

---

# CUPRINS

---

<b>Mulțumiri</b> . . . . .	ix
<b>Introducere</b> . . . . .	1
1. Anamneza și examenul clinic general. . . . .	7
2. Vorbirea . . . . .	17
3. Statusul mental și funcțiile psihice superioare . . . . .	27
4. Mersul . . . . .	41
5. Nervii cranieni: generalități . . . . .	47
6. Perechea I de nervi cranieni: nervii olfactivi . . . . .	51
7. Perechea II de nervi cranieni: examinarea pupilelor, acuitatea vizuală, câmpurile vizuale . . . . .	53
8. Perechea II de nervi cranieni: examinarea fundului de ochi . . . . .	69
9. Perechile III, IV, VI de nervi cranieni: mișcările globilor oculari . . . . .	81
10. Nistagmusul. . . . .	93
11. Perechile V și VII de nervi cranieni: inervația feței . . . . .	97
12. Perechea VIII de nervi cranieni: nervii acustico-vestibulari. . . . .	105
13. Perechile IX, X, XII de nervi cranieni: inervația cavității orale . . . . .	109
14. Perechea XI de nervi cranieni: nervii accesori . . . . .	115
15. Sistemul motor: considerații generale. . . . .	117
16. Sistemul motor: examinarea tonusului muscular . . . . .	121
17. Sistemul motor: examinarea membrelor superioare . . . . .	125
18. Sistemul motor: examinarea membrelor inferioare . . . . .	137
19. Sistemul motor: examinarea reflexelor . . . . .	147
20. Sistemul motor: rezultatele examinării clinice și interpretarea acestora . . . . .	159
21. Sistemul senzitiv: considerații generale . . . . .	167
22. Sistemul senzitiv: rezultatele examinării clinice și interpretarea acestora . . . . .	179

23. Coordonarea . . . . .	185
24. Mișcările anormale . . . . .	191
25. Semne neurologice particulare . . . . .	201
26. Sistemul nervos vegetativ . . . . .	207
27. Examinarea pacientului aflat în stare de inconștiență . . . . .	211
28. Examenul neurologic de rutină — rezumat. . . . .	225
29. Sugestii privind promovarea probelor de examinare clinică . . . . .	227
<b>Recomandări bibliografice pentru lectură și documentare suplimentară . . . . .</b>	<b>241</b>
<b>Index . . . . .</b>	<b>243</b>

---

## MULȚUMIRI

---

Doresc să le mulțumesc tuturor profesorilor mei, dar în special domnului Dr. Roberto Guilloff care mi-a îndrumat primii pași în neurologie. Sunt recunoscător studenților mediciști de la Facultatea de Medicină Charing Cross & Westminster, care au asigurat suportul didactic al pregătirii primei ediții a cărții, precum și tuturor colegilor care au binevoit să facă unele observații pe marginea acestei lucrări. De asemenea, sunt deosebit de recunoscător pentru criticile constructive la prima și cea de a doua ediție ale acestei cărți, venite din partea studenților, în special a celor de la Universitatea din Bristol, din partea rezidenților și a colegilor și, în mod deosebit, din partea neurologilor care au asigurat punerea în operă a cărții.

Pregătirea mea ca neurolog clinician precum și scrierea acestei lucrări se datorează, nu în ultimul rând, existenței unui număr mare de manuale și comunicări științifice, mult prea numeroase pentru a le putea menționa aici.

Mulțumirile mele se îndreaptă și către editorii mei, Dilys Jones, Jim Killgore și Hannah Kenner, pentru răbdarea și înțelegerea de care au dat dovadă tot timpul.

Dedic această carte lui Cherith.

---

# INTRODUCERE

---

Mulți studenți medici și rezidenți consideră că examenul clinic neurologic este extrem de complicat și dificil, în principal din cauză că:

- protocoalele de examinare sunt dificil de memorat
- nu știu cu exactitate ceea ce caută
- nu știu cum să interpreteze rezultatele examinării.

Manualul de față își propune să ofere studenților medici și rezidenților un cadru teoretic simplu care să îi ajute în efectuarea unei examinări neurologice de rutină. Manualul explică manevrele și tehnicile de examinare și subliniază dificultățile întâlnite, precum și greșelile cele mai frecvente. Acest manual nu poate substitui stagiile convenționale de pregătire clinică.

În încercarea de a simplifica rezultatele examinării neurologice și interpretarea acestora, au fost inevitabil omise unele modificări posibile. Intenția autorului a fost ca acest manual să abordeze cele mai frecvente modificări neurologice și să atragă atenția asupra unor capcane deseori întâlnite; este posibil ca, în anumite situații, concluziile la care se va ajunge să fie incorecte.

## **Precizări privind utilizarea acestei cărți**

Subiectul acestei cărți se referă la protocoalele neurologice ale examenului clinic. Fiecare capitol începe cu scurte considerații teoretice, care cuprind informații relevante. Urmează un subcapitol intitulat "Protocol de examinare", care detaliază manevrele efectuate atât în cazul unei examinări de rutină, cât și în prezența unor anomalii neurologice. Anomaliile neurologice care pot fi detectate clinic sunt descrise în subcapitolul "Rezultatele examinării" și, în cele din urmă, subcapitolul intitulat "Interpretarea rezultatelor examinării" descifrează semnificațiile datelor clinice și sugerează posibilele afecțiuni generatoare ale modificărilor prezentate.

Trebuie reținut că examenul clinic neurologic poate fi utilizat ca:

- examinare de rutină
- metodă de investigare clinică.

Examenul neurologic este utilizat ca examinare de rutină în cazul pacienților la care depistarea unor anomalii neurologice este foarte puțin

probabilă; de exemplu, în cazul pacienților cu afecțiuni non-neurologice sau cu afecțiuni neurologice, cum ar fi migrena sau epilepsia, care în mod normal nu se asociază cu anomalii somatice. Examinarea neurologică este utilizată ca metodă de investigare clinică atunci când testele de rutină deceleză o anomalie sau când o anomalie este sugerată anamnetic. În aceste cazuri, examenul neurologic are ca scop depistarea anomaliei respective, stabilirea naturii și a gravității acesteia, precum și identificarea unor eventuale anomalii asociate.

Nu există o tehnică perfectă a examinării neurologice. Metodele de examinare neurologică au evoluat treptat. Există metode convenționale de examinare, o secvențialitate convențională a examinării și metode convenționale de provocare a anumitor semne. În general, fiecare neurolog are un sistem propriu de examinare, o variantă personală derivată din tehnicile convenționale. Acest manual prezintă o astfel de variantă particulară și poate servi ca model orientativ pentru studenții mediciști, care își pot stabili variante proprii de examinare neurologică.

În cadrul acestei cărți, fiecare etapă a examinării neurologice este prezentată separat. Acest lucru permite descrierea și înțelegerea exactă a anomaliilor care pot apărea în fiecare etapă a examinării. Cu toate acestea, etapele examinării trebuie corelate între ele pentru o evaluare completă a pacientului. Datele obținute în urma examenului neurologic trebuie sintetizate.

Sintetizarea rezultatelor examinării trebuie realizată ținând cont de:

### 1. Aspecte anatomice

Rezultatele examinării sunt produse de:

- o singură leziune
- leziuni multiple
- un proces difuz?

La ce nivel (niveluri) al sistemului nervos este prezentă leziunea (Fig. 0.1)?

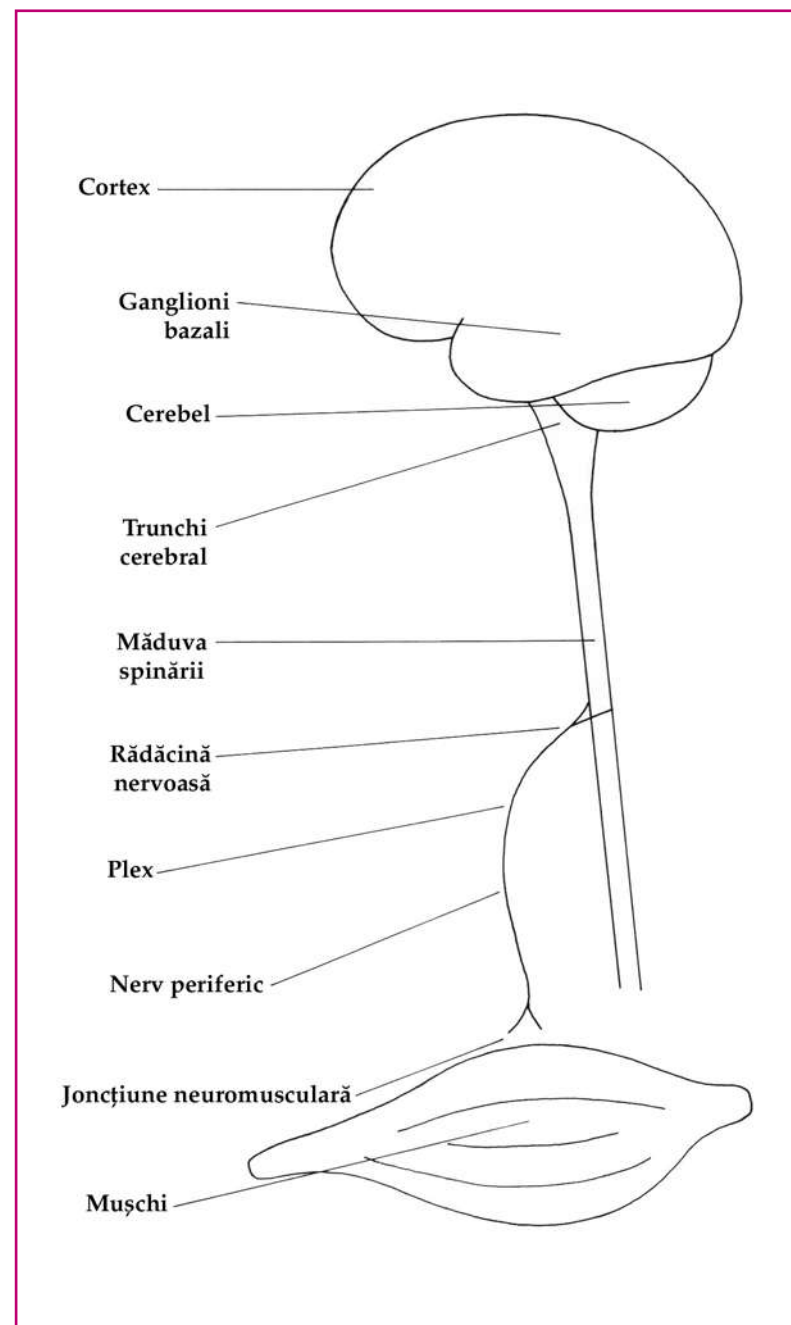
### 2. Aspecte simptomatologice

Datele clinice obținute conturează un sindrom clinic cert? Cum ar fi boala Parkinson, boala neuronului motor, scleroza multiplă.

### 3. Aspecte etiologice

După finalizarea sintezei anatomice și simptomatologice a datelor clinice, trebuie stabilită natura procesului patologic care generează anomaliile depistate:

- genetică
- congenitală
- infecțioasă
- inflamatorie
- neoplazică
- degenerativă
- metabolică și toxică



**Figura 0.1**  
Nivelurile sistemului nervos

- paroxistică (include migrena și epilepsia)
- endocrină
- vasculară.

Pentru interpretarea datelor anamnezei neurologice și pentru sintetizarea rezultatelor examinării neurologice este nevoie de experiență clinică și de cunoștințe teoretice solide. Manualul de față nu oferă aceste două lucruri. În schimb, poate fi util pentru descrierea, cu ajutorul terminologiei specifice, a celor mai frecvente anomalii neurologice, precum și pentru sintetizarea și interpretarea datelor clinice.

Pe întreg parcursul cărții, pacientul și examinatorul sunt considerați de sex masculin, în vederea evitării utilizării ambigue a mențiunii el/ea.

În cazul nervilor cranieni se vor utiliza denumirile specifice sau numărul corespunzător exprimat prin cifre romane.

### Terminologia neurologică

Terminologia neurologică a evoluat în timp, astfel că anumite noțiuni pot avea accepțiuni diferite în funcție de neurolog.

În continuare sunt prezentate câteva noțiuni utilizate în descrierea afecțiunilor de la diferitele etaje ale sistemului nervos.

**-opatie:** sufix care indică o afecțiune la un anumit etaj al sistemului nervos, care este indicat de prefix; a se vedea encefalopatie. Cf. *-ită*.

**-ită:** sufix care indică prezența unei inflamații la un anumit etaj al sistemului nervos, care este indicat de prefix; a se vedea *mielită*.

**Encefalopatie:** afecțiune a encefalului — poate fi nuanțată prin alăturarea unor adjective cum ar fi *focală, difuză, metabolică* sau *toxică*.

**Encefalită:** inflamație a encefalului. Poate fi nuanțată prin alăturarea unor adjective cum ar fi *focală* sau *difuză*. Prin compunere cu alți termeni, pot fi indicate diferite afecțiuni asociate: ex. *meningo-encefalită* = *meningită* și *encefalită*.

**Meningită:** inflamația membranelor meningeale.

**Mielopatie:** afecțiune a măduvei spinării. Nuanțată prin alăturarea unor termeni care indică etiologia: ex. *radică, prin compresiune*.

**Mielită:** inflamație a măduvei spinării

**Radiculopatie:** afecțiune a unei rădăcini de nerv spinal.

**Plexopatie:** afecțiune a unui plex nervos (brahial sau lombar).

**Neuropatie periferică:** afecțiune a nervilor periferici. De regulă este nuanțată prin alăturarea unor adjective cum ar fi *difuză/multifocală, senzitivă/mixtă (senzitivo-motorie)/motorie* și *acută/cronică*.

**Poliradiculopatie:** afecțiune a mai multor rădăcini de nervi spinali. De regulă, noțiunea este rezervată cazurilor de afectare nervoasă proximală, nu și cazurilor de afectare extensivă a tracturilor nervoase.

**Polineuropatie:** noțiune similară cu noțiunea de neuropatie periferică, utilizată cu înțeles complementar noțiunii de *poliradiculopatie*.

**Mononeuropatie:** afecțiune a unui singur nerv.

**Miopatie:** afecțiune musculară.

**Miozită:** afecțiune musculară inflamatorie.

**Funcțional:** noțiune utilizată cu dublu înțeles: (1) afecțiune neorganică – anomalie funcțională, de exemplu migrena; (2) noțiune care desemnează anomaliile neurologice induse psihic, cum ar fi nevroza isterică.

# ANAMNEZA ȘI EXAMENUL CLINIC GENERAL

## ANAMNEZA

Anamneza reprezintă partea cea mai importantă a examenului neurologic. Asemănător detectivilor, care adună majoritatea informațiilor necesare stabilirii identității infractorilor în principal din depozițiile martorilor și în al doilea rând în urma cercetării locului infracțiunii, neurologii se orientează asupra diagnosticului în special pe baza anamnezei și secundar pe baza datelor examenului clinic.

Principiile generale ale anamnezei sunt aceleași indiferent de simptomatologie. Însă importanța etapelor anamnezei diferă în funcție de simptom. În cele ce urmează, vor fi schematizate principalele etape ale anamnezei. De regulă, anamneza este prezentată în mod convențional (a se vedea mai jos) astfel încât medicul care solicită sau citește anamneza să poată anticipa ordinea prezentării informațiilor. Fiecare clinician utilizează o tehnică proprie de investigare anamnestică, deseori în funcție de particularitățile cazului clinic în fața căruia se află. Structura subcapitolului de față respectă tehnica uzuală de investigare anamnestică — deși, în anumite situații, secvențialitatea etapelor anamnezei poate fi diferită.

## Anamneza neurologică

Vârsta, sexul, lateralitatea funcțiilor motorii (dextralitate, sinistralitate, lateralitate mixtă, ambidextrie), profesia

Istoricul simptomatologiei curente

Chestionarul neurologic de rutină

Antecedentele patologice

Medicația și alergiile

Anamneza familială

Anamneza socială

### *Datele generale ale pacientului*

În primul rând, se consemnează datele generale ale pacientului — vârsta, sexul, lateralitatea funcțiilor motorii, profesia actuală sau anterioară.

Lateralitatea funcțiilor motorii este importantă. Emisfera cerebrală stângă asigură controlul vorbirii la aproape toate persoanele care utilizează cu precădere mâna dreaptă (dreptacii) și la 70% dintre stângaci (care folosesc cu precădere mâna stângă) și ambidextri (care folosesc cu aceeași îndemănare ambele mâini).

### Simptomatologia curentă

Se începe cu o formulare directă, cum ar fi "Ce s-a întâmplat?" sau "Relatați-mi totul de la bun început". Pacientul trebuie lăsat să relateze evenimentele cu propriile cuvinte, fără prea multe intervenții. Uneori pacientul trebuie încurajat să relateze evenimentele de la început. Deseori, pacienții încep să descrie acuzele din momentul examinării; însă acestea pot fi mai ușor evaluate dacă examinatorul cunoaște evenimentele care le-au precipitat apariția.

Din relatarea pacientului se vor deduce următoarele aspecte (Diagrama 1.1):

- *Tipul simptomatologiei.* Este importantă înțelegerea exactă a simptomelor descrise de către pacient. Spre exemplu, senzația de amețeală poate însemna atât vertij (senzație de mișcare rotatorie) cât și o tulburare de echilibru sau senzația de leșin. Unii pacienți pot utiliza termenul de vedere neclară cu înțelesul de diplopie. Uneori, pareza fără anestezie asociată poate fi descrisă ca o senzație de amorțeală la nivelul unui anumit segment al corpului.

De reținut: În situațiile în care pacientul nu poate relatea el însuși evenimentele sau când de la acesta nu se poate obține o anamneză corespunzătoare din diverse motive, cum ar fi o tulburare a vorbirii, datele anamnestică trebuie prelevate de la alte persoane, rude, prieteni sau trecători, în măsura în care acest lucru este posibil.

- *Istoricul simptomatologiei* descrie ritmul instalării patologiei (vezi Tabelul și Fig. 1.1).

Debutul: Cum a debutat simptomatologia? Brusca, în decurs de câteva secunde, în decurs de câteva minute, ore, zile, săptămâni sau luni?

- *Progresia:* Simptomatologia este continuă sau intermitentă? Simptomatologia s-a ameliorat, este staționară sau s-a agravat (progresiv sau treptat)? În descrierea progresiei simptomatologiei se recomandă utilizarea reperelor funcționale; spre exemplu, pacientul aleargă, merge normal, se sprijină în baston, merge cu ajutorul unui cadru sau al unui cărucior.
- *Ciclicitatea:* Dacă simptomatologia are caracter intermitent, care este durata și frecvența episoadelor?

*Sugestie:* Este indicată obținerea descrierii exacte a fiecărui episod, îndeosebi a primelor și a ultimelor evenimente, și nu a descrierii sumare a unui episod anume.

De asemenea, se vor stabili:

- *Factorii precipitanți sau atenuanți.* De reținut că un simptom relatat spontan este mult mai relevant decât un simptom relatat ca răspuns la întrebări directe adresate pacientului. De exemplu, rareori se întâmplă ca pacienții să relateze spontan agravarea cefaleei după tuse sau strănut, ceea ce sugerează prezența hipertensiunii intracraniene. În schimb, pacienții cu cefalee tensională și migrene vor relata agravarea cefalalgiiilor după tuse sau strănut doar dacă sunt întrebați direct.
- *Tratamente și investigații anterioare.* Este posibil ca tratamentele urmate anterior să fi favorizat declanșarea simptomatologiei sau să fi produs efecte adverse. Aceste informații sunt utile în stabilirea recomandărilor terapeutice viitoare.

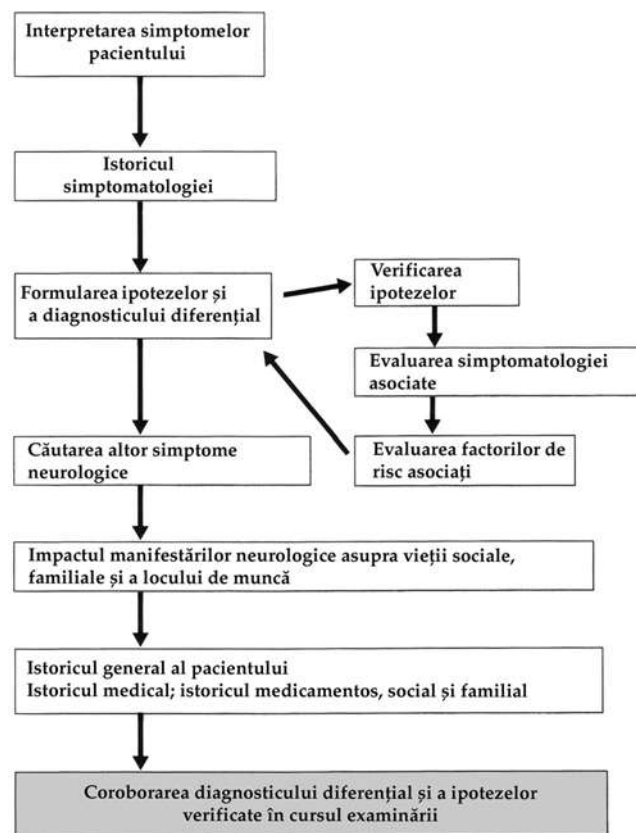


Diagrama 1.1

- *Statusul neurologic în momentul examinării.* Ce activități poate efectua pacientul în momentul examinării? Se va determina capacitatea funcțională a pacientului raportată la activitățile cotidiene. În mod evident, această determinare se face diferit în funcție de aspectele considerate — gradul de activitate și mobilitatea pacientului (se poate deplasa normal sau există un anumit grad de deficiență), capacitatea acestuia de a se alimenta, de a-și efectua igiena zilnică sau de a utiliza toaleta.
- *Formularea și verificarea ipotezelor clinice.* În timpul consemnării anamnezei, trebuie stabilite cauzele care stau la baza manifestărilor clinice. Astfel, pot fi luate în discuție diferite simptome asociate sau diverși factori precipitanți, care necesită o investigație aprofundată. De exemplu, dacă anamneza sugerează posibilitatea prezenței bolii Parkinson, trebuie investigat și scrisul pacientului — aspect care nu face parte din examinarea de rutină a celor mai mulți pacienți.
- *Căutarea altor simptome neurologice.* Se caută prezența altor simptome, cum ar fi: cefaleea, convulsiile, lipotimiile, abolirea temporară a

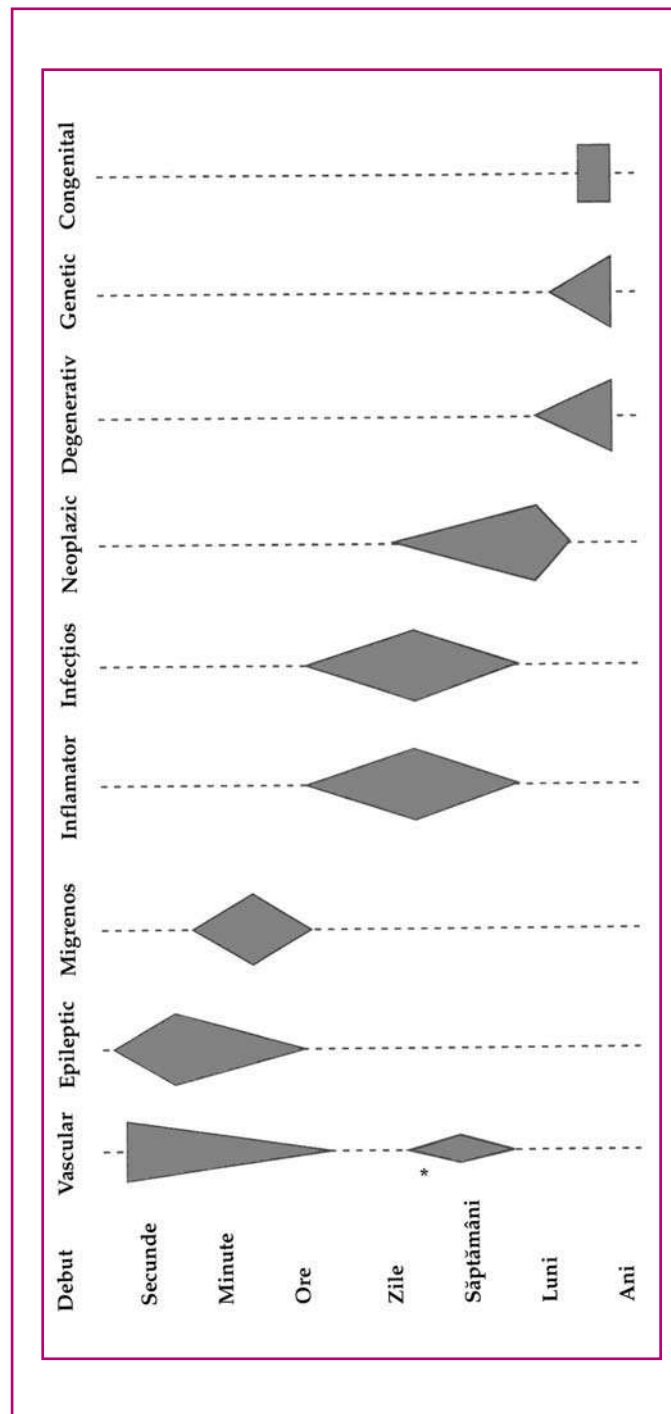


Exemplificarea importanței istoricului simptomatologiei în orientarea diagnostică	
Pacient în vârstă de 50 de ani acuză pierderea completă a vederii la ochiul drept:	
Istoricul simptomatologiei	Procesul patologic
Debut brusc, durată mai mică de 1 minut	Vascular: insuficiență circulatorie retiniană; amauroză fugace
Debut într-un interval de 10 minute, durată de 20 de minute	Migrenos
Debut într-un interval mai mare de 4 zile, cu ameliorare ulterioară în decurs de 6 săptămâni	Inflamator: inflamația nervului optic; nevrită optică
Evoluție progresivă într-un interval mai mare de 3 luni	Compresiune de nerv optic: posibil cauzată de un meningiom
Pacientă în vârstă de 65 de ani cu slăbiciune musculară la nivelul hemifetei, al membrului superior și al membrului inferior de partea stângă	
Istoricul simptomatologiei	Procesul patologic
Debut brusc, durată de 10 minute	Vascular: atac ischemic tranzitor
Debut într-un interval mai mare de 10 minute și persistență timp de câteva zile	Vascular: accident vascular cerebral
Debut într-un interval mai mare de 4 săptămâni	Tumoră subdurală?
Debut într-un interval mai mare de 4 luni	Foarte probabil de cauză tumorală
Simptomatologie prezentă din copilărie	Congenital

stării de conștiență, episoadele de amorteală, parestезii sau pareză, orice tip de dereglări sfincteriene (incontinență urinară sau fecală, retenție urinară sau constipație) sau semne vizuale, inclusiv diplopia, vederea neclară sau pierderea vederii. De regulă, în cazul unei verificări corecte a ipotezelor, este foarte puțin probabil să apară surprize.

### Greșeli și probleme uzuale

- Deseori, pacienții sunt tentați să relateze despre medicii consultați anterior, despre măsurile instituite de aceștia și despre concluziile la care au ajuns, în loc să descrie simptomatologia și evoluția acesteia. Aceste relații pot induce în eroare, și, prin urmare, trebuie privite cu circumspecție. Dacă informațiile relatate au totuși o anumită relevanță, trebuie obținută confirmarea acestora de la medicii consultați anterior.



**Figura 1.1**

Ritmul de evoluție a diferitelor procese patologice. Apariția tulburărilor metabolice și endocrinologice depinde de debutul afecțiunii metabolice sau endocrine. \* Tulburări vasculare tardive cauzate de un hematom subdural cronic.



În cele mai multe cazuri, discuția și relatările pacientului pot fi dirijate către anamneza simptomatologiei proprii.

- Întreruperea relatării pacientului printr-o serie de întrebări. De regulă, dacă nu sunt întrerupți, pacienții își continuă relatarea timp de 1-2 minute și apoi se opresc. Trebuie ascultați cu atenție; ulterior li se pot adresa întrebări pentru a clarifica aspectele neînțelese.
- Uneori, anamneza este incoerentă. Acest lucru este deseori întâlnit în cazul pacienților cu tulburări de vorbire, memorie sau concentrare și în cazul pacienților cu afecțiuni non-organice. Trebuie avute în vedere afazia, depresia, demența și nevroza isterică.

*Sugestie:* Deseori este util ca medicul să prezinte pacientului rezumatul anamnezei pentru a verifica dacă informațiile au fost corect înregistrate.

## Anamneza convențională

### *Antecedentele patologice*

Antecedentele patologice sunt relevante pentru elucidarea etiologiei sau pentru identificarea unor asociații comorbide cu afecțiunile neurologice ale pacientului. Spre exemplu, un istoric pozitiv de hipertensiune arterială este important în cazul pacienților cu accidente vasculare cerebrale; diabetul zaharat este sugestiv în cazul pacienților cu neuropatie periferică; antecedentele de chirurgie oncologică sunt importante în cazurile cu sindroame cerebrale focale și sugerează posibilitatea existenței unor metastaze la acest nivel.

Este recomandabil să se țină cont de argumentele clinice care susțin diagnosticul menționat de către pacient. De exemplu, un pacient a cărui anamneză începe cu "epilepsie cunoscută" s-ar putea să nu sufere de epilepsie; odată stabilit, un astfel de diagnostic este preluat ca atare, rareori fiind pus sub semnul întrebării, și, în consecință, pacientul în cauză primește un tratament inadecvat.

### *Anamneza familială*

Multe disfuncții neurologice au o componentă genetică și, prin urmare, o anamneză familială detaliată este deosebit de importantă pentru stabilirea diagnosticului. Chiar dacă nici un membru al familiei nu suferă de o disfuncție neurologică potențial relevantă, istoricul familial este totuși de un real ajutor. De exemplu, o anamneză familială negativă poate fi deosebit de relevantă:

- în cazul unui pacient fără frați sau surori, ai cărui părinți, ambii descendenți unici, au decedat la vârstă tânără din cauze fără relevanță pentru afecțiunea pacientului (de exemplu, în urma unor traumatisme); și
- în cazul unui pacient cu șapte frați sau surori mai mari și părinți (fiecare având patru frați sau surori mai mici) în viață.

În primul caz ar putea să existe o afecțiune heredo-colaterală deși anamneza familială nu este relevantă în acest sens; în cel de-al doilea caz, existența unei afecțiuni ereditare este foarte puțin probabilă.

Există și cazuri în care pacienții ezită să furnizeze informații despre anumite afecțiuni ereditare, cum este, spre exemplu, boala Huntington. Alteori, mai mulți membrii ai familiei pot prezenta forme ușoare de boală; de exemplu, în cazul neuropatiilor motorii și senzitive ereditare, unii membrii ai familiei remarcă faptul că au bolta plantară mai înaltă — acest aspect trebuie riguros investigat dacă se consideră că ar putea fi relevant pentru cazul respectiv.

### *Anamneza socială*

Pacienții cu afecțiuni neurologice prezintă un grad semnificativ de invaliditate. Mediul de viață, situația financiară, familia și însoțitorii reprezintă elemente deosebit de importante pentru asistarea curentă și viitoare a acestor pacienți.

### *Expunerea la substanțe nocive*

Este important să se stabilească existența expunerii la substanțe nocive, în această categorie de substanțe fiind incluse atât tutunul și alcoolul, cât și produsele industriale neurotoxice.

### *Anamneza sistemică*

Anamneza sistemică poate furniza elemente sugestive pentru o afecțiune sistemică, cu manifestări neurologice. De exemplu, un pacient cu ateroscleroză poate prezenta angină și claudicație intermitentă, dar și simptome cerebrovasculare.

### *Percepția pacientului asupra propriei afecțiuni*

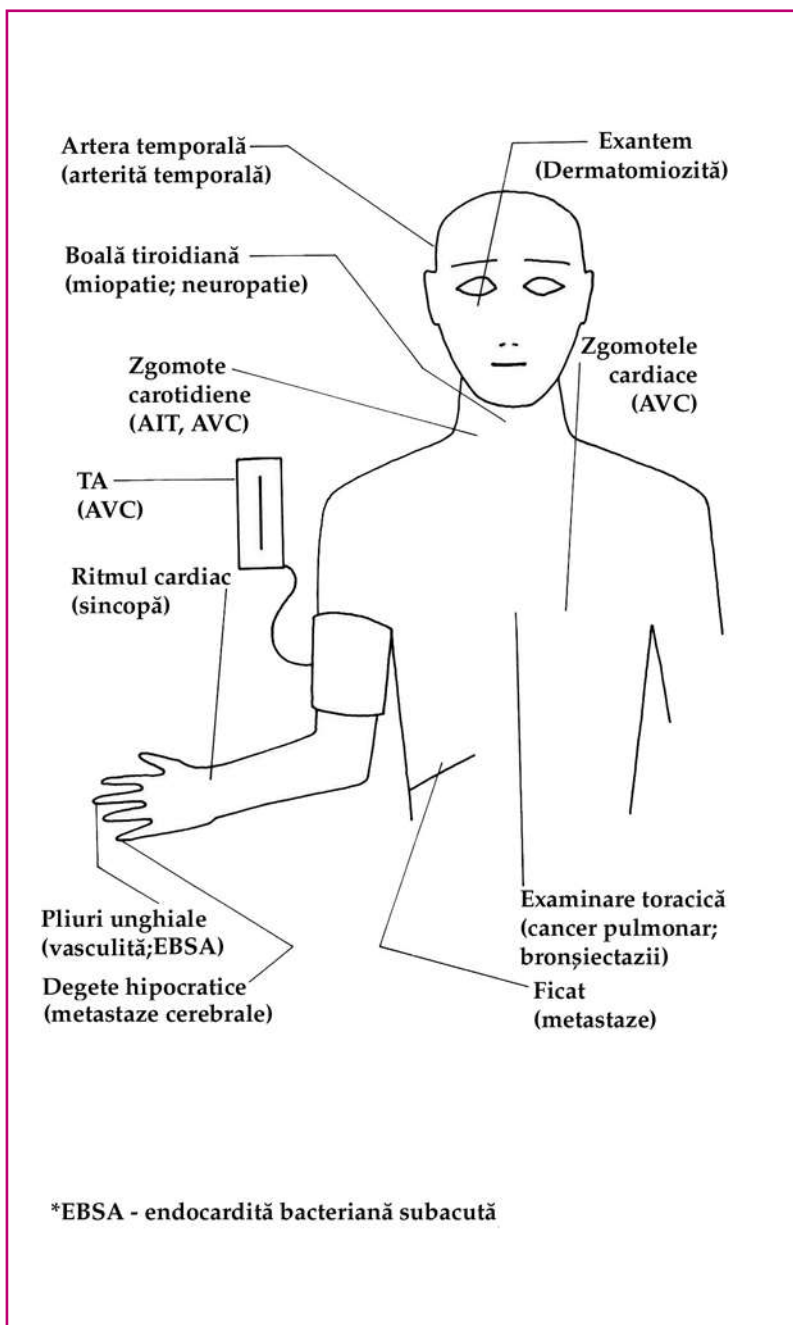
Se recomandă ca medicul să afle părerea pacienților în legătură cu propria stare de sănătate, în special în vederea discutării diagnosticului. Dacă pacienții intuiesc corect afecțiunea de care suferă, înseamnă că s-au gândit deja la această eventualitate. Dacă nu intuiesc corect afecțiunea, trebuie să li se explice de ce presupunerile inițiale și eventualele temeri nu sunt reale. Spre exemplu, în cazul unui pacient cu migrenă care se teme de existența unei tumori cerebrale, este important să se discute cu acesta diagnosticul diferențial.

### *Aveți altceva de adăugat?*

Întotdeauna, spre finalul anamnezei, se recomandă adresarea unei întrebări deschise de genul "Aveți altceva de adăugat?" — pentru a-i oferi pacientului șansa de a relata detalii suplimentare.

### *Sinteza anamnezei și diagnosticul diferențial*

Diagnosticul diferențial se face pe baza ipotezelor care rezultă în urma anamnezei. Examinarea clinică va urmări în principal depistarea semnelor specifice fiecăreia dintre supozițiile anamnestică.



**Figura 1.2**  
Examen clinic general cu relevanță pentru afecțiunile neurologice

## EXAMENUL CLINIC GENERAL

Examenul clinic general poate furniza indicii importante pentru diagnosticarea anumitor afecțiuni neurologice. De asemenea, examenul clinic poate depista o boală de sistem care prezintă complicații neurologice (Fig. 1.2).

În tabelul de mai jos sunt incluse câteva astfel de exemple.

Afecțiuni	Semn clinic	Patologie neurologică
<i>Afecțiuni degenerative</i>		
Ateroscleroză	Suflu carotidian	Accident vascular cerebral
Valvulopatie cardiacă	Suflu cardiac	Accident vascular cerebral
<i>Afecțiuni inflamatorii</i>		
Reumatism articular	Artrită și noduli reumatici	Neuropatii Compresiunea măduvei cervicale
<i>Afecțiuni endocrine</i>		
Hipotiroidism	Facies caracteristic, modificări ale tegumentului și ale părului	Sindrom cerebelos, miopatie
Diabet zaharat	Modificări retiniene Urme de injecție	Neuropatie
<i>Neoplazii</i>		
Cancer bronhopulmonar	Exsudat pleural	Metastaze cerebrale
Cancer mamar	Masă tumorală la nivelul sânelui	Metastaze cerebrale
<i>Afecțiuni dermatologice</i>		
Dermatomiozită	Exantem heliotrop	Dermatomiozită

Așadar, examenul general complet este important pentru evaluarea clinică a pacienților cu afecțiuni neurologice. Semnele clinice care trebuie căutate în cazul pacienților aflați în comă sunt prezentate în Capitolul 27.