

Prof. Corneliu Constantinescu

Conf. V. Petrescu-Coman

Dr. DIACONU THEODOR

-87- *Spiru*

Îndreptar de diagnostic și tratament în pediatrie



Editura Medicală
București, 1964

Anamneza și examinarea copilului

Deseori, în pediatrie, anamneza permite să se obțină date suficiente pentru orientarea diagnosticului.

Diagnosticul nu poate fi însă stabilit decât pe baza examenului obiectiv, complet, minuțios și atent al bolnavului, iar în unele cazuri și pe coroborarea datelor clinice cu analizele de laborator și examenele radiologice necesare.

Medicul de copii va folosi în primul rînd relațiile obținute de la mamă sau de la persoana care îngrijește copilul. Interogați cu tact și pricepere, aceștia vor da unele informații prețioase pentru stabilirea diagnosticului.

Rareori vor putea fi folosite datele furnizate de copil; chiar copiii de vîrstă școlară nu au totdeauna capacitatea de autoobservare; pe de altă parte, ei pot fi ușor sugestații, răspunzînd afirmativ sau negativ după insistență pe care o depune medicul sau după intonația pe care o folosește în formularea întrebării; alteori copiii pot induce în eroare pe examinator, fie în scopul de a scăpa de anumite examinări și tratamente pe care le consideră neplăcute, fie pentru a nu fi obligați să renunțe la anumite plăceri. Sînt și copii nevropați sau cu înclinații isterice, care simulează unele simptome, despre care au fost interogați, sau anumite boli.

După ce a luat cunoștință de numele, pronumele, vîrstă și domiciliul copilului, medicul va invita mama să expună motivele pentru care a adus copilul la consultație și observațiile pe care le are de făcut în legătură cu aceasta.

Apoi medicul va trece la interrogatoriul mamei, care se va face după un anumit plan, mereu același (pentru a nu se omite nimic), însă adaptat vîrstei copilului. Este necesar ca medicul să formuleze întrebări scurte, precise, la care mama să poată răspunde afirmativ sau negativ.

Desigur că la examinarea unui școlar, anumite date în legătură, de exemplu, cu căderea cordonului umbilical sau altele din perioada neonatală sau de sugar, au puțină importanță; nu se va insista pentru obținerea unor date din trecutul fiziologic sau patologic, dacă considerăm că nu au nici o legătură cu boala pentru care copilul este adus la consultație.

I. Anamneza

Este bine ca anamneza să fie făcută după următorul plan :

1. Istoricul bolii actuale

- cînd și cum a început boala actuală ;
- momentul și ordinea apariției fiecărui din simptomele care au determinat prezentarea la consultatie ;
- cum au evoluat aceste simptome ;
- care a fost tratamentul aplicat, dietetic și medicamentos (doze, durată, ritmul și calea de administrare) ; cum au fost tolerate medicamentele, mai ales cele administrate peroral ;
- cum a fost influențată boala sau (și) diferențele simptome.

[*Notă.* Pentru bolile transmisibile, se va specifica data contactului infectant și perioada de incubație ; unele afirmații, ce par neverosimile, vor fi notate cu semn de întrebare(?).]

2. Antecedente personale

A. *Prenatale* : — sănătatea mamei în timpul sarcinii ; supravegherea medicală ; regimul igieno-dietetici ; boli cu răsunet asupra embrionului și fătului ca : rubeola, gripe, hepatita epidemică ; intoxicații exogene — alcool, nicotină, toxice chimice ; iradieri Röntgen ; toxemie gravidică și.a. ; eventual Rh și grup sanguin ; reacția Bordet-Wassermann.

B. *Natale* : — durata și caracteristica expulziei (travaliul) ; sedative, anestezice, ocitocice ; manevre obstetricale, forceps, vacuum extractor și.a. ;

— starea copilului la naștere : circulară de cordon, cianoză, asfixie, reanimare, și.a. ;

- greutate, lungime ; perimetru [cranian etc.] ;
- malformații congenitale diagnosticate la naștere.

C. *Neonatale* : — icter fiziologic (data apariției, intensitate, durată) ; — scădere fiziologică în greutate (cifra scăderii ; la cîte zile a recăștiagat greutatea inițială) ;

- criza genitală (manifestări) ;
- data căderii cordonului ombilical (pentru sugarii sub 3 luni) ;
- îmbolnăviri în perioada neonatală (convulsii, infecții, tulburări digestive și.a.).

D. *Alimentația* (de la naștere) :

- cît timp a primit numai sîn (tehnica alăptării ; incidente) ;
- cînd s-a început alimentația mixtă și de ce s-a instituit ; diluția de lapte ; cantitatea pe o masă ; număr de mese pe zi ;
- dacă a fost alimentat artificial, se va preciza diluția și zahararea laptelui ; cantitatea pe o masă, numărul de biberoane pe o zi ;
- cînd s-a făcut diversificarea : ordinea introducerii și cantitățile noilor alimente ; cum le-a suportat (bine, refuz, vârsături, diaree) ;
- cînd a fost înțărcat și în ce condiții ;
- alimentația după înțărcare ; alimentația dinainte de îmbolnăvirea actuală ;
- apetitul, preferința sau aversiunea pentru unele alimente ; manifestări de intoleranță și de alergie alimentară ;

— suplimente de vitamine: vitamina [doza, durata administrării]; profilaxia rahițismului.

E. Creșterea și dezvoltarea:

— date cifrice (dacă este posibil) ale creșterii în greutate (eventual și în lungime), cel puțin pentru primii doi ani; la cei mai mari, creșterea ponderală și staturală în ultimul an; perioade în care creșterea ponderală (eventual și staturală) a stagnat sau a depășit valorile medii;

— dezvoltarea psihomotorie: pentru sugar, la câte luni a ținut capul, a stat bine în sezut, să-a ridicat în picioare, a mers sprijinit, nesprjinit, liber; la câte luni a spus primele cuvinte semnificative, a vorbit (pozitii, fraze);

— dinții: la câte luni a apărut primul dint; numărul dințiilor la un an, la $2\frac{1}{2}$ (3) ani; cînd au apărut dinții permanenți; carii dentare;

— controlul sfînciterului anal;

— continența urinară diurnă și nocturnă;

— aprecieri ale părinților privind creșterea și dezvoltarea copilului, în comparație cu creșterea și dezvoltarea celorlați frați și copii de aceeași vîrstă.

F. Imunizări:

— vaccinări: B.C.G., antivariolică, antipoliomielitică, antidifterică, antitetanică, antipertusis; rapeluri și revaccinări (vîrsta, data);

— injecții de seruri (profilactic, terapeutic); reacții și complicații.

G. Testări biologice: tuberculină §.a.

H. Boli anterioare:

— boli transmisibile (vîrsta, forma, complicații, sechele);

— infecții diverse (respiratorii §.a.);

— tulburări digestive și alte afecțiuni;

— accidente, traumatisme, intoxicații accidentale; (sechele);

I. Operații

J. Regim de viață și obiceiuri:

— somnul [liniștit; agitat; durată; orar];

— gimnastică, sport, jocuri, viață în aer liber;

— diverse deprinderi: dacă își suge degetul sau își roade unghiile, ticuri, §.a.;

— enurezis; masturbație, §.a.

K. Personalitatea copilului:

— independent, voluntar sau cramponat de mamă;

— supus, timid, negativist; nervozitate;

— sociabil, retras; cum se comportă cu alții copii; cum se comportă la școală (învățămînt etc.);

— preocupări speciale.

3. Antecedente familiale

A. Mama, tata: vîrsta, starea de sănătate (tuberculoză, sifilis, alcoolism, boli nervoase și psihice, stări constituționale și alergice, neoplazii).

B. Frați și surori: vîrsta; starea de sănătate.

C. Probleme speciale ale familiei: relațiile între părinți; relațiile între părinți și copii; relațiile între copii.

D. Starea de sănătate a celorlați membri ai familiei.

E. Copii născuți morți; avorturi spontane și provocate; vîrsta și cauza decesului fraților, surorilor, buniciilor.

4. Condiții de mediu

- ocupația părintilor și venitul lor (starea materială) ;
- locuința : numărul încăperilor, numărul persoanelor care locuiesc în aceeași cameră cu copilul ; condițiile igienice (aerisit, iluminat, igrasie) ;
- colectivitatea pe care o frecventează copilul (creșă, cămin, grădiniță, școală) ; condițiile locale ; boli transmisibile.

II. Examinarea copilului

După ce a terminat anamneza, medicul trece la examinarea stării prezente, utilizând interogatoriul și examenul fizic (obiectiv). Examenul obiectiv al copilului, mai ales al celui mic, făcindu-se mult mai dificil decât la adult, medicul va căuta să rețină simptomele care îl pot orienta în diagnostic.

Examinarea stării prezente se poate face în două moduri :

- a) fie interogînd mama (și în completare copilul cînd acesta poate furniza date) asupra tulburărilor observate de ea la copil, prezentate din partea diferitelor organe și aparate, după care se va trece la examenul obiectiv al bolnavului ;
- b) fie îmbinînd interogatoriul cu examenul obiectiv al fiecărui organ sau aparat, pe măsura examinării acestora.

În timpul luării anamnezei, medicul a putut observa copilul de la distanță și a reținut unele simptome foarte utile pentru diagnostic (aspectul general al copilului, vioi sau apatic, dacă urmărește cu privirea sau nu ; dacă reacționează la excitanții externi ; postură ; eventuale poziții caracteristice : „cocoș de pușcă”, „poziția de boxer”, „mîna de mamoș” ; anumite mișcări anormale : ticuri, mișcări coreice ; starea de nutriție și orice alt simptom care trădează o suferință organică).

De asemenea, a avut suficient timp să se „familiarizeze” cu copilul, iar acesta cu medicul. Adresîndu-se copilului, medicul trebuie să-i vorbească cu un ton prietenesc, cu vocea calmă, pentru a-i căpăta încrederea și a-l liniști, spunîndu-i că vrea să-l examineze „ca să-i treacă boala”, și că aceasta nu-i va produce nici o neplăcere. În unele cazuri va sustrage atenția copilului, ocupîndu-l cu vorba sau cu jucării ; în alte cazuri va reuși să cointeresize copilul, care se va lăsa apoi examinat, cu plăcere. Unii copii nevropați se lasă examinați numai dacă medicul are un ton mai sever, recomandîndu-le de a sta liniștiți. Cu totul excepțional, copilul va fi ținut imobilizat în timpul examinării.

Chiar dacă nu a reușit să liniștească copilul, medicul va face examenul bolnavului, complet, ordonat și sistematic, fără a neglijă nici un organ, aparat sau sistem. Vor fi lăsate la sfîrșit examinările mai puțin plăcute (căutarea semnelor meningiale, examinarea fundului gâtului etc.). În unele cazuri se poate începe direct cu organul sau aparatul care apare suferind (cord, abdomen etc.), urmînd a se face, în continuare, examenul complet.

Copiii pînă la 3 ani vor fi desbrăcați complet și examinați în pat sau pe masă, neînfâșați.

Preșcolarii și școlarii vor păstra chiloții.

Înainte ca medicul să examineze, sora va face pregătirea bolnavului pentru examen și va măsura :

— temperatura (rectal la sugari și copiii mici, știind că pînă la 37° este normală și că agitația, activitatea musculară, tipătul, digestia pot ridica mercurul cu $0,2-0,5^{\circ}$) ;

— greutatea ; talia ; eventual unele perimetre ;

— pulsul și frecvența respirațiilor ;

— tensiunea arterială (dacă apare necesar : și la sugari) ; este obligatorie la preșcolari și mai ales la școlari.

Examenul sistematic

Pielea și mucoasele vizibile : culoare ; cianoza periorală, periorbitară ; pigmentații ; milium facial la nou-născuți ; eritem ; intertrigo ; erupții patologice din cadrul diatezei exsudative (cruste seboreice, cruste de lapte, eczemă, strofulus) ; sudamina ; nevi, hemangioame, dilatări vasculare ; leziuni de piodermită ; excoriații ; plăgi ; manifestări hemoragice ; cicatrice ; erupții din cadrul bolilor eruptive ; descuamări ; edeme ; paloare (nu este totdeauna semn de anemie) ; icter.

Tesutul adipos subcutanat : grosimea pliului pe abdomen ; dezvoltarea țesutului grăsos pe torace, membre și pe față (bulă Bichat) ; rotunjimea feselor, poziția pliurilor ; persistența pliului cutanat abdominal, sau revinierea lentă (semne de deshidratare), revenirea imediată (normală).

Turgor : normal, sau flasc (denutriție).

Sistemul muscular : musculatura : dezvoltare ; hipotonie ; hepatonie.

Ganglioni limfatici : se examinează obligatoriu toate grupele ganglionare ; sediu ; mărime ; duri sau moi ; dureroși, nedureroși ; mobili sau imobili pe planurile profunde ; aderenți sau nu la tegumente (care sunt modificate sau nu).

Ganglionii mici înginali sunt palpabili chiar la copiii sănătoși ; ganglionii supraepitrochleeni (pe față anterioară a brațului, în șanțul bicipital intern) se palpează în luesul congenital, la nou-născuți.

Capul : perimetru cranian ; — aspect ; bosa serohematică ; céfalhematom (la nou-născut) ; forma : deformări, cap pătrat, cap natiform ; boce (frontale, occipitale) ; suturi (dehiscente) ; oase încălcate ; fontanela anterioară (dimensiuni, deprimată, bombată) ; fontanela posterioară (uneori deschisă în prima lună) ; craniotabes ; tonicitatea capului, cap balant ; părul (rar, friabil etc.) ; aspectul feței.

Ochii : oblici ; epicantus ; nistagmus ; strabism ; lăcrimare ; secreție conjunctivală ; fotofobie ; cataractă ; reacția pupilară la lumină și distanță.

Nasul : aspect exterior (în șa, baza largită etc.) ; secreție (seroasă, mucoasă, mucopurulentă, sanguinolentă, uni- sau bilaterală) ; permeabilitate (obstruat ; respirație cu gura deschisă) ; presiunea pe sinusuri (frontale, maxilare : durere).

Gura și cavitatea bucală (se vor examina la urmă) :

— buzele (aspect, paloare, cianoză) ;

— dinții : număr, poziție (regulați, neregulați), aspect (normal conformati, deformați), carii ;

— mucoasa bucală : culoare, enantem ; afte, stomatită, muguet ; Köplik ; roșeața orificiului canalului Stenon ; cheilită ; bolta palatină ; limba (uscată, „prăjita“, umedă, limba „geografică“, depozite).

Fundul gâtului (pentru examenul corect, este necesar a se utiliza apăsătorul de limbă, bine aplicat pe baza limbii, fără a se provoca senzația de vârsături ; examinarea fără apăsător de limbă poate fi adeseori insuficientă) :

— amigdale (mărime ; inflamate ; criptice ; exsudat ; false membrane) ; inflamația stîlpilor anteriori ; prezența de microvezicule ; faringe : ţesutul limfoid hipertrofiat ; scurgere purulentă din cavum ; epiglota ; vocea (răgușită, voalată, stridor).

Urechi : lobuli ; pavilion (aspect) ; permeabilitatea conductului ; secreție ; sensibilitatea la apăsare pe tragus ; auzul.

Gâtul : poziția ; torticolis ; mobilitate ; incapacitate de a menține capul drept ; tiroida (mărime, aspect) ; circulație venoasă.

Cutia toracică : formă ; simetrie ; deformări : „torace în carenă“, „torace în pîlnie“, „de cismă“ ; mătănii costale ; șanț Harrisson ; evazarea coastelor ; bombări ; retracții costale ; insuficiența excursiilor respiratorii ; circulație venoasă.

Plămîni : tuse ; dispnee ; tip respirator ; tiraj ; stridor ; expectorație ; palpație, percuție, auscultație.

Cord : bombări precordiale ; vîrful (vizibil, palpabil, percutabil) ; limite (percuție) ; auscultație : zgomote normale și supraadăugate ; ritm, frecvență.

Aparat circulator : extremități : calde ; normal colorate ; reci ; cianotice.

Pulsul : prezența (frecvență, caracter, regularitate), absența sau diminuarea pulsului arterial.

Aparat digestiv : apetit : păstrat, normal ; anorexie (selectivă) ; greață ; vârsături (frecvență, aspect, conținut) ; momentul : legătura cu alimentația ; tranzitul intestinal (diaree, constipație) ; aspectul macroscopic al scaunelor (număr, miros, culoare, consistență, mucozități) ; săngerări digestive (hematemeză, melenă, săngerări anale) ;

Abdomen : perimetru (ombilical) ; aspect (suplu, mobil cu mișcările respiratorii sau imobil, destins, etalat, excavat) ; mișcări peristaltice vizibile ; ombilicul ; hernii ; circulația venoasă ; sensibilitate, apărare musculară ; timpanism, matitate deplasabilă ;

Ficat : (normal marginea inferioară este palpabilă pînă la 3 ani) ;

Spină : (normal nepalpabilă) ;

Rect : prolaps, fisuri, săngerări.

Aparat urogenital : loji renale (rinichii nu se palpează) ; la băieți : fimoză, prepuză aderent ; hipospadias ; epispidias ; ectopie testiculară ; hidrocel ; hernie ; modificări pubertare ; la fete : labiile mari, labiile mici, mucoasa vulvară ; hipertrofie clitoridiană ; scurgere vaginală ; modificări pubertare ; micțuiuni : frecvență, tulburări ; urină (aspect, cantitate, dacă pătează sau nu lenjeria).

Coloana vertebrală și extremități : aspect general, deformări ale coloanei vertebrale (cifoză, lordoză, scolioză și.a.) ; extremități : brățari, recurbări osoase, gambe în paranteză, genu valgum, genu varum, coxavara ;

picioare strîmb, picior plat, atrofie musculară; degete suplimentare sau lipsă; alte anomalii; articulații: tumefieră; dureri; libere sau nu; limitarea mișcărilor; motilitatea segmentară (pentru diverse paralizii).

Sistem nervos: dezvoltarea neuropsihică; mersul; ataxie; forță musculară; reflexe (cutanate, osteotendinoase); semne de iritație meningeală: redoarea cefei; Brudzinski I: flectăm capul, flectează genunchii; Kernig I: flectăm trunchiul, flectează genunchii; Kernig II: a) dacă se flectează coapsele pe abdomen cu genunchii întinși, tinde să flecteze genunchii; b) cu genunchii îndoiați flectăm coapsele pe abdomen, copilul nu permite extensia genunchilor; Brudzinski II: se flectează genunchiul și coapsa unui membru; reflex face la fel cu celălalt.

Semne de iritație neuromusculară: Chvosteck, Weiss, Lust (se iau cînd copilul este liniștit, eventual în somn).

