4. Bilanțul preterapeutic	158
9.7. Ginecomastia	159
Capitolul 10. Abdomenul	F. Ghelase..... 160
10.1. Generalități.....	160
10.1.1. Anatomia clinică.....	160
10.1.2. Examinarea clinică a abdomenului	162
10.1.3. Examenle paraclinice.....	166
10.2. Bolile peretelui abdominal.....	D. Mercuț, C. Siloși, E. Trașcă..... 167
10.2.1. Herniile. Caractere generale	167
10.2.2. Varietăți anatomo-clinice de hernie.....	171
10.3. Eventrații și eviscerații	177
10.3.1. Eventrațiile	177
10.3.2. Eviscerațiile.....	178
10.4. Sindroamele abdominale acute chirurgicale.....	F. Ghelase..... 179
10.4.1. Infecțiile acute peritoneale	F. Ghelase, C. Siloși, V. Băleanu..... 179
10.4.2. Ocluziile intestinale	F. Ghelase, D. Mărgăritescu..... 195
10.4.3. Infarctul entero-mezenteric	F. Ghelase, A. Borugă..... 201
10.4.4. Hemoragia internă	D. Cârțu, G., H. Neață..... 203
10.4.5. Torsiunea de tumori abdominale	D. Cârțu..... 204
10.4.6. Traumatismele abdominale	F. Ghelase, D. Mărgăritescu, Șt. Pătrașcu..... 204
Capitolul 11. Tubul digestiv	F. Ghelase, A. Borugă..... 210
11.1. Esofagul	210
11.1.1. Noțiuni de anatomie	210
11.1.2. Semiologia bolilor esofagului	210
11.1.3. Cancerul esofagian	212
11.1.4. Boala de reflux gastro-esofagian (RGE).....	213
11.1.5. Acalazia cardiei (cardiospasmul)	215
11.1.6. Diverticuli esofagului	216
11.1.7. Sindromul Mallory-Weiss	217
11.2. Stomacul și duodenul.....	F. Ghelase, D. Mărgăritescu, E. Sandu, D. Toma..... 218
11.2.1. Ulcerul gastric și duodenal	F. Ghelase..... 218

Respect pentru	11.2.1.1. Ulcerul gastric	F. Ghelase, D. Mărgăritescu	219
	11.2.1.2. Ulcerul duodenal	F. Ghelase, E. Sandu	222
	11.2.1.3. Complicațiile ulcerelor gastroduodenale	F. Ghelase, D. Toma	224
	11.2.1.4. Alte forme anatomo-clinice	F. Ghelase	228
	11.2.2. Tumorile stomacului	D. Mercuț	231
	11.2.2.1. Tumorile benigne .....	.....	231
	11.2.2.2. Tumorile maligne .....	.....	231
	11.3. Intestinul subțire	D. Mărgăritescu	234
	11.3.1. Ileita regională (boala Crohn) .....	.....	234
	11.3.2. Tumorile jejun-ileale .....	.....	235
	11.3.3. Tumorile carcinoide .....	.....	236
	11.3.4. Patologia diverticulului Meckel .....	.....	237
	11.4. Colonul	F. Ghelase, E. Sandu, V. Băleanu	238
	11.4.1. Dismorfiile colonului	E. Sandu, F. Ghelase	238
	11.4.1.1. Megacolonul .....	.....	238
	11.4.1.2. Dolico colonul .....	.....	240
	11.4.1.3. Recto-colita ulcero-hemoragică	F. Ghelase, V. Băleanu	240
	11.4.2. Diverticuloza colonică	F. Ghelase, V. Băleanu	242
	11.4.3. Tumorile colonului	F. Ghelase	242
	11.5. Rectul și anusul	F. Ghelase	252
	11.5.1. Noțiuni de anatomie .....	.....	252
	11.5.2. Rectul	F. Ghelase	254
	11.5.2.1. Prolapsul rectal .....	.....	254
	11.5.2.2. Tumorile rectului .....	.....	256
	11.5.3. Anusul	F. Ghelase	261
	11.5.3.1. Noțiuni de anatomie .....	.....	261
	11.5.3.2. Examenul ano-rectal (proctologic) .....	.....	263
	11.5.3.3. Infecții nespecifice perianale .....	.....	264
	11.5.3.4. Boala hemoroidală	D. Cârțu	267
	11.5.3.5. Fisura anală	D. Cârțu	270
	11.5.3.6. Cancerul anal	F. Ghelase	271
Capitolul 12. Căile biliare extrahepatice	F. Ghelase, T. Bratiloveanu .....	.....	273
12.1. Litiaza biliară .....	.....	.....	273
12.2. Icterele prin retenție (mecanice) .....	.....	.....	277
12.2.1. Icterusul prin retenție cu veziculă mare, palpabilă .....	.....	.....	279
12.2.2. Cancerul ampular, ampulomul sau tumora oddiană .....	.....	.....	280
12.2.3. Icterusul prin retenție fără colecist palpabil .....	.....	.....	280
12.2.4. Cancerul canalului hepatic comun excepție de la Legea Courvoisier – Terier .....	.....	.....	281
12.2.5. Explorările paraclinice preoperatorii în icterele colestatice .....	.....	.....	281
Capitolul 13. Bolile ficatului	V. Șurlin, D. Toma .....	.....	283
13.1. Hepatomegalia .....	.....	.....	283
13.2. Hipertensiunea portală	V. Șurlin, D. Toma .....	.....	290
13.2.1. Noțiuni de anatomie a sistemului port .....	.....	.....	290
13.2.2. Fiziopatologie .....	.....	.....	290
13.2.3. Etiologie .....	.....	.....	290
13.2.4. Semiologia hipertensiunii portale .....	.....	.....	291
13.2.5. Forme anatomo-clinice de H.T.P .....	.....	.....	292
Capitolul 14. Pancreasul	F. Ghelase, V. Șurlin .....	.....	294
14.1. Generalități .....	.....	.....	294
14.2. Semiologie pancreatică .....	.....	.....	294

14.3. Pancreatita acută	F. Ghelase.....	296
14.4. Pancreatita cronică	V. Șurlin.....	305
14.5. Cancerul de pancreas.....	V. Șurlin.....	305
Capitolul 15. Splina	D. Mărgăritescu.....	307
Capitolul 16. Aparatul uro-genital	G. Mitroi.....	309
16.1. Semiologia urologică.....		309
16.2. Semne și sindroame genitale.....		320
16.3. Modificările aspectului macroscopic al urinii.....		321
Capitolul 17. Aparatul genital feminin	C. Berceanu, S. Berceanu	327
17.1. Semiologia urologică.....		327
17.1.1. Durerea genitală externă		327
17.1.2. Durerea genitală internă		328
17.1.3. Hemoragia		329
17.1.4. Vulvo-vaginaragiile.....		329
17.1.5. Metroragiile și menoragiile.....		330
17.1.6. Leucoreea		331
17.2. Esențialul examenului clinic al organelor genitale feminine patologice		332
17.2.1. Perioada infantilă		332
17.2.2. Perioada adultă.....		333
17.3. Examinarea instrumentală		336
17.4. Examene paraclinice.....		337
Capitolul 18. Sistemul arterial	C.P. Petcu, C.Siloși, E. Trașcă	340
18.1. Examinarea sistemului arterial		340
18.2. Semiologia bolilor arteriale.....		342
18.2.1. Traumatismele arterelor.....		342
18.2.2. Sindroamele obstrucției arteriale		343
18.2.3. Anevrismele arteriale		348
18.2.4. Sindromul de traversare toraco-brahială.....		350
Capitolul 19. Sistemul venos	D. Cârțu, A. Borugă.....	352
19.1. Noțiuni de anatomie a sistemului venos al membrilor inferioare		352
19.2. Boala trombo-embolică	A. Borugă	352
19.2.1. Tromboza venoasă profundă		353
19.2.2. Complicațiile T.V.P.....		356
19.3. Varicele hidrostatice primitive (esențiale)	D. Cârțu, A. Borugă, R. Mercuț.....	359
19.4. Tromboze venoase ale membrului superior.....		363
19.5. Explorarea sistemului limfatic		363
Bibliografie		365

Capitolul 1

EXAMINAREA BOLNAVULUI CHIRURGICAL

Semiologia este disciplina care studiază simptomele și semnele bolilor pentru precizarea diagnosticului pe baza examenului clinic al bolnavului coroborat cu explorările paraclinice (complementare) care se înscriu în foaia de observație.

Examinarea bolnavului chirurgical este primul act important pe care-l întreprinde un medic în scopul stabilirii diagnosticului și a conduitei terapeutice. Acesta constă în studiul amănunțit al pacientului cu ajutorul mijloacelor de examinare clinică și paraclinică.

1.1. EXAMENUL CLINIC

Este alcătuit din anamneză și examenul fizic (clinic obiectiv).

Anamneza – folosește ca metodă de explorare **interogatoriul**, prin care bolnavul își expune suferința (simptomatologia) din aducere aminte, răspunzând la întrebări formulate cu răbdare și înțelegere, adecvate nivelului de educație și personalitate a pacientului.

Se începe mai întâi cu obținerea unor date personale privind identitatea bolnavului, vârsta, profesia, locul de muncă, condițiile de viață, de muncă și de locuit, mediul de proveniență – rural, urban. Apoi se vor obține informații despre motivele esențiale și semnificative ale prezentării la consultație (internare), care sunt de cele mai multe ori acuze subiective dar și unele obiective, semnificative pentru suferința pacientului, respectiv pentru diagnostic.

Datele personale sunt importante pentru că pot avea legătură cu suferința actuală. Astfel, vârsta poate sugera boli specifice copilăriei (malformații congenitale, boli infecto-contagioase); adulți (ulcer gastro-duodenal); vârstnici (boli cronice, cardiovasculare, bronhopulmonare, neoplazii).

Profesia poate fi cauza unor boli cu specific profesional.

Mediul rural – boli ca: chistul hidatic, gușa endemică sau sporadică; varicele hidrostatice; mediul urban – boli datorate mai ales stresului: hipertensiune arterială, boli digestive diverse, nevroze.

Locuința insalubră și subnutriția pot favoriza și cauza boli ca tuberculoza, anemiile, alte boli organice.

Fumătorii predispuși mai frecvent la afecțiuni pulmonare acute și cronice, ale aparatului respirator (insuficiențe respiratorii, cancere pulmonare), mai frecvent decât nefumătorii, iar alcoolismul la ciroză hepatică.

Mulți pacienți vin cu diagnosticul de probabilitate sau cert stabilit de alt personal medical, însă acesta trebuie privit cu rezervă. Numai examenul complet clinic și paraclinic efectuat de specialist va permite stabilirea diagnosticului corect și o decizie terapeutică adecvată.

Istoricul bolii – parte componentă a anamnezei – prin care medicul „trebuie să știe să întrebe și să asculte” (Guyon); să manifeste răbdare, înțelegere și bună-voință față de bolnav și de suferința sa.

Prima întrebare va fi despre motivele internării, despre acele acuze (tulburări subiective sau obiective = simptom și semne) care aduc bolnavul la consultație. Vor fi reținute acele manifestări esențiale și semnificative care pot sugera sindromul sau boala. Spre exemplu: un bolnav cu sindromul ocluziv va acuza: dureri abdominale cu caracter colicativ, oprirea tranzitului pentru materii și gaze, vărsături.

Apoi se vor culege date despre:

- modul cum a debutat boala: lent, insidios sau brusc, acut, de cât timp?
- cum a evoluat simptomatologia, ce alte fenomene au însoțit-o ?
- dacă bolnavul a luat un tratament anume și dacă simptomatologia s-a ameliorat sau s-a remis?
- dacă după remisiune s-a mai repetat un alt episod asemănător ?
- în ce împrejurări sau care au fost circumstanțele declanșării suferinței; după mese copioase; abuzuri alimentare, ziua, noaptea, după efort fizic etc.
- dacă evoluția a fost cronică, obligatoriu se vor consemna date despre ultimul episod: simptomatologia a fost asemănătoare sau modificată; mai intensă, asociată și cu alte simptome și semne. Spre exemplu: un ulcer duodenal cunoscut a fost însoțit în episodul actual de hematemă și melenă, sau de dureri violente în epigastriu iradiate în tot abdomenul. Acestea vor sugera apariția unei complicații hemoragice sau perforație cu peritonită. Mai întotdeauna un episod cu simptomatologie modificată sugerează o complicație în evoluția bolii.

La toate acestea, ne vom informa despre caracterele simptomelor: modul de apariție, localizare, iradiere, durată, fenomene însoțitoare, condițiile ce ameliorează sau reamân suferința.

Antecedentele personale

Fiziologice – începând cu nașterea – la termen sau imatur, alimentația naturală sau artificială, dezvoltarea în copilărie, instalarea pubertății etc. În cazul persoanelor de sex feminin vom obține informații despre apariția și evoluția ciclului menstrual, nașteri, avorturi, menopauză.

Patologice: boli infecțioase (mai ales în copilărie), tuberculoză, sifilis, hepatită virală, reumatism, boli cardio-vasculare, hemofilie, boli alergice, diabet, intoxicații profesionale sau medicamentoase precum și antecedente chirurgicale (operații suferite), tipul de anestezie efectuat și evoluția postoperatorie, rezultatul.

Antecedentele heredo-colaterale

Ne interesează bolile pe care le-au avut părinții, frații și alte persoane din familia pacientului (soț, soție, copii) și în special cele cu transmisie genetică (polipoza rectocolonică difuză).

Medicul nu trebuie să aibă idei preconcepționale asupra bolii, să nu ia de bune spusele altora și să se convingă personal despre suferința pacientului printr-un interogatoriu care să culeagă simptomatologia de la bolnav, să facă un examen complet și să-l coreleze cu explorările complementare, să folosească un limbaj adecvat cu nivelul educațional al bolnavului.

În desfășurarea interogatoriului trebuie avută în vedere evitarea unei serii de factori, atât din partea

medicului cât și a bolnavului, care ar putea da naștere la erori.

Din partea bolnavului:

- digresiuni privind suferința sa care nu au nici o legătură cu aceasta. De aceea, bolnavul trebuie adus întotdeauna la subiectul privind motivele internării;
- erori de interpretare sau exprimare, uitarea anumitor elemente din evoluția bolii, explicații confuze prin diverși termeni pe care-i folosește inadecvat;
- simularea intenționată a unei boli pentru a obține anumite avantaje sau de a masca unele stări toxice; alcoolism cronic, tabagism, stupefiante (infractori, deținuți, psihopați).

Alteori anamneza poate fi dificilă sau chiar imposibilă: imposibilitatea de recepție (surditate), oligofreni, tulburări de vorbire, boală avansată, vârstnici.

În cazul copiilor, vârstnicilor etc., în asemenea situații se impune prezența unei alte persoane din familie sau anturaj care să poată da informațiile anamnestice necesare.

Examenul fizic (obiectiv)

Rămâne actul medical esențial în precizarea diagnosticului și atitudinii terapeutice a unei boli.

Pentru ca un examen clinic obiectiv să fie corect și complet se cer anumite condiții: câteva instrumente (termometru, stetoscop, tensiometru, mănușă pentru tușeu rectal sau vaginal, speculum sau valve vaginale, ciocan de reflexe), lumină suficientă, o canapea sau un pat și un scaun pentru medic. Bolnavul trebuie să fie complet dezbrăcat și examinat atât în clinostatism cât și în ortostatism.

Examinarea propriu-zisă se poate face în două moduri: obișnuit se începe cu examenul general pe aparate și sisteme folosind metodele clinice de examinare: inspecție, palpare, percuție, auscultație și examen local. În unele situații însă (urgente, concursuri și examene) este bine să se înceapă cu examenul local și apoi să se facă examenul general, în ceea ce el are legătură imediată cu afecțiunea locală.

Poziția medicului – trebuie să-i permită o bună observare și examinare a bolnavului. Se recomandă ca medicul să se așeze în dreapta bolnavului și cu fața spre bolnav.

Poziția bolnavului – obișnuit în decubitus dorsal, dar aceasta poate fi modificată în raport cu boala și aparatul care se examinează. Spre exemplu în cazul unei hernii inghinale, femurale, varice, varicocel, examinarea se face atât în clinostatism cât și în ortostatism. Pentru tușeul vaginal sau rectal poziția este specifică.

Tehnica de examinare – se începe cu examenul feței, craniului și gâtului, se continuă cu examinarea toracelui, abdomenului, extremităților și se termină prin efectuarea tușeului vaginal (T.V.) și a tușeului rectal (T.R.). Pentru realizarea acestui scop folosim metodele clasice de examinare clinică: inspecția, palparea, percuția și auscultația. Vom prezenta datele esențiale despre aceste metode de examinare.

Inspecția – observă atitudinea normală sau vicioasă a bolnavului (pacientului), starea sa de nutriție, modificările de colorație a tegumentului, ale aspectului morfologic normal plus aspecte obținute din examinarea pe aparate (respirație, aspectul toracelui, abdomenului, mersului etc.).

Atitudinea bolnavului poate oferi indicații asupra unor suferințe. Astfel într-o colică abdominal, bolnavul se așează în decubitus ventral ușor încovoiat. Într-o colică renală este agitat „nu-și găsește

Placul”; într-un ulcer perforat ia o poziție antalgică „în cocoș de pușcă” imobil, orice mișcare, chiar respirația profundă îi provoacă dureri.

Starea de nutriție – se stabilește prin aprecierea țesutului celulo-adipos și a musculaturii. La bolnavii cașectici sau emaciați se constată o topire a țesutului celulo-adipos și atrofia musculaturii. Acestea sugerează existența unor suferințe îndelungate consumptive de tip infecțios (tuberculoza, septicemia); endocrine (hipertiroidia), digestive de tip stenoze eso-gastrice, intestinale, neoplasme.

Modificarea colorației pielii – paloarea atrage atenția unei posibile hemoragii mai mari sau a unor boli cronice îndelungate: tbc, neoplazii, anemii.

Colorația gălbuie (icterul) – sugerează o suferință hepato-biliară, sanguină, neoplasm de cap de pancreas. Ea poate fi observată concomitent și la nivelul sclerelor, mucoaselor, conjunctivelor.

Cianoza unei extremități denotă o tulburare de irigație a unei vene prin tromboflebită. **Paliditatea extremităților** instalată brusc, cu durere și răceala segmentului respectiv sugerează o ischemie acută prin embolie arterială (cu obstrucția vasculară).

Roșeața tegumentului plecată de la o plagă sau infecție e localizată în axul unui segment de membru, sugerează limfangita, extinderea infecției.

Dilatațiile rețelei venoase, superficiale la membrele inferioare poate sugera o boală a sistemului venos superficial sau a unor organe profunde care prin compresiunea marilor trunchiuri venoase profunde creează stază și hiperpresiune venoasă care se reflectă și în venele superficiale.

Dilatațiile venoase pe abdomen sub aspectul „capului de meduză” sau pe peretele toracic lateral pot fi date de un obstacol pe circulația portală (ciroză hepatică), iar apariția recentă a hemoroizilor la adulți și vârstnici poate fi semnul unei tumori rectale.

Aspectul morfologic normal al unei regiuni poate fi deformat după traumatisme (fracturi, luxații, entorse, hematoame), inflamații, tumori. La abdomen trebuie să observăm participarea acestuia la mișcările respirației.

Palparea – este o metodă esențială și cu ajutorul senzațiilor tactile ale mâinilor constată aspectul normal sau modificări patologice a regiunilor examinate. Ea trebuie făcută cu blândețe, metodic, fără a produce dureri bolnavului, cu mâinile calde. Ea se face mai întâi superficial, apoi profund și adecvată regiunii explorate. Se apreciază turgescența și elasticitatea tegumentelor, relieful diferitelor formațiuni anatomice normale sau patologice, traiecul vaselor, ganglioni limfatici, organe profunde. Senzațiile percepute trebuie interpretate în raport cu regiunea explorată, proiecția organelor profunde în aceste regiuni și acuzele bolnavului.

a. Palparea superficială poate evidenția o serie de modificări ale aspectului normal al regiunii.

- **edemul** este o infiltrație sclero-limfatică a țesutului celular subcutanat, manifestat printr-o împăstare a regiunii respective și apariția după apăsare a „godeului” – persistența depresiunii de după apăsare. Poate avea în funcție de context multiple semnificații;
- **crepitația** – senzația asemănătoare cu aceea a strângerii în mână a unui bulgăre de zăpadă. Ea semnifică prezența gazului în țesutul celular subcutanat;
- **fluctuența** – semn patognomonic al unei colecții lichidiene ce se traduce prin senzația de undă de lichid la palpare bimanuală sau bidigitală. Când lichidul este în tensiune senzația este