

## **Dispense per studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.**

### **Semeiotica Chirurgica**

#### **1 - L'Anamnesi**

#### **2 - L' esame obiettivo**

**Introduzione** La raccolta, lo studio e l'elaborazione critica ai fini diagnostici dei sintomi e dei segni patologici costituiscono il compito della SEMEIOTICA. In particolare il processo semeiologico delle malattie chirurgiche spesso non si ferma all'esame esterno del malato, sia pure arricchito da metodiche laboratoristiche speciali ma ne approfondisce lo studio con tecniche endoscopiche e con lo stesso atto chirurgico, che rappresenta frequentemente l'ultima tappa di questo processo istruttorio (ad esempio gli esami radiologici, funzionali, biotici intraoperatori). Lo studio semeiologico del malato si divide fundamentalmente in due parti: la raccolta dei dati soggettivi, quelli cioè raccontati e descritti dal paziente, e quella dei dati obbiettivi, quelli cioè che l'esaminatore constata. I primi costituiscono la cosiddetta "storia clinica" o ANAMNESI (dal greco: ἀνάμνησις richiamo alla memoria), i secondi l'esame obbiettivo, ed entrambi rappresentano la parte principale della cartella clinica. A questo punto è necessario specificare il significato dei termini "sintoma" e "segno": per sintoma (o sintomo) si intende quella manifestazione della malattia che è apprezzata soggettivamente dal malato e che non è constatabile direttamente dall'osservatore (ad esempio: «ho il mal di testa»). Il segno invece è il dato obbiettivo, rilevato dal medico, della malattia. I sintomi e i segni correlati opportunamente tra di loro conducono alla diagnosi.

## **1 - L'ANAMNESI**

La storia clinica si basa sull'anamnesi, che si divide in:

- 1) familiare
- 2) personale fisiologica  
                  patologica: remota  
                                  prossima

### **ANAMNESI FAMILIARE**

E' opportuno informarsi dal paziente sulle condizioni di salute attuali dei genitori, su pregresse malattie o sulla causa del loro eventuale decesso. Quest'ultima è spesso riferita alla vecchiaia: la formula che alcuni usano, morte "senectutis causa", non deve essere accettata. Anche se in età avanzata, il decesso sarà sempre avvenuto per una precisa causa patologica, sia pure legata alla senilità, come cardiopatie, pneumopatie, disturbi vascolari, cerebrali, diabete etc. L'indagine va estesa anche ai fratelli e sorelle del paziente, ai parenti più affini, agli ascendenti e ai discendenti. Esistono infatti malattie con caratteri di ereditarietà, di familiarità, di predisposizione, di costituzionalità. E' importante sottolineare il fatto che nell'ambito familiare la predisposizione per determinate malattie è definita DIATESI. Tali notizie pertanto in molti casi sono di aiuto nel mettere a fuoco alcuni lati del panorama patologico del paziente.

## **ANAMNESI PERSONALE FISIOLÓGICA**

E'importante informarsi subito dell'età del paziente: spesso l'età anagrafica non coincide con l'età biologica. Statisticamente molte malattie hanno un'età preferenziale, senza contare le modificazioni che fisiologicamente subentrano in rapporto con l'età del soggetto(vedi ad esempio nella donna le variazioni dell'attività mestruale).

Meno importanti nella pratica chirurgica, ma comunque da ricordare, sono le caratteristiche della nascita (al termine della gravidanza o meno, da parto eutocico, cioè svoltosi in condizioni normali, o distocico o da parto cesareo), dell'allattamento(se materno, mercenario, artificiale),dello sviluppo somatico(dentizione,

deambulazione,ecc), dello sviluppo psichico(fonazione, scolarità etc.).

Importante nella donna è conoscere l'età del MENARCA, cioè la prima mestruazione. Prima del menarca, la donna si trova in stato di AMENORREA primaria che è fisiologica. Tutte le amenorree che si verificano dopo il menarca sono dette amenorree secondarie; esse possono essere:

fisiologiche

patologiche

Le amenorree secondarie fisiologiche o sono di tipo gravidico, cioè il flusso mestruale si interrompe durante la gravidanza, o avvengono nel climaterio, cioè in quel periodo della vita della donna, che fa seguito al periodo fertile, caratterizzato dalla menopausa, la cessazione completa di ogni flusso mestruale.

Le amenorree secondarie per cause patologiche invece si verificano nel corso di malattie, come ad esempio nell'iper-distiroidismo, per motivi farmacologici, etc.

Normalmente il menarca si verifica tra i 10 e i 14 anni: fattori ambientali, di razza, costituzionali rendono quest'evento precoce o tardivo. Un menarca troppo precoce può far sospettare un'alterazione ormonale in eccesso, quale si verifica ad esempio per alcuni tumori endocrini, mentre un menarca che tardi a manifestarsi può indirizzare verso alterazioni endocrine in difetto, per lesioni congenite o acquisite del sistema endocrino, per difetti o malattie dell'apparato genitale e infine per altre malattie generali che possono influenzare gli apparati specifici. La menopausa interviene in genere fra i 45 e i 50 anni: momenti patologici, terapie mediche o chirurgiche possono anticiparla. Essa può accompagnarsi a

disturbi vari, quali cenestopatie ( cenestesi: generale sensazione di benessere o malessere), modificazioni vasomotorie, psichiche. Talora in concomitanza o in seguito ad essa possono insorgere manifestazioni patologiche spesso legate a disordini endocrini (mastopatie, tireopatie ect.). I caratteri delle mestruazioni consistono nel ritmo mensile (di regola ogni 28 giorni con limiti largamente variabili tra i 24 e i 34 giorni), nella quantità, qualità e durata.

Si può avere un anticipo di qualche giorno rispetto alla norma, (emozioni, alterazioni dell'equilibrio ormonale ecc.), un ritardo (fatiche fisiche, freddo ecc.): un ritardo eccessivo può far porre il sospetto di gravidanza.

Se gli intervalli intermestruali si allungano nel corso dell'anno si avrà un numero inferiore di flussi: questa condizione è definita OLIGOMENORREA. La condizione opposta, cioè intervalli intermestruali più brevi e quindi maggior numero di flussi durante l'anno, è definita POLIMENORREA.

La quantità del mestruo è di solito di 150-200 ml, ma notevoli variazioni rientrano nella normalità. La notevole diminuzione del mestruo, che di solito coincide anche con una minore durata, (la mestruazione normale

dura 4-5 giorni), si chiama IPOMENORREA. La condizione opposta si chiama IPERMENORREA. Un'abbondante emorragia nell'ambito di una mestruazione, si chiama MENORRAGIA, che va distinta dalla METRORRAGIA, emorragia che compare fuori del periodo mestruale.

La qualità riguarda solitamente la componente ematica che può nella ipomenorrea essere ridotta.

La mestruazione può essere preceduta e accompagnata da disturbi: un certo stato di eretismo neuropsichico, tensione addominale, dolore lombare, se lievi possono peraltro rientrare nella normalità. Questi possono essere molto accentuati per condizioni patologiche (annessiti, pelviperitoniti, ecc.): in tal caso si parla di DISMENORREA.

E' sempre bene infine domandare se tra una mestruazione e l'altra si hanno perdite vaginali e con quali caratteri (leucorrea, perdite purulente, ematiche), di volta in volta espressione di alterazioni patologiche nell'ambito dell'apparato genitale.

Nel maschio è sempre utile chiedere se è risultato abile alla visita di leva militare e se no per quale motivo è stato riformato. La sede dove ha prestato servizio ha anche importanza per la possibilità di accertare malattie endemiche.

Se il soggetto è coniugato è opportuno informarsi sull'età in cui ha contratto matrimonio e se ha avuto prole.

Il numero delle gravidanze, le eventuali complicanze, le interruzioni, le caratteristiche dei parti, dovranno essere indagati: aborti spontanei ripetuti possono essere espressione di precisi stati patologici.

Ci si informerà quindi delle abitudini di vita: il ritmo sonno-veglia e altri ritmi circadiani; il lavoro che il soggetto svolge (molte malattie sono legate all'attività lavorativa); la qualità, la quantità e la regolarità dei pasti; eventuali intolleranze o allergie alimentari e farmacologiche; l'uso (o l'abuso) di alcoolici, fumo, droga.

E' necessario a questo punto indagare sulle funzioni dell'alvo e sulla diuresi. E' ovvio che se la malattia fondamentale riguarda in particolare l'apparato digerente e l'apparato urinario, queste informazioni saranno attinte più dettagliatamente nel corso dell'anamnesi patologica prossima.

Si chiederà dunque se l'evacuazione intestinale avviene giornalmente (l'alvo normale comporta una o due evacuazioni al giorno) o a intervalli di giorni (stipsi) o più volte al giorno con scariche liquide o semiliquide (diarrea). Soprattutto per la stipsi è bene chiedere se questa è abituale, o se è insorta da breve tempo.

Per quanto riguarda la diuresi si chiederà il numero approssimativo delle minzioni diurne (normale

nel maschio 4-6 volte al giorno, nella femmina 3-5); se è presente NICTURIA e in caso affermativo quante sono in genere le minzioni notturne.

La POLLACHIURIA è l'aumento della frequenza minzionale (ad es. per fatti emozionali, per affezioni prostatiche, vescicali ecc.). La STRANGURIA è la minzione dolorosa, mentre la DISURIA è la difficoltà nella minzione. Ancora l'EMATURIA è la presenza di sangue nelle urine.

Nel bambino fin quasi alla pubertà può essere presente ENURESI notturna, perdita cioè involontaria di urina solitamente per motivi neuropsichici.

E' sempre opportuno chiedere al paziente in quali regioni vive o ha vissuto, perchè molte malattie hanno caratteristiche endemiche (malaria, echinococcosi, gozzo etc.)

#### **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**

Riguarda le malattie sofferte dal paziente dalla nascita allo stato attuale: capita molte volte che malattie antiche abbiano un nesso di relazione con la malattia attuale; in tal caso l'anamnesi patologica remota diventa già parte di quella prossima. Ad esempio l'ulcera gastrica o duodenale può manifestarsi sui 15-20 anni. Tale malattia può avere dei lunghi periodi di latenza e comparire sui 50 anni sotto forma di ulcera, neoplasia o stenosi.



Per venire in aiuto all'esposizione del paziente, è bene suddividere in decadi la sua vita: ciò d'altronde ben si accorda con la predilezione di molte malattie per determinate età.

Così nella prima decade prevarranno le malattie esantematiche ed infettive (parotite, varicella, scarlattina, morbillo, rosolia ecc.) dell'infanzia: nella seconda quelle legate allo sviluppo puberale e le affezioni polmonari specifiche; nella terza decade si verificano soprattutto anomalie della vita sessuale particolarmente nella donna; nella quarta decade è frequente la patologia cardiovascolare; nella quinta e sesta la patologia neoplastica.

Spesso è opportuno stimolare la memoria del paziente con domande: malattie anche importanti sono talora dimenticate o sottovalutate dal paziente. E' raro inoltre che il paziente dichiari spontaneamente di aver sofferto di alcune malattie, come ad esempio le malattie veneree; con discrezione e senza testimoni è necessario tuttavia indagare in tal senso.

Di solito poi il soggetto riferisce sulle sue malattie pregresse citando la diagnosi che il medico curante del tempo fece: è prudente non accettare senza riserve tali diagnosi, che possono essere state

frainnese dal malato o addirittura non corrispondere al vero, quando il medico, talora d'accordo con i parenti, ha ritenuto di tenere il paziente all'oscuro, come può accadere in caso di particolari malattie (come ad es. il cancro). E' bene perciò farsi riferire i sintomi che hanno manifestato la malattia e sulla base di questi controllare l'attendibilità della diagnosi riferita.

#### **ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Riguarda i sintomi (soggettivi) che la malattia in atto manifesta.

La prima domanda da porre è l'epoca d'inizio della sintomatologia (esordio clinico della malattia in atto). Come si è già detto, l'esordio può essere anche antico e confondersi con l'anamnesi patologica remota. E' necessario indagare se i sintomi attuali sono per qualità ed intensità analoghi a quelli dell'esordio, se cioè si è verificata una evoluzione ingravescente di questi sintomi o se invece la malattia si è stabilizzata nelle sue manifestazioni, o se infine ad un esordio ricco di manifestazioni abbia fatto seguito un periodo di più o meno relativa latenza.

Se il paziente in precedenza ha già subito visite mediche, accertamenti clinici o terapie, al termine dell'interrogatorio sarà bene prendere in visione i documenti dove tali elementi possono comparire.

La raccolta dell'anamnesi impone una notevole preparazione da parte dell'esaminatore, oltre che grande pazienza e senso critico. Egli deve sapersi adattare sia alla frequente presunzione del malato colto sia alla difficoltà che il paziente incontra nell'esprimersi (spesso i disturbi o le malattie sono espresse in gergo, in dialetto) sia alla prolissità del "chiacchierone" sia infine alla reticenza dell'introverso.

La raccolta anamnestica è importante non solo perché mette il medico nella condizione di avviare i suoi processi mentali verso la diagnosi, e non son poche le malattie che possono essere riconosciute già in virtù dei dati anamnestici, ma anche perché introduce l'esaminatore nella vita del paziente, pian piano rimuovendone le comprensibili riserve e conquistando la sua confidenza. Si abitueranno così medico e paziente a colloquiare fra loro e, quando si renderà necessario un consenso, questo scaturirà facilmente dalle informazioni scambiate.

## 2 - L'ESAME OBIETTIVO

E' la raccolta di tutti quegli elementi constatabili con l'esame fisico diretto del malato. A questi si aggiungeranno in seconda istanza quei dati ottenibili con mezzi strumentali o di laboratorio.

In parole povere l'esame obiettivo è quello che si chiama "la visita medica". La valutazione di questi dati (insieme ai dati anamnestici) e la loro elaborazione critica conducono al giudizio diagnostico: di malattia, in atto o pregressa, di non malattia.

L'esame obiettivo si divide in GENERALE, REGIONALE (singoli organi ed apparati) e LOCALE (regione dove il paziente accusa la sintomatologia).

### - ESAME OBIETTIVO GENERALE

Raccoglie i seguenti elementi:

#### 1) CONDIZIONI GENERALI:

è l'aspetto fisico del paziente a prima vista, quello che in fondo chiunque è in grado di valutare. Si distinguono condizioni ottime, buone, mediocri, scadenti, gravi.

Nella valutazione delle condizioni generali ha importanza la FACIES, cioè l'aspetto del volto: alcune malattie infatti si manifestano con un caratteri-

stico aspetto, riconoscibile alla semplice vista del paziente (ad es. ipertiroidismo, acromegalia, etc.). Per molte malattie è necessario osservare come il paziente cammina: la deambulazione.

Se il paziente è degente in letto, è importante il decubito, cioè la posizione che il paziente assume a letto. Di solito e nella norma si parla di decubito indifferente. Alcune malattie invece inducono o costringono il paziente in determinate posizioni per l'alleviamento dei sintomi: si parla di posizioni antalgiche in decubito preferito od obbligato. Ad esempio la pleurite nella sua fase iniziale non esudativa, quando cioè non si ha versamento di liquido nel cavo pleurico, è molto dolorosa: se la pleura malata è quella destra, il paziente avrà un decubito laterale sinistro obbligato.

Da valutare inoltre è il peso corporeo: esiste un peso ideale riportato su apposite tabelle per ogni soggetto, considerando età, altezza, sesso e tipo costituzionale. L'aumento di peso può essere dovuto ad aumento del tessuto adiposo o della quantità di liquido (es. anasarca, ascite, ecc) o delle masse muscolari.

L'obesità si verifica quando l'aumento di peso è dovuto ad aumento del tessuto adiposo.

2) SENSORIO:

questo può essere già valutato nel corso dell'indagine anamnestica: potrà essere integro in condizioni normali o alterato nel senso dell'eccitazione o della depressione. Nel caso dell'eccitabilità si potrà arrivare all'iperestesia e al delirio (tranquillo, agitato, violento), mentre nel caso della depressione il sensorio potrà essere obnubilato, ottuso, sonnolento, letargico, stuporoso fino al coma.

3) CUTE E MUCOSE VISIBILI

si devono rilevare le variazioni cromatiche relative all'ematosi, alla vascolarizzazione, alla ossigenazione.

La cute e le mucose possono presentarsi pallide per anemia, per vasocostrizione periferica, oppure arrossate per iperglobulia, vasodilatazione periferica, pletora (aumento della massa globale del sangue che provoca nel soggetto colore rosso acceso della cute e delle mucose); possono assumere colorito cianotico (bluastro) per fenomeni di ipoossigenazione o per stasi venosa. La cute e le mucose possono ancora assumere tonalità cromatiche varie in rapporto a diversi stati patologici, il colorito giallo (con tonalità diverse a seconda dei casi) che assumono la cute e le mucose visibili quando il tasso di

bilirubina nel sangue supera il valore normale di 1 mg per 100 ml.

Valori di bilirubine tra 1,2 e 1,5 mg% portano ad una tinta sub-itterica osservabile con luce naturale a carico piú che della cute delle mucose visibili, cioè ad una sfumatura gialla delle mucose congiuntivali e sotto la lingua in corrispondenza della caruncola e del frenulo.

La bilirubina può raggiungere valori ematici intorno ai 10-20 mg% e piú nell' ITTERO FRANCO.

La cute ed il tessuto sottocutaneo possono essere imbibite di liquido. E' il caso questo dell'EDEMA: la pressione digitale lascerà in questo caso sulla cute un'impronta stabile, detta FOVEA (o segno della scodella).

La condizione opposta si ha nella disidratazione: la cute è asciutta, opaca, rugosa e si lascia facilmente sollevare.

La cute può perdere la sua elasticità soprattutto in malattie cachetizzanti; in tal caso, afferrandola tra due dita in pliche, queste si manterranno per breve tempo. La cute normale nelle stesse condizioni riacquista immediatamente la sua posizione normalmente distesa.

### 3) SISTEMA PILIFERO:

bisogna rilevarne le eventuali modificazioni, tenendo conto delle diverse

caratteristiche di disposizione a seconda del sesso. Importante da considerare è il trofismo degli annessi: nell'insufficienza arteriosa dell'arto inferiore si può infatti notare ad esempio la caduta dei peli (alopecia). Altre alterazioni possono essere di tipo quantitativo: nell'ipertricosi, potremo avere peli sovrabbondanti anche in regioni cutanee normalmente carenti, nel virilismo si ha presenza di peli in sovrappiù in regioni non conformi al sesso. Caratteristica conformazione pilifera dipendente dal sesso è quella riguardante la regione pubica: nella donna i pubi coprono una regione triangolare con vertice in basso, mentre nell'uomo questa presenta forma romboidale.

#### 5) MASSE MUSCOLARI

sia pure nell'ambito di grandi variazioni, devono essere toniche e trofiche: malattie debilitanti sono causa di atrofia muscolare, diminuzione della forza contrattile e del tono. Le masse muscolari sono ipotrofiche nella cachessia, inoltre può esistere una condizione così detta di pseudoatletismo con masse muscolari apparentemente aumentate di volume, ma iposteniche.

#### 6) L'ASPETTO DELLA LINGUA

molte volte è caratteristico di alcuni stati patologici. La lingua in condizioni normali è rosea, leggermente impaniata (bianca), umida e vellutata. Essa può diventare asciutta, ruvida e screpolata negli stati di disidratazione (per ipoidrosi). Bisogna fare attenzione che il paziente non abbia per molto tempo respirato con la bocca aperta, nel qual caso il reperto perde ovviamente valore. Fenomeni di a-, dis- o ipo-vitaminosi possono dare alla lingua un aspetto rosso, liscio e lucente. Una lingua eccessivamente impaniata è conseguenza di un'aumentata flora saprofitica del cavo orale. Molte malattie generali, specialmente infettive, e naturalmente le affezioni specifiche del cavo orale determinano caratteristiche alterazioni della lingua.

#### 7) POLSO

è la percezione tattile delle pulsazioni di un'arteria solitamente periferica. Le pulsazioni provocano il sollevamento della cute determinato dal propagarsi dell'onda sfigmica nell'arteria periferica sottostante.



Il polso può essere apprezzato manualmente solamente quando l'arteria che lo determina è superficiale e corre al di sopra di un piano solido (di solito osseo). Il rilievo del polso, di regola, viene eseguito a livello dell'arteria radiale compressa dall'indice, medio e anulare della mano dell'esaminatore contro l'epifisi distale del radio. Talora si rende necessario il rilievo del polso in altri sedi, quali l'arteria mediana alla piega del gomito, (l'a. ulnare), l'a. carotide (polso carotideo) l'a. temporale superficiale (polso temporale sup.), l'a. femorale, le a.a. tibiale anteriore, posteriore (contro e dietro il malleolo tibiale interno) e pedidia. Un polso può non essere percepibile per alterazioni anatomiche, per affezioni patologiche vascolari, per grave ipotensione arteriosa, etc. Del polso vanno presi in considerazione i seguenti caratteri:

- FREQUENZA: dicesi normofrequente nell'adulto il polso che batte a 72 pulsazioni al minuto, con oscillazioni normali fra 60 e 80; nel bambino la frequenza varia dai 130 nel neonato a 100 pulsazioni all'età di 5 anni, a 90 all'età di 10 anni, a 85 verso i 15 anni.

Quando la frequenza aumenta si parla di POLSO FREQUENTE (o TACHISFIGMICO o TACHICARDICO se riferito al cuore), mentre quando diminuisce si parla di POLSO RARO (o BRADISFIGMICO o BRADICARDICO).

Il polso aumenta la sua frequenza con l'aumentare della temperatura (8 pulsazioni al minuto per ogni grado di temperatura sopra i 37°C). In taluni casi patologici non esiste tale diretta proporzionalità: nella peritonite, ad esempio, all'aumento della frequenza può far riscontro la diminuzione della temperatura. Riportando in grafico i valori della frequenza e della temperatura si osserva quella che è stata definita la "croce della morte". Nella meningite invece può avvenire l'inverso: ad una diminuzione della frequenza del polso corrisponde un aumento della temperatura.

- FORZA: si apprezza dall'intensità dell'urto dell'onda sistolica contro le dita dell'esaminatore. Pertanto il polso può essere valido, quando normale, forte, debole.

- AMPIEZZA: le escursioni in eccesso o in difetto costituiscono rispettivamente il polso ampio (in ipertensione) o piccolo (o filiforme, come nello shock).

- TENSIONE: è la resistenza che l'onda oppone al nostro tentativo di compressione dell'arteria per impedire la progressione dell'onda stessa. Quando si rileva un polso si usano tre dita (indice, medio e anulare): di queste

l'indice ed il medio rilevano gli altri caratteri del polso, mentre con l'anulare possiamo eseguire manovre di compressione ed avere in questo modo informazioni nella tensione. Per il normoteso bisogna esercitare una pressione normale, per l'iperteso una alquanto maggiore.

- DURATA: è il tempo per il quale noi avvertiamo il sollevamento determinato dal passaggio dell'onda sfigmica. Si distinguono: un polso celere, l'esagerazione del quale è il polso scoccante (nell'insufficienza aortica), e un polso lento o tardo (nella stenosi aortica).
- RITMO: in condizioni normali le pulsazioni hanno tutte caratteristiche identiche e si intervallano a tempi regolari (polso ritmico). Si dice ineguale il polso che varia le sue caratteristiche tra una pulsazione e l'altra, aritmico quando si modifica il tempo di sequenza. Le aritmie si distinguono in totali o parziali rispettivamente quando nessuna pausa è uguale alla precedente oppure quando si alternano pause uguali tra loro a due a due, o a tre a tre ect.

#### 8) RESPIRO:

La frequenza respiratoria normale è di 16-20 atti al minuto; è bene eseguire il rilievo senza che il paziente se ne renda conto, contando i movimenti inspiratori del torace, mentre apparentemente si controlla all'orologio la frequenza del polso. E' facile infatti che un soggetto neurolabile modifichi la frequenza respiratoria, se si rende conto che è oggetto di esame. Il respiro può essere di tipo costale, addominale

o misto: nella donna è prevalente il primo tipo, nell'uomo, il secondo. Rispettivamente affezioni toraciche o addominali possono modificare il tipo di respiro.

Questo ancora può essere ampio o superficiale.

Per dispnea s'intende difficoltà di respiro: di soli

to questa si accompagna ad aumento di frequenza (tachipnea) e a respiro superficiale. I muscoli respiratori ausiliari solitamente entrano in funzione nella dispnea. Si distingue una dispnea prevalentemente inspiratoria (stenosi delle prime vie aeree), che di solito si accompagna a stridore inspiratorio (cornage) e a rientranza degli spazi intercostali e delle fosse sopraclaveari (tirage), ed espiratoria (asma bronchiale). Particolari stati patologici sono in grado di modificare il ritmo respiratorio (respiro di Cheyne-Stokes nel coma, respiro di Biot, respiro di Kusmaul).

#### 9) PRESSIONE ARTERIOSA

si rileva con lo sfigmomanometro (a mercurio di Riva Rocci oppure di tipo aneroido), generalmente al braccio. I valori normali variano molto in rapporto all'età, al sesso, alla costituzione, ai momenti funzionali. Possono essere considerati valori normali medi nell'adulto giovane 120-130 mm Hg per la pressione massima (Mx) e 70-80 per la minima (Mn), che in linea di massima dovrebbe corrispondere alla metà della massima + 10 mm Hg. fino a 130, + 20 mm Hg. oltre i 130. Malattie

di interesse chirurgico possono modificare anche in maniera tipica (e quindi *patognomonica*) la pressione arteriosa. (ad es. il feocromocitoma). In questi appunti non sembra il caso di soffermarci ancora su di essa che rappresenta argomento ampiamente trattato dalle discipline internistiche.

#### 10) TEMPERATURA

La temperatura è di solito rilevata all'ascella o all'inguine (assicurarsi che la cute sia asciutta per evitare false rilevazioni). E' indicato il prelievo della temperatura rettale quando si voglia rilevare l'importanza di un processo flogistico addominale o pelvico. In condizioni normali il divario tra la temperatura ascellare e quella rettale è di circa  $0,5^{\circ}\text{C}$  a favore di questa ultima.

La febbre si distingue in rapporto all'intensità in:

- FEBBRICOLA:  $37^{\circ} - 37,5^{\circ}\text{C}$
- FEBBRE LIEVE:  $37,5^{\circ} - 38^{\circ}\text{C}$
- FEBBRE MODERATA:  $38^{\circ} - 39^{\circ}\text{C}$
- FEBBRE ALTA:  $39^{\circ} - 40,5^{\circ}\text{C}$
- IPERPIRESSIA: oltre  $40,5^{\circ}\text{C}$

Riportando su un grafico le temperature  
rilevate

nelle ore della giornata o durante il periodo della  
degenza

si ricava la "curva termica", il cui andamento permette di distinguere:

- FEBBRE CONTINUA: si mantiene alta e con oscillazioni non superiori ai  $0,5^{\circ}\text{C}$
- SUBCONTINUA: quando la curva è modificata da variazioni della temperatura irregolari e di durata variabile
- REMITTENTE: quando si hanno cadute anche brusche della temperatura, ma senza scendere sotto i  $37^{\circ}\text{C}$
- INTERMITTENTE: come sopra, ma con cadute sotto i  $37^{\circ}\text{C}$

- RICORRENTE: quando periodi di febbre remittente si alternano a periodi di apiressia
- ONDULANTE: quando la febbre ha un andamento in ascesa, seguito da un graduale decremento con alternanza di periodi di apiressia.

Nell'esame generale è opportuno altresì farsi un'idea delle condizioni neurologiche del paziente. Un bravo esaminatore giudicherà già dalla raccolta dell'anamnesi sullo stato psichico e su eventuali alterazioni del linguaggio del paziente. Tra gli esami neurologici è bene eseguire, anche se sommariamente, quelli relativi alla REFLETTIVITA'.

I riflessi rappresentano l'effetto motorio di uno stimolo sensitivo attraverso un arco diastaltico costituito da due neuroni: un neurone centrifugo sensitivo ed uno centrifugo motore. Il riflesso potrà essere abolito, indebolito o esagerato a seconda del tipo e della sede della lesione. I riflessi si distinguono in FISIOLOGICI, presenti cioè nel soggetto sano e in PATOLOGICI, presenti soltanto in determinate lesioni nervose. I riflessi si dividono ancora in PROFONDI (tendinei e osteo-periostei), SUPERFICIALI (cutanei e mucosi).

### **Riflessi Fisiologici**

Profondi-

tendinei (rotuleo, achilleo, tricipitale, bicipitale)

osteo-periostei (radiale, cubitale, degli adduttori)

Superficiali

cutanei (cremasterico, plantare, addominale, gluteo, anale)

mucosi (corneale, faringeo)

### **Riflessi Patologici**

riflesso di Babinski