

II. EXAMENUL OBIECTIV AL REGIUNII CAPULUI

1. **Faciesul**
2. **Pielea și părul (inspecție, palpare)**
3. **Artera temporală**
4. **Ochii**
5. **Nasul și sinusurile**
6. **Urechile**
7. **Articulația temporo-mandibulară și mandibula**
8. **Gura**

II.1. Examenul faciesului

Fizionomia: aspectul feței ca rezultat al elementelor structurale anatomice.

Mimica: aspectul feței ce reflectă anumite stări de spirit (bucurie, tristețe, frică, furie), prin intermediul musculaturii mimicii.

Fizionomia și mimica pot prezenta aspecte caracteristice în anumite boli (Fig.1.10)

1. **Facies hipertiroidian** exoftalmie

- fanta palpebrală lărgită
- privire fixă, pare speriată.
- tegumente calde și umede
- gușă evidentă.

2. **Facies hipotiroidian:**

- palid, cu tegumente infiltrate care nu lasă godeu
- edeme periorbitare.
- păr rar, friabil; sprâncene cu 1/3 externă subțire sau dispărută.
- privire obosită.

3. **Facies acromegal:** apare prin exces de STH la adult (adenom hipofizar)

- bose frontale proeminente
- nas, urechi, buze, limbă mărite de volum.
- mandibula proeminentă.

4. **Facies Cushingoid:** apare prin exces de glucocorticoizi:

- facies rotund - ca luna plină.
- pomeți și buze roșii (poliglobulie)
- la femei: hirsutism (implantare de tip masculin a pilozității)

5. **Facies nefrotic:** apare în sd. nefrotic

- Edeme palpebrale albe, moi, pufoase, ce îngustează fanta palpebrală.

6. **Facies cirotic:** apare în ciroza hepatică.

- față slabă, icterică,
- buze carminate
- steluțe vasculare.

7. **Facies alcoolic:**

- nas roșu,
- pomeți roșii cu venectazii,
- conjunctive congestionate.

8. **Facies mitral:** apare în stenoza mitrală.

- buze cianotice
- eritroza pomeților
- paloare.

9. **Facies anemic:** apare în anemii.

- tegumente și conjunctive palide.
- conjunctive gălbui: în anemia hemolitică.

10. **Facies pletoric:** apare în poliglobulii, hipertensiune arterială.

- tegumente de culoare roșie - albăstruie,
- conjunctive congestionate.

11. Facies vultuos: apare în boli febrile.

- pomeți roșii,
- herpes labial,
- privire strălucitoare.

12. Facies cianotic:

- apare în cardiopatii congenitale cianogene, insuficiența cardiacă și insuficiența respiratorie.
- culoare albastruie a buzelor, limbii, vârfului nasului și urechilor.

13. Facies *hippocratic*: apare în stări grave

- ocluzii intestinale,
- peritonite,
- deshidratări grave.

Fața este slabă, cu obraji „trași”, nas ascuțit ochii înfundați în orbite, cu privire obosită, buze uscate, deshidratate.

14. Facies de „icoană bizantină” : apare în **sclerodermie:**

- mimica absentă
- nas subțire
- gura cu buze subțiri și pliuri radiare.
- tegumente subțiri, atrofiate.

15. Facies în lupus eritematos: „*Vespertilio*” - eritem în formă de fluture pe obraji și pe nas.

16. Facies în boala *Parkinson*: facies rigid, inexpresiv, cu privire fixă.

17. Facies în hemipareze faciale: asimetric. Pareza nervului facial (NC VII) poate fi centrală (afectat nucleul) sau periferică. Pentru a stabili tipul de pareză facială, bolnavul este invitat să:

- ridice sprâncenele
- închidă ochii strângând pleoapele
- umfle obraji
- arate dinții
- țuguie buzele

Pareza facială periferică (totală): afectează ramul superior și pe cel inferior NC VII

Cauze: expunere la frig, infecții

- Afectează toți mușchii mimicii de pe hemifața cu pareză:

- ștergerea pliurilor și șanțurilor faciale (frunte, nazo-labial)
- nu poate încreți fruntea
- nu poate închide pleoapele (lagoftalmie)
- comisura bucală coborâtă, nu poate țuguia buzele, nu poate arăta dinții

Pareza facială centrală: afectează doar ramul inferior NC VII

Cauze: accident vascular cerebral

- Afectează doar hemifața inferioară (orbicularul buzelor): comisura bucală coborâtă, nu poate țuguia buzele, nu poate arăta dinții

18. Facies în miastenie

- mimică obosită
- atrofia mușchilor mimicii
- ptoză palpebrală bilaterală

19. Facies în limfomul *Hodkin*

- facies „leonin” - prin adenopatii submandibulare și laterocervicale.

20. Facies în sifilis congenital

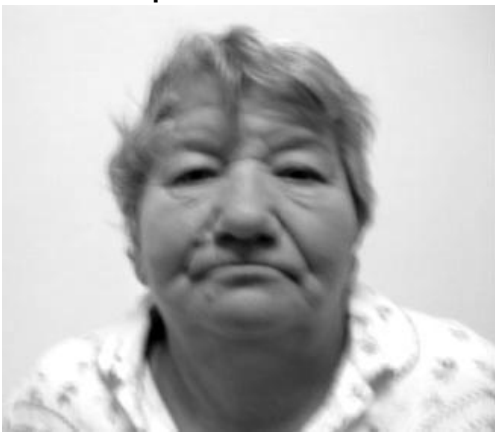
- nas în “șea”
- dinți Hutchinson: depărtați, cu marginea concavă



A. Facies hipertiroidiana



B. Facies acromegalia



C. Facies hipotiroidiana



D. Facies mitralis



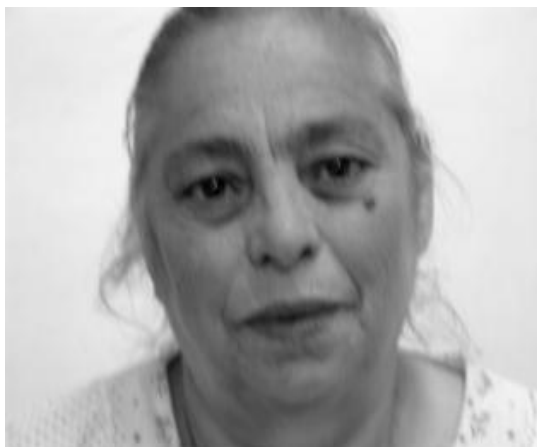
E. Facies Cushingoida



F. Facies cirrótica



G. Facies pletoric



H. Facies cianotic



I. Facies în sclerodermie



J. Vespertilio



K. Facies Parkinsonian



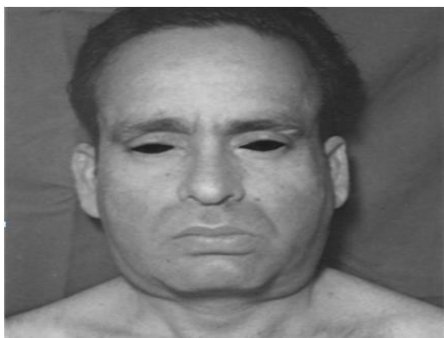
L. Facies alcoolic



M. Hemipareză facial de tip central



N. Hemipareză facial de tip periferic



O. Facies leonin



P. Dinți Hutchinson



Q. Facies în sifilis congenital

Modificări ale mimicii prin contracții musculare involuntare (Fig.1.11)

- **Ticul:** Mișcare involuntară stereotipă, care se repetă la intervale neregulate. Poate fi oprit voluntar.
Ex: clipit, grimase.
- **Diskinezia oro-facială:** mișcări ritmice, repetitive și bizare care afectează mușchii mimicii și limba.
Cauze:
 - Medicamente: fenotiazine
 - Psihoze
 - Lacunarism cerebral
- **Trismusul:** contractură involuntară a maseterilor, cu imposibilitatea deschiderii gurii. Cauze:
 - tetanos
 - flegmon amigdalian



Tic



Diskinezie oro-facială



Trismus

Fig.1.11. Modificări ale mimicii prin contracții musculare involuntare

II.2 . Examenul pielii și părului extremității cefalice: inspecție, palpare

- culoare
- leziuni
- sensibilitate la palpare

A.1. Culoarea pielii:

- **Normală**
- **Paloare:**
 - **constituțională:** conjunctivele sunt normal colorate (roz).
 - **dobândită:** conjunctivele sunt palide.
- **Cianoză:** culoare albastruie, datorită creșterii Hb reduse în sângele capilar > 5 g%.
 - **cianoza rece (periferică): prin vasoconstricție** și creșterea extragerii periferice de oxigen. Apare în insuficiența cardiacă.
 - **cianoza caldă (centrală):** poate apare prin 2 mecanisme:
 - 1) deficit de oxigenare a sângelui în plămâni **în insuficiența respiratorie**; se corectează după administrare de oxigen.
 - 2) contaminarea intracardiacă a sângelui oxigenat cu sânge neoxigenat în **cardiopatii congenitale cianogene**; nu se corectează după administrare de oxigen.
- **Roșeață localizată sau difuză a feței:**
 - **fiziologică:** eritem pudic, eritem solar
 - **iatrogenă:** medicamente care produc vasodilatație (nifedipina)
 - **patologică:**
 - Facies pletoric: poliglobulii
 - Facies vultuos: febră
 - Facies mitral
 - Facies alcoolic
 - Rubeoza diabetică
 - Rujeola: roșeața feței, regiunea peribucală palidă
 - Vespertilio: lupus
 - Infecții cutanate: erizipelul feței (streptococ)
- **Icterul:** culoarea galbenă a tegumentelor și sclerelor, datorită impregnării cu bilirubină

Se examinează la lumină naturală.

Se verifică prin determinarea bilirubinei totale în sânge:

Tabel I.6. Tipuri de ictere		
Icter rubin (roz)	Icter flavin (palid)	Icter verdin
↑ Bd + ↑ Bi	↑ Bi	↑ Bd
Apare prin distrugerea hepatocitelor	Apare prin distrugerea eritrocitelor	Stază biliară (colestază)

- **Subicter:** bilirubina totală =1-5 mg%: culoare gălbuie.
- **Icter:** bilirubina totală >5 mg% : culoare galbenă.

Pseudo-ictere: tegumentele sunt galbene, dar sclerele rămân albe

- intoxicația cu acid picric (antihelmintic)
- alimentație bogată în caroten (morcovi)
- xantoza diabetică: colorație galbenă palmo - plantară (prin creșterea colesterolemiei)

- **Discromiile (anomalii ale pigmentului melanic):** pot fi de tip hipercrom sau hipocrom.

Discromii hipocrome:

1. **Albinismul:** absența totală, ereditară a pigmentului melanic.
2. **Vitiligo:** discromie dobândită. Constă în apariția unor pete depigmentate, de obicei simetrice, înconjurate de o zonă hiperpigmentată.(Fig.1.12)



Fig.1.12. Vitiligo

Discromii hiperchrome:

1. Constituționale:

- difuze: rasiale, etnice
- localizate: efelidele (pistruii) - apar mai ales după expunere la soare.

2. Fiziologice:

- hiperpigmentarea de sarcină: cloasma gravidică
- hiperpigmentarea la vârstnici: lentigo (pete brune, pe față și mâini)

3. Patologice:

- **Boala Addison** (insuficiența corticosuprarenală): colorație brună maronie generalizată, inclusiv a axilelor, gingiilor și pliurilor palmare.
- **Hemocromatoza** (depunere de Fe + exces de melanină): pigmentare brună roșietică generalizată (aspect bronzat)
- **După aplicare de ventuze** (Fig.1.13)



Fig.1.13. Zone hiperpigmentate după aplicare de ventuze

A.2. Leziuni cutanate

- **Plane:**
 - **macule:** < 1 cm (eritematoase: rujeolă, brune: efelide sau pistrui)
 - **pete:** > 1 cm (vitiligo)
- **Proeminente solide (fig.1.14):**
 - **papulă:** < 5mm (înțepătură țânțar, nev pigmentar, alergie)
 - **nodul:** 0,5-2 cm
 - **tumoră:** > 2 cm (melanom)

Semne de alarmă pentru transformarea unui nev pigmentar în melanom malign

A. Asimetrie

B. Borders: margini neregulate

C. Culoarea: se modifică

D. Diametru: > 6 mm

E. Edem: se inflamează- devine dureros, sângerează

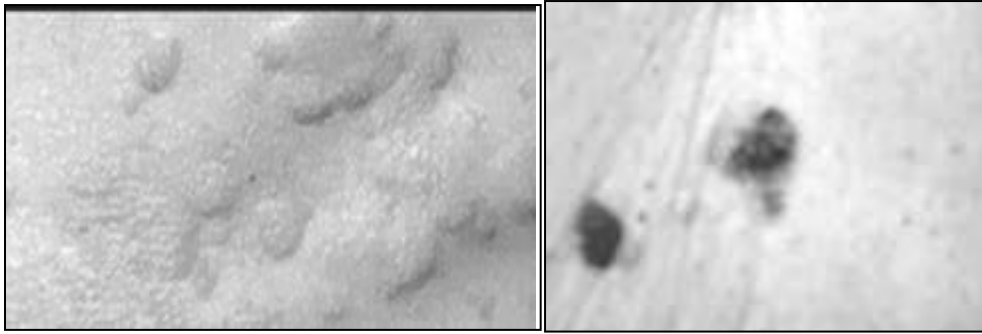


Fig11.14. Leziuni proeminente solide. A. Papule B. Melanom malign

- **Proeminente cu conținut lichid:**
 - **seros:** vezicule (varicelă, herpes)
 - **purulent:** pustulă (acnee)
- **Leziuni cutanate cu pierdere de substanță:** escoriații, ragade, cicatrici
- **Leziuni cutanate vasculare:** telangiectazii, hemangioame (Fig.1.15)

Telangiectaziile sunt dilatații arteriale ireversibile ale micilor artere cutanate.

- Telangiectaziile pe pomeți și pe nas sunt mai frecvente la alcoolici ;
- **Telangiectazia ereditară Rendu-Osler** este transmisă genetic (anomalie a peretelui vascular). Apar dilatații vasculare de culoare roșie-violacee pe pulpa degetelor și perioral. Coexistă cu telangiectazii pe mucoase, care se sparg și determină anemie prin sângerări repetate.



Telangiectazii pe pomeți



Hemangiom al feței

Fig.1.15. Leziuni cutanate vasculare la nivelul feței

Sângerări cutanate: echimoze, hematoame (Fig.1.16)



Fig.1.16. Hematom al feței

A.3. Sensibilitatea cutanată a feței este asigurată de ramurile nervului trigemen (NC V)

- tulburări de **sensibilitate subiectivă**:

- paresteziile (înțepături, furnicături),
- nevralgia (durerea pe traiectul nervului)

- tulburări de **sensibilitate obiectivă**

Se verifică simetric, în treimile superioară, medie și inferioară ale feței- prin atingere și înțepare ușoară.

- hiperestezie: exacerbară sensibilității
- hipoestezie: diminuarea sensibilității
- anestezie: pierderea sensibilității

B.3. Culoarea părului:

Anomalii: depigmentarea părului

- **Canția:** depigmentare fiziologică, cu vârsta, sau după stresuri puternice.
- **Albinism:** lipsa pigmentului

B.2. Inserția părului: părul scalpului, gene, sprâncene, barbă, mustață.

Anomalii:

- **Pierderea pilozității:**
 - doar a **scalpului: calviție**
 - difuză:
 - constituțională
 - patologică (infecții, intoxicații, citostatice)
 - insulară: **peladă** (lupus, hipertiroidie, eczeme)
 - **totală : alopecie** (lipsa părului pe scalp și față)
- **Hiperpilozitate la femei:** hirsutim, virilism pilar

B.3.Durere la palparea scalpului: traumatisme, infecții

II.3. Examenul arterei temporale:

- Inspecție: în mod normal artera nu este vizibilă.
- Palpare: se palpează cu pulpa indexului și mediusului, presând artera de planul osos. În condiții normale, este pulsatilă și nedureroasă.

Arterita temporală Horton: apare la vârste > 50 ani

- Subiectiv: cefalee temporală, accentuată de masticăție (claudicație intermitentă a maseterilor)
- Inspecție: artera temporală proeminentă, neregulată (cu nodozități)
- Palpare: artera dură, dureroasă, nepulsatilă
- Biopsie: vasculită cu infiltrat inflamator cu celule mononucleare gigante

II.4. Examenul ochilor

1. Poziția globilor oculari
2. Examenul pleoapelor
3. Conjunctivele și sclerele
4. Corneea, irisul, pupilele
5. Acuitatea vizuală
6. Câmpul vizual
7. Mișcările globilor oculari
8. Examenul fundului de ochi

1. Poziția globilor oculari

- Poziția în orbită
- Alinierea axelor globilor oculari: paralele

Anomalii de poziție în orbită (Fig.1.17)

Exoftalmia: globi oculari proeminenți

- Bilaterală
- Unilaterală

Cauze:

- Hipertiroidism
- Tumori, hematoame intra-orbitare sau intra-craniene

Enoftalmia: globi oculari cazuți în orbite.

- Bilaterală: în cașexii, boli grave.
- Unilaterală: în sd. **Claude Bernard Horner** - apare în cc pulmonar apical (prin iritarea ganglionului cervical inferior de pleura infiltrată malign). Cuprinde:
 - ptoză palpebrală
 - mioză
 - enoftalmie

Anomalii de aliniere a axelor globilor oculari: strabism

- unilateral sau bilateral
- convergent sau divergent

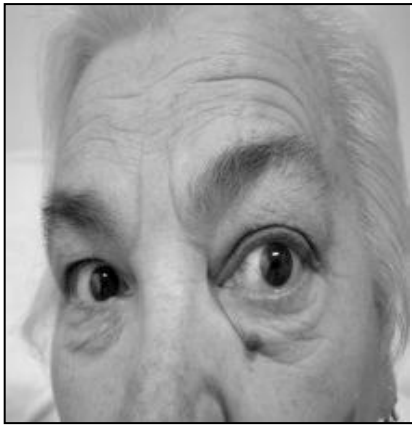
2. Examenul pleoapelor

a. Fantele palpebrale: mărime, simetrie

- mărite: exoftalmie
- micșorate: enoftalmie, ptoze palpebrale
- oblice, cu epicant: mongolism (sd Down) (Fig.1.18)

b. Edeme palpebrale:

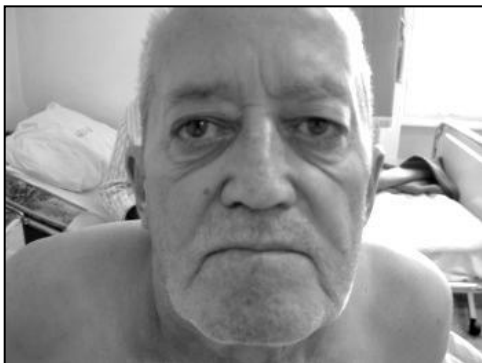
- **Simetrice**
 - cu godeu: edeme renale
 - fără godeu: hipotiroidism, edem alergic (Fig.1.19)
- **Asimetrice:** inflamații ale pleoapelor
 - difuze: blefarite
 - localizate: orgelet



A. Exoftalmie unilaterală



B. Exoftalmie bilaterală



**C. Enoftalmie unilaterală ochi drept
(sindrom Claude Bernard Horner)**



D. Strabism convergent

Fig.1.17. Anomalii de poziție ale globilor oculari



Fig.1.18. Sindrom Down



Fig.1.19. Edem palpebral



Fig.1.20. Xantelasme palpebrale

c. Culoarea pleoapelor: xantelasme - depozite gălbui de colesterol (Fig.1.20)

d. Poziția marginii libere a pleoapei

- normală
- întoarsă spre exterior: ectropion
- întoarsă spre interior: entropion

e. Mobilitatea pleoapelor: închidere, deschidere

- lagofthalmie: incapacitatea de a închide pleoapele (pareză de nerv facial) (Fig.1.10)
- ptoza palpebrală: incapacitatea de a ridica pleopa superioară

Ptoza palpebrală

A. Bilaterală:

- **Congenitală:** fără alte modificări ale feței.
- **Neuro-sifilis (tabes):** se asociază cu inegalitatea pupilelor (anizocorie)
- **Miopatii, miastenii:** se asociază cu aspect astenic al feței și atrofia mușchilor faciali.

B. Unilaterală:

- **Leziune de simpatic cervical** prin carcinom pulmonar apical (sd. **Horner**) cu mioză de aceeași parte. (Fig.1.17)
- **Leziune de nerv oculomotor** (encefalite): cu midriază de aceeași parte.
- **Funcțională (simulată):** se asociază cu contractura mușchilor frontali, iar pupilele sunt normale.

3. Conjunctivele și sclerele:

Medicul îndepărtează pleoapele cu ajutorul policelui și indexului, iar pacientul invitat să privească în sus, jos și lateral. Conjunctivele și sclerele sunt albe în mod normal.



Fig.1.21. Examenul sclerelor și conjunctivelor

Anomalii ale conjunctivelor:

- **Palide:** în anemii
- **Congestionate difuz:**
 - conjunctivite
 - în faciesul pletoric
 - atacul de glaucom
- **Pete de culoare roșie:** hemoragii subconjunctivale.

Anomalii ale sclerelor:

- **galbene:** în ictere
- **albăstrui:** în anemii aplazice sau feriprive
- **albastre:** în *fragilitas ossium* (boală ereditară, cu sclere subțiri care permit să se vadă prin transparență pigmentul coroidian; se asociază cu fracturi osoase repetate).
- **negre:** „ochi de beduin” prin depunere de argint (argirie) - după instilații repetate de colir cu nitrat de argint.

4. Corneea, irisul, pupilele: se inspectează cu fascicul de lumină orientat oblic

Normal: corneea este transparentă, incoloră

Anomalii ale corneei:

- **opacități pe cornee**
- **arc cornean cenușiu**, gerontoxon (ateroscleroză) (Fig.1.22)
- **arc cornean brun** – verzui, inel **Kayser-Fleischer**: prin depunere de cupru (în boala **Wilson**).

Irisul normal:

- contur neted,
- suprafață plană
- culoare: brună, verde, albastră, rar heterocromie (un iris de o culoare, celălalt altă culoare)

Anomalii ale irisului:

- culoare roz: albinism
- inflamație: iridociclită
- suprafața bombată: glaucom
- cicatrici: după operații pt glaucom

Pupilele normale:

- egale, cu diametru de 3-5 mm
- rotunde,
- negre
- reflexe de adaptare la lumină și la distanță : răspund prin mioză (micșorare) la lumină și la apropierea unui obiect, prin midriază (mărire) la întuneric și la îndepărtarea unui obiect (fig.1.23).

Anomalii ale pupilelor:

- **Inegalitatea pupilară**=anizocorie (Fig.1.24)
 - Semnul **Argyll-Robertson** (tabes = sifilis nervos): anizocorie cu răspuns paradoxal la lumină (midriază)
- **Midriază bilaterală** (diametru > 5 mm):
 - Iatrogenă: instilații oculare cu Mydrium, pentru examinarea retinei
 - Patologică:
 - intoxicații cu atropină,
 - intoxicații cu ciuperci;
 - midriază fixă=moarte clinică.
- **Mioza bilaterală:**(diametru < 3 mm)
 - Iatrogenă:
 - instilații cu pilocarpină pentru glaucom

- intoxicații cu morfină,
- Patologică:
 - hemoragii pontine
 - intoxicații cu insecticide organo-fosforice
- **Pupila albă, opacă:** cataractă (opacifiere cristalin)



Fig.1.22. Gerontoxon

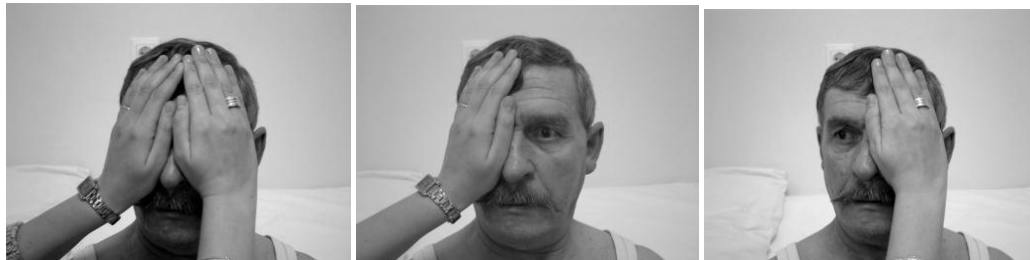


Fig.1.23. Examenul pupilelor

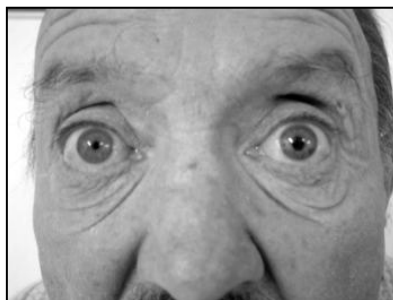


Fig.1.24. Anizocorie

5. Acuitatea vizuală

- Se testează separat pentru fiecare ochi, cu ajutorul unei diagrame bine luminate
- Pacientul se situează la o distanță de 20 de pași de diagramă, poate purta ochelarii de distanță
- Se acoperă fiecare ochi cu un carton
- Se citește începând cu rândul cu semnele cele mai mici
- Se determină rândul pentru care pacientul deslușește $> \frac{1}{2}$ din semne

6. Câmpul vizual

Medicul în fața pacientului, privește spre nasul pacientului (Fig.1.25)

Pacientul privește spre nasul medicului- nu mișcă ochii, nu mișcă capul

Medicul :

- îndepărtează brațele,
- rotește brațele de-a lungul unui semicerc pe verticală la $\frac{1}{2}$ distanței dintre el și pacient
- pacientul invitat să indice cu degetul spre degetul medicului când acesta intră în câmpul lui vizual sau când vede degetul medicului mișcându-se.

Anomalii ale câmpului vizual

- Hemianopsie: vedere doar pe $\frac{1}{2}$ de câmp vizual
- Hemianopsie în cadran: vedere doar pe $\frac{1}{4}$ de câmp vizual
- Cecitate monoculară: vedere absentă pe unul din câmpurile vizuale

Cauze: leziuni nerv optic, chiasmă optică, tract optic



Fig.1.25. Examinarea câmpului vizual

7. Mișcările globului ocular

- Medicul invită pacientul să urmărească cu privirea spre degetul său, în timp ce trasează prin aer litera “H” până la marginea câmpului vizual (capul pacientului rămâne nemișcat) (Fig.1.26)
- Explorează:
 - mișcările conjugate ale globilor oculari (nervii oculomotori)
 - testul de convergență: se apropie degetul de nasul acientului- apare în mod normal un strabism convergent
 - nistagmusul

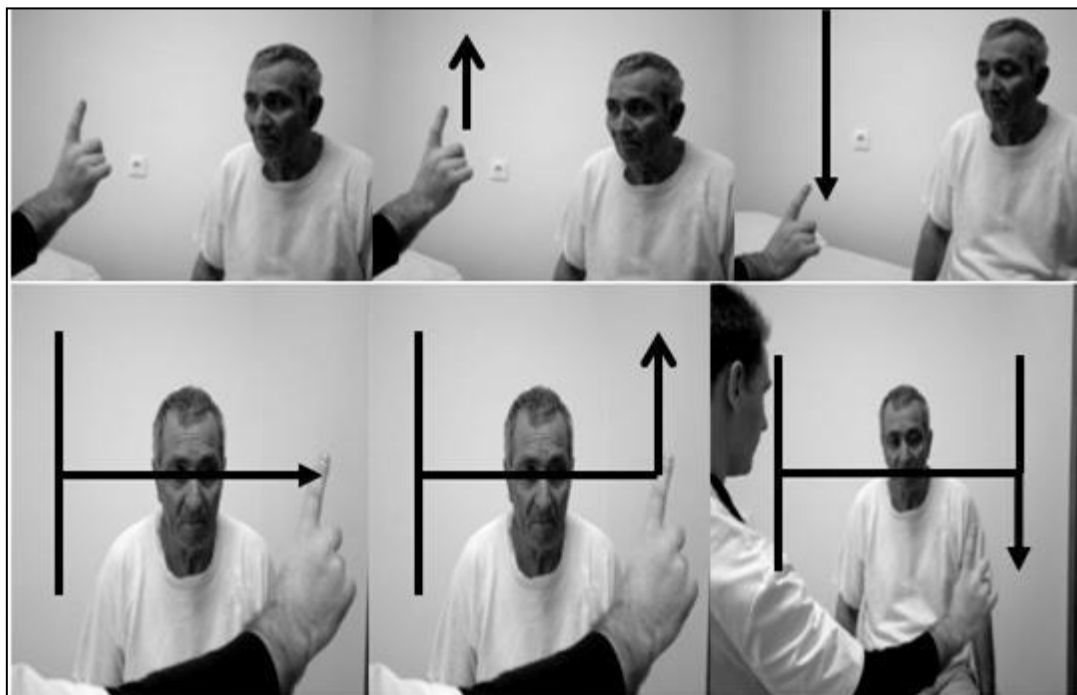


Fig.1.26. Examinarea mișcărilor globilor oculari

Anomalii: indică leziuni ale nervilor oculomotori (nervi cranieni III, IV și VI).

- Strabism: deviere de glob ocular în direcția opusă nervului lezat
- Diplopie: vedere dublă (apare datorită strabismului)
- Limitarea mișcărilor globilor oculari

Nistagmusul: când ochii privesc spre periferia câmpului vizual, poate apare o mișcare fină, repetitivă, de pendulare a globilor oculari. Mișcarea de pendulare poate fi orizontală (nistagmus orizontal) sau verticală (nistagmus vertical)

Etiologia nistagmusului:

- congenital
- dobândit:
 - intoxicații (alcool, barbiturice)
 - leziuni NC VIII (ramura vestibulară)
 - leziuni cerebeloase sau de trunchi cerebral.

8. Examenul retinei: cu oftalmoscopul (Fig.1.27)

- Se dilată reflex pupilele: în cameră obscură
- Se orientează fasciculul de lumină spre pupila pacientului
- Pacientul privește drept înainte: se văd retina și vasele retiniene (se explorează retina angulând fasciculul de lumină)
- Pacientul este apoi rugat să privească spre fasciculul de lumină: se vede papila nervului optic (disc galben) (Fig.1.28)



Fig.1.27. Utilizarea oftalmoscopului



Fig.1.28. Examenul retinei

II. 5. Nasul și sinusurile paranazale

a. Examinarea nasului (Fig.1.29)

- Inspecție : față și profil (mărime, formă, culoare)
- Palpare: doar dacă pacientul acuză dureri
- Verificarea permeabilității cavităților nazale: pacientul rugat să respire pe o singură nară, în timp ce închide cealaltă nara apăsând cu indexul; se verifică de ambele părți.
- Verificarea mirosului: pacientul ține ochii închiși, trebuie să recunoască mirosul unor esențe (vanilie, scorțișoară, etc)

b. Examinarea sinusurilor frontale și maxilare (fig.1.30) se palpează apăsând simetric cu policele pe planul osos subjacent :

- pe 1/3 internă a sprâncenelor
- sub 1/3 internă a pomeților

c. Se inspectează interiorul vestibulului nazal cu rinoscopul, invitând bolnavul să încline capul pe spate și imobilizând cu o mână bărbia sau fruntea pacientului; nu se atinge septul nazal (foarte sensibil).



Fig.1.29. Examinarea nasului



Fig.1.30. Examinarea sinusurilor paranazale

Anomalii ale nasului și sinusurilor

a. Piramida nazală:

- **Deformată::**
 - după fracturi
 - deviație de sept
- **Absentă:** nas în “șea”- sifilis congenital

b.Cartilajul nazal:

- **distrus:**
 - post-traumatic,
 - lupus vulgaris (TBC pielii),
 - lupus pernio (sarcoidoza pielii),
 - lepră
- **hipertrofiat:** goma (alcoolici)

c.Sinusuri paranazale: durere la palpare în sinuzite

d.Fosele nazale (vestibulul):

- mucoasa nazală:
- septul nazal:
 - deviat,

- inflammat,
- perforat (administrare intranasală de amfetamine sau cocaină)
- vegetații nazale

II. 6. Examenul urechilor

Inspecția pavilionului urechii și țesuturilor din jur: deformări, leziuni cutanate

Palpare (fig.1.31):

- se trage ușor de pavilionul urechii în sus și în jos
- se apasă pe tragus
- se palpează ganglionii pre-auriculari
- se apasă pe apofizele mastoide
- se palpează ganglionii occipitali: înapoia apofizelor mastoide
- se palpează ganglionii retro-auriculari și pre-auriculari



Fig.1.31. Palparea ganglionilor occipitali, retro-și pre-auriculari

Inspecție instrumentală: cu otoscopul (fig.1.32)

- Se trage pavilionul urechii în sus
- Se introduce cu blândețe speculul în canalul auditiv, orientându-l în jos și anterior
- Se examinează canalul auditiv și timpanul



Fig.1.32. Examinarea cu otoscopul

Acuitatea auditivă

1. Medicul plasează degetele în apropierea urechilor pacientului și testează alternativ auzul frecând ușor policele de celelalte degete sau șoptind un cuvânt pe care pacientu-l trebuie să-l repete (**fig.1.33**)
2. Se verifică transmiterea aeriană și osoasă a sunetelor:

A. Testul Rinne (fig.1.34)

- diapazonul se pune în vibrare prin lovire ușoară de mâna examinatorului
- se plasează piciorul diapazonului pe apofiza mastoidă: pacientul aude un zgomot
- când pacientul nu mai aude nici un zgomot: se plasează repede furculița diapazonului lângă ureche: pacientul aude din nou zgomotul.

Normal: conducerea aeriană (CA) a sunetelor este mai lungă decât conducerea osoasă (CO) a acestora: $CA > CO$

În hipoacuzia (surditatea) de transmisie (dop cerumen, timpan perforat, otită medie), în mod compensator-sunetul se transmite prin os la fel de mult sau mai mult decât prin aer $CO \geq CA$

B. Testul Weber (de lateralizare) (fig.1.35):

- Se pune diapazonul în vibrare și se așează cu piciorul pe creștetul capului
- Se întreabă pacientul unde aude sunetul:
 - normal: pe linia de mijloc și egal în ambele urechi
 - în hipoacuzia de percepție (lezare NC VIII): sunetul este deviat (lateralizat) spre urechea sănătoasă
 - în hipoacuzia de transmisie (dop cerumen, perforare de timpan, otita medie): sunetul este deviat (lateralizat) spre urechea bolnavă.



Fig.1.35. Examinarea acuității auditive



Fig.1.36. Testul Rinne



Fig.1.37. Testul Weber

II.7. Articulația temporo-mandibulară și mandibula (Fig.1.38)

Se palpează bilateral articulația temporo-mandibulară în timp ce bolnavul deschide gura: dureroasă în artrita. Se continuă cu palparea mandibulei până la menton pentru zone dureroase (post-traumatice, osteită, infecții dentare).



Fig.1.38. Examinarea articulației temporo-mandibulare și mandibulei

II.8. Examenul buzelor și cavității bucale: se studiază la aparatul digestiv

II. Examinarea regiunii gâtului

- **Inspecție și palpare**
- **Mobilizare pasivă și activă (aprecierea forței musculare)**

III.A. Regiunea cervicală anterioară: inspecție și palpare

1. Inspecție
2. Ganglioni limfatici
3. Cartilaj cricoid
4. Trahee
5. Glanda tiroidă
6. Arterele carotide și venele jugulare: se studiază la ap cardiovascular

- 1. Inspecție:** simetrie, formațiuni tumorale, cicatrici

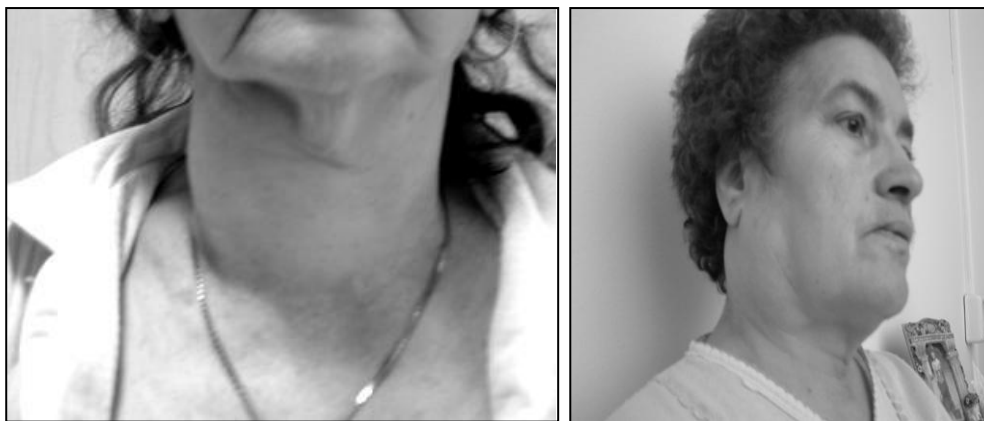


Fig.1.39. Inspecția regiunii cervicale A. Guşă tiroidiană B. Adenopatie

2. Palparea ganglionilor superficiali cervicali (fig.1.40)

Ganglionii limfatici sunt formațiuni nodulare ovoide, de consistență elastică, mobili, nedureroși, cu dimensiuni de 3-15 mm.

- Ganglionii profunzi: nu sunt accesibili palpării.
- Ganglionii superficiali: sunt accesibili examenului obiectiv prin inspecție și palpare.

Mod de palpare: cu mâna întinsă, prinzându-i între degete și planul profund, efectuând mișcări de alunecare.

1. Ganglionii submandibulari și submentonieri: se palpează cu vârfurile degetelor „în croșet”

2. Ganglionii latero-cervicali: Bolnavul șezând, medicul palpează cu vârful degetelor ambele regiuni

latero-cervicale, simetric.

3. Ganglionii supraclaviculari: cu vârful degetelor, deasupra claviculelor.

Modificări ale ganglionilor:

- Mărirea de volum a ganglionilor=**adenomegalie**.
- Adenomegalia de cauză patologică=**adenopatie**.
- Adenopatia asociată cu semne inflamatorii locale=**adenită** (în boli infecțioase acute și cronice).



Palparea ganglionilor submandibulari și submentonieri



Palparea ganglionilor laterocervicali și supra-claviculari.

Fig.1.40. Palparea ganglionilor superficiali cervicali

3. Inspecția și palparea cartilajului cricoid (“mărul lui Adam”):

- Palpat cu policele și indexul
- Bolnavul este invitat să înghită: se ridică la deglutiție

4. Inspecția și palparea traheei

- Traheea se află sub cartilajul cricoid, pe linia mediană: se vede și se palpează cu indexul. Se verifică simetria (fig.1.41)
- Devieri ale traheei de la linia mediană: pot indica împingerea ei de formațiuni mediastinale (tumori, adenopatii, pleurezii sau pneumotorace)



Fig.I 41. Palparea traheei

5. Inspecția și palparea glandei tiroide (fig.1.42)

- Pacientul este invitat să lase puțin capul pe spate: se vizualizează istmul glandei tiroide sub cartilajul cricoid. Apoi pacientul este invitat să ia niște apă în gură, lasă din nou capul pe spate și înghite: cartilajul cricoid și glanda tiroidă se ridică în timpul deglutiției .
- Palparea istmului glandei tiroide
- Palparea lobilor glandei tiroide: lateral de istm- se palpează cu vârful degetelor, medicul plasat în spatele pacientului.



Fig.1.42. Examinarea glandei tiroide

6. Inspecția și palparea arterelor carotide și a venelor jugulare: vezi aparat cardiovascular.

III.B. Regiunea cervicală posterioară: inspecție și palpare

- **Inspecție:** lordoza cervicală fiziologică,
- **Palpare:**
 - punctele nevralgice Arnold: sub apofizele mastoide
 - apofizele spinoase cervicale

Mobilizarea coloanei cervicale: activă și pasivă (Fig.1.43)

- flexie- extensie
- înclinare laterală
- rotație

Aprecierea forței musculare a regiunii cervicale (N spinal accesoriu XI) (Fig.1.44)

- medicul examinează regiunea cefei din spatele bolnavului: simetrică
- bolnavul ridică umerii, medicul se opune: forța mușchilor trapezi
- bolnavul execută flexie și rotație antero-laterală a capului împotriva rezistenței examinatorului apăsând palma pe bărbie și obraz : forța mușchilor latero-cervicali:
- bolnavul execută flexie împotriva rezistenței examinatorului, care apasă palma pe frunte



Fig.1.43. Mobilizarea activă a coloanei cervicale



Fig.1.44. Aprecierea forței musculaturii paravertebrale cervicale