

**SEMIOLOGIA CHIRURGICALĂ.  
PROCESUL DE DIAGNOSTIC.  
SEMIOLOGIA CAPULUI ȘI  
GÂTULUI.**

**D.H.Ș.M., profesor universitar**

**Dr. Alin BOUR**

Știința, care studiază semnele și sindroamele morbide se numește semiotică sau semiologie.

Cuvântul simptom este de origine greacă – symptoma și denumește un semn (de ex. durere, dispnee, vomă, cianoză, hiperemie, edem ș.a.).

Cuvântul sindrom este de asemenea de or. greacă – *syndromos* – care merg aproape și semnifică un complex de simptome cu origine comună, care caracterizează o anumită stare patologică a organismului (de ex.: obliterare arterială, oclusia intestinală, hipertonia vasorenală, hipertonia renovasculară, hipertensiunea portală, insuficiența poliorganică).

# Etapa I de diagnostic

## DATELE SUBIECTIVE

1. Acuzele bolnavului
2. Anamnezis morbi (istoricul actualei boli)
3. Anamnezis vitae (istoricul vieții)
4. Afecțiunile și traumele suportate.

## DATELE OBIECTIVE

1. Examenul general
2. Rezultatele examinării organelor și sistemelor
3. Statutul local.

**Diagnosticul prezumtiv (Diagnosticul la internare)**

## Etapa II de diagnostic

**Explorările de laborator**

**Explorările paraclinice**

## Etapa III de diagnostic

**Diagnosticul diferențial**

**DIAGNOSTICUL CLINIC  
(DEFINITIV)**

a) principal b) concomitent c) complicații

*SEMIOLOGIA*  
*CHIRURGICALĂ*  
*A CAPULUI*

# Traumatismele cranio-cerebrale

În dependență de dereglarea integrității tegumentelor sunt traumatisme craniene deschise și închise. Cele deschise pot fi nepenetrante și penetrante – în funcție de dereglarea integrității durei mater.

Leziunile structurilor moi ale capului (contuzie, plăgi ale învelișului pilos constituie circa 80% din totalul traumatismelor cranio-cerebrale.

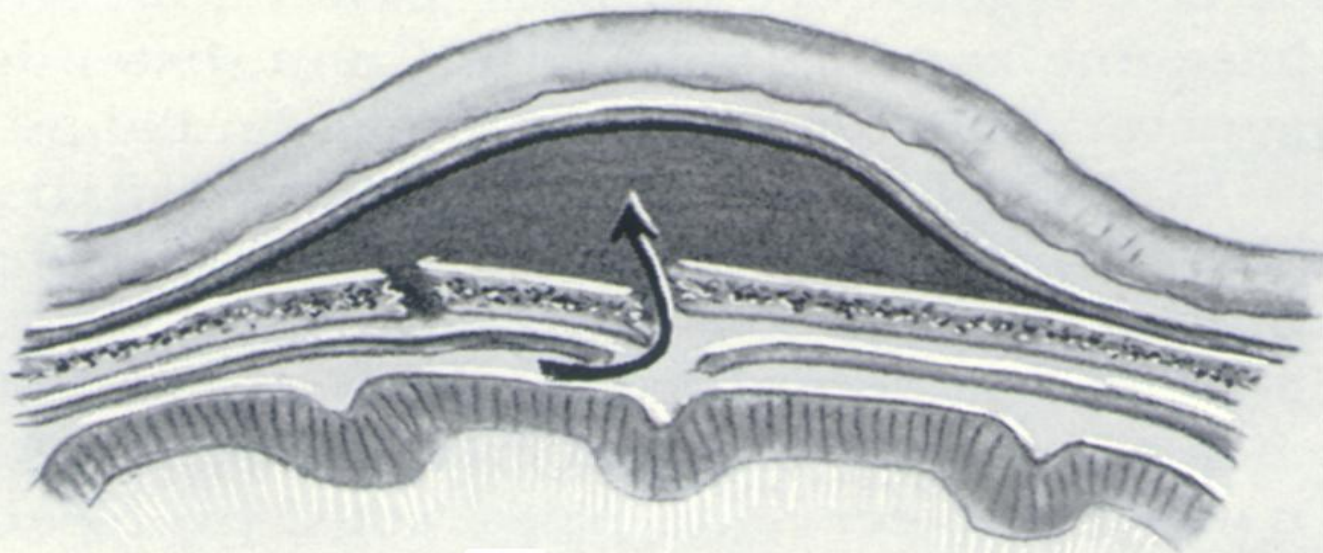
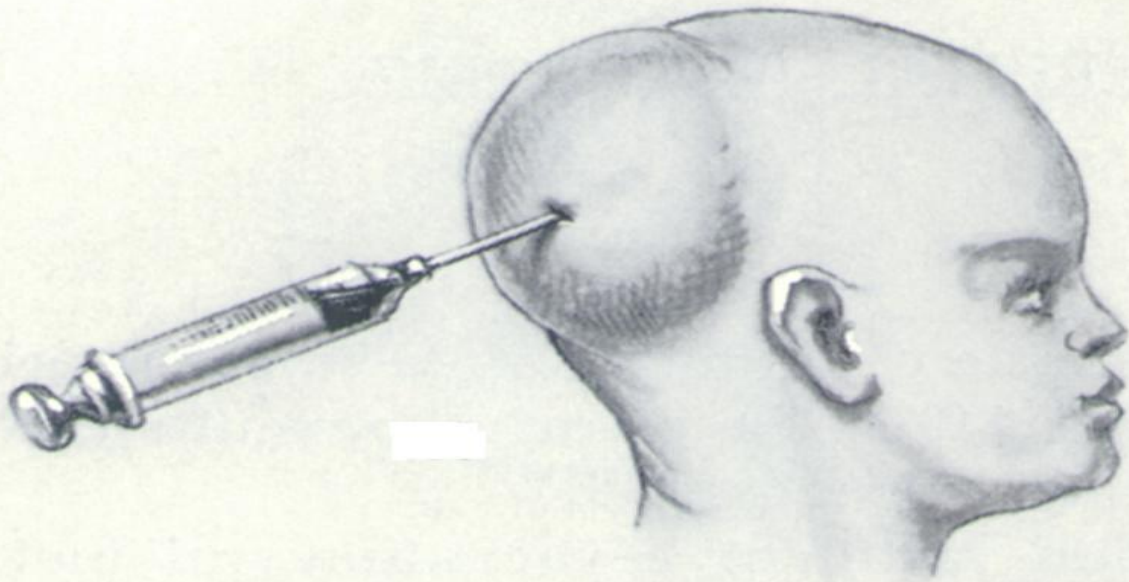
Traumatismele cranio-cerebrale închise pot fi însoțite adesea de hemoragii și hematoame, prezentând diferită valoare semiologică în raport de sediul lor anatomic și timpul de apariție.



Astfel, niște sufuziuni prin țesuturile adipoase până în subcutaneu apărute peste 12-24 de ore de la traumă pot consemna niște fracturi ale bazei craniene. La fracturile localizate în fosa craniană anterioară hemoragiile se proiectează în țesutul orbital, unde se produc impregnări în „binoclu” (uni- sau bilaterale). Fracturile din fosa craniană medie determină hemoragii (hematoame) pre- sau retroauriculare.

Contuzia învelișului cranian produce o revărsare de limfă și de sânge denumită „bosă sangvină”.

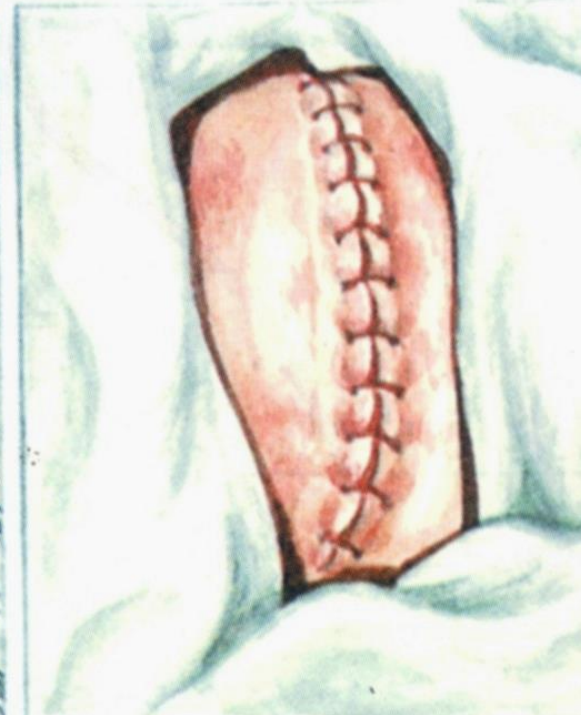
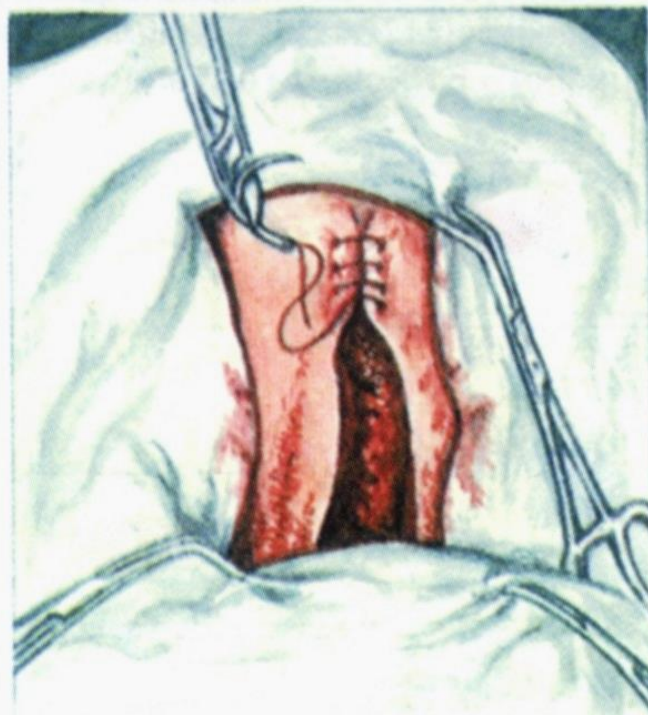
Dacă aceasta s-a limitat la subcutaneu, ea se prezintă în formă de „cucui” – o zonă periferică dură înconjoară o zonă centrală depresibilă și moale.



Hematomul subaponevrotic tinde să se extindă în toată regiunea bolții craniene. Hematomul dispus subperiostal este limitat de suturile oaselor craniului. Prezența „besei sangvine” necesită examinări pentru a exclude o fractură înfundată a oaselor bolții craniene.

Plăgile părții păroase a capului sunt mai des de formă stelată sau neregulată și prezintă hemoragii abundente, datorită vascularizării deosebite a zonei. Pe aceste arii se produce adesea scalparea, adică detașarea de pe craniu pe o porțiune mai mult sau mai puțin întinsă a tegumentului pilos al capului.

La prelucrarea chirurgicală a plăgii cranio-cerebrale se precizează dacă nu există și alte leziuni ale craniului. Este obligatorie radiografia craniană pentru a exclude o fractură.



În cazul fracturilor bazei craniene localizate în fosa craniană anterioară pot să apară sângerări din nas (*epistaxis*) și scurgere de lichid cefalorahidian prin nas, iar în fractura piramidei osului temporal se produc otoragii și scurgere de lichid cefalorahidian prin ureche, paralizii faciale periferice.



**Hemoragiile** (echimozele) în  
binoclu, sângerările din nas,  
urechi sau rinofaringe anunță mai  
frecvent o fractură a bazei  
craniului, dar ele nu sunt un  
indiciu absolut. Licvoreea nazală  
sau auriculară confirmă ruptura  
bazei craniene.

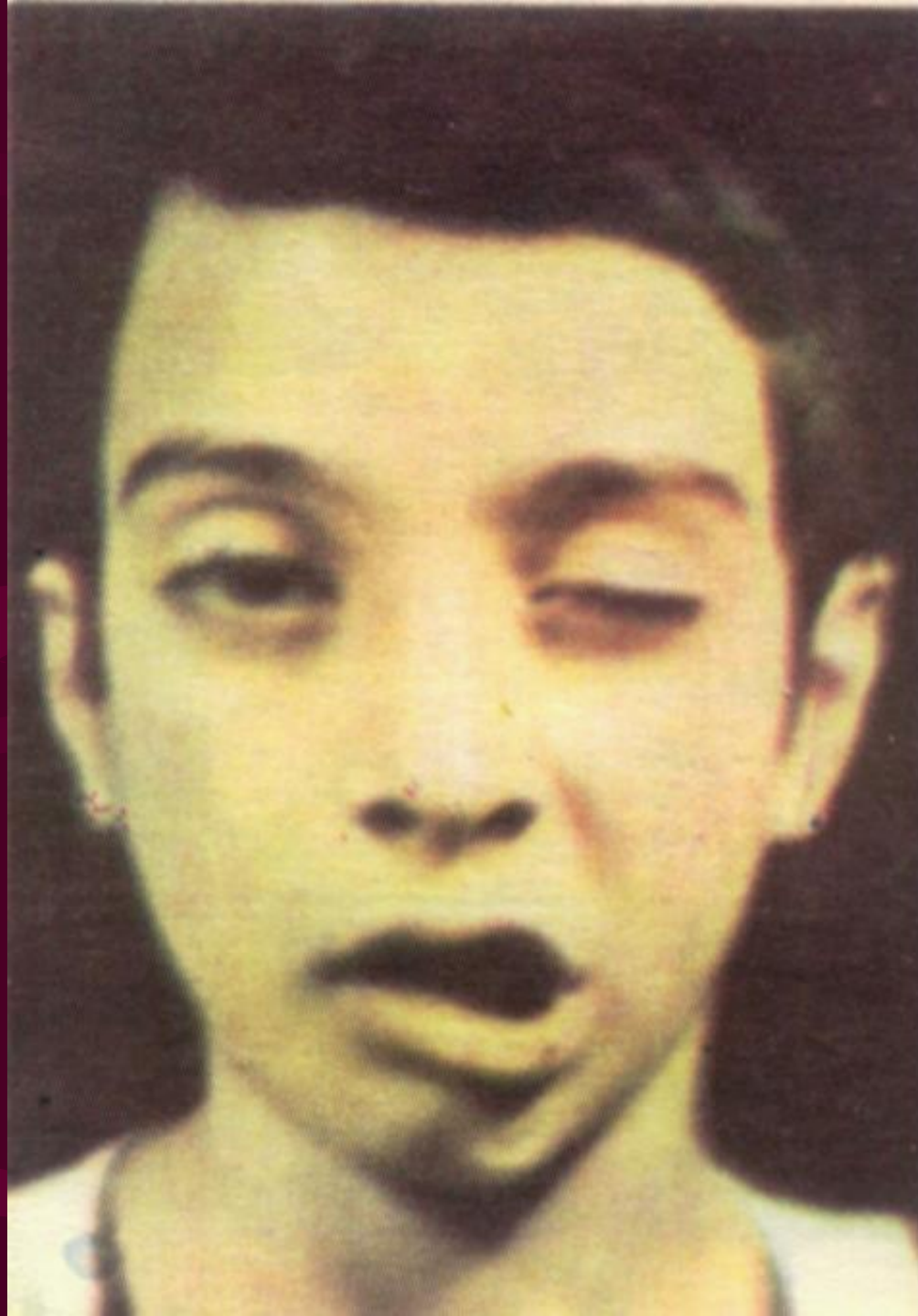
În majoritatea cazurilor lichidul cefalorahidian exteriorizat are și amestec de sânge, de aceea pentru verificare așternem în calea picăturilor o meșă de tifon – picătura de lichid cefalo-rahidian formează în centru un spațiu mai luminos, iar picătura de sânge – NU.

La traumatismele cranio-  
cerebrale închise se referă  
comoția cerebrală,  
contuzia cerebrală și  
compresiunea  
cerebrală.

# Semnele cerebrale generale

(globale) sunt: amnezia retrogradă și anterogradă, pierderea cunoștinței, cefaleea, vertijul, grețurile, vomă, bradicardia.

La simptomele de focar se referă de obicei: **paralizia, afazia** (tulburarea vorbirii), **dereglările senzitive, vizuale, anizocoria** (inegalitate pupilară) ș.a. Semnele de focar sunt determinate de leziunile ce au interesat anumite zone cerebrale.



# COMOȚIA CEREBRALĂ

este singurul traumatism cranio-cerebral închis, pentru care sunt caracteristice doar semne cerebrale generale, lipsind cele de focar. Este de astfel cea mai frecventă leziune cerebrală.

Comoția nu determină deteriorări anatomice profunde ale substanței cerebrale. Se remarcă doar niște hemoragii punctiforme pe aria de limită între substanța cenușie și cea albă a creierului, tulburări microcirculatorii, edem cerebral.

Semnele clinice ale comoției cerebrale sunt: pierderea cunoștinței ce durează de la câteva secunde până la câteva minute, amnezia retrogradă (revenindu-și, accidentatul nu-și amintește ce s-a întâmplat până la traumatism), greturile, voma care apar după accident, cefaleea, vertijul, zgomotele auriculare, insomnia, durerile la mișcarea globilor oculari, sudorațiile.



# CONTUZIA CEREBRALĂ

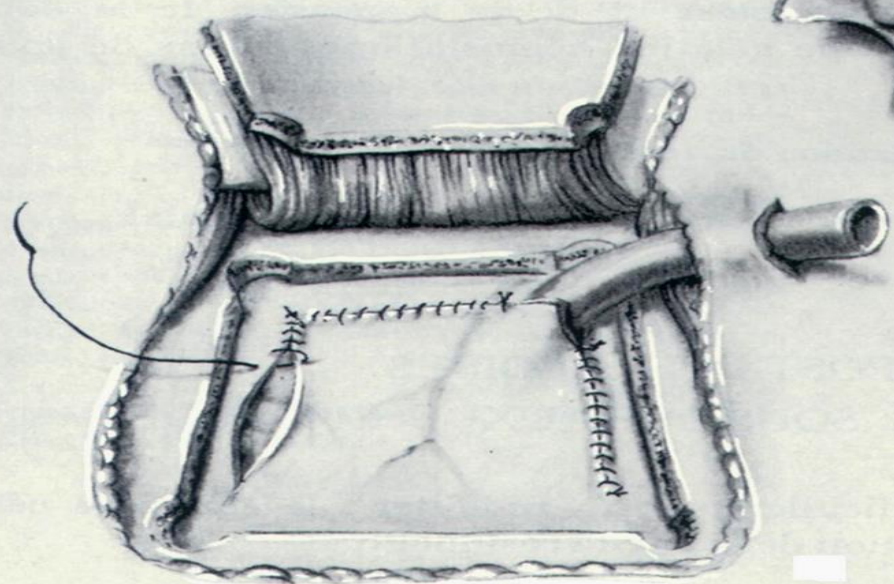
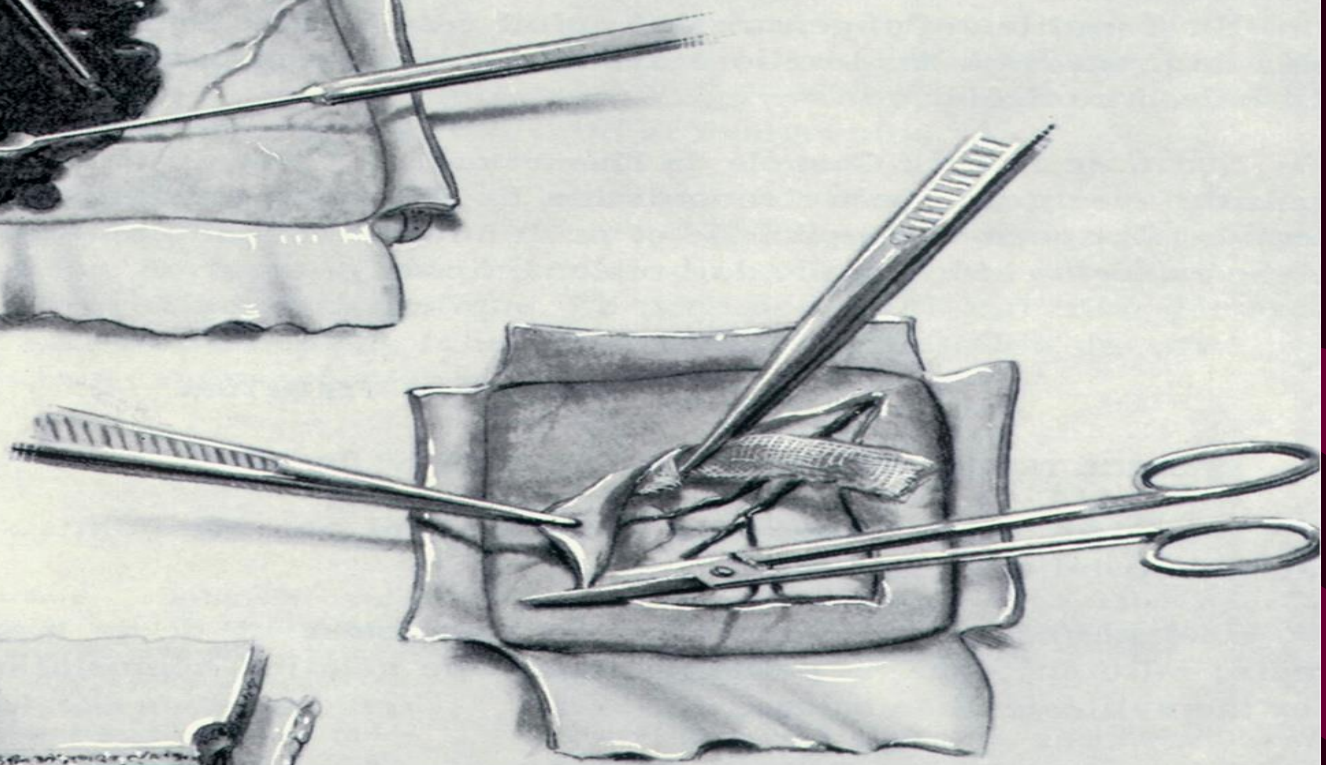
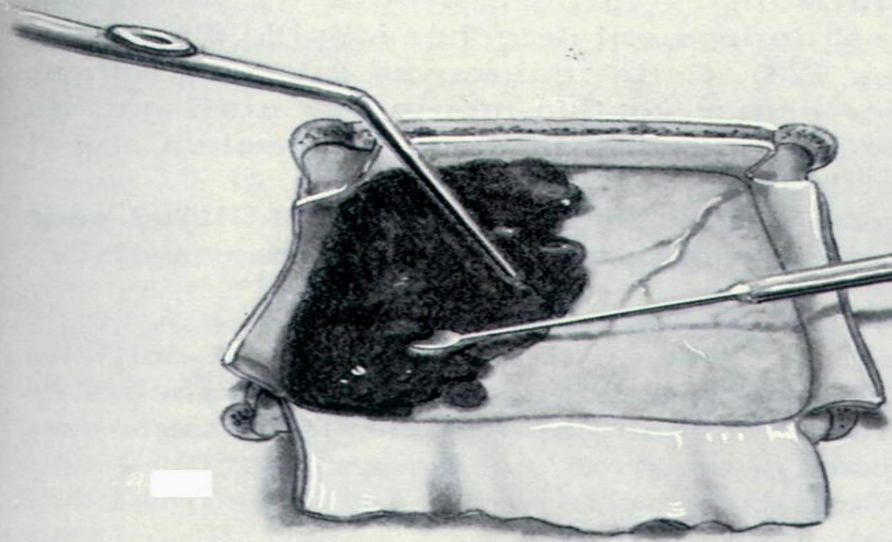
denumeste o leziune cerebrală ce s-a produs pe un segment limitat prin lovirea substanței cerebrale de peretele cranian. Se poate produce o lovitură directă sau o contralovitură (lovire de peretele cranian opus).

Durata intervalului de pierdere a cunoștinței este dependentă de gravitatea contuziei cerebrale: până la 1 oră – contuzie ușoară, câteva ore – de gravitate medie; până și peste 24 de ore – contuzie gravă.

Spre deosebire de comoția cerebrală, în contuzii semnelor cerebrale generale li se alătură și cele de focar (anizocorie, paralizii și pareze de extremități, afazie).

# COMPRESIA CEREBRALĂ

se poate exercita și de niște fragmente de os (în fracturile craniene înfundate), și prin creșterea volumului cerebral de pe urma edemului traumatic din contuziile masive, dar mai frecvent compresiunea structurilor cerebrale se exercită de un hematom intracranian care este localizat **epidural, subdural, intracerebral** sau **intraventricular**.



Imediat după un traumatism cranio-cerebral se determină semnele specifice comoției cerebrale, semnele **compresiunii cerebrale**, își pot face apariția după câteva ore sau zile.

După un timp variabil apar semnele compresiunii cerebrale – cefalee violentă, excitație psihomotorie, vomă, anizocorie, convulsii, tahicardie, apoi se produce inhibiția bruscă a funcțiilor cerebrale, bolnavul cade progresiv în comă, apare hemipareză, midriază unilaterală (pe partea afectată), dispar reflexele motorii, se produc paralizii pe partea contralaterală, bradicardie, tulburări respiratorii, disfagie, alterări de funcție cardiacă etc.

# Procesele inflamatorii ale țesuturilor moi ale capului

Procesele inflamatorii ale țesuturilor moi ale capului sunt: **foliculite, furunculi și carbunculi**. Specificul structurilor faciale bogate în țesut celular lax face că procesele inflamatoare se manifestă cu edeme marcante și hiperemie extinsă.

Un rol aparte în proliferarea infecției în această regiune revine căii hematogene: venele sunt fără valvule, iar vena facială anastomozează prin numeroase vase cu venele oftalmice care se revarsă în sinusul cavernos, toate acestea permițând refluxul venos al sângelui.



Antrenarea în procesul inflamator și trombozarea venei faciale poate condiționa migrarea embolului septic spre sinusul cavernos al pahimeningelui, cu dezvoltarea trombozei sinuzale, meningitei sau a unor abcese cerebrale. Deosebit de periculoși sunt furunculii dispuși mai sus de comisura bucală care se vor trata cu cea mai mare atenție. Se interzic categoric stoarcerea unui furuncul dispus facial.

Antrenarea în procesul infecțios a sinusurilor durei mater, în primul rând a sinusului cavernos, este anunțată prin febră de tip septic, alterarea marcată a stării generale, edemul și cianoza locului de localizare a furunculului precum și a regiunii infraorbitale. Poate apărea de asemenea oftalmoplegie (paralizia mușchilor globului ocular), exoftalmie, midriază, diplopie.

# Inflamația glandei parotide

specifică parotiditei epidemice este bilaterală, cu edeme moderate și dureri, foarte frecvent se însoțește de orhită.

Procesele supurative din marile glande salivare (parotidă, sublinguală, submaxilară) se produc, de regulă, unilateral. Factorii predispozanți regionali sunt: îngustarea canalelor excretoare, calculi interpuși în ductul acestora, cavitatea bucală asanogenă cu focare de infecție cronică care sensibilizează organismul.

În aspect clinic afecțiunea se traduce prin tumifiere dureroasă pe aria de proiecție a glandei respective, mai vie la palpare, sunt posibile fluctuația, hiperemia și hipertermia în regiunea focarului.

Explorarea cavității bucale găsește hiperemie și edem pe traiectul canalului exterior. Palpatoric se poate determina un calcul în canal, iar prin masare din canal se scurge puroi.



# TUMORILE CAPULUI

Pe aria capului se întâlnesc neoformațiuni benigne și maligne.

Mai frecvent se întâlnesc cu niște formațiuni benigne – aterom, lipom, papilom etc. care nu ridică dificultăți diagnostice, fiind niște tumori net limitate și mobile în raport cu țesuturile învecinate.

# ATEROMUL

este prin esența sa un chist al glandei sebacee care aderă intim de tegument, are formă sferică sau ovulară, uneori contur neregulat, este indolor și conține o masă lipoidă, de consistență brânzoasă. Un aterom supurat devine dureros și se însoțește de alte semne caracteristice inflamației acute.

# LIPOMUL

crește din țesuturi adipoase, este de consistență dur-elastică, indolor, de formă rotundă sau ovulară și mobil în raport cu tegumentele și structurile adiacente.

Formațiunile maligne sunt:  
bazaliome, melanoame, cancer pavimentos și alte tumori.



*SEMIOLOGIA*  
*CHIRURGICALĂ*  
*A GÂTULUI*

În porțiunea anterioară a gâtului se situează căile de conducere aeriană și cele digestive, glanda tiroidă și paratiroidale, pachetele vasculo-nervoase, ganglionii și colectorii limfatici.

Grație marilor spații interfasciale și structurilor fasciale laxe organele situate cervical sunt mobile, dar aceleași avantaje oferă spațiu pentru acumulări de sânge revărsat, de exudat, aer, colecții care modifică configurația gâtului și relațiile anatomotopografice obișnuite – hematoame, emfizeme subcutanee etc.

La examinarea regiunii cervicale vom  
inspecta atent lungimea, volumul,  
simetrismul, culoarea tegumentelor,  
gradul de umplere a venelor  
subcutane, existența cicatricilor,  
sediul și structura lor, prezența  
formațiunilor proeminente,  
dimensiunile și mobilitatea lor la  
deglutiție, inspirație și expirație, la  
mișcarea capului etc.

# Tumefierea (îngroșoarea) difuză a gâtului

se observă în cazul compresiunii traumatice a toracelui (asfixie prin creșterea presiunii intratoracice) sau de o compresie a venei cave superioare prin tumoarea emergentă din mediastin sau din plămân. (sindromul v. Cave superioare). În astfel de situații edemul și cianoza interesează de asemenea faciesul și membrele superioare.

# Tumefierea asimetrică a gâtului

se constată în caz de flegmoane, abcese, gușă, anevrisme arteriale, tumori primare și metastatice, diverticuli esofagieni cervicali (Zenker) etc.

Explorarea palpatorie a formațiunilor de volum cervicale va determina dimensiunea, consistența și legăturile lor cu structurile din anturaj, mobilitatea, sensibilitatea dureroasă, precum și atitudinea lor în raport cu mișcările respiratorii, deglutitive și întoarcerea capului, prin care se deduce substratul emergent și caracterul procesului examinat.

# Semiologia viciilor congenitale

TORTICOLIS – diformitatea gâtului ce presupune atitudinea vicioasă a capului. Este o afecțiune polietiolologică care se determină de luxația vertebrelor cervicale, hipoplazia mușchilor gâtului, cicatricile tegumentului cervical, vertebropatii și alte cauze. Dar mai frecvent diformitatea se definește de hipertrofia și degradarea cicatriceală unilaterală a mușchiului sterno-cleido-mastoidian, prin care acesta s-a scurtat.

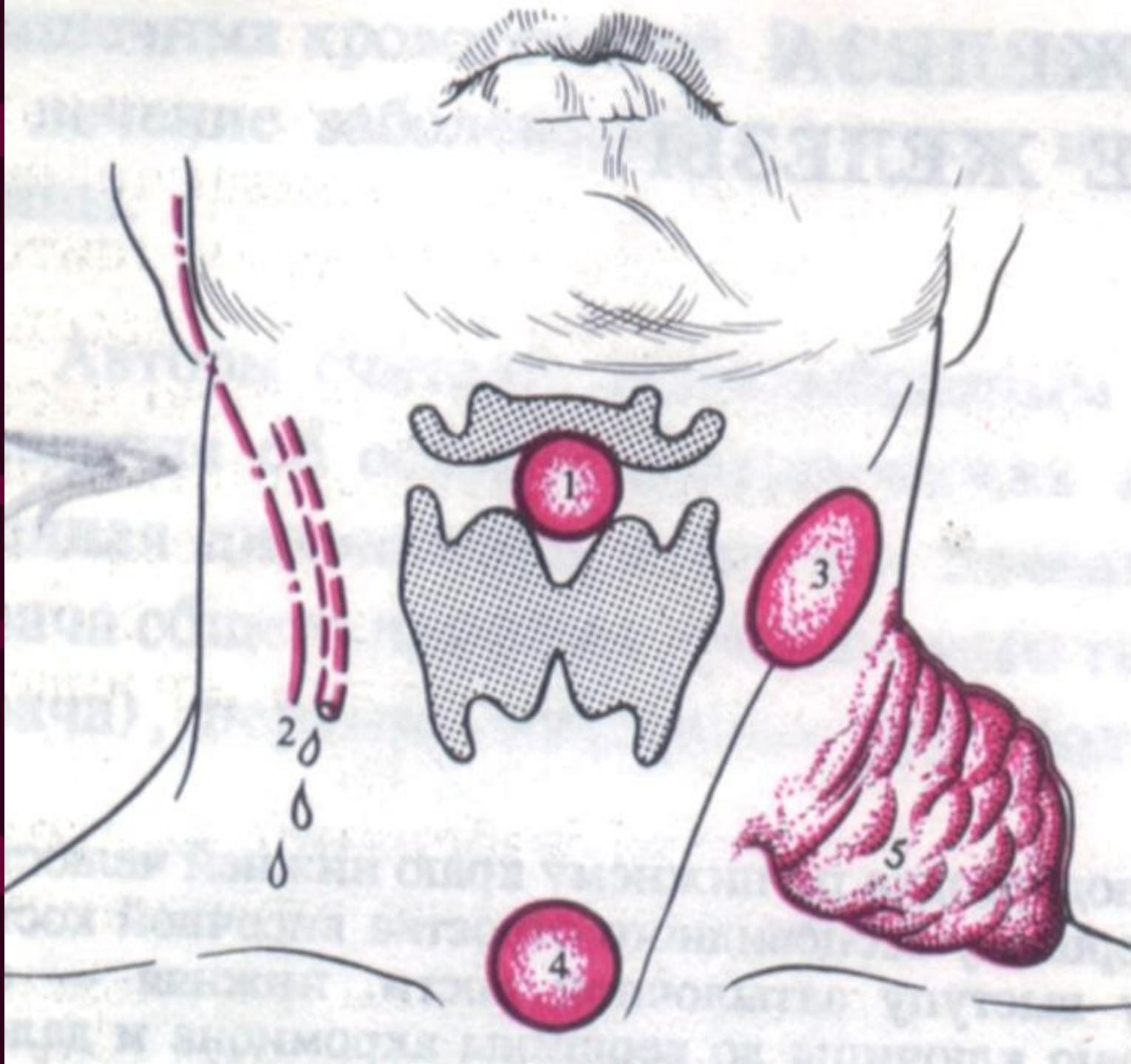


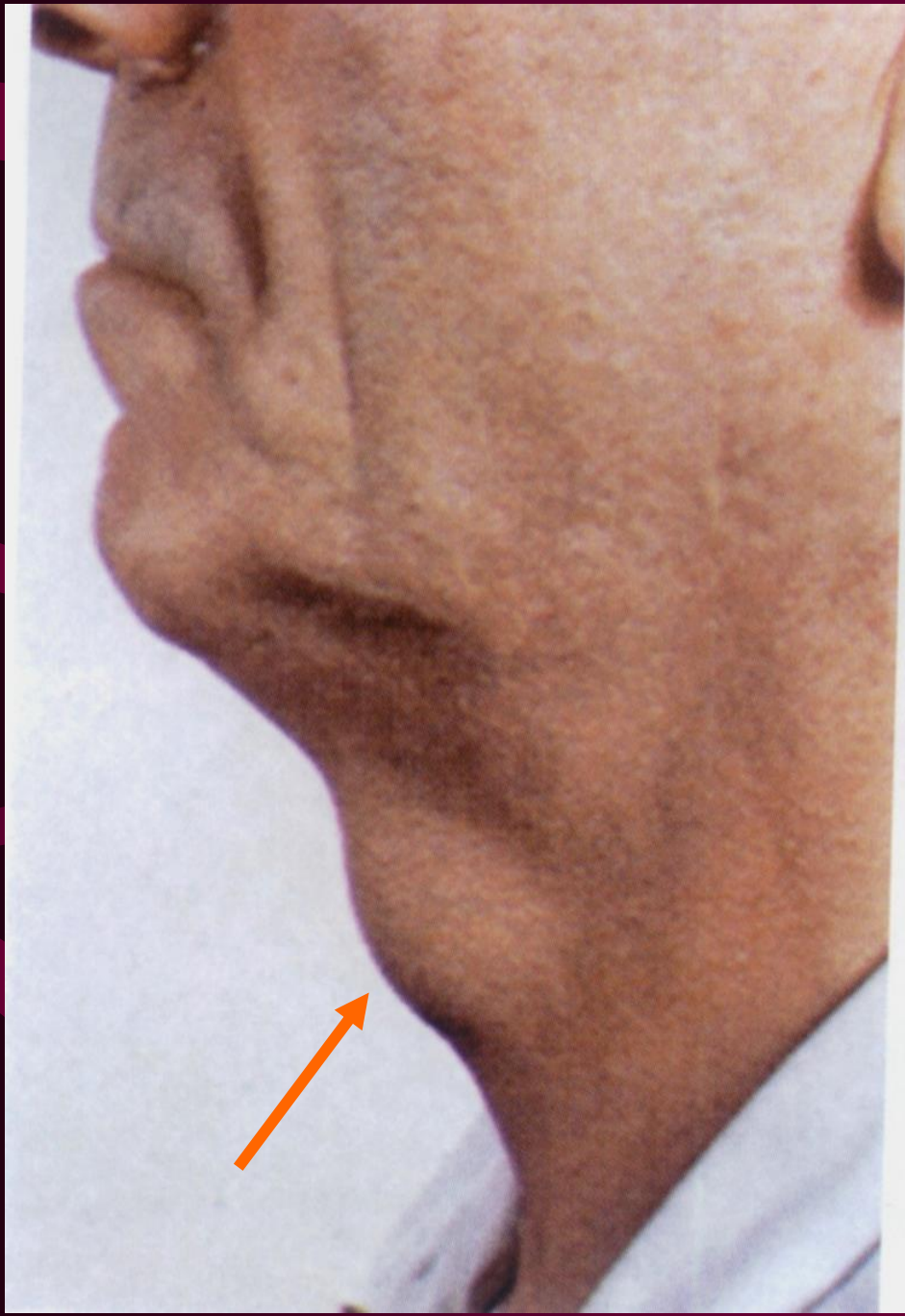
Diagnosticul se decide deja la examenul primar: atitudine vicioasă a capului cu înclinarea sa permanentă într-o parte, cu abducția superioară a claviculei și conturarea evidentă a mușchiului sterno-cleido-mastoidian scurtat, bărbia fiind orientată spre partea sănătoasă.

# Chisturile și fistulele medio- cervicale

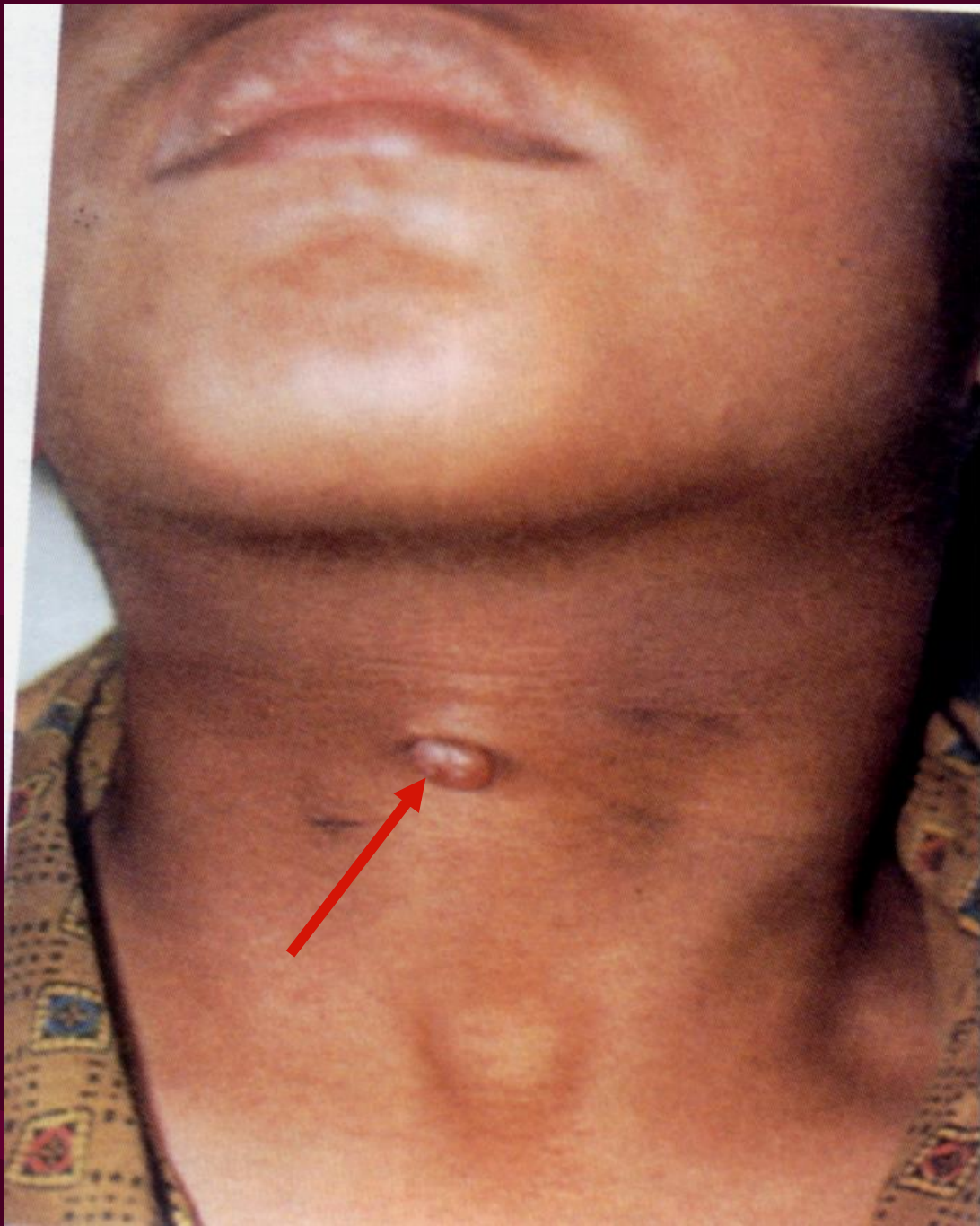
sunt niște displazii legate de persistența orificiului de deschidere a canalului tireoglos.

Chisturile mediane se situează pe linia mediană între osul hioid și laringe. Se pot localiza și paramedian, dar oricum au legătură cu osul hioid. Chistul crește lent de la dimensiunea unui bob de mazăre până la a unei nuci (mai rar depășește aceste dimensiuni). Periodic se poate deversa prin ductul tireoglos care se deschide la baza limbii în regiunea orificiului orb.





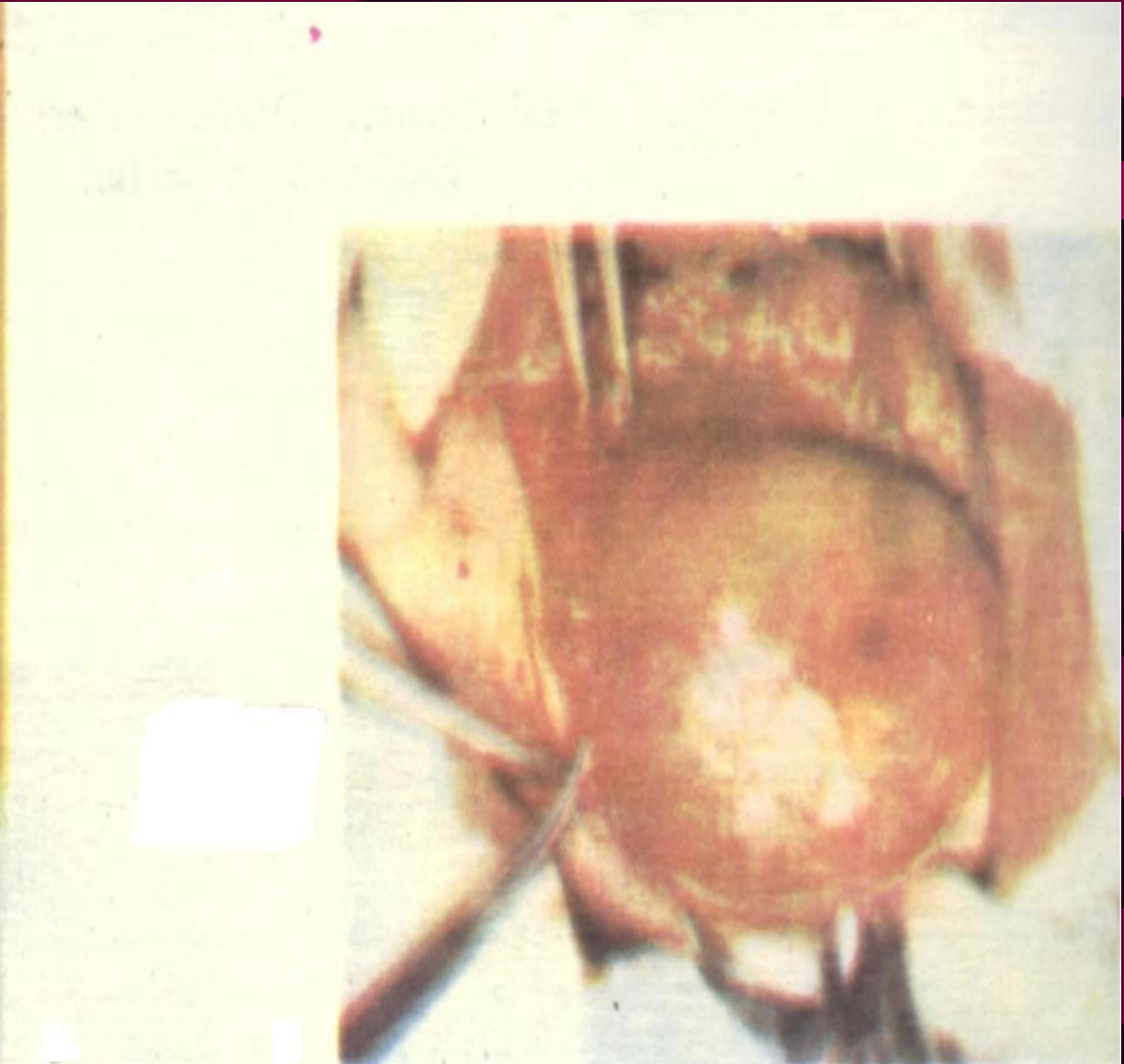
Tegumentul din proiecția chistului nu are modificări. Palparea îl distinge de consistența dur-elastică, neted, indolor și dependent de osul hioid. Atunci când s-a supurat, chistul poate erupe prin tegumentul cervical cu formarea unui orificiu fistulos medio-cervical.



# Chisturile cervicale laterale

sunt niște reminiscențe ale arcurilor brahiale și sunt localizate pe linia marginală anterioară a mușchiului sterno-cleido-mastoidian la orice nivel, dar mai des pe aria triunghiului carotidian. Uneori acestea comunică cu faringele prin fistule dehiscente înaintea tonzilei palatine.

Chistul ajunge la dimensiunea unei nuci sau ceva mai mare. La palpare chistul apare de consistență moale și elastică, indolor.





Un chist laterocervical poate supura și erupe prin tegument, dând naștere unui traiect fistulos spre exterior. Chisturile cervicale laterale pot fi: **interne**, când acestea comunică cu faringele; **externe**, când cavitatea chistică se deschide prin fistulă pe tegument; **complexe**, când fistula se deschide și în laringe și pe tegument. Secretul eliminat din asemenea fistule simulează saliva.

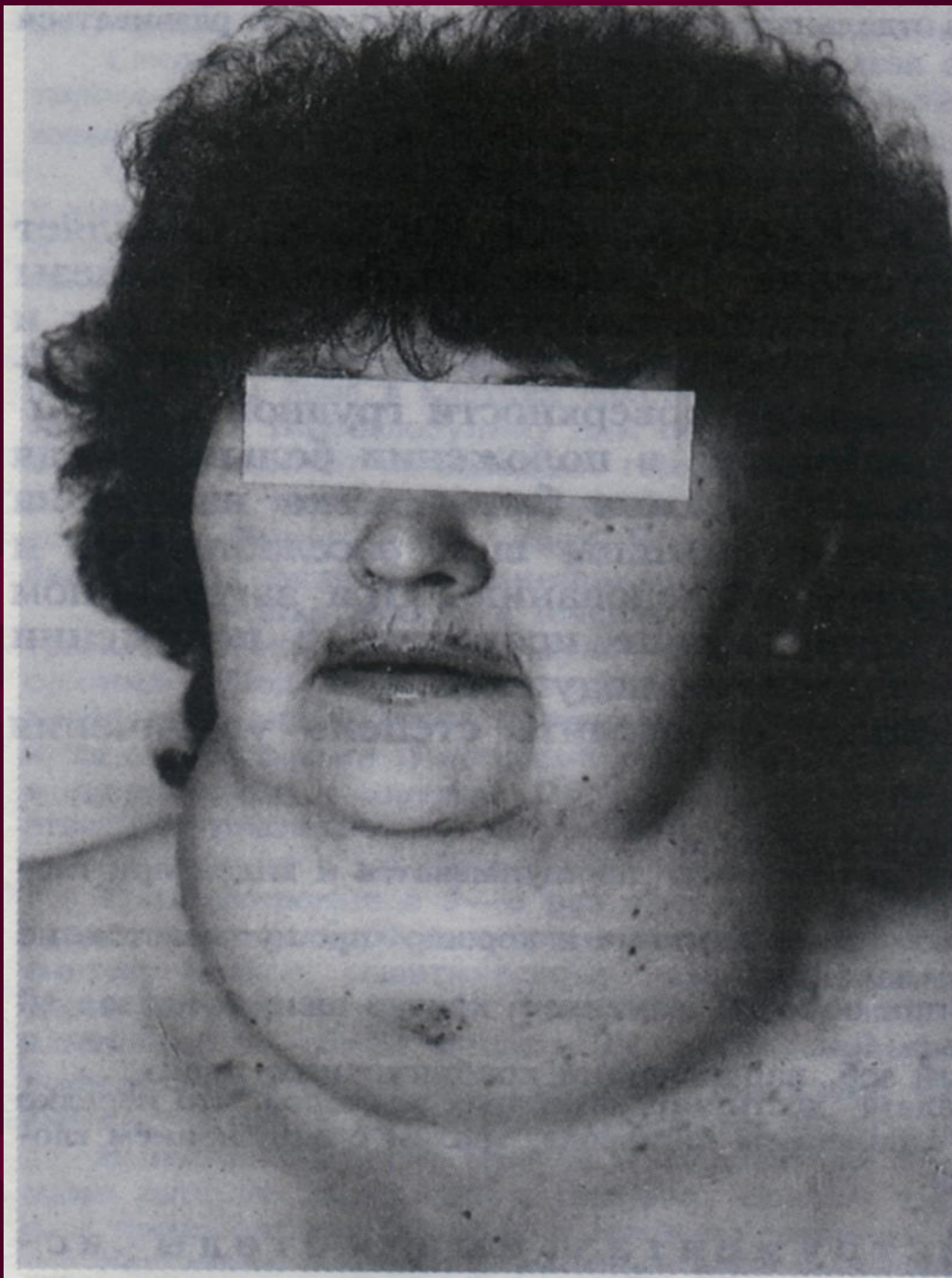


# Examinarea glandei tiroide

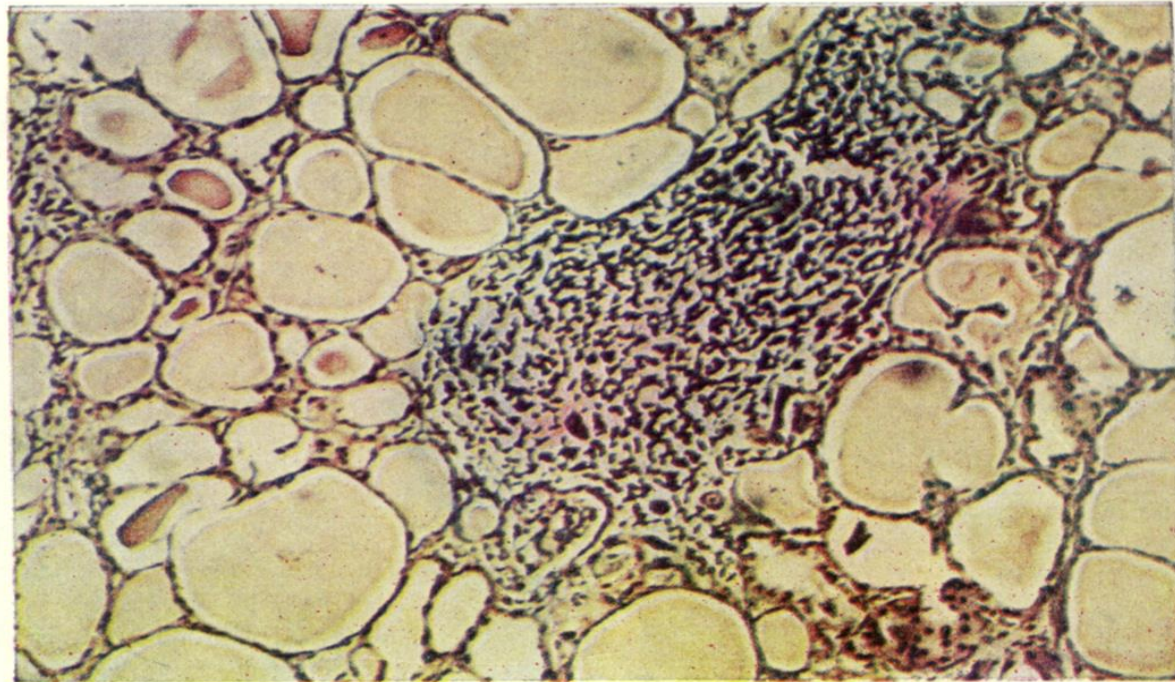
Glanda tiroidă se compune din 2 lobi, dispuși lateral pe trahee, ei comunicând printr-un istm ce acoperă anterior inelele II-IV ale traheei. Polii superiori ai glandei tiroide ating mijlocul laringelui, iar cei inferiori – incizura claviculo-sternală sau coboară ceva mai jos, posterior lobii tiroidieni laterali ajung până la esofag.

Marea majoritate a patologiilor tiroidene se însoțesc de creșterea în volum a organului (gușa, tumori, procese inflamatoare), cu posibile disfuncții ale glandei (hiper – sau hipotireoză), de semne compresive pe organele adiacente.

Cea mai frecventă afecțiune  
chirurgicală interesând glanda  
tiroidă este gușa (mărirea de  
volum a glandei cauzată de  
procese hiperplastice sau de  
modificări degenerative) care  
poate avea caracter difuz,  
nodular sau mixt.









Examenul glandei va urmări nu doar dimensiunile organului, dar și semnele ce exteriorizează dereglarea funcțiilor lui – comportamentul agitat al bolnavului, semnele oculare, tremorul mâinilor etc.

Examenul vizual se va  
executa în proiecție frontală  
și laterală succesivă, în  
extensie și în flexie lejeră a  
gâtului, precum și în  
timpul mișcărilor active, la  
degluțiție.

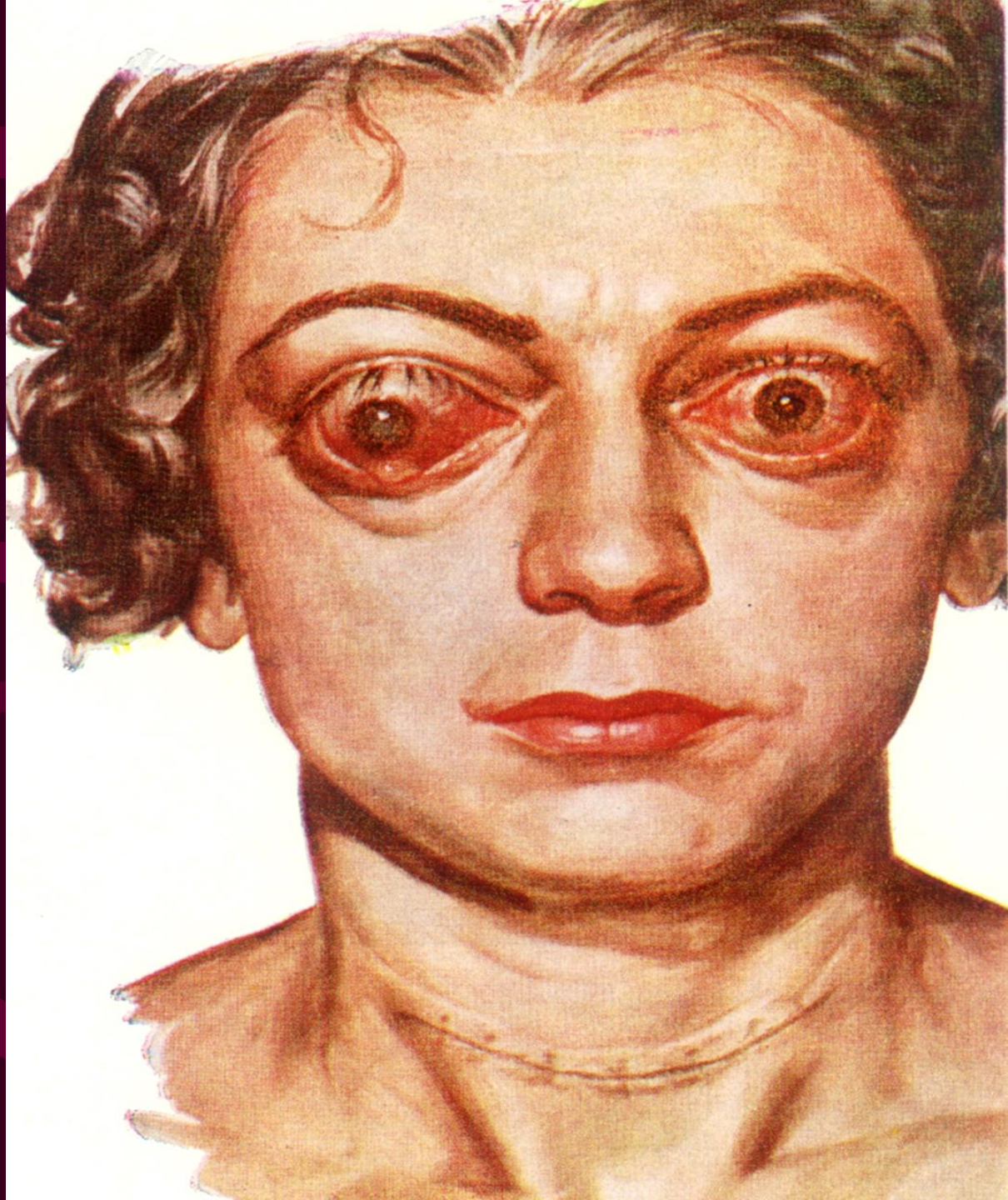
Palparea glandei tiroide se efectuează cu ambele mâini, scop pentru care examinatorul se va plasa la spatele bolnavului, cuprinzând gâtul acestuia cu 4 degete de la ambele mâini pe fața anterioară, iar policele se aplică pe fața posterioară a gâtului.

Examinarea se efectuează în poziție obișnuită sau în ușoară flexie cervicală care face glanda tiroidă accesibilă prin relaxarea musculară. Este obligatorie palparea ei la mișcări de deglutiție.

Semnele evocatoare ale tireotxicozei (gușa toxică difuză, boala Basedow) se prezintă prin triada clasică: gușa difuză, exoftalmie și tahicardie. Bolnavii sunt irascibili, agitați, vorbăreți, plângăreți, distrați, au tremor digital, privirea înverșunată. Asemenea bolnavi au tegumentele fine, calde, umede, țesut adipos subcutaneu sărac. Zgomotele cardiace se auscultă accentuate, pe apex se distinge adesea suflu sistolic, poate fi prezentă și o fibrilație arterială.

# EXOFTALMIA

se datorește edemului și proliferării țesutului celular retrobulbar. Ochiul are un luciu special, fanta palpebrală este deschisă maximal, descoperind o bandă albă de cornee între pleoapa superioară și iris, blefarospasm (semnul Stellwag) prin scăderea sensibilității corneei și o serie de alte semne oculare:



- semnul Moebius – insuficiența convergenței la privirea de aproape;
- semnul Graefe – necoborârea pleoapelor superioare la privirea în jos și la fixarea privirii asupra unui obiect ce coboară lent în jos.



În contextul hipotireozei se remarcă un tablou absolut invers: apatie și dezinteres pentru exterior, mișcări lente, somnolență, facies păstos, facies în mască, intelect insuficient. Pielea devine uscată, rece, împăstată, se dezvoltă edemul hipotireoidian al țesutului celular (datorită depozității substanțelor mucinice). Hipotireoidia congenitală se prezintă sub formă de **CRETINISM**.

Glanda mărită în volum exercită compresiune asupra structurilor învecinate care poate cauza stază venoasă în regiunea cervicală, pe față, iar compresiunea traheei și esofagului poate afecta respirația, deglutiția etc.

Pentru cancerul de tiroidă este mai sugestivă apariția unui sau câtorva noduli cervicali sau în perimetrul glandei afectate de gușă (de regulă o gușă nodulară puțin activă). Ulterior glanda tiroidă crește progresiv și destul de rapid în volum, se accentuează duritatea și diformitatea de contur a acesteia.

Glanda devine tuberoasă, mobilă în raport cu tegumentul și organele vecine. Cel mai valoros semn de diferențiere a gușelor maligne este creșterea ganglionilor limfatici regionali. Compresiunea nervilor recurenți este însoțită de o răgușeală (voce bitonală), iar cea a conductului traheal – de tulburări respiratorii.