

UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES

FACULDADE DE MEDICINA

PROPEDÊUTICA CLÍNICA

CORPO DOCENTE:

Professor Titular: Dr. Francisco Miguel Cury

Professores Assistentes: Dr. Clovis Toledo Moreno
Dr. Regis Carlos V. Boas
Dr. Hamilton H. Robledo
Dr. Jose Roberto Portante
Dra. Lia Mayumi Shimmio

PROPEDÊUTICA CLÍNICA

Hoje nós o recebemos como estudantes de medicina, que, no término do curso básico onde estudaram anatomia, bioquímica, biofísica, histologia, microbiologia, parasitologia e outras disciplinas, iniciam agora o curso pré-clínico. Cumpre-nos transmitir-lhes a formação e os conhecimentos necessários, a fim de que ao nos deixarem, ao término do ano letivo, estejam preparados para prosseguir de forma satisfatória como futuros médicos.

A Disciplina de Propedêutica Clínica tem como princípio básico prepará-los para o início do exercício profissional, quer ensinando, quer norteando-lhes o rumo conforme a orientação de nossos antigos mestres.

Ao realizar os primeiros contatos médicos – paciente, estejam conscientes do comportamento que deverão adotar, a fim que possam, em um futuro próximo, exercer com toda dignidade que merece, a ciência e a arte de Hipócrates.

A iniciação clínica ocorre com a entrada no hospital de Ensino, que marca de maneira nítida o término de uma etapa e o começo de outra, modificando inclusive o seu modo de trajar, com a exigência de roupa e sapatos brancos, os quais simbolizam as profundas alterações ocorridas.

Aprender a fazer anamnese assemelha-se ao duro aprendizado das primeiras letras; assim como o exame físico realizado com inspeção, palpação, percussão, e ausculta é comparável ao treinamento psicomotor pelo qual passam as crianças que estão aprendendo a escrever. Somente participando ativamente se consegue vencer esta fase inicial e aproveitando o ensejo, cumpre-nos relembrar as palavras de grandes mestres como:

Osler: “O diagnóstico físico é aprendido somente pela experiência; não é uma herança, não pode ser revelado. Aprenda a ver, aprenda a ouvir, aprenda a sentir, aprenda a cheirar, e saiba que somente pela prática poderá se tornar um perito”

Skda: “A percussão e a ausculta só podem ser aprendidas a custa de tempo e esforço”

É necessário sensibilidade para perceber as oportunidades de aprender e estar sempre disposto a atuar, considerando que agindo desta maneira estará se preparando para ser um profissional de destaque logo após sua graduação.

Ao adentrar o Hospital de Ensino, o estudante de medicina deve estar uniformizado e com aparência agradável, entende-se como aparência agradável, o asseio corporal, com roupas limpas, barba feita, cabelos penteados, unhas aparadas e aspecto saudável. Deve ser cometidos em suas atitudes, em sua linguagem e em seu comportamento.

A profissão médica exige disciplina, que o estudante deve impor-se e julgamos oportuno, neste momento relembrar as palavras de Hipócrates, no século V a.C.:

“Quando um médico entra em contato com um doente, convém estar atento ao modo como se comporta; devesse estar bem vestido, ter uma fisionomia tranquila dar toda atenção ao paciente, não perder a paciência e ficar calmo em presença em presença de dificuldades. É um ponto importante para o médico ter uma aparência agradável, porque aquele que não cuida do próprio corpo, não está em condições de se preocupar com os outros.

A pedra angular da medicina é o exame clínico, portanto, deveremos ressaltar sua importância. Os recursos tecnológicos disponíveis só são aplicados com proveito quando se parte de um exame clínico bem feito, permitindo escolher de modo adequado os exames mais úteis para cada caso e interpretado com espírito crítico os respectivos resultados.

Assim sendo, é de importância essencial ao estudante de medicina, e futuro médico, ter um conceito firme do normal, para poder comparar com o patológico. Do convívio direto com os pacientes se obtém o indispensável para a prática, condição essencial para desempenhar a arte e a ciência de Hipócrates.

A observação clínica é difícil, sutil e trabalhosa, requerendo para a sua execução conhecimento, método, calma, compreensão, paciência, perseverança e atitude de investigação, necessitando de supervisão direta e um bom roteiro básico na realização de um registro consciente. Através de repetições orientadas e supervisionadas, consegue-se a experiência necessária ao desempenho do futuro médico.

Conforme saliente o Prof. Dr. Castor Jordão Cobra em seu livro, Norma de Observação Clínica: “É da repetição ordenada e minuciosa dos métodos propedêuticos que resulta não só o diagnóstico almejado, mas também a possibilidade da formação do médico seguro e eficiente”.

É preciso saber considerar que o enfermo “não sabe medicina” razão pela qual a sua exposição, na maioria das vezes, deixa muito a desejar, quando a ordem, precisão e compreensão. Existem dentes faladores, enquanto outros são calados, de que as informações são arrancadas, exigindo cuidado, paciência, perseverança e persuasão.

É preciso ênfase dar ênfase ao fato de que principal objetivo do médico é o bem-estar de seus enfermos, entendendo-o como um ser que sofre, e compreende-os em seus padecimentos, receios e hesitações.

A confiança do doente é indispensável à cura, portanto o mesmo nunca deixará transparecer ao enfermo a sua atitude de dúvida e nem dirá qualquer palavra que o desanime ou desespere.

Ao termino da observação clínica, o médico, devera considerar os Postulados de Osler:

1. Examinei bem o doente?
2. Raciocinei bem sobre os dados encontrados?
3. O estado atual da ciência me permite fazer um diagnóstico?

Conforme o conceito de Semiologia podemos subdividi-lo em 3 partes:

Semiotécnica: Compreende a técnica de pesquisa dos sintomas e sinais e consiste na arte de explorar, isto é, de examinar o doente.

Semiogênese: Esmiuça o mecanismo de formação dos sintomas e sinais.

Propedêutica Clínica: Demanda o agrupamento dos dados recolhidos pela semiotécnica, os quais, criticados no seu intrínseco, servem para especificar o diagnóstico e presumir o prognóstico.

Considerando que o estudo da Semiologia envolve o conjunto das partes acima mencionadas, estabelecemos um roteiro de trabalho que executado de forma satisfatória, possibilitará assinalar toda a Propedêutica Clínica.

Assim sendo, teremos como objetivos básicos ensiná-los a:

- a) Compreender e memorizar a nomenclatura e roteiro básico da Semiologia;
- b) Conhecer a semiotécnica básica e adquirir destreza para executá-la sempre e com facilidade;
- c) Adquirir perfeito conhecimento do normal a fim de diferenciar o patológico;
- d) Detectar alterações fundamentais e começar a raciocinar clinicamente, chegando sempre que possível a alguns diagnósticos;
- e) Realizar constantemente exercícios para melhor fixar os principais tópicos que foram abordados.

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

“Juro,

Considerar os meus mestres igualmente a meus pais;

Ensinar esta arte, generosamente, aos meus e aos seus filhos, considerando-os iguais a meus irmãos, bem como aqueles que se comprometerem a praticá-la, sujeitos a este juramento e a nenhum outro em contrário;

Aplicar o tratamento em benefício dos doentes de acordo com a minha capacidade e consciência, evitando-lhes qualquer malefício, mesmo sob injunção de quem quer que seja;

Praticar jamais métodos que provoquem abortamento;
Conservar a dignidade de minha vida e minha arte;
Entrar na intimidade dos doentes tão só em seu benefício, sem corromper os costumes, nem lhes causar ofensa ou dano;
Guardar segredo do que quer que eu veja, ouça ou venha a conhecer no exercício da medicina ou fora dele, que não deva ser divulgado, considerando a discrição como um dever;
Manter este compromisso até o limite das minhas forças;
Se eu cumprir este juramento e de forma alguma o violar, seja-me permitido desfrutar de minha vida e de minha arte, gozando perenemente, fama e honra entre os homens;
Se eu o transgredir ou perjurar, seja o contrário meu destino”.

1. Semiotécnica:

Compreende o estudo das técnicas para pesquisa dos sintomas e sinais das doenças e consiste na arte de examinar o doente.

2. Semiogênese:

Consiste no estudo do mecanismo de formação dos sintomas e sinais.

3. Propedêutica Clínica:

Estuda o conjunto de dados recolhidos pela semiotécnica, que criticados no seu intrínseco, servem para especificar o diagnóstico e presumir o prognóstico.

4. Sintomas:

São manifestações subjetivas da doença, transtornos referidos pelo doente e não passíveis de verificação direta pelo médico. Chegam ao nosso conhecimento por meio de comunicação direta pelo médico. Chegam ao nosso conhecimento por meio de comunicação verbal do doente, através da anamnese. Temos como exemplos a dor, a tontura e a fraqueza.

5. Sinal:

São manifestações objetivas, transtornos de origem física, química ou biológica, que se reconhecem através do exame físico do doente ou pelo estudo de material dele procedente.

São exemplos de manifestações objetivas físicas: Hematomas, hepatomegalia, sopros cardíacos.

As manifestações objetivas químicas são obtidas quando componentes normais do organismo se apresentam com excesso ou deficiência, como por exemplo: Hiperglicemia, Hiperuricemia, Proteinúria.

6. Sintomas e Sinais Patognomônicos:

É o sintoma ou sinal muito significativo para o estabelecimento de determinado diagnóstico.

Temos como exemplo o Sinal de Babinski, onde há extensão lenta e majestosa do hálux na lesão piramidal.

7. Elementos Componentes da Observação Clínica:

Os elementos que compõe a Observação Clínica são: Identificação, Anamnese, Exame Físico, Exames Subsidiários, Diagnóstico, Prognóstico e Tratamento.

8. Importância Propedêutica e Componentes da Identificação:

A identificação torna possível a realização de estudos estatísticos e nosológicos, além de permitir inúmeras correlações das mais variadas naturezas.

Seus componentes são: Nome, Idade, Sexo, Cor, Estado Civil, Profissão, Religião, Naturalidade, Nacionalidade, Endereço e Procedência Anterior.

9. Conceito de Anamnese:

A anamnese constitui a base fundamental e insubstituível do diagnóstico, representando para este mais da metade dos elementos básicos.

Anamnese significa em sentido geral, o ato de recordar o que parecia esquecido, constituindo todas as informações prestadas pelo paciente ou pelos que o cercam, sobre o início e a evolução da doença que o levaram ao médico, assim como todos os antecedentes de saúde ou da doença do próprio interessado e de sua família. Informações colhidas pelo médico, por meio de interrogatório do doente e dos que o cercam, sobre as circunstâncias que procederam o estudo atual da doença, sua evolução, tudo aquilo que possa ser útil para o diagnóstico e terapêutica.

10. Elementos que constituem a anamnese propriamente dita:

Os elementos que a constituem são: Queixa e Duração, História progressiva da moléstia atual, Interrogatório sobre os diferentes órgãos, aparelhos ou sistemas, Antecedentes pessoais e Antecedentes familiares.

11. Queixa e Duração

É o motivo principal da consulta, indicando, a duração aproximada do sofrimento. Deve ser informada o mais resumidamente possível, nas próprias palavras do paciente.

12. Conceito e Características da História Progressiva da Moléstia Atual (HPMA):

É a descrição de quando e como se iniciou a doença e como se processou a evolução até o momento da consulta. O relato deve ser desenvolvido minuciosamente e cuidadosamente, em ordem cronológica idêntica a do historiador quando escreve uma biografia. Deve ter uma análise sistemática dos vários sintomas; deve acentuar possíveis repercussões sobre o estado geral e sobre a esfera psíquica; deve também referir o grau de confiança das informações.

Inclue a descrição de eventuais tratamentos, seus resultados e exames complementares já realizados.

13. Conceito e importância propedêutica do interrogatório sobre os diferentes órgãos, aparelhos e sistemas (ISDA):

Tem como finalidade descobrirmos outras moléstias ou dados que se relacionam ou não com o caso em observação, questionando ao paciente sobre possíveis sinais e sintomas, e que muitas vezes podem até passar-lhe despercebidos.

14. Conceito e importância propedêutica dos Antecedentes Pessoais:

O paciente deve ser cuidadosamente interrogado sobre fatos fisiológicos, mórbidos e psicossociais. Devemos realizar perguntas específicas sobre determinadas doenças, sobre intervenções cirúrgicas ou tratamentos fisioterápicos, os quais podem desencadear a recordação de fatos importantes, que de outra forma ficariam no esquecimento.

15. Conceito e importância propedêutica dos Antecedentes Familiares:

Consiste em obter-se informações sobre a ocorrência de doenças ascendentes, em irmãos, em primos, no conjugue, em descendentes. Tais elementos tem valor epidemiológico e também podem contribuir para a compreensão da etiopatogenia de muitos fatos, que de outro modo seriam mal interpretados, pela carência de informações relacionadas com o campo da genética, psicologia e sociologia.

16. Conceito e importância propedêutica do exame Físico:

No exame físico geral cabem informações sobre o estado geral do paciente, bem como dos sinais vitais.

No exame físico especial dos vários órgãos, aparelhos ou sistemas, devemos realizar com cuidado e minúcias a inspeção, palpação, percussão e ausculta de forma total e absoluta, estudando particularmente sinais relacionados com fatos apontados na anamnese.

17. Conceitos e importância propedêutica dos exames subsidiários:

Os exames subsidiários ou complementares, como a própria designação indica, representam elementos de complementação da observação. Assim sendo, a escolha dos exames subsidiários a serem requisitados decorre das informações procedentes da propedêutica clínica.

Havendo discordância entre conclusão baseada em elementos clínicos bem observados e conclusões de resultados de exames subsidiários deve prevalecer, na maioria das vezes, a interpretação clínica. Na prática médica a clínica é quase decisiva.

18: Diagnóstico:

É a conclusão a que chegamos através dos conhecimentos obtidos e consiste no reconhecimento, denominação e classificação da doença.

19. Tipos de diagnóstico componentes do diagnóstico clínico integral:

Os tipos de diagnóstico são: Anatômico, etiológico e fisiopatológico.

20. Conceito e exemplos de diagnóstico anatômico:

O diagnóstico anatômico consiste na localização das lesões. Temos como exemplo: Estenose mitral.

21. Conceito e exemplos de diagnóstico etiológico:

O diagnóstico etiológico consiste na causa da doença, podendo ser exemplificado por: Malformação congênita.

22. Conceito e exemplos do diagnóstico fisiopatológico:

Este diagnóstico faz referência às consequências sobre a função do órgão acometido. Exemplo: insuficiência cardiorespiratória.

23. Conceito e exemplos de diagnóstico Síndrômico:

Consiste em diagnóstico eventual que expressa uma síndrome clínica. Exemplo: Insuficiência Cardíaca Congestiva.

24. Definição de diagnóstico possível, provável ou definido:

Estes diagnósticos variam de acordo com o grau de certo diagnóstico.

Diagnóstico possível: é um diagnóstico duvidoso, de pequena evidência.

Diagnóstico provável: é um diagnóstico de grande evidência.

Diagnóstico definido: é um diagnóstico de certeza.

25. Conceito de Diagnóstico Direto:

Diagnóstico direto ou positivo é aquele elaborado com apoio em quadro clínico suficientemente rico e capaz de levar a certeza afirmativa do diagnóstico.

26. Conceito de Diagnóstico Diferencial:

É o diagnóstico elaborado por via indireta, por exclusão, em face da existência de sinais contraditórios em outras afecções, que não a diagnosticada.

27. Conceito e exemplos de Síndrome Clínica:

É um conjunto de sintomas e sinais que se apresentam para definir, designar uma entidade mórbida, a qual, pode ser produzida por causas diversas. Temos como exemplos a Síndrome da Insuficiência Cardíaca, Síndrome da Insuficiência Hepática e Síndrome de Reiter.

28. Conceito de Prognóstico:

É a antevisão aproximada da provável evolução da doença diagnosticada, indicando-lhe a gravidade a iminência de seqüelas anatômicas e fisiopatológicas, e possibilidade de cura total ou de óbito próximo ou distante.

29. Correlação do tratamento com o diagnóstico nosológico bem fundamentados:

A precisão da consulta terapêutica está intimamente vinculada à perfeição e segurança do diagnóstico. Somente a consulta de diagnóstico bem fundamentado se pode alcançar o objetivo máximo da medicina aplicada, que é o estabelecimento de programas terapêuticos rigorosos ajustados a cada caso particular.

30. Conceito de Evolução:

Em uma observação clínica, realiza-se a evolução na forma de anotações diárias ou periódicas, a cada 6 horas, de hora em hora, caracterizando o desenvolver da doença, seja para o bem ou mal, para a melhora ou piora.

31. Conceito de Causa Mortis:

Condições fisiopatológicas e orgânicas que resultaram na morte. Doença ou estado mórbido que provocou diretamente o óbito.

FATORES PRINCIPAIS PARA A OBSERVAÇÃO

Identificação: nome, idade, sexo, cor, estado civil, profissão, religião, naturalidade, nacionalidade, residência, procedência anterior.

Anamnese:

1. Q. D.: Razões que levaram o paciente a procurar o médico e a quanto tempo está doente.

2. H.P.M.A.:

Relato cronológico dos sintomas referidos na Q. D., Início, forma inicial, sua duração, evolução e periodicidade. Outros sintomas que acompanham principalmente os referentes ao aparelho comprometido. Repercussão sobre o estado geral e psíquico. Relatar os sintomas negativos que tem importância no caso. Opinar sobre a confiança merecida pelas informações. Procurar tanto quanto possível obter os dados da H.P.M.A. por anamnese passiva. Ex.: havendo dor, assinalar início, localização, intensidade, caráter, irradiações, duração, periodicidade, fenômenos que acompanham, aliviam e agravam.

3. I.S.D.A.:

- a) Cabeça: cefaléias, vertigens, tonturas, tonturas, traumatismo.
- b) Olhos: perturbações visuais (acuidade, escotomas, diplopias, moscas volantes), lacrimejamento, inflamação, secreção, edema, dor.
- c) Nariz: olfato, obstrução, corrimento, dor, epistaxes.
- d) Oro-faringe: gustação, halitose, estado dos dentes, sangramento das gengivas, inflamação das gengivas, aftas, dor de garganta, rouquidão.
- e) Orelhas: surdez, zumbidos, corrimentos, dor.
- f) Aparelho respiratório: voz, dispnéia, tosse, expectoração (cor, aspecto, cheiro, quantidade, consistência, horário, variações com os decúbitos, sangue), hemoptise, chiado, opressão, dor torácica, traumatismo.
- g) Aparelho cardio-vascular: dispnéia, síncope, dor pré-cordial (suas características), palpitações, edemas, claudicação intermitente.

- h) Aparelho digestivo: apetite, mastigação, deglutição, digestão, náuseas, vômitos, eructação, azia, hematêmese, dores abdominais, ritmo das evacuações, prisão de ventre, diarreia, disenteria, melena, enterorragia, tenesmo, hemorróidas, distensão abdominal, flatulência, aspecto das fezes (consistência, forma, cheiro, volume, catarro, dor, sangue, restos alimentares, parasitas intestinas), icterícia, perda de peso.
- i) Aparelho urinário: micção e seus distúrbios (disúria, polaciúria, poliúria, intermitência, jato, anúria, incontinência, enurese, retenção, nictúria), cólica renal, caracteres macroscópicos da urina (aspectos, cor, quantidade, cheiro).
- j) Aparelho genital:
 - 1. masculino: potência coeundi e generandi, corrimentos, ulcerações, dor pós-coito, presença de sangue no esperma. Testículos (volume, dor, veias, ausência).
 - 2. feminino: menarca, períodos menstruais (periodicidade, quantidade, duração, meno-metrorragias, dismenorréia), corrimentos, dispareunia, ulcerações vulvares, prurido, menopausa.
- k) Sistema nervoso e psiquismo: nervosismo, insônia, sonolência, vertigens, tremores, convulsões, parestias, paralisias, tics, contraturas, equilíbrio, estado mental, memória, modificações do temperamento.
- l) Aparelho locomotor: fraqueza muscular, dores musculares, dores articulares, edemas articulares, câimbras.
- m) Pele e anexos: erupções, manchas, pruridos, tumorações, modificações de dor, sudorese (em particular, suores noturnos), pêlos (aumento, diminuição).

4. Antecedentes Pessoais:

Referir todas as moléstias bem definidas que o paciente apresentou desde o nascimento até a moléstia atual, tanto quanto possível em ordem cronológica.

- a) Condições de nascimento: parto (a termo ou prematuro, normal ou patológico), indagar se teve icterícia.
- b) Moléstias comuns na infância: sarampo, coqueluche, varicela, escarlatina, parotidite epidêmica, difteria.
- c) Outras moléstias infecciosas: amigdalites, meningites, varíola, poliomielite, febre tifóide, reumatismo (caracterizar), coréia.
- d) Passado venéreo.
- e) Moléstias do aparelho digestivo.
- f) Moléstias do aparelho respiratório.
- g) Moléstias do aparelho urinário.
- h) Intervenções cirúrgicas.
- i) Acidentes traumáticos importantes.
- j) Alergias, particularmente alergias medicamentosas.
- k) Vícios habituais: fumo, álcool, entorpecentes e outras drogas.
- l) Hábitos pessoais:

1. Asseio corporal
 2. Condições de criação: educação na infância, puberdade, juventude e idade adulta.
 3. Inquérito alimentar: ritmo das refeições, mastigação, alimentos que fazem parte da dieta habitual. Intolerâncias alimentares.
- m) Residências anteriores (possíveis zonas endêmicas de moléstias como malária, chagas, leishmaniose, outras verminoses, etc.).
- n) Outras profissões.

5. Antecedentes familiares e hereditários:

Interrogar da existência de doenças hereditárias ou transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, distúrbios psíquicos, câncer, hemopatias, alergias, afecções gastro-intestinais, febre reumática, lues, lepra, tuberculose).

Interrogar sobre a saúde dos pais, irmãos, tios e avós.

Em pacientes casados, interrogar sobre o estado de saúde do cônjuge, se tem filhos, existência de abortos e natimortos.

Exame Médico

1. Exame Físico Geral:

- a) Sinais vitais: peso atual e habitual, altura, temperatura, pulso, frequência respiratória, pressão arterial.
- b) Tipo morfológico: (longilíneo, normolíneo, brevilíneo), estado geral de nutrição, fâcies, decúbito e atitude (ativa, passiva, indiferente ou forçada).
- c) Pele: coloração, elasticidade, turgidez, umidade, lesões elementares, dermatografismo, edemas, hematomas, circulação colateral venosa visível.
- d) Fâneros:
 - Pêlos: cor, resistência, espessura, distribuição de acordo com o sexo, hipo ou hipertricose, alopecia, parasitas.
 - Unhas: cor, aspecto, forma, tamanho, resistência, espessura.
- e) Tecido adiposo: escasso ou abundante, lipomas.
- f) Sistema muscular: tonicidade, força muscular, hipo e hipertrofia.
- g) Constituição esquelética: normal, deformidades, dor periosteal (tibiaalgia e esternalgia).
- h) Sistema ganglionar: exame dos diversos grupos ganglionares (cervical, occipital, submaxilares, maxilares, epitrocleanos, crurais, poplíteos). Assinalar número, tamanho, consistência, forma, cor da pele no local, coalescência, mobilidade, fístula e dor.
- i) Mucosas visíveis: coloração e lesões.

2. Exame Físico Especial:

- a) Crânio e Face:
Volume, simetria, exostoses, pontos dolorosos, tumorações, cicatrizes.
- b) Olhos:
 - b.1. Sobrancelhas: alopecia total ou parcial.
 - b.2. Pálpebras: edema (unilateral, bilateral), blefarite, ordéolo, calázio, xantelasma, rimopalpebral, ptose palpebral, entropião, ectropião.
 - b.3. Conjuntivas: secas, deiscionadas, amareladas, hemorrágicas, petéquias, pterígio.
 - b.4. Pupila: fotofobia, reflexo à luz, acomodação e consensual, anisocoria, mióse, midríase.
 - b.5. Íris: cor, arco senil.
 - b.6. Córnea: manchas brancas.
 - b.7. Musculatura extrínseca: nistagmos, paralisias, estrabismos.
 - b.8. Globo Ocular: exoftalmia, enoftalmia, (uni ou bilateral), consistência do globo ocular.
 - b.9. Fundo de Olho.
- c) Orelhas:
 - c.1. Deformações do pavilhão, tofos, tumores.
 - c.2. Corrimento.
 - c.3. Tímpano.
 - c.4. Audição.
- d) Nariz:
 - d.1. Deformações, corrimentos, obstruções, perfurações do septo, desvio do septo, ozena, epistaxes.
- e) Seios da Face e Mastóide:
 - e.1. Dor à pressão digital.
- f) Boca:
 - f.1. Lábios: lesões dermatológicas dos lábios, edema, malformações.
 - f.2. Gengivas: gengivite, ulcerações, pigmentações, fístulas, piorreias, petéquias, hipertrofias.
 - f.3. Dentes: estado de conservação, falhas, raízes, próteses, mal oclusões.
 - f.4. Língua: tamanho, coloração, papilas, saburra, placas mucosas, desvio, tremores, tipos (geográfica, careca, negra, pilosa, framboesa, etc.).
 - f.5. Bochecha: sinal de Koplik, leucoplasia.
 - f.6. Amígdalas e pilares: volume, hiperemia, criptas, expressão das amígdalas para verificação de exsudatos.
 - f.7. Véu do palato: paralisia.
- g) Pescoço:
 - g.1. Forma, simetria.
 - g.2. Laringe e traqueia: posição, movimentos, desvio. Sinal de Oliver-Cardarelli.
 - g.3. Fúrcula esternal: palpação da aorta, na fúrcula esternal.
 - g.4. pulsações arteriais e venosas visíveis.

- g.5. Estase jugular (uni ou bilateral).
- g.6. Palpação da subclávia. Frêmitos.
- g.7. Tireóide: forma, volume, consistência, nódulos, sinais de hiper ou hipotireoidismo.

TÓRAX

1) Aparelho Respiratório:

- a. Inspeção estática:
 - Descrição da pele, tecido celular sub-cutâneo, musculatura e sistema ósseo, assinalando anormalidades encontradas. Na mulher fazer o exame das mamas.
 - Descrição comparativa das regiões simétricas de ambos os hemitórax, nas suas faces anterior, laterais e posterior.
 - a.1. Face Anterior: ombros, clavículas, regiões supra-claviculares, infra-claviculares, região esternal, regiões mamárias, hipocôndrios, ângulo de Louis e de Charpy.
 - a.2. Face Posterior: ombros, regiões supra-escapulares, escapulares, inter-escapulares, ângulo inferior da escápula, bases, coluna vertebral, espaços intercostais.
 - a.3. Faces Laterais: axilares e infra-axilares.
 - a.4. Forma do tórax, presença de abaulamentos e retrações.
- b. Inspeção Dinâmica:
 - b.1. Tipo respiratório, frequência respiratória, expansão dos ápices e bases.
 - b.2. Ritmo respiratório: Normal, Cheyne-Stokes, Kussmaul, Cantani, Biot.
 - b.3. Tiragem e Cornagem.
 - b.4. Fenômeno de Litten, sinal de Lemos Torres.
- c. Palpação:
 - c.1. Edema, enfizema sub-cutâneo, regiões dolorosas, creptações, pontos de Valleix, contraturas musculares localizadas (sinal de Ramond), atrofias, palpação das mamas e sua expressão.
 - c.2. Pesquisa da elasticidade torácica: manobra de Laségue.
 - c.3. Expansão dos ápices e bases: Manobra de Rouaut e de Hoover.
 - c.4. Pesquisa dos frêmitos: Pleural, brônquicos e tóraco-vocal com avaliação numérica deste último.
- d. Percussão:
 - d.1. Percussão simétrica e comparativa das faces anterior, posterior e laterais do tórax.
 - d.2. Percussão da coluna vertebral. Sinal de Signorelli.
- e. Ausculta:

- e.1. Ausculta de regiões simétricas do tórax examinando as faces posterior, laterais e anterior.
- e.2. Identificação do murmúrio vesicular e respiração bronco-vesicular.
- e.3. Procurar ruídos adventícios: atritos, astertores, sopros.
- e.4. Ausculta da tosse: ouvir com atenção a expiração que acompanha a tosse e as inspirações seguintes, nas zonas suspeitas.
- e.5. Ausculta da voz: broncofonia, pectorilóquia (fônica e áfona), egofonia e anforofonia.
- e.6. Sinal da moeda e sucussão hipocrática.

2) Aparelho Circulatório:

Coração

- a. Inspeção:
 - a.1. Procurar o choque da ponta, deformações do pré-córdio: abaulamentos e retrações.
 - a.2. Verificar se há pulsações e retrações da região pré-cordial, pescoço, epigástrico e dorso. Assinalar a sede, intensidade e identificar o tempo da revolução cardíaca.
- b. Palpação:
 - b.1. Palpar o choque da ponta: sede, extensão, intensidade, posição, forma, mobilidade, ritmo, ausência, retração sistólica, multiplicidade.
 - b.2. Frêmitos: choques valvulares palpáveis: sede e tempo de revolução cardíaca.
- c. Ausculta
Auscultar sistematicamente os diversos focos e em seguida todo o precórdio; identificar a 1ª e a 2ª bulhas em cada foco, descrevendo sua intensidade, altura, modificação de timbre e desdobramento.
Identificar o ritmo cardíaco e eventuais alterações do mesmo. Ritmo de galope. Atrito pericárdico.
Sopros: identificar sede, tempo de evolução cardíaca, intensidade, timbre, altura, irradiação, alterações com as mudanças de posição do paciente, com os ruídos cardíacos, com os exercícios, com a maior ou menor pressão do estetoscópio.
- d. Percussão:
Pesquisar a macicez relativa e absoluta do coração e vasos da base.

Vasos Periféricos

- a. Artérias
 - a.1. Inspeção: unhas, pelos, pele, lesões, tróficas (ulcerações e gangrenas).

a.2. Palpação: frêmito, pulsos, (artérias temporal, facial, carótida, subclávia, axilar, braquial, ulnar, radial, aorta abdominal, ilíacas, femural, poplítea, tibial anterior, tibial posterior, pediosa).

a.3. Ausculta: sopros.

a.4. Provas propedêuticas da insuficiência arterial:

a.4.1 Membro Superior:

Isquemia palpar (Samuels)

Insuficiência ulnar (Allen)

Costela cervical (Adson)

Sinal do escaleno anterior

Sinal da Hiperabdução

a.4.2 Membro Inferior

Isquemia plantar (Samuels)

Tempo de enchimento venoso (Cooens)

Hiperemia reacional (Buerguer)

Ângulo de insuficiência circulatória (Buerguer).

a.5. Provas instrumentais:

Oscilometria

Oscilografia

Termometria cutâneo-muscular.

b. Veias

b.1. Inspeção: edema, pigmentação, celulite endurecida, ulcerações (complexo varicoso), estasias venosas (tipos: capilares, saxiformes, enoveladas), territórios de distribuição (safena magna, safena parva, mista, atípicas), circulação colateral parietal do tórax, e abdome (tipos: cava-cava, cava-porta), nódulos inflamatórios nos trajetos venosos.

b.2. Palpação: Trajetos varicosos (nos obesos, com semi-flexão do joelho), empastamento da panturrilha (nas flebites profundas), nódulos inflamatórios (nas flebites superficiais).

b.3. Provas propedêuticas nas flebopatias:

b.3.1. Varizes da Safena Magna: Insuficiência da válvula ostial e das válvulas das veias comunicantes (provas de Rima, Brodie, Trendleburg e Pratt).

b.3.2. Varizes da Safena Parva: Insuficiência da válvula ostial e das válvulas das comunicantes (provas de Pratt e Anderson).

b.3.3. Provas da Permeabilidade do sistema nervoso profundo da perna (provas de Perthes e Oschner)

b.3.4. Prova para pesquisa de flebite aguda profunda da perna (Prova de Homans).

c. Linfáticos:

c.1. Inspeção: Edema duro (elefantiásico), linfangite, celulite.

c.2. Palpação: Nódulos linfáticos, aspereza e rigidez da pele com aderências do sub-cutâneo aos planos subjacentes.

Abdomen

1) Inspeção:

- a. Forma
- b. Variações biotipológicas
- c. Variações patológicas
 - c.1 Simétricas: globoso, em batráquio, pendular, etc.
 - c.2 Assimétricas: Tumores, peristaltismo.
- d. Pele e Tecido celular subcutâneo: cicatrizes, fístulas, circulação colateral (caracterizar tipos), cicatriz umbilical (forma, posição, protusa ou não), pelos (distribuição normal para o sexo).
- e. Movimentos e pulsações:
 - e.1. Movimentos respiratórios: hipocôndrios e epigástrico
 - e.2. Peristaltismo e anti-peristaltismo.
 - e.3. Pulsações perigástricas e mesogástricas (aorta, tumores)
 - e.4. Tumores não pulsáveis nas regiões lombares.

2) Palpação:

- a. Superficial
Pele (sensibilidade): musculatura (flacidez, resistência localizada e generalizada). Regiões dolorosas. Tumores.
- b. Profunda e Deslizante:
Descrever os caracteres da palpação do estômago, duodeno, íleo terminal, ceco, colons ascendente, transverso, descendente e sigmoide, assinalando particularmente sede, consistência, forma, calibre, mobilidade, respiratória, de decúbito e espontânea, sensibilidade. Assinalar a presença de fenômenos acústicos associados: gargarejo, vascojejo, patinção e borborigmos. Dor localizada e à distância. Palpação do psoas. Palpação da aorta abdominal e das ilíacas (consistência, forma, dor).
Palpação do fígado e vesícula (manobra de Murphy), baço, rins, pâncreas, bexiga, útero, ovários (sede, consistência, tamanho, dor). Palpação do canal de Nuck. Palpação dos tumores em geral. Ao palpar um tumor abdominal, procurar verificar se ele é intra ou extra-peritoneal, dando a sua relação com vísceras abdominais e todas as suas características.

3) Percussão: Pesquisa do timpanismo normal. Pesquisa da macicêz hepática (desaparecimento: sinal de Jobert).

Pesquisa do espaço semilunar de Traube. Submacicêz móvel dos flancos e semi-círculo de Skoda. Manobra de Giordano. Sinal de Torres Homem.

- 4) Ausculta:
Ruídos hidro-aéreos. Atrito hepático e esplênico. Sopros na região umbilical.

Região Perineal, Ânus e Reto

- 1) Inspeção e Palpação:
Lesões da pele e tecido celular subcutâneo dessa região
- 2) Toque Ano-Retal:
 - a. Verificar estado do esfíncter anal: tônus, elasticidade, motricidade ativa, dor.
 - b. Examinar a zona pectínea: colunas de Morgani, hemorroidas e pólipos, sensibilidade e tumores.
 - c. Reto: consistência, próstata e vesícula seminal. Útero e anexos.
- 3) Órgãos Genitais:
 - a. Masculino (Inspeção e Palpação)
 - a.1. Pênis: malformações congênitas (fimose, parafimose, epispadias e hipospadias), alterações da pele, prepúcio, glândula, câncers (número, tamanho, bordas, consistência, dor), escoriações, secreções pelo meatúculo, tumores, palpação da uretra peniana, adenites satélites.
 - a.2. Escroto: Lesões da pele.
 - a.3. Testículos: verificar o número, ectopia, hematocele (transiluminação), palpação do testículo, do epidídimo e do cordão espermático. Descrever anormalidades encontradas.
 - b. Feminino:
 - b.1. Externos:
 - b.1.1. Integridade das formações vulvo-perineais.
 - b.1.2. Monte de Vênus: distribuição de pelos, lesões, parasitas.
 - b.1.3. Grandes lábios: tamanho, forma, tumores, inflamações localizadas.
 - b.1.4. Pequenos lábios: tamanho, forma, superfície, hipertrofia ou não, lesões localizadas.
 - b.1.5. Clítoris: tamanho normal ou hipertrofia.
 - b.1.6. Fúrcula vulvar e períneo: integridade ou ruptura.
 - b.1.7. Uretra: corrimento uretral e vaginal. Descrever as características do corrimento.
 - b.1.8. Hímem: forma, atresia, integridade.
 - b.1.9. Glândulas de Skene e Bartholin.
 - b.1.10. Verificar pela manobra do esforço o possível prolapso dos órgãos genitais internos.
 - b.2. Internos:

b.2.1. Toque vaginal simples: vagina (verificar forma, consistência, superfície e calibre), tumores, colo do útero (situação, superfície e orifício).

b.2.2. Toque vagino-abdominal (combinação do toque vaginal e palpação abdominal com a outra mão no hipogástrico).

Examinar: o corpo do útero (tamanho, consistência, posição, superfície, mobilidade), anexos (trompas, ovários, paramétrios), palpabilidade, consistência, superfície e dor.

b.2.3. Toque vagino-retal: verificação da integridade do períneo e espaço vagino-retal.

b.2.4. Toque retal.

b.2.5. Exame especular.

Exame Neurológico

1. Exame psíquico, linguagem, praxia.
2. Fácies, atitude, equilíbrio.
3. Motricidade:
 - a. Motricidade voluntária: força muscular, coordenação dos movimentos, hipocinesias, acinesias.
 - b. Movimentação passiva: estado das circulações, tonicidade muscular.
 - c. Motricidade automática: marcha, fala, respiração, deglutição, mastigação, mímica, etc.
 - d. Motricidade involuntária
 - d.1. Espontânea: tumores, coreias, etetoses, câibras, mioclonias, torsões, espasmos, balismos, tiques, convulsões.
 - d.2. Reflexa: reflexos propriamente ditos (clônicos, tônicos e simpáticos). Clono. Trepisações. Automatismo. Sincinesias.
4. Sensibilidade:
 - a. Especial (sensorial), compreendendo a visão, audição, olfação e gustação.
 - b. Geral
 - b.1. Subjetiva: dores, parestesias, distúrbios, cinestésicos.
 - b.2. Objetiva:
 - b.2.1. Superficial: tátil, térmica e dolorosa.
 - b.2.2. Profunda: segmentar, vibratória, visceral, dolorosa à pressão profunda, barestésica, estereognóstica.
5. Troficidade.
6. Fenômenos vaso-motores e secretores.
7. Nervos Cranianos.

Coluna Vertebral

1. Exame do paciente em pé:
 - a. Inspeção: Modificação nas curvaturas anormais.
 - b. Palpação: Apófises espinhosas (dor localizada ou irradiada). Contratura reflexa. Músculos das goteiras (espasmos de defesa).
 - c. Percussão: das apófises espinhosas.
 - d. Movimentação passiva: Pesquisa do alcance em hiperextensão.
 - e. Movimentação ativa: Pesquisa da concetração dos diversos grupos musculares.

Membros Superiores

1. Inspeção de Conjunto: nível dos ombros, atrofia (global, segmentar), hipertrofia, atitude geral (eixo dos membros).
2. Inspeção detalhada:
 - a. Cintura Escapular
 - a.1. Face posterior: espinha da escápula, ângulo inferior, fossas supra e infra-espinhosas.
 - a.2. Face anterior: acrômio, articulação acrômio-clavicular, clavícula, fossas supra e infra-claviculares, relevo deltoideo, sulco delto-peitoral, veia basílica.
 - b. Braço: V deltoideo, relevos de bíceps e tríceps, sulco bicipital interno.
 - c. Cotovelo: ulna varus e vulgus. Sulco bicipal interno (veia basílica) e externo (veia cefálica). Olecrano, epitróclea e epicôndilo (posição respectiva em extensão e flexão). Massas musculares epitrocleanas e epicondilianas.
 - d. Antebraço: relevos musculares.
 - e. Punho: cabeça da ulna, desvios em “dorso de garfo”, “lobinhos”, relevos tendinosos, “tabaqueira anatômica”.
 - f. Mão: atitude de repouso, “manus vara e valga” e atitudes paralíticas, eminência tênar e hipotênar, pregas e sulcos, calosidades.
3. Palpação:
 - a. Ombro: seguir sistematicamente as saliências ósseas (escápula, clavícula, cabeça do úmero, troquiter, troquin, sulco bicipital, coracóide, artéria subclávia, 1ª costela), palpação axilar, bolsa subdeltóidea.
 - b. Braço: V destóideo, artéria braquial, nervos mediano e radial.
 - c. Cotovelo: saliências ósseas (olecrano, epitróclea, epicôndilo), goteira epitrocleana, nervo ulnar, cabeça do rádio, sulco bicipital interno (nervo mediano e artéria braquial), sulco bicipital externo (nervo radial), tendão bicipital.
 - d. Antebraço: crista da ulna, massas musculares.

- e. Punho: saliências ósseas (epífise distal do rádio, apófise estilóide, cabeça da ulna, apófise estilóide, tabaqueira, escafóide e pisiforme), tendões, nervo mediano, tumores sinoviais (lobinhos), pulso radial.
- f. Mão: esqueleto, musculatura, espaços inter-ósseos, tendões (nódulos).

4. Movimentação passiva:

- a. Ombros: dissociar movimentação da articulação escapulo-umeral da escapulo-torácica. Transmissão dos movimentos do cotovelo à cabeça do úmero (luxações, fraturas).
- b. Bloqueios, ressaltos, crepitação e dor. Movimentos da articulação acrômio-clavicular (tecla).
- c. Cotovelo: posição de repouso, posição relativa das saliências ósseas em flexão e extensão. Articulação úmero-ulnar (bloqueio e limitações). Articulação rádio-ulnar proximal (ponto doloroso, ressalto, pronação dolorosa).
- d. Punho: posição de repouso e de função. Articulação rádio-carpiana (flexão, extensão, inclinação radial e ulnar). Articulação rádio-ulnar distal (pulso aberto). Repercussão dos movimentos nos tendões extensores e flexores.
- e. Mão: articulação metacarpo-falangeanas e interfalangeanas proximais e distais (pesquisar isoladamente). “Alcance” das metacarpo-falangeanas. Variações individuais (profissionais e congênitas).

5. Movimentação Ativa:

- a. Análise de ação dos grupos musculares dos diversos segmentos.

6. Mensuração:

- a. Linear: esterno-acromial, acrômio-olecraneana, olecrano-estilóide.
- b. Circular: perímetro deltóide, bicipital e antebraquial.

Membros Inferiores

1. Inspeção com paciente deitado:

- a. Atrofias (global, segmentar). Atitude geral (depende principalmente da coxo-femural).
- b. Cintura Pélvica: nível das espinhas ilíacas Antero Posteriores. Linha bi-ilíaca. Ângulo com linha alba. Prega interglútea. Pregas glúteas.
- c. Região coxo-femural: Grande trocanter. Fosseta trocantérica. Nível do trocanter. Linhas de Nelaton e Schoemaker. Triângulo de Bryant.
- d. Joelho: “genu valgum”, “genu varum” e “genu recurvatum”. Sub-luxação (posição de Sonnenburg). Posição da patela, fossetas para-patelares. Fossa poplíteia, relevos dos tendões ísquio-tibiais. Ligamento patelar e tuberosidade anterior da tíbia. Cabeça da fíbula.
- e. Perna: “Tíbia vara”, “tíbia valga”, “tíbia em sabre” (ante-recurvada).

- f. Tornozelo: Maléolos, fossetas pré e retro-maleolares. Saliências tendinosas.
- g. Pé: posição em repouso. Atitudes viciosas (pé equino), calcâneo (talus varo, valgo, cavo, plano). Saliências do calcanhar, arco longitudinal e arco transversal. Artelhos (halux valgus, artelhos em martelo, minus varus). Calosidades.
- h. Impressão Plantar.

2. Inspeção com paciente em pé:

- a. Desvio da bacia (báscula, desvio anterior), repercussão na coluna. Sinal de Trendlemburg. Acentuação dos desvios articulares móveis.

3. Palpação:

- a. Cintura Pélvica: Seguir sistematicamente, as saliências ósseas (EIAS, EIAI, EIPS, EIPI, cristas ilíacas, articulações sacro-ilíacas, sínfise púbica, ísquio, ramos ísquio-púbicos). Nervo ciático.
- b. Região coxo-femural: grande trocanter. Bolsa serosa trocantérica. Tendões adutores.
- c. Coxa: Massas musculares. Trajeto da artéria femoral e do nervo ciático.
- d. Joelho: Saliência óssea (côndilos femurais e tibiais, inserção dos ligamentos colaterais, tubérculo do grande adutor, patela, tuberosidade anterior da tibia). Membrana Sinovial. Derrame articular (choque da patela). Fossa poplíteia (artéria poplíteia e ramos no nervo ciático).
- e. Perna: crista e face antero-interna da tibia. Corpos musculares.
- f. Tornozelo: Posição dos maléolos nos planos frontal e transversal. Sinovial articular e das bainhas tendinosas. Tendões (Aquiles, fibulares laterais, tibial anterior e posterior, flexor comum dos artelhos, flexor próprio do grande artelho, fibular anterior pedioso). Pulso pedioso e tibial posterior.
- g. Pé: Tuberosidade do calcâneo, cabeça dos metatarsianos. Fáscia plantar. Seio do tarso.

4. Movimentação Passiva:

- a. Cintura Pélvica: articulação sacro-ilíaca e sínfise púbica (post-partum, trauma).
- b. Articulação coxo-femural: dissociar o movimento articular coxo-femural do movimento da bacia (Manobra de Thomas). Movimentos normais, limitações concêntrica e eletiva. Movimentos normais, limitação concêntrica e eletiva. Movimentos anormais (telescopagem).
- c. Joelhos: flexão, extensão, hiperextensão. Rotação (só em flexão). Movimentos anormais: abdução, adução, translação (sinal de gaveta). Bloqueios (pinçamentos).
- d. Tornozelo: Movimentos normais (flexão e extensão). Movimentos anormais (choque do astragalo).

e. Pé: Articulação sub-astragaliana (pronação). Articulação médio-társica (adução e abdução). Articulação dos artelhos.

5. Movimentação Ativa:

Estudo sistemático da função dos grupos musculares.

6. Mensuração:

a. Linear (correção prévia da bacia): Espinomaleolar interno, espino-condiliana interna, trocanter maleolar externo, côndilo maleolar, trocanter condiliano, etc.

b. Circular: perímetro da raiz da coxa, supra-patelar, panturrilha.

7. Marcha:

Estudo relacionado relacionado com os achados anteriores.

Sumário dos Dados Positivos:

Dar um pequeno sumário dos dados positivos na história e exame físico do paciente.

Hipóteses Diagnósticas:

Apontar as hipóteses diagnósticas que podem ser feitas baseadas na história e no exame físico.

Exames Subsidiários:

Pedir os exames subsidiários necessários para o esclarecimento e confirmação diagnóstica.

Diagnóstico:

Procurar fazer em todos os casos os seguintes diagnósticos:

1. Diagnóstico Etiológico
2. Diagnóstico Anatômico
3. Diagnóstico Funcional
4. Capacidade Funcional

Prognóstico

Tratamento

Evolução

Condições de Alta

Exame Físico Geral

A inspiração é feita em todo o corpo, face anterior, lateral, posterior, a fim de em visão panorâmica, focalizar determinadas alterações que depois deverão ser descritas minuciosamente.

Condições de exame:

- a) Iluminação homogênea
- b) Paciente tanto quanto possível despido, em pé, ou confortavelmente sentado.
- c) Médico em pé ou confortavelmente sentado.

a. Aspecto Geral:

Serão usados os adjetivos ótimo, bom, regular, mau ou péssimo.

b. Tipo Morfológico

Os indivíduos não são todos iguais, mas se levarmos em consideração a conformação corporal e certas características orgânicas, isto nos permitirá agrupa-los em 3 grupos ou tipos morfológicos.

1. Brevilíneos: Sistema Nervoso pouco excitável, tranqüilo.

- a) Crânio : $(IC = \frac{DT}{DL} \times 100)$ – Braquicéfalo ($IC > 80$)
 - b) Pescoço: Curto e grosso.
 - c) Tórax: Alongado, cilíndrico com o diâmetro antero-posterior aumentado.
 - d) Ângulo de Charpy: Obtuso, maior que 90° .
 - e) Diafragma: Alto, coração horizontal.
 - f) Distância de fúrcula esternal ao púbis: o segmento xifo-umbilical é maior que os segmentos esternal e umbilico-pubiano.
 - g) Membros: Curtos em relação ao tronco. Dedos curtos, grossos, musculosos e unhas espessas. Relação dedo/carpo é menor que 1 (um).
2. Longilíneos: Sistema nervoso excitável, inquieto.

- a) Crânio: $(IC = \frac{DT}{DL} \times 100)$ – Dolicocefalo ($IC < 75$)
- b) Pescoço: Delgado e longo.
- c) Tórax: Alongado e estreito.
- d) Ângulo de Charpy: agudo, menor que 90° .
- e) Diafragma: baixo, coração vertical.
- f) Distância da fúrcula esternal do púbis: o segmento esternal é maior do que os segmentos xifo-umbilical e umbilico-pubiano.
- g) Membros: longos em relação ao tronco. Dedos longos, finos, pouco musculosos e unhas finas. Relação dedo/carpo maior que 1 (um).

3. Normolíneos: O tipo normolíneo é considerado intermediário, apresenta físico harmônico e sistema neuro-muscular equilibrado.

c. **Fácies:**

É o estudo da fisionomia, permitindo a avaliação imediata do estado emocional, intelectual e de saúde do paciente.

Médicos bons fisionomistas tem facilidade para interpretar a linguagem do rosto - "Olho Clínico".

O valor clínico do estudo do semblante é muito grande, isto se adquire com treino, é preciso **VER** e não somente te **olhar**.

c.1. Avaliação da expressão fisionômica:

c.1.1. Avaliação do estado emocional do paciente: dor, medo, ansiedade, indiferença, calma, tristeza, apatia, depressão, etc.

c.1.2. Avaliação intelectual do paciente: inteligência, atenção, etc.

c.2. Alterações da fisionomia – características de processos patológicos.

c.2.1. Fácies que receberam nomes de autores: Fácies Hipocrática, Fácies Parkinsoniana.

c.2.2. Fácies que receberam nome de um sinal: Fácies Febris, Fácies Ictérica, Fácies Anêmica.

c.2.3. Fácies que receberam nome de uma doença: Fácies Adenoideana, Fácies Tetânica.

c.2.4. Fácies determinadas por certas terapêuticas: Fácies Cortisonica (moon face), Fácies Testosterônica, Fácies Estrogênica.

Alguns Fácies mais freqüentes:

a. **Fácies acromegálica:** Aumento do volume da face em relação ao crânio, nariz grande, queixo grande, orelhas grandes, cavidades orbitárias grandes, mandíbula grande, fronte larga e alta (perturbações da glândula hipófise).

b. **Fácies hipertiroideo:** Fisionomia de espanto, olhos muito salientes (exoftalmia), bem abertos, dando a impressão de que o paciente está assustado(olhar de "vaca brava"). (Perturbações da Glândula tireóide, hipertireoidismo, exagero do funcionamento).

- c. **Fáceis mixedematoso:** Fisionomia apagada, sem expressão, com o tecido celular sub-cutâneo infiltrado por um pequeno edema, duro, arredondando a fisionomia; edema palpebral, ar de apatia (perturbações devido a diminuição tireoidiana do hipotireoidismo).
- d. **Fáceis leonina:** Nariz avermelhado e aumentado de volume, disforme, nódulos do rosto deformando a fisionomia, as orelhas se apresentam ademaciadas e avermelhadas, queda dos supercílios (doença infecto-contagiosa produzida pelo Bacilo de Hansen – Hanseníase).
- e. **Fáceis hipocrática:** Os traços se afinam, nariz e lábios afilados, geralmente entreabertos, palidez do rosto e suor pegajoso, olhar coberto por inducto opaco, imobilidade absoluta, parecendo não ter mais contato com o ambiente (Fáceis agônica, dos indivíduos em agonia).
- f. **Fáceis tetânica:** concentração espasmódica das comissuras labiais dando a impressão de um sorriso de desprezo, “risus sardonicus” (Observada principalmente no tétano, causado pelo bacilo tetânico).
- g. **Fáceis parkinsoniana:** imobilidade dos traços fisionômicos, assemelhando-se à fisionomia de estátua, as pálpebras perderam seus movimentos, os globos oculares perderam sua mobilidade e o olhar tornou-se fixo e inexpressivo, cabeça ligeiramente inclinada para frente pela rigidez da musculatura do pescoço. (A moléstia de Prkinson é causada por degeneração do corpo estriado – sistema palidal).
- h. **Fácies miopática:** Ocorre atrofia dos músculos da face, a fisionomia exprime indiferença e estupidez, na face quase não se encontra uma ruga, lábios grossos e pouco móveis, com o lábio superior ligeiramente mais saliente que o inferior (lábio de Tapir, Anta), boca entreaberta que ao tentar sorrir provoca uma forte contratura de comissura labial, o que produz uma elevação (Miopatia é doença dos músculos da face ou de qualquer parte do organismo).
- i. **Fácies de Hutchinson:** Queda das pálpebras superiores (v=ptose palpebral) dando a impressão de grande sonolência, a fronte se enche de pregas transversais e os supercílios elevam-se porque o doente procura abrir os olhos, o que faz também, com que a cabeça se incline para trás. (Encontrada na paralisia externa total dos músculos elevadores das pálpebras superiores).
- j. **Fácies gerodérmica:** Pele amarela, rosto cheio de pregas, sem pelos ou com apenas uma ligeira penugem loira, sulco nasogeniano muito fundo, cabelos secos e precocemente brancos, dando aspecto de velho ou doente, supercílios finos, quase

ausentes. (gerodermia – pele envelhecida- ocorre em certas distrofias glandulares).

- k. Fácies adenoideana:** Fisionomia estúpida, rosto inexpressivo, nariz pequeno, narinas pequenas, lábio superior curto, deixando aparecer os dentes, lábio inferior grosso e pendente, boca constantemente aberta. (Ocorre quando o paciente tem vegetações adenóides – massas do tecido linfático que fazem parte do anel de Waldeyer).
- l. Fácies renal:** Edema acentuado, principalmente nas pálpebras, bochechas e pescoço, tornando a face arredondada semelhante à observada nos pacientes que estão tomando corticosteróides por tempo prolongado. (Corticosteróide: produto medicamentoso extraído do córtex da supra-renal).
- m. Fácies eunucóide:** Fisionomia apagada, olhar apagado e bestificado, sorriso inexpressivo e idiota (Ocorre na hipofunção genital).

d. **Peso:**

O peso está condicionado essencialmente à altura, idade e ao estado de nutrição.

Podemos estabelecer um peso teórico em torno do qual se encontra o peso normal, considerando as variações individuais fisiológicas.

Adultos – segundo a fórmula de Broca, o peso normal é dado pela altura em centímetros menos cem ($PN = \text{Alt. (cm)} - 100$), sendo assim, o peso teórico, o valor que excede de 1 m. ou 100 cm.

Crianças – Para crianças com mais de 2 anos de idade, o peso normal é dado por duas vezes a idade mais 8 (oito). $PN = 2n + 8$, onde $n =$ idade da criança em anos.

Deve-se perguntar sempre o peso habitual do paciente, pois através disso teremos possibilidades de verificar qual a variação ocorrida e em quanto tempo. Para melhor compreensão seguem alguns exemplos do que pode significar uma rápida variação de peso:

- a.** Aumento de peso superior a 1 Kg. Em 24 horas indica retenção de líquido = pré-edema.
- b.** Perda rápida de peso em pessoas jovens = Tuberculose ou diabetes.
- c.** Perda rápida de peso em pessoa idosa = neoplasias.
- d.** Perda de peso após a puberdade, em todas as idade = hipertireoidismo.

Sempre levando em consideração a proporção do peso com a altura, temos:

- d.1.** Peso excessivo (Obesidade).

d.1.1. Exógena (alimentar – excesso de alimentos).

d.1.2. Endógena (Endócrina – disfunção glandular).

d.2. Peso Insuficiente:

d.2.1. Magresa

d.2.2. Caquexia (em grau extremo).

e. Altura:

Sempre avaliada em relação ao peso. Comparar os diversos segmentos corpóreos em um estudo de proporção.

e.1. Altura excessiva (gigantismo – acima de 2 metros).

e.1.1. Harmônico (simples ou hereditário): conservam-se as proporções dos diversos segmentos corpóreos.

e.1.2. Disarmônico: Não existe proporção dos diversos segmentos corpóreos. Há dois tipos:

a) Acromegálico: Aumento dos ossos e partes moles (rosto, mãos, pés).

b) Eunucóide: predomínio dos membros e ausência dos caracteres sexuais secundários.

e.2. Harmônico: Conservam-se as proporções dos diversos segmentos corpóreos.

e.2.1. Disarmônico: não existe proporção dos diversos segmentos corpóreos. Há três tipos:

a) Acondroplásico: cabeça grande, nariz chato, tronco desenvolvido, abdômen proeminente, membros curtos.

b) Raquítico: Fronte olímpica, dentição defeituosa, rosário raquítico, deformações ósseas por tração muscular.

c) Cretino: devido a deficiência tireoideana, apresenta além do nanismo, a oligofrenia (insuficiente desenvolvimento da inteligência).

f. Idade Aparente:

Sempre avaliar a idade aparente e comparar com a idade real (cronológica).

g. Dados Vitais:

1. Pulso Arterial são os batimentos percebidos pelos dedos ao palpar uma artéria superficial, contra um plano resistente.

Os caracteres gerais do pulso são a frequência, ritmo, a amplitude, a tensão, sendo que, a artéria habitualmente utilizada para verificação desses caracteres é a artéria radial, no entanto, outras artérias podem

ser palpadas, principalmente as seguintes: carótida, croça da aorta, femural, tibial posterior e pediosa.

Semiotécnica: Pulso radial: O antebraço do paciente deve repousar flacidamente sobre um plano, apoiando o bordo ulnar, de tal forma que o bordo radial fique voltado para cima e para dentro. A artéria radial é palpada com o indicador e médio ou indicador, médio e anular, comprimindo a artéria contra o plano ósseo profundo.

Fouquet é de opinião que a pulsação é melhor sentida pelo dedo mais próximo do punho e que o dedo mais sensível é o indicador, por essa razão deve-se tomar o pulso do braço direito com a mão esquerda, e do braço esquerdo com a mão direita.

Características gerais do pulso:

a) Freqüência: É o numero de pulsações contadas por minuto. A freqüência do pulso varia de pessoa para pessoa, mesmo em condições normais e em repouso.

A freqüência do pulso é classificada em normal (normosfigmia), aumentada (taquisfigmia) e diminuída (bradisfigmia). O traçado do pulso é denominado esfigmograma.

O pulso arterial assume, nos diferentes grupos etários as seguintes freqüências por minuto:

Recém Nascido	– 140
Até 2 anos	– 120 a 140
2 a 10 anos	– 90 a 120
10 a 20 anos	– 70 a 90
20 a 60 anos	– 60 a 70
60 a mais	– há uma discreta elevação.

b) Ritmo: Um pulso é rítmico quando as pulsações se sucedem ritmicamente, isto é, há entre elas o mesmo espaço de tempo. As causas de irregularidades quanto ao ritmo são patológicas.

c) Amplitude: Ao grau de impulsão (recebido) percebido pelos dedos, denomina-se de amplitude do pulso. Normalmente as pulsações se sucedem mais ou menos com a mesma amplitude.

A pressão do pulso que é idêntica à pressão diferencial, determina a amplitude do pulso, assim sendo, quando a pressão diferencial está alta o pulso terá uma alta amplitude, ao passo que, se a pressão estiver baixa o pulso terá pequena amplitude.

O pulso, quanto à amplitude, pode ser: **Amplo** (ex: insuficiência aórtica), **Pouco Amplo** (ex: insuficiência cardíaca e hipotensão

arterial) e **Filiforme** (ex: estado de choque), neste caso quase não são perceptíveis na artéria radial.

d) Tensão: é a pressão que o dedo deve exercer para deter a onda pulsátil, ela depende da pressão do sangue na artéria e das condições da parede da artéria.

O pulso arterial normal é apenas palpável na sístole, entretanto, se a pressão diastólica estiver acima de 100 a artéria passa a ser palpável durante todo o ciclo cardíaco. Na arteriosclerose, endurecimento das artérias que acompanha a idade, também há aumento da tensão do pulso que se deve a artéria endurecida. (Muitas vezes temos a impressão de palpar uma traquéia de passarinho).

2. **Freqüência Respiratória:**

A freqüência respiratória deve ser tomada sem que o paciente perceba, porque pela emotividade ele poderá aumentar ou diminuir os movimentos respiratórios, perturbando a contagem.

A freqüência respiratória por minuto nos diferentes grupos etários assume a seguinte variação:

Recém Nascido	- 35 a 40
Até 1 ano	- 25 a 34
2 a 5 anos	- 20 a 25
5 a 10 anos	- 18 a 25
10 anos e mais	- 15 a 21

3. **Temperatura:**

Temperatura é a expressão numérica da quantidade de calor de um corpo. Observação Clínica, deve-se informar se a temperatura foi tomada por via axilar, oral, inguinal, vaginal ou retal.

Valores Normais de temperatura:

	Oscilação Normal	Média
Temperatura axilar	36,5 a 36,8	36,3
Temperatura oral	37,0 a 37,4	37,0
Temperatura vaginal	37,0 a 37,7	37,5
Temperatura retal	37,0 a 37,8	37,5

É sempre aconselhável que se tomem duas medidas de temperatura, uma externa e outra interna, pois há entre elas uma relação mais ou

menos constante, e a detecção desta relação pode fornecer dados importantes sobre possíveis alterações orgânicas.

Assim, a relação das temperaturas axilar e retal pode estar alterada, com elevação acentuada da temperatura retal, nos processos inflamatórios abdominais e pélvicos (apendicite, anexite) que é mais um sinal a favor da peritonite (inflamação do peritônio).

Eventuais causas de erros na tomada de temperatura:

a) Condições do paciente: é necessário que no momento da tomada de temperatura o paciente esteja em relativo repouso (o exercício eleva a temperatura). Não se deve tomar a temperatura bucal logo após a ingestão de alimentos muito quentes ou muito frios.

b) Colocação do termômetro: o bulbo precisa estar realmente em contato com a pele, não se deve colocar o termômetro no oco axilar, mas ter o cuidado de que a cuba de mercúrio fique na prega da axila.

Para a medida da temperatura bucal o termômetro deve ser colocado sob a língua (nas crianças, para evitar riscos, deve-se colocar entre a bochecha e a arcada dentária), e o paciente deve respirar pelo nariz mantendo a boca fechada.

Temperaturas anormais:

As temperaturas anormais são aquelas que ficam aquém (hipotermia) ou que vão além (hipertemia) dos valores normais.

A hipotermia pode ser causada por: Grandes hemorragias, inanição crônica (estado de extrema desnutrição), afecções crônicas do coração e dos pulmões, uremia aumentada (uréia é produto resultante do metabolismo das proteínas). A hipertemia, por sua vez, é um dos sintomas mais constantes da febre.

Febre: é a elevação da temperatura acima dos parâmetros normais, como decorrência de uma reação orgânica em face de certas agressões, especialmente as infecções.

4. Pressão Arterial:

Semiotécnica:

a) O esfigmomanômetro seja de mercúrio ou aneróide deve encontrar-se em boas condições e calibrado manualmente, ou mais amiúde se suspeitamos de defeitos.

- b) O paciente deve encontrar-se comodamente sentado, ou deitado, com o braço ligeiramente fletido, e o antebraço apoiado na mesma altura do coração, sobre uma superfície lisa. O braço não deve estar apertado pelas roupas.
- c) O manguito com 12 a 15 cm de diâmetro, completamente desinsuflado, será aplicado bem em contato e regularmente ao redor do braço, com sua borda inferior a 2,5 cm acima da prega do cotovelo.
- d) Pode-se usar a palpação para confirmar as determinações auscultatórias. A pressão no manguito deve ser rapidamente elevada de 10 em 10 mm de Hg, até que o pulso radial desapareça, para logo deixá-lo cair com maior rapidez. Quando sentirmos o pulso novamente, será o maior valor da pressão aquele que foi notado quando da primeira pulsação. Aceita-se como valor da Pressão Sistólica ou Pressão Máxima, o maior valor obtido entre a palpação e a ausculta.
- e) Para a ausculta, o estetoscópio deve ser colocado sobre a artéria braquial previamente palpada, sem tomar contato com o manguito e efetuando a menor pressão possível sobre a pele. A mão do paciente ficará em supinação ou pronação, aquela que melhores condições oferecerem para percepção mais nítida dos sons.
- f) Para determinar a pressão sistólica o braçal deve ser insuflado rapidamente até uma pressão de cerca de 30 mm de Hg acima do nível em que o pulso radial deixou de ser percebido, logo se desinsufla à velocidade de 2 a 3 mm de Hg/segundo.
- g) O nível em que aparece o primeiro ruído deve ser considerado como pressão sistólica, a menos que, como já vimos, o nível palpatório seja mais alto, caso em que aceitar-se-á este.
- h) Para determinar a pressão diastólica, ao baixar-se a pressão de maneira contínua, dentro do bocal, desaparecem os ruídos fortes e vibrantes que se tornam bruscamente surdos e abafados, e aí deve-se marcar a pressão sistólica.
- i) Sempre assinalar o braço em que foi determinada a PA, e se possível, pelo menos uma vez determinar a pressão em ambos os braços.

A pressão arterial normal do indivíduo adulto varia entre:

Pressão máxima – 110 a 140

Pressão mínima – 70 a 90

A PA apresenta, também, pequena variação referente a fatores como idade, sexo e tipo morfológico.

A pressão mínima ou diastólica tem maior significado no conceito de hipertensão, acima de 90 mmHg é considerado hipertensão arterial.

A pressão arterial, nos diferentes grupos etários, tem as cifras médias nos braços variando entre os seguintes valores.

Até 3 anos - 80x50

4 a 5 anos - 85x55

6 a 8 anos - 90x60
9 a 11 anos - 100x60
12 a 14 anos - 110x65
14 anos mais - 120x80

Há uma regra prática para determinarmos o valor teórico da PA levando-se em consideração a idade do indivíduo:

Adultos: P. Sistólica = 100 + idade
P. Diastólica = $\frac{PS}{2} + (10 \text{ ou } 20)$

Crianças: PS = 80 + 2n (n = idade)
PS = $\frac{OS}{2} + 10$

h. **Decúbitos e Atitudes:**

Atitude e decúbito é o modo pelo qual o paciente se apresenta no exame.

h.1. Decúbitos Ativos:

h.1.1. Indiferentes:

- a) Decúbito dorsal
- b) Decúbito ventral
- c) Decúbito lateral D e E
- d) Decúbitos diagonais, intermediários, etc.
- e) Decúbito ou posição recostada.

h.1.2. Preferenciais: São aqueles que os pacientes preferem por se sentirem melhor.

- a) Nas bronquiectasias, preferem estar na borda do leito com o tórax inclinado para drenar as secreções.
- b) Na nevralgia ciática, com a perna encolhida.

h.1.3. Forçados:

- a) Posição ortopnéica
- b) Posição genu-peitoral
- c) Posição Bleckmann (Sinal do travesseiro)

i. **Orientação no tempo e no espaço:**

Psiquismo:

Após ter conversado com o paciente, durante a elaboração da anamnese, conversando sobre seus males e antecedentes, está o médico capacitado para registrar sua impressão sobre o psiquismo do paciente.

Graus de Consciência:

1. Atividade psíquica normal
2. Atividade psíquica exagerada
3. Atividade psíquica diminuída ou deprimida
 - 3.1. Sonolência: é o menor grau dos sonos patológicos, o paciente desperta quando estimulado, retornando ao sono quando cessa o estímulo.
 - 3.2. Torpor: sonolência sem resposta aos estímulos normais e ordinários.
 - 3.3. Coma: perda da consciência, da sensibilidade e da motricidade voluntária, com conservação da circulação e respiração.
4. Atividade psíquica deturpada:
 - 4.1. Ilusão: interpretação errônea dos dados colhidos pelos órgãos dos sentidos.
 - 4.2. Alucinação: sensação subjetiva que não corresponde a estímulos externos.
 - 4.3. Delírio: perturbação mental caracterizada por ilusões e alucinações, fantasias breves.

Desordens da memória (Amnésia – perda da memória)

Perturbações da emotividade – crises de choro, risos, etc.

EXAME FÍSICO ESPECIAL

a) PELE

1. Estudo Propedêutico:

- a) Iluminação homogênea, de preferência luz natural.
- b) Inspeção panorâmica da pele, com paciente nu, em posição ereta, observando-se as faces anterior, posterior e lateral do corpo.
- c) Pormenorizar sempre as alterações ou desvios da normalidade, com descrição completa de todos os caracteres dessas alterações.
- d) Inspeção da palma das mãos e suas linhas quanto à cor.
- e) Verificar se há circulação colateral venosa.

- f) Havendo lesão dermatológica primária ou secundária, deve-se enumerar todos os seus caracteres. Caso necessário usar uma lupa, lâmina de vidro (vitro-pressão), descamação e biópsia de pele. Pele, assim denominada, é a união da epiderme com a derme.

2. Cor da pele:

a) Alterações generalizadas:

- a.1. Albinismo: sem pigmentação da pele, dos pelos e da íris.
- a.2. Avermelhada (Pletórica): hipervolemia, hiperhemoglobinemias nas poliglobulias ou eritrocitoses.
- a.3. Palidez: hipohemoglobinemias, hipovolemia, hipotireoidismo, constrição da microcirculação no choque com palidez ou “cúteis marmoradas”, espessamento da derme na esclerose progressiva.
- a.4. Cianose: aumento da hemoglobina reduzida, central, periférica e mista.
- a.5. Icterícia: Hiperbilirrubinemia colestática, não colestática, versínica, melânica, rebínica e flavínica.
- a.6. Amarelada: (sem ser icterícia), aumento de caroteno, ácido pícrico, xantonina.
- a.7. Palidez palha ou amarelo palha: urocromo mais anemia, falta de eritropoetina, na insuficiência renal crônica descompensada; hipovolemia+anemia da caquexia das neoplasias e linfomas; vasoconstrição da insuficiência aórtica com aumento da pressão diferencial; anemias acentuadas, hemolíticas com hiperbilirrubinemia.
- a.8. Bronzeada: aumento da hemossiderina no plasma.
- a.9. Acinzentada: argirismo (prata no sangue), metahemoglobinemias.
- a.10. Melanodérmica: acastanhado escuro da doença de Addison (insuficiência global adrenal primária)

b) Alterações Regionais ou Localizadas:

- b.1. Cianose: Alterações vasculares periféricas, cianose periférica; acrocianose; fenômeno de Raynaud; cúteis reticuladas cianóticas; cianose das obstruções agudas arteriais e venosas.
- b.2. Hiperemia palmar: Grave insuficiência hepática e circulatória intra-hepática na cirrose hepática tipo porta.
- b.3. Teleangiectasias cutâneas: Grave insuficiência hepatocítica e circulatória intra-hepática na cirrose hepática, tipo porta. Defeitos da microcirculação, genéticos, localizados e esparsos na pele e nas mucosas – Doença de Rendu-Osler. Em indivíduos normais, com pele muito clara e sob ação de muitos anos de sol no pescoço, na parte superior da face anterior do tórax e também na face, poderá ocorrer.

b.4. Nevos: Hemorrágicos e melânicos.

b.5. Discromias: Ausência de pigmento melânico – vitiligo, aumento localizado na pele do velho, ou na pele muito clara, mesmo no jovem e no adulto. Manchas hipercrômicas pequenas no dorso das mãos, no pescoço, na face, manchas “café com leite” de mais de 1 cm na neurofibromatose (doença de Von Recklinghausen).

Quando muito grande (doença de Albright) – displasia poliestática fibrosa.

3. Turgor, Mobilidade e Elasticidade:

Variam com a idade e o estado de nutrição do paciente. O valor da determinação destes caracteres é sob este aspecto nutricional.

Semiotécnica, semiogênese e significado propedêutico:

Pratica-se a palpação bi-digital em pinça para verificar o estado do sub-cutâneo, que estará com o turgor, a mobilidade e elasticidade aumentados (obesidade) ou diminuídos (desidratação, emagrecimento – caquexias).

A perda de água do sub-cutâneo, na desidratação e na caquexia torna a pele seca, de turgor e elasticidade diminuídos, que sofrendo o pinçamento bi-digital, pregueia-se e demora para voltar à posição inicial.

4. Umidade, secura e oleosidade:

A umidade da pele indica o estado correspondente à função das glândulas sudoríparas que normalmente secretam suor na quantidade de mais ou menos 1000 ml/dia – “perspiratio insensibilis” – sendo um dos elementos de manutenção homeostática do balanço da água dos eletrólitos e do equilíbrio térmico do organismo tanto que aos aumentos da temperatura ambiente há o aumento do suor (sudorese fisiológica).

Estes estados patológicos como a febre em crise, ou no decurso da mesma, poderá existir a sudorese com suor bastante quente em todo o corpo. Algumas vezes, passada a febre, nos casos crônicos restam vesículas epidérmicas de suor, que se denominam sudamina.

Nos estados de choque, na fase de vasodilatação, e de vasoparalisia, instala-se também a sudorese, a princípio quente e depois fria e até gelada que se inicia nos pés, mãos, couro cabeludo e testa para depois atingir todo o corpo.

A secreção mais pronunciada de suor em determinadas regiões indica fisiopatologias.

A sudorese ou hiperidrose fria das axilas, palmas das mãos principalmente e planta dos pés são comuns nos indivíduos inseguros e

neuróticos (influência psicógena do hipotálamo excitando o centro coordenador do orto-simpático).

A sudorese ou hiperidrose bem quente nas axilas, palma das mãos, planta dos pés indicam hipertireoidismo (acompanha tremor fino e rápido dos dedos ou de toda a mão).

A secura da pele (junta com a secura da língua – língua de papagaio com induto marrom no meio da face dorsal), indicam desidratação e acidose metabólica.

Congenitamente, o indivíduo com pobreza de glândulas sudoríparas apresenta pele seca e camada córnea da epiderme mais espessa.

A oleosidade da pele e dos pêlos é fornecida pelas glândulas sebáceas, seu exagero constitui a seborréia que prejudica a nutrição dos pêlos e favorece as alterações metabólicas e de fixação dos mesmos.

5. Edema:

O edema é identificado pela inspeção e palpação.

Caracteres Propedêuticos:

- a) Local: Regional ou generalizado (anasarca).
- b) Cor: Pálido, cianótico ou hiperemiado.
- c) Consistência: Mole, duro ou inelástico.
- d) Extensão: há o vício de assinalar-se de uma a quatro cruzes. Deve-se descrever as regiões tomadas pelo edema.
- e) Temperatura: Quente ou frio.
- f) Sensibilidade: indolor, doloroso, dolorido.
- g) Duração
- h) Circunstância de seu aparecimento e desaparecimento.
- i) Perturbações tróficas existentes ou não na pele: lisa, extravasamento de líquido, ulceração, celulite, foliculite, esclerodermia secundária do edema crônico e recidivante.

Palpação – Semiotécnica:

A palpação é feita na pesquisa do clássico Sinal de Godet. Depois de comprimir alguns segundos, observa-se pela inspeção e pelo deslizamento do dedo no “Godet” ou depressão deixada pela compressão.

6. Hematoma:

É o extravasamento tumoral, volumoso, de sangue predominantemente venoso, e que se dá por contusões em indivíduos com a sua

microcirculação normal, ou em doenças hemorrágicas, com participação fisiopatológica de microcirculação.

7. Circulação colateral venosa:

A circulação colateral venosa é classificada em cinco tipos de acordo com os vasos que acomete:

7.1. Troncos Braquicefálicos.

7.1.1. Direta (Sinal de Boinet)

- a) Engurgitamento venoso
- b) Estase jugular direita não pulsátil
- c) Edema da fossa supraclavicular direita

7.1.2. Esquerda (sinal de Dorendorff)

- a) Engurgitamento venoso
- b) Estase jugular esquerda não pulsátil
- c) Empastamento da fossa supraclavicular esquerda.

O sentido da corrente venosa é oblíquo, transverso de fora para dentro.

7.2. Cava superior

- a) Há o engurgitamento venoso das veias superficiais do pescoço, superfície e faces anterior e posterior do tronco e abdome.
- b) A estase jugular bilateral pode ser pulsátil (Sinal de Lancisi) na Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), e pode ser também não pulsátil na compressão da veia cava superior.
- c) Intercorrem, também nesse caso, edema “enpellerine”, fácies vultosa e o sentido da corrente venosa é de cima para baixo (sentido este, inverso do normal).

7.3. Porta

- a) Aparece aqui, engurgitamento venoso nas regiões dos hipocôndrios, epigástrica e mesogástrica – (veias xifoideana mediana e laterais, veia longo torácica superficial).
- b) Há a presença ou não do “caput medusae” – (engurgitamento venoso em torno da cicatriz umbilical). O sentido da corrente venosa é de baixo para cima e frequentemente temos presença de ascite.

7.4. Cava Inferior

- a) O engurgitamento surge nas veias subcutâneas do hemiabdomene inferior (veias hipogástricas superficiais), nas longo torácica superficial, sendo que o sentido da corrente é de baixo para cima (sentido inverso do normal).

7.5. Veias Ilíacas Primitivas

- a) Há o engurgitamento das veias sub-cutâneas do hemiabdomene inferior do lado da trombose ilíaca ou do tronco ilíaco femural.
- b) Não temos aqui, o engurgitamento das veias longo torácicas superficiais.

b) FÂNEROS (PÊLOS E UNHAS)

1. Pêlos:

- a) Cor: Normal e anormal.

A cor do pelo é variável com a concentração dos pigmentos, dando as colorações normais conhecidas, ou seja, preto, castanho e amarelo-claro.

A canície é fisiológica com a idade, além dos 40 ou 50 anos, havendo o embranquecimento dos cabelos, inicialmente nas regiões temporais e depois no restante e somente mais tarde, dos pelos de outras regiões e de maneira esparsa.

A canície precoce ocorre devido a violentos conflitos emocionais, por vezes aparecendo em horas ou dias.

Quando a canície associa-se ao nanismo, à magreza, à catarata e às vezes com o diabetes e arterioesclerose, antes de 30 ou 40 anos, de reconhecimento fisiopatológico constitucional, genético, é a Progéria.

O albinismo é um defeito da pigmentação genético, com diminuição acentuada da pigmentação da pele e íris.

- b) Distribuição normal dos pêlos:

O pêlo normalmente se desenvolve, desde tenra idade até a velhice, sob a ação de diversos fatores locais, como a textura dos folículos, irrigação, nutrição, pigmentação e lubrificação pela glândula sudorípara apócrina.

São fatores gerais de grande importância homeostasia endócrina e o estudo psicológico (plano inconsciente).

A fase homeostática endócrina varia com a idade e o sexo. Da primeira infância até a adrenarca existe uma quantidade escassa de pelos finos no couro cabeludo, na pele dos membros e do dorso, sendo pouco nos membros e dorso das crianças.

Aos 7 e 8 anos ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

O sexo masculino possui cabelos mais fortes e grossos, com distribuição característica, barba, bigode, pêlos pubianos (rombóide), abdome, tórax, dorso, membros superiores e membros inferiores.

O sexo feminino possui pêlos mais finos, mais curtos, podendo haver normalmente pêlos finos e curtos na face, quase imperceptíveis, pêlos pubianos (triangular) em quantidade e área bem menor.

No homem antes ou depois dos 30 anos, caem os cabelos nas regiões fronto-parietais laterais (entradas para os leigos) o que caracteriza o selo da atividade adrenal masculina.

Nas mulheres, após 60 ou 70 anos, surgem pêlos esparsos e duros na face, bigode, a voz fica grossa, tudo dependendo do aumento dos andrógenos de origem adrenal.

Tanto no homem como na mulher, os tipos morfológicos pícnicos e atléticos possuem maior quantidade de pêlos que os astênicos.

c) Quantidade:

c.1. Hipertricose ou Hirsutismo

É o aumento de pêlos, duros, fortes e longos na mulher (barba e bigode), devendo-se este fato ao aumento de esteróides androgênicos além da quantidade fisiológica, ou seja, o folículo piloso, encontra-se extremamente influenciável, metabolicamente, pelo hormônio considerado que se encontra em quantidade fisiológica.

Os esteróides androgênicos podem estar aumentados e associados com obesidade, distribuição axial tipo búfalo, estrias cutâneas e hipertensão arterial, constituindo a Síndrome do Cushing (adenoma ou tumores de córtex adrenal). Outras patologias que levam a essa sintomatologia são: Adenoma basófilo da hipófise anterior; tumores ovarianos (arrehenoblastoma) ou o ovário fibrocístico (síndrome de Stein-Leventhal); e síndrome Cushingóide iatrogênica (corticoidoterapia).

c.2. Hipotricose:

Diminuição da quantidade de pêlos em todo o corpo (generalizada ou localizada). Da mesma forma que a atricose ou alopecia, constitui a alteração do folículo piloso, por defeito metabólico geral ou local, ou especificamente determinado pela falta de andrógeno. As alopecias podem ser:

1. Cicatriciais: Não havendo possibilidade de recuperação.

- 1.1. Agentes físicos: irradiação por radioterapia e queimaduras.
- 1.2. Agentes químicos: cáusticos.

- 1.3. Agentes bacterianos: foliculite, Hansen.
- 1.4. Agentes micóticos: blastomicose, esporotricose.
- 1.5. Vírus: herpes zoster.
- 1.6. Neoplasias: CEC e CBC.
- 1.7. Mesenquimopatias: EPS (Esclerose progressiva sistêmica)

2. Não cicatriciais: Há possibilidade de regeneração.

- 2.1. Mecânica: região occipital em crianças deitadas, terço inferior da perna dos homens por canos das meias.
- 2.2. Gravídica: pode persistir e agravar em gestações seguintes.
- 2.3. Acreta ou pelada: doenças infecciosas, com febre alta.
- 2.4. Em clareira: sífilis secundária.
- 2.5. Infecções micóticas: tinhas.
- 2.6. Substâncias químicas: sais de tálio, quimioterápicos, antiblásticos, etc.
- 2.7. Eunuquismo e eunucoidismo: ausência ou siminuição de andrógenos.
- 2.8. Síndrome de Klinefelter.
- 2.9. Hipopituitarismo.
- 2.10. Cirrose hepática: insuficiência hepatocítica.
- 2.11. Distúrbios metabólicos complexos e gerais nas doenças malignas com diminuição da soroalbumina, de proteinemia, das vitaminas, etc.
- 2.12. Conflitos emocionais.

2. Unhas:

a) Forma: É normalmente convexa no diâmetro látero-lateral, com um ângulo de aproximadamente 160° , formado pelo plano da unha e a base da mesma na sua inserção na pele.

A alteração mais comum da forma é a convexidade em todos os diâmetros, com desaparecimento do ângulo da base, dando o aspecto de “vidro de relógio”, geralmente recobrem os dedos hipocráticos (dedos com a última falange em forma aproximadamente esférica – baqueta de tambor). Ambos devido a perturbação metabólica com anóxia crônica.

A deformação oposta, “unha em colher” ou coiloníquia provoca a concavidade de toda a unha. Ocorre em alterações metabólicas como sub-nutrição global, diminuição de soroalbumina, anemias.

O “sulco de Beau” caminha desde a raiz da unha até a borda livre. Geralmente é acompanhado de estrias esbranquiçadas (leuconíquias). As depressões puntiformes ocorrem devido a alterações metabólicas provocadas por afecções que comprometam a nutrição.

A deformação conseqüente à onicofagia adquire diversas formas e exprime a insegurança, sentimento de inferioridade e angústia constante, principalmente, em crianças e jovens.

A ausência de unha congênita (anoníquia) deve-se a falta de elementos genéticos da matriz.

b) Resistência e espessura: São variáveis com a idade, assim, na infância e na velhice são menores e na idade adulta mais consistentes.

b.1. Alterações da resistência e espessura:

b.1.1. Paquioníquia: unha grossa.

b.1.2. Escleroníquia: unha dura.

b.1.3. Onicogripose: unha grossa e encurvada no sentido longitudinal.

b.1.4. Onicorrexix: unha mole com excessiva fragilidade..

b.1.5. Helconíxia: destruição da unha deixando à vista o leito ungueal.

b.1.6. Onicocauxis: deslocamento da unha a partir da matriz e por debaixo cresce nova unha que expulsa a antiga.

b.1.7. Coloníquia: adelgamento da unha.

Geralmente as alterações de resistência e espessura são devidas a processos inflamatórios de diversas etiologias: micoses, infecções purulentas por diversas bactérias, sífilis, etc.

c) MUSCULATURA

1. Estudo Propedêutico:

A inspeção informa sobre o estado do trofismo muscular e a eventual presença de atitudes anormais e movimentos involuntários.

As atrofia musculares são classificadas em vários tipos, de acordo com a distribuição topográfica e outras características que apresentam:

a) Origem muscular:

a.1. Primária: distrofia muscular progressiva.

a.2. Secundária: lesões de estrutura nervosa afecção de colunas ventrais da medula, das raízes, plexos e nervos periféricos.

b) Outros fatores como inatividade motora e processos articulares regionais.

Hipertrofia musculares observam-se habitualmente na miotonia congênita e pseudohipertrofia em certas formas de miopatias.

Todas as formas de motilidade dependem do “arco reflexo”.

A tonicidade muscular é regulada pelo reflexo cujas vias são: Vias aferentes pelas extremidades livres dos neurônios sensitivos na intimidade dos músculos e das próprias vísceras – neurônios intercalares na medula espinal – núcleo vermelho mais cerebelo que enviam vias eferentes ou motoneurônios que mantêm o trofismo vâsculo-sanguíneo de cada um e de todos os músculos do sistema muscular estriado.

Assim, se explicarmos as miotrofias por lesões dos nervos periféricos (neurônio eferente) e as amiotrofias segmentares de qualquer músculo ou grupos musculares que não são mantidos pelo reflexo víscero-trófico de Pottenger, ou seja, as vias aferentes na víscera considerada estando lesada provocam nos músculos segmentares correspondentes aqueles metâmeros, a amiotrofia correspondente.

Ex.: Atrofia dos músculos trapézio, peitorais, intercostais, etc., correspondendo ao metâmero do lobo superior do pulmão lesado; as amiotrofias dos grupos musculares por lesão das fraturas, das lesões inflamatórias das mesenquimopatias, etc.

A palpação permite avaliar a consistência muscular, que poderá estar aumentada (contratura, rigidez, fibrose) ou diminuída (neuropatias periféricas). Nas miosites, os músculos apresentam-se muitas vezes duros e enrijecidos, podendo observar-se em casos especiais, focos de consistência óssea (miosite ossificante, calcinose), além da dor provocada e bem localizada.

A percussão poderá demonstrar a existência de modificações da reação idiomuscular, que se mostra aumentada nos casos de hipotonia, e diminuída nos casos de hipertrofia e de amiotrofia.

A percussão do músculo (e também sua compressão súbita e transversal) pode provocar o aparecimento do mioedema (contração muscular localizada e prolongada) que se traduz por ligeira tumefação na área estimulada e que perdura alguns segundos. Ocorre em indivíduos em mau estado de nutrição.

Na miotonia a excitabilidade mecânica dos músculos apresenta-se francamente aumentada; a contração determinada pela percussão é de tipo essencialmente tônico e persiste vários segundos (descontração lenta); observa-se no ponto estimulado a formação de sulcos mais ou menos pronunciado, nítido, quando se percute o deltóide, eminência ténar, hipotenar.

d) SISTEMA ÓSTEO-MUSCULAR

Ao exame físico geral, já a inspeção do paciente no julgamento do aspecto geral, do tipo constitucional, da pele, e depois, pela palpação dos ossos do crânio, da coluna vertebral, do tórax, dos membros, já pode

ser referido o sistema ósteo-muscular, na sua aparência normal e nas suas variações com os tipos constitucionais.

Os tipos (pícnico) brevilíneo e o (atlético), normolíneo, pela própria constituição e seus caracteres de melhor assimilação geral dos tecidos e daí também dos ossos e dos músculos, apresentam a ossatura e musculatura mais desenvolvidas e mais pesadas em relação ao tipo (astênico, leptossômico), longilíneo, que tem comparativamente uma menor assimilação dos tecidos por unidade de superfície e de tempo, apresenta a ossatura mais delicada, menos desenvolvida e também sua musculatura.

Essa característica explica porque os indivíduos pícnicos e atléticos facilmente engordam em regime de superalimentação ou regime calórico normal com diminuição do trabalho muscular, ocorrendo o contrário com o astênico que dificilmente se torna obeso e facilmente emagrece em qualquer das condições conhecidas.

1. Deformações ósseas: crânio, tórax, coluna vertebral e membros.

A inspeção geral do corpo nu do paciente, pela face anterior e posterior, em posição ereta e na marcha já indicam as possíveis deformações ósseas.

As deformações do crânio e o tipo de crânio já se evidenciam, assim como aquelas do tórax, as curvaturas anormais da coluna vertebral, o comprimento e a forma do segmento dos membros (encurtamento dos membros responsáveis pela deformação da coluna vertebral lombo-sacra), as deformações dos pés, das mãos, dos dedos e dos pedartículos.

2. Atrofias musculares: generalizada e regional (local)

A atrofia generalizada dos músculos estriados na caquexia é conseqüência do menor anabolismo, maior catabolismo decorrentes da falta de movimento muscular normal devido ao repouso. Os fatores determinantes do metabolismo muscular, com as reações bioquímicas respectivas, são justamente as atividades da contração e da descontração muscular. Neste estado há menor atividade endócrina global, pela desidratação lenta e progressiva de todos os tecidos e células, pela hipoproteïnemia, com hipossoroalbuminemia e pela hipovolemia própria dos estados caquéticos.

A atrofia regional ou local terá o metabolismo muscular alterado na região considerada, seja pela imobilidade, seja por inflamação ou degeneração, ou todos esses elementos conjuntamente, nos

processos inicialmente musculares, neurológicos ou inflamatórios locais. Ex.: Imobilização por fratura, distúrbios neurológicos, processos inflamatórios artríticos, artrite reumatóide e outras mesenquimopatias, artrites bacterianas e lesões primárias dos músculos.

3. Dores osteócopas:

Podem ser espontâneas (menos freqüentes) ou provocadas pela compressão e/ou percussão das superfícies ósseas.

A semiotécnica no exame físico geral é feita pela compressão e percussão digital ou com o martelo de percussão, dos ossos do crânio e da coluna vertebral.

EXAME FÍSICO ESPECIAL

a) Cabeça

1. Divisão em crânio e face:

Essa divisão é efetuada por uma linha que passa pela borda superior da cavidade orbitária (sobrancelhas), inclinando-se para baixo e para trás atingindo a região posterior ao nível da borda inferior do occipital (articulação occipito-atloideana) ou saliência occipital externa.

2. Conceito e Significado Propedêutico do Sinal de Musset:

Este sinal faz-se presente através do movimento involuntário da cabeça, no sentido de trás para frente, sincrônico com pulso arterial, ocorrendo com o aumento da amplitude do pulso arterial na artéria carótida nos estados de Insuficiência Aórtica com grande aumento da pressão arterial diferencial.

3. Conceito e Significado Propedêutico do Sinal de Felletti:

O movimento da cabeça, no sentido da frente para trás, sincrônico com o pulso arterial, caracteriza o sinal de Felletti. Deve-se ao aumento da amplitude dos pulsos das artérias vertebrais no aneurisma da aorta descendente e da croça da aorta.

4. Percussão da cabeça (couro cabeludo). Semiotécnica e Significado Propedêutico.

A percussão da cabeça efetua-se no sentido da pesquisa dolorosa do couro cabeludo ou do periósteo, e é feita com extremidade do 3º dedo fletido ou com o martelo de percussão. Os golpes devem ter mínima amplitude que não causam dor, comparando-se com a percussão do processo mastoide.

A existência da reação dolorosa, geralmente indica que pode haver processos patológicos que acometem o perióstio ou o osso. Periostites, neoplasias, afecções granulomatosas, tericuloendoteliose, inflamações e infecções ósseas podem desencadear distúrbios na sensibilidade periostal.

5. Semiotécnica e Significado Propedêutico na Palpação e Percussão do Processo Mastoide.

O processo mastoide propriamente dito é pressionado com o polegar ou indicador e é comparativo de pressões que serão exercidas em outros locais sem causar dor.

Afasta-se o pavilhão auricular e pressiona-se levemente com as polpas digitais dos dedos citados. Caso haja dor, pode estar intercorrendo um processo de mastoidite aguda.

A percussão efetuar-se-á com o dedo médio da mão direita fletido na falange proximal, ou também pode ser feita com martelo de percussão. A presença da dor indica mastoidites agudas, linfomas ou mielomas que causem dor osteócopas.

6. Semiotécnica de Palpação dos Seios Paranasais

São em número de quatro, frontais, maxilares, etmoidais e esfenoidais. Constituem cavidades ósseas ciliadas e produtores de muco que é drenado para as fossas nasais.

A pesquisa dolorosa dessas cavidades é efetuada com a polpa digital na emergência dos nervos do respectivo seio palpado. O dedo utilizado deve ser o polegar, exclusive no seio etmoidal, onde, por seu reduzido tamanho, deve ser utilizado o dedo mínimo.

7. Semiotécnica e Significado Propedêutico do Sinal do Chvosteck

O sinal de Chvosteck melhor se observa no nervo facial percutindo-se com o dedo médio fletido o lóbulo da orelha e abaixo da arcada zigomática. Presente o sinal haverá contração súbita dos músculos da face inervados por aquele nervo. O significado propedêutico, expresso então por tetania, pode ser alguns estados infecciosos como na raiva e tétano, intoxicação por estricnina e ergotamina, nas síndromes de hipo ou paratireoidismo, alcaloses e meningites.

8. Ausculta

A importância propedêutica da ausculta de cabeça refere-se à existência de corpos nos meningiomas-vascularizados, nas fístulas artério-venosas da artéria silvina, principalmente verificáveis em crianças.

a.1. Olhos

1. Reflexo foto-motor:

Ao incidirmos um feixe luminoso sobre a retina, a pupila se contrai em virtude do arco-reflexo que se estabelece.

A semiotécnica é realizada tampando-se totalmente um olho do paciente com uma das mãos e com a outra cobrindo parcialmente o outro olho de maneira que a pupila possa ser mantida fixa, observada e imóvel. Logo em seguida, retira-se a mão que tampava parcialmente o olho e com o aumento da luz incidente há a contração pupilar que é mais rápida quanto mais jovem for o paciente.

Quando a pesquisa desse reflexo é armada com foco de luz artificial a incidência do raio deve ser feita diretamente sobre a pupila e em ambiente escuro. As alterações se dão no sentido de lentidão (bradicoria) ou ausência.

A bradicoria acentua-se geralmente com o decorrer da idade do paciente ou com processos patológicos nos nervos, núcleos e retina, ou seja, em áreas reflexógenas. A ausência refere-se a condições lesivas dos nervos motor ocular comum e/ou nervo óptico, assim como da retina.

2. Reflexo Consensual:

Reflexo consensual é a contração pupilar do olho contra lateral, de menor intensidade, quando promovemos reflexo foto-motor em um dos olhos. Isto se dá graças à decussão de fibras pupilares no quiasma óptico atingindo o núcleo do nervo motor ocular comum do lado oposto.

A melhor maneira de se efetuar a semiotécnica desse reflexo é com câmara escura incidindo-se um feixe de luz no olho contra lateral e manter fixa a pupila desejada.

Na impossibilidade desse método, deve-se tapar totalmente o olho contra lateral e retirar a mão notando-se o reflexo na pupila observada.

A ausência bilateral de reflexo foto-motor encerra a inexistência do reflexo consensual, porém, sendo unilateral a presença ou não depende do fator da lesão que pode ser mais comumente: atrofia do nervo óptico, embolia da artéria central retiniana e paralisia do nervo motor ocular comum, onde, nas três, há reflexo foto-motor tanto no olho são, como no doente e ausência de reflexo consensual de ambos.

Para melhor entendimento desse processo, cabe dizer que em um caso de cegueira unilateral, acusa-se o reflexo foto-motor ao

estimular-se o olho são e também faz-se presente o reflexo consensual no olho cego (contra lateral) porém, ao estimularmos o olho cego não notaremos nem o reflexo foto-motor neste olho nem tão pouco o consensual no olho contra lateral (são).

3. Reflexo de Acomodação Visual à Distância:

Ocorre a contração da pupila quando colocamos um objeto a curta distância do globo ocular.

A semiotécnica é executada pedindo que o paciente fixe o olhar no horizonte e depois em um objeto colocado em sua linha de visão a aproximadamente 30 cm do globo ocular. A melhor posição é ter o paciente sentado e usar o teto do ambiente como maior distância e o dedo do observador para distância menor.

Este reflexo está sempre acompanhado do reflexo foto-motor, porém, quando há ausência deste há o denominado sinal de Argyll-Robertson geralmente com miose.

Este sinal aparece nas seguintes patologias: lesão gânglio oftálmico, do centro cílio-espinal e das fibras pupilares, alcoolismo crônico, tumores cerebrais, síndromes parkinsonianas pós-encefalites e, de todos, principalmente sífilis nervosa em qualquer grau. Deve-se diferenciar este sinal da pupila tônica onde não há reflexo foto-motor com acomodação muito lenta e relaxamento lento em contraste com a rápida acomodação no sinal Argyll-Robertson.

4. Motricidade do Globo Ocular:

A cabeça do paciente deve estar fixada pela mão esquerda do observador. O dedo indicador do médico, executa os movimentos que devem ser acompanhados por ambos os olhos do paciente. Estes movimentos são executados em todas as direções, isto é, para a direita e esquerda, para cima e para baixo, movimentos circulares e de aproximação do dedo em direção à raiz da pirâmide nasal do paciente, a fim de verificar a convergência ocular.

5. Nistagmo:

É a movimentação involuntária e ritmada dos globos oculares em direção vertical, horizontal e rotatório, decomposto em um movimento rápido e outro lento quando é realizada a semiotécnica da pesquisa da motricidade ocular.

A existência do nistagmo pode significar seguintes lesões ou alterações funcionais dos órgãos: aparelho vestibular (canais semicirculares), ponto-cerebelar, trajeto dos nervos óculo-motores. É

importante a verificação da velocidade mais rápida ou lenta do nistagmo. O periférico ou vestibular é de direção e velocidade sempre iguais, tanto como a ritmicidade. O central apresenta ritmicidade, velocidade e direção desiguais. Os periféricos são mais comuns horizontalmente e os centrais circular e verticalmente.

a.2. Nariz

1. Locus Hemorrhagicus de Kiesselbach

Esta região é localizada no terço anterior da mucosa do septo nasal e tem sua importância representada pelo fato de ser responsável por 50% das epistaxes. É necessário, portanto, a pesquisa de coágulos presentes ou não nesse locus.

a.3. Orelha

1. Tímpano

No exame do conjunto auditivo externo, o aspecto normal do tímpano é brilhante, plano, sem vasos sanguíneos visíveis e transparentes.

2. Pesquisa de dor na Região Pré-auricular:

A semiotécnica dessa manobra é a compressão com as polpas digitais dos dedos indicador e médio, da região pré-auricular situada na frente do tragus do pavilhão auricular. A dor aparecendo, comumente indica otites médias agudas, em crianças indicada por choro imediato (sinal de Valche) e em adultos indicando uma lesão na orelha externa.

Essa manobra pesquisa também as condições da articulação temporo-mandibular, podendo, em caso de dor, sugerir seu comprometimento na artrite reumatoide.

3. Pesquisa de dor à palpação indireta da Trompa de Eustáquio:

Com a polpa digital do indicador é feita a compressão da região situada entre o processo mastoide e o ângulo da mandíbula. Quando existe algum processo patológico, geralmente inflamatório da orelha média ou do processo mastoide, o paciente acusa dor intensa e aguda.

4. Pesquisa de surdez e hipoacusia:

A semiotécnica dessa pesquisa deve ser efetuada com o médico em pé e o paciente sentado com uma das orelhas fechadas. Coloca-se um relógio (ou

diapasão) gradativamente em diferentes distâncias de cada ouvido. Com o outro fechado, nota-se qual ouvido tem maior dificuldade de perceber o som.

a.4. Boca

1. Conceito, semiogênese e significado propedêutico da Língua Saburrosa:

Também denominada língua “suja”, apresenta-se mais esbranquiçada que o normal, por hipertrofia de suas papilas, sem a descamação da camada córnea que ocorre durante a mastigação e o trabalho do bolo alimentar na boca. Aparece, portanto, nos pacientes que não mastigam por mais de 24 ou 48 horas.

2. Conceito, semiogênese e significado propedêutico da Língua em Framboeza:

A língua apresenta-se avermelhada, com papilas hipertrofiadas, com vasodilatação da microcirculação. É característica da infecção estreptocócica da escarlatina, sem exsudato purulento.

3. Conceito, semiogênese e significado propedêutico da Língua Negra:

Também denominada língua pilosa, apresenta-se úmida e com camada preta ou quase preta de inducto, que recobre o dorso da língua. É consequente, a proliferação do cogumelo “Aspergillus noger” e do espessamento da camada córnea.

4. Conceito, semiogênese e significado propedêutico da Macroglossia:

Macroglossia é o aumento de volume da língua correspondente ao espaço da cavidade bucal.

Pode ocorrer nos defeitos genéticos do mongolismo, e principalmente no hipotireoidismo. A macroglossia de outras origens mais raras, depende de límfangiomias ou angiomas cavernosos da língua.

5. Conceito, semiogênese e significado propedêutico da Língua Seca (ou de papagaio):

Esta alteração da língua apresenta-se nas desidratações com frequente associação da acidose metabólica. A língua fica saburrosa e com inducto acastanhado-escuro que depende da falta de esfoliação, juntamente com detritos provenientes da proliferação de fungos, existentes na cavidade bucal, e sangue coagulado, escuro, decorrente de hemorragias capilares, que por sua vez, ocorrem em virtude de absoluta falta de umidade fisiológica da língua.

b) Pescoço

1. Limites superiores e inferiores:

O pescoço é o sustentáculo da cabeça. Tem grande motilidade dada pela coluna cervical e pelos músculos que se inserem na porção superior do tórax ou nos ossos do crânio.

Seus limites superiores são, anteriormente, demarcados por uma linha que percorre a borda inferior da mandíbula em direção à articulação têmporo-mandibular e posteriormente por uma linha que sai daquela articulação e segue a borda inferior do osso occipital, até sua protuberância externa.

Os limites inferiores são, anteriormente, demarcados por uma linha que percorre a borda superior do esterno e as clavículas até a articulação acrômio-clavicular. Posteriormente, o limite é dado pela linha que une essas articulações (acrômio-claviculares) ao processo espinhoso de C7.

2. Palpação da aorta na fúrcula esternal. Semiotécnica e significado propedêutico.

O paciente, para realização da semiotécnica, deve estar em pé ou sentado com a cabeça fletida. Procura-se introduzir o dedo indicador direito, em anzol, na fúrcula esternal do paciente e palpar-se, com o dedo bem em paralelo ao manúbrio esternal, a aorta.

Normalmente não se palpa a aorta seja qual for o tipo constitucional. Nos brevíssimos podemos sentir as pulsações da aorta, sem expansão, transmitidas aos tecidos moles do mediastino.

Quando a parede da aorta é palpada na fúrcula indica sempre aneurisma da aorta, insuficiência aórtica, hipertensão arterial, aterosclerose aórtica, aortite.

3. Caracteres diferenciais entre o pulso venoso jugular e o pulso arterial carotídeo.

O pulso venoso jugular é constituído de movimentos múltiplos e ondulatórios, consistindo essa ondulação, em difusa, visível, mas não palpável. É mais visível do lado direito e às vezes só é perceptível pela inspeção. As pulsações venosas se alteram com os movimentos respiratórios, sendo mais nítidas na expiração; variam com a posição do corpo e sofrem um aumento da altura na compressão abdominal no hipocôndrio direito.

O pulso arterial carotídeo, por sua vez, constitui-se de movimentos simples e bruscos, consistindo em uma elevação única e uma depressão brusca bem visível e palpável.

É nitidamente perceptível nos dois lados do pescoço, não se altera com os movimentos respiratórios, ou com a posição do corpo e nem tão pouco com a compressão abdominal do hipocôndrio direito.

4. Turgescência Jugular Fisiológica:

Esta turgescência aparece quando o indivíduo está deitado em decúbito dorsal e com a cabeça em extensão sem travesseiro, desaparecendo quando há o posicionamento do indivíduo em 30° com o leito em fase inspiratória. Pode aparecer na expiração por aumento da pressão endotorácica e diminuição do retorno sanguíneo para o coração.

5. Semiotécnica e significado propedêutico para a inspiração da estase jugular:

A estase jugular é caracterizada pelo não esvaziamento das jugulares quando o pescoço assume uma posição acima de 30° ou na inspiração, e a manobra de esvaziamento, que deve ser realizada com a compressão da jugular de cima para baixo com o indicador e mãos espalmadas, não surtir efeito. O fluxo jugular deve ser previamente detido de cima para baixo. A estase jugular pode ser pulsátil ou não pulsátil e significa: Insuficiência Cardíaca Congestiva, arritmias, fibrilação atrial, arritmia extra-sistólica, bloqueios A-V incompletos ou completos e permanente aumento da pressão venosa.

6. Sinal de Boinet e Sinal de Dorendorff caracterizados pela Estase Jugular não Pulsátil:

A estase não pulsátil de jugular indica geralmente uma obstrução da própria veia, trombose por exemplo, ou obstrução de um tronco venoso em nível inferior. O sinal de Boinet caracteriza-se pela estase da jugular direita indicando o comprometimento dos vasos (tronco braquicefálico) desse lado. O sinal de Dorendorff assume as mesmas características, porém, do lado esquerdo, podendo haver abaulamento da fossa supra-clavicular daquele lado (obstrução do tronco braquiocefálico esquerdo).

7. Semiotécnica para Palpação do Frêmito Jugular.

O paciente deve estar preferencialmente deitado e palpa-se as veias jugulares externas de um e de outro lado. O frêmito é contínuo, superficial e desaparece à compressão das jugulares.

8. Características e significado propedêutico da Ausculta do Sopro Jugular:

Coloca-se o tambor do estetoscópio sobre a veia. Quando presente constitui o “ruído de pirra” e é contínuo e superficial. É dado pelo aumento do trânsito sanguíneo dentro do vaso em velocidade também aumentada. Pode significar hipertireoidismo e anemia intensa, com hematócrito abaixo de 25%.

9. Significado propedêutico da Dança das Artérias:

É a pulsatilidade exagerada das artérias superficiais do pescoço, das carótidas, subclávias, temporais, ou periféricas como as radiais e as pediosas.

Ocorre nas grandes hipertrofias do ventrículo esquerdo. Doença de Basedow-Graves, hipertireoidismo, insuficiência aórtica e hipertensão arterial.

10. Significado propedêutico da Dança das Veias:

É a pulsabilidade bastante nítida das veias superficiais o pescoço.
Ocorre na Insuficiência Cardíaca Congestiva, nos estados anêmicos.

11. Inspeção da Tireóide e suas características normais:

A Tireóide normalmente não é visível fazendo projeção na face lateral do pescoço ou face anterior, a não ser em astênicos e emagrecidos que deixam projetar os lobos e o istmo em seus pescoços.

12. Semiotécnica da palpação mono-manual da Tireóide:

O paciente deve estar sentado comodamente e fletir a cabeça Antero-lateralmente para descontrair a musculatura homônima. O médico em pé, por trás do paciente, palpa com os dedos indicador e médio, penetrando na face interna do esternocleidomastoídeo, examina o lobo deslizando os dedos, desde a cartilagem tireoide até o 6º anel da traqueia, de cima para baixo e vice-versa.

Os polegares, servindo como plano de resistência para o deslizamento, são colocados por trás das bordas posteriores do músculo esternocleidomastoídeo.

A manobra é repetida para o outro lobo da tireoide. O médico solicita movimentos de deglutição para o paciente, tantas vezes quanto julgar necessário.

Em seguida, colocando os dedos indicador e médio justapostos na parte mediana da traqueia, e percorrendo de um lado para outro, percebe o istmo como um cordão ao nível do 2º ao 4º anel cartilaginoso, melhor percebido ao se elevar a traqueia por meio de movimentos de deglutição.

Outra semiotécnica que pode ser utilizada é com o auxílio dos polegares. Com a polpa do dedo deve-se palpar os lobos, utilizando-se o direito para o lado direito e o dedo esquerdo para o lobo esquerdo. Aqui também, a deglutição é de grande valia.

13. Caracteres propedêuticos normais da palpação de Tireóide:

Os caracteres propedêuticos normais da tireoide são: cada lobo corresponde ao tamanho de uma castanha.

Consistência: Mole e elástica.

Sensibilidade: indolor.

Superfície: lisa.

Mobilidade: sobe e desce durante a deglutição, sendo imóvel fora dessa condição.

Pulsações: quando existem são derivadas da carótida.

Frêmitos: quando há aumento na velocidade de circulação sanguínea na glândula.

Sopros: acompanham os frêmitos.

14. Ausculta normal e patológica da Tireóide:

Com o tambor do estetoscópio sobre a área subjacente, ouve-se normalmente a pulsação das carótidas. Um aumento da velocidade de circulação do sangue no interior de seus vasos, geralmente ocorre em hiperfunção, propicia a ausculta de um sopro contínuo, em duas fases, suave e de intensidade variável (sinal importante do hipertireoidismo).

15. Achados propedêuticos na percussão da tireoide nos bócios mergulhantes.

A percussão deve sempre ser utilizada, nessas patologias, no mediastino anterior e superior, principalmente com sintomas de hipertireoidismo. Aí, então, sub-macicez do 1º e 2º intercostos confundem-se com área de percussão dos vasos (aorta e artéria pulmonar). A sub-macicez deve ser bem relacionada com a tireóide, pois pode representar um tumor de mediastino: timoma, metástases ganglionares carcinomatosas, linfomas, dilatação (aneurismas), da croça da aorta e dilatação da artéria pulmonar.

16. Semiotécnica e significado propedêutico do sinal de Oliver-Cardarelli:

O sinal de Oliver-Cardarelli é uma associação das manobras utilizadas para a pesquisa do sinal de Oliver e para o sinal de Cardarelli.

O primeiro consiste no pinçamento da cartilagem cricóide entre as polpas do 1º e 2º dedos e a elevação da traqueia. O sinal de Cardarelli, por sua vez requer manobra de compressão (deslocamento) da cartilagem cricóide para o lado esquerdo com a polpa do polegar. A manobra determinada na questão faz referência à elevação e ao deslocamento concomitantemente da traqueia.

O sinal será positivo caso haja pulsações contra o sentido da força aplicada, e isto significa uma dilatação (aneurisma) da croça da aorta na sua concavidade, na sua porção medial e na sua posição mais distal, cujas pulsações exercem pressão sobre o brônquio esquerdo que lhe é contíguo.

17. Conceito e significado propedêutico da Estase Jugular Bilateral Não Pulsátil:

Na estase jugular bilateral não pulsátil há o engurgitamento das jugulares mesmo quando o pescoço assume uma posição acima de 30º ou na inspiração, e as manobras de esvaziamento não surtirem efeito.

Por ser bilateral e não pulsátil, a causa dessa estase encontra-se em troncos venosos inferiores significando uma compressão da Veia Cava Superior.

18. Conceito e significado propedêutico da Estase Jugular Bilateral Pulsátil.

Neste caso a única alteração que temos é a semiogênese dessa estase que a torna pulsátil:

Aqui, a pulsabilidade é determinada geralmente por patologias que atingem mais especificamente, o coração, fazendo com que suas pulsações sejam transmitidas às veias jugulares. Isto ocorre geralmente na Insuficiência Cardíaca Congestiva, arritmias, fibrilação atrial, arritmia extra-sistólica, bloqueios A-V incompletos ou completos e permanente aumento da pressão venosa.

19. Conceito e significado propedêutico do Ruído de Piorra:

O Ruído de Piorra nada mais é do que o sopro jugular auscultável com o tambor do estetoscópio.

Esta presente nos casos de hipertireoidismo, ou anemia intensa, com hematócrito abaixo de 25%, casos estes em que a velocidade do sangue está aumentada nos referidos vasos.

TÓRAX

A. MAMAS

1. Semiotécnica da inspeção das mamas e mamilos:

As regras gerais da semiotécnica são: Presença de terceira pessoa (marido, enfermeira, etc.), iluminação homogênea da face anterior do tórax que deve estar nu, paciente sentada ou em pé com o tórax em posição vertical e os membros ao longo do corpo. O médico deve estar situado a 2 metros, para poder fazer a comparação das mamas, principalmente focalizando em regiões ou quadrantes, formados por uma linha horizontal e outra vertical que se cruzam nos mamilos formando um ângulo de 90°. Observa-se a simetria, a posição e a dimensão das mamas, formando a chamada inspeção estática.

Depois de observadas as mamas, deve-se inspecionar as regiões axilares e supra-claviculares além do restante da pele do tórax o que se faz colocando as mãos da paciente sobre a cabeça (região occipital), mantendo os braços oblíquos e os grandes peitorais relaxados e depois contraídos. Observa-se o tamanho, simetria e a mobilidade das mamas, concluindo-se a inspeção dinâmica.

2. Semiotécnica de Palpação das Mamas:

A paciente deve estar em pé ou sentada e o médico com a mão direita em “garra” ou dedos semi-fletidos, faz movimentos de deslizamento para a percepção da profundidade da mama auxiliando a manobra com a mão esquerda espalmada apoiando a região inferior da mama. O deslizamento se faz em linhas paralelas e no sentido vertical.

Em seguida, a paciente passa ao decúbito dorsal com o membro superior homólogo levantado sobre a cabeça. Aqui a mão do médico deve estar espalmada e os movimentos rotativos devem ser feitos da esquerda para a direita, e com as duas mãos se as mamas forem muito volumosas. Os mamilos devem ser, primeiramente, palpados superficialmente para verificar-se a existência de inversão ou retração, e depois com o polegar e o indicador da mão direita com pinça, promove-se a pressão bi-digital dos mamilos.

B. TÓRAX

1. Principais pontos e linhas de referência do Tórax:

Face Anterior: ângulo de Louis, articulação xifo-esternal, ângulo de Charpy, mamilos, linha clavicular direita e esquerda, terceira cartilagem costal e linha da terceira costela, sexta cartilagem costal e linha da sexta costela, linha médio esternal, linha esternal direita e esquerda, linha paraesternal direita e esquerda e linha hemiclavicular.

Face Lateral; linha axilar anterior, linha axilar média e linha axilar posterior.

Face Posterior: Sétima vértebra cervical, ângulo inferior da escápula, linha da borda superior da escápula, linha infra-escapular, décima segunda vértebra torácica, linha vertebral e linha escapular.

2. Divisão Topográfica do Tórax em Regiões:

Face Anterior: região esternal, regiões supraclaviculares direita e esquerda, regiões infraclaviculares, regiões mamárias, regiões dos hipocôndrios direito e esquerdo.

Face Lateral: Região axilar superior direita e esquerda e região axilar inferior direita e esquerda.

Face Posterior: regiões supra-escapulares direita e esquerda, regiões escapulares direita e esquerda, regiões infra-escapulares direita e esquerda e regiões inter-escápulo-vertebrais.

3. Semiotécnica da inspeção do Tórax:

O paciente deve estar em pé ou sentado, em atitude cômoda, com a respiração tranquila, tórax descoberto, músculos relaxados e membros superiores caídos ao longo das faces laterais.

A iluminação deve ser natural e homogênea com todas as regiões uniformemente iluminadas.

O observador situa-se cerca de 1 a 2 m de distância do paciente para obter uma visão panorâmica de todo o tórax, aproximando-se para pormenorizar as alterações encontradas. Observa-se as faces anterior, lateral e posterior.

A inspeção deve ser realizada estática e dinamicamente.

4. Semiotécnica da palpação das fossas axilares:

O médico deve estar na frente do paciente que coloca a mão espalmada no ombro heterólogo do médico que, com a mão em garra, pinça os músculos peitorais e procede a compressão e o deslizamento em toda face posterior acessível do músculo grande peitoral.

5. Significado propedêutico e semiogênese da atrofia da musculatura:

Nas lesões reginais da pleura ou do pulmão, devido ao reflexo víscero-trófico de Pottenger, provocado pelos nervos tróficos eferentes do sistema nervoso simpático, ocorre atrofia dos músculos, tecido subcutâneo pele e anexos (pelos, glândulas sudoríparas e sebáceas)

6. Semiotécnica e significado propedêutico do Sinal de Ramond:

À inspeção, normalmente a musculatura paravertebral se descontrai no lado em que se realiza a látero flexão do tronco. O sinal de Ramond está presente quando ocorre contração das massas musculares paravertebrais no lado afetado e que não se descontrai na láteroflexão. Ocorre devido ao reflexo víscero-motor, indicando lesão pleural no lado acometido, por processos inflamatórios agudos da pleura do pleuriz e derrame pleural.

O exame do Sinal de Ramond deve ser efetuado pela inspeção complementada pela palpação.

7. Inspeção da linha dominante oblíqua de Monaldi expansão respiratória:

A expansão torácica por movimentos respiratórios é observada com os raios visuais dirigidos para LDOM e para as regiões do hipocôndrio de cada lado hemitórax.

A LDOM é a linha de concavidade supero-lateral que se inicia na 2ª costela a cerca de 3 cm da borda lateral do esterno, passa pela 5ª costela na linha hemiclavicular e termina na 7ª costela na linha axilar anterior. A LDOM abrange os pontos de maior mobilidade de todos os arcos costais. O observador deve ater-se nos pontos superior e inferior da linha.

8. Significado propedêutico da Tiragem:

A tiragem intercostal é a depressão dos espaços intercostais durante toda a fase inspiratória e também das regiões supra-externais, supra-claviculares epigástrica, hipocôndrios, regiões lombares, sempre com depressão durante toda a fase inspiratória.

A tiragem indica sempre uma dificuldade na expansão pulmonar inspiratória, podendo ocorrer nas obstruções tráqueo-bronquicas, na asma brônquica e no enfizema pulmonar.

9. Semiotécnica, semiogênese e significado propedêutico, do sinal de Lemos Torres:

É o abaulamento expiratório observado nos 2 ou 3 últimos espaços intercostais, na linha axilar posterior e na extensão de 5 a 10 cm.

O paciente deve estar sentado com respiração tranquila. O observador por trás do paciente olha tangencialmente e obliquamente os últimos espaços intercostais da linha axilar posterior. O feixe de luz natural deve incidir obliquamente nessa região.

A contra-prova do sinal é dada pelo desaparecimento do abaulamento com as alterações da posição do tórax, com o decúbito lateral oposto principalmente.

A gênese do abaulamento dá-se pelo aumento da pressão intra-pleural durante a fase expiratória que ultrapassa o valor da pressão atmosférica, o que não ocorre no indivíduo normal.

O sinal de Lemos Torres indica derrame pleural de pequeno e médio volume.

10. Semiotécnica, semiogênese e significado propedêutico do Fenômeno de Litten:

Normalmente, durante a inspiração, forma-se uma sombra linear, uma ondulação, que desce nas partes inferiores e ântero-laterais do tórax, na região dos hipocôndrios, regiões infra-axilares, pelos últimos espaços intercostais, entre a linha hemiclavicular e a linha axilar posterior, cruzando as costelas.

Para a semiotécnica, o paciente deve estar em decúbito dorsal e fazer inspirações profundas, lentas e abdominais. O observador situa-se no lado a examinar, a uma distância de 1 m., em posição ligeiramente oblíqua ao corpo do paciente do lado dos pés ou da cabeça, devendo observar as regiões inferiores da parede ântero-lateral do tórax.

O feixe de luz natural deve incidir obliquamente ou perpendicularmente nas regiões inferiores da parede ântero-lateral do tórax, desde do 5º espaço intercostal para baixo.

O fenômeno é mais observado em pessoas magras, sendo que a ausência em um só hemitórax é mais significativo do que a ausência bilateral.

Durante a inspiração, o diafragma abaúla-se rapidamente, precedendo a descida do pulmão, os espaços intercostais vão sendo sucessivamente deprimidos, de cima para baixo, havendo a formação da sombra linear móvel do fenômeno de Litten.

Ocorre seu desaparecimento ou diminuição unilateral em derrames pleurais, pneumonias do lobo inferior, etc.

11. Semiotécnica da Palpação do Tórax:

O paciente deve estar em pé ou sentado, em atitude cômoda, com respiração tranquila, tórax descoberto e musculatura relaxada.

A posição do observador deve ser mais cômoda possível, a sua mão deve estar com temperatura adequada. Sempre deve ser usada a mesma mão e a sua região que vai palpar é a metade distal da palma e metade proximal dos dedos.

A palpação deve ser feita em todas as regiões do tórax de cima para baixo, comparando a simetria das regiões.

12. Significado propedêutico dos pontos dolorosos de Valeix:

Certas áreas dolorosas são características na nevralgia dos nervos intercostais e são chamadas de pontos dolorosos de Valeix. São eles:

Ponto vertebral: localiza-se junto à apófise espinhosa da vértebra que corresponde à saída dos nervos intercostais.

Ponto lateral: A meia distância do espaço intercostal no ponto em que o ramo perfurante lateral do nervo intercostal se expande sob os tegumentos.

Ponto esternal: Próximo ao esterno, no ponto em que o ramo perfurante anterior do nervo intercostal atravessa o músculo intercostal.

13. Semiotécnica e significado propedêutico da manobra de Laségue:

A elasticidade torácica é a resistência oferecida pela parede torácica à compressão, sendo pesquisada pela manobra de Laségue.

O observador coloca-se lateralmente ao corpo do paciente, com as mãos colocadas diametralmente opostas (em sanduiche), sobre as paredes do tórax. Efetua-se movimentos de compressão, pesquisando-se as seguintes regiões: regiões infra-claviculares, inter-escapulovertebrais, hipocôndrios e bases pulmonares.

O aumento da elasticidade ocorre em casos de osteomalácia e pneumotórax. A diminuição indica enfisema pulmonar, condensações pulmonares, pleuris.

14. Regras gerais na Pesquisa da Expansão Respiratória. Significado propedêutico da expansibilidade anormal (diminuída):

O observador deve colocar as mãos abertas, espalmadas, uma em cada hemitórax nas regiões simétricas, notando o deslocamento sincrônico das mãos, aos movimentos respiratórios do paciente.

Em casos patológicos, as mãos não se movem sincronicamente, e sim uma se desloca mais que a outra. Há menor expansão respiratória do tórax na tuberculose pulmonar crônica, pneumonia, pleuris, pneumotórax, nevralgia intercostal, etc.

15. Semiotécnica da Manobra de Rouault:

É a pesquisa da expansão respiratória das regiões supraclaviculares e regiões supraescapulares, que correspondem aos lobos pulmonares superiores.

Para realização da manobra o paciente deve estar em pé ou sentado, o observador em pé, e por trás do paciente, coloca as mãos espalmadas sobre as regiões supraclaviculares, de tal maneira que as extremidades dos polegares se justaponham na posição da apófise espinhosa da sétima vértebra cervical. Neste processo deve haver uma complementação entre inspeção e palpação.

16. Semiotécnica da pesquisa da expansão respiratória nas regiões interescapulo-vertebral, bases pulmonares, infra-claviculares e hipocôndrios.

A realização das manobras destinadas ao exame da expansão respiratória nas regiões citadas é simples e consiste principalmente na colocação correta das mãos sobre aquelas regiões.

Para a região interescapulo-vertebral, coloca-se as mãos espalmadas, paralelas, a uma distância da linha vertebral.

As bases pulmonares devem ser pesquisadas com a colocação das mãos sobre a região, de modo que os polegares fiquem próximos um do outro, sobre ou perto da linha vertebral, e as extremidades dos outros dedos colocados nas linhas axilares médias.

Para as regiões infraclaviculares, as mãos, a exemplo das regiões interescapulo-vertebrais, devem ser espalmadas, paralelas, à mesma distância da linha médio-esternal.

Nos hipocôndrios repete-se praticamente a manobra para que as bases pulmonares, ou seja, coloca-se as mãos espalmadas sobre as regiões desejadas, com os polegares aproximados, com suas extremidades sobre a sexta cartilagem costal, e as extremidades dos outros dedos abrangendo as linhas axilares anteriores.

17. Conceito de Frêmitos:

Frêmito é a sensação tátil, a palpação de um tremor, estremeção vibratório semelhante ao que palpamos se colocarmos a mão espalmada sobre o pescoço de uma pessoa que fala com voz clara ou sobre o dorso de um gato que rosna.

18. Semiotécnica e semiogênese da pesquisa do frêmito brônquico e frêmito pleural:

A semiotécnica é razoavelmente simples, contudo, requer muita atenção por parte do observador para que este possa notar as diferenças que possa haver na sensação tátil que os frêmitos produzem.

Com a metade distal da região palmar e metade proximal dos dedos, usando sempre a mesma mão, o observador deve pesquisar todas as regiões do tórax, de cima para baixo e em regiões simétricas.

O **Frêmito Brônquico** é o equivalente tátil dos roncosp e sibilosp que se ouvem na ausculta. Expressam dificuldades de passagem de ar na luz dos brônquios por constricção deste ou pela presença de secreções. É mais frequentemente palpado nas regiões próximas a linha média, tanto na face anterior como na face posterior, porém pode ser palpado em qualquer região do tórax. Atenua-se ou desaparece com a tosse.

O **Frêmito Pleural** é uma vibração mais intensa no final da inspiração e no início da expiração. Aparece com as inflamações das pleuras, cujas superfícies se tornam ásperas, rugosas e despolidas. É mais frequente nas regiões das bases pulmonares e infra-axilares, embora possa ser também encontrado em qualquer outra região. Este frêmito aumenta de intensidade com a pressão da mão que palpa, não se altera com a tosse e geralmente se acompanha de dor.

19. Conceito e Semiotécnica de Palpação do Frêmito Torácico-Vocal:

O frêmito tóraco-voval é constituído, na superfície do tórax, nas vibrações originadas nas cordas vocais de uma pessoa que fala com voz clara, e que são transmitidas pela coluna aérea da traqueia, dos brônquios, até o parênquima pulmonar, pleura e parede do tórax. Para a palpação, segue-se as regras gerais da palpação do tórax.

Pedimos para o paciente falar com voz clara, lenta e com intensidade uniforme a palavra trinta e três.

Pesquisamos as regiões simétricas da parede torácica, comparando uma à outra. As manobras devem ser realizadas de cima para baixo.

20. Variações fisiológicas do Frêmito Tóraco-Vocal:

O Frêmito Tóraco-Vocal é tanto mais intenso quanto mais grave é a voz. Assim, no homem, o FTV é mais intenso do que na mulher e na criança, cujas vozes são mais agudas.

A intensidade do FTV depende da espessura da parede torácica, sendo então, mais intensa nos magros e menos intensa nos obesos, edemaciados ou na musculatura bem desenvolvida.

Além dessas variações o FTV também é mais intenso nas regiões torácicas inferiores no homem, e mais intenso nas regiões torácicas superiores na mulher e na criança.

É também mais notado do hemitórax direito que no esquerdo.

21. Alterações patológicas do frêmito tóraco-vocal:

A intensidade do FTV pode ficar aumentada ou diminuída. No primeiro caso há aumento da densidade do parênquima pulmonar, a qual facilita a condução das vibrações originais nas cordas vocais, como condensações pulmonares, pneumonias, fibroses pulmonares, etc.

Na diminuição há interposição de meios heterogêneos que prejudica a condução das vibrações das cordas vocais, tais como, derrames pleurais líquidos ou gasosos, pleuris, pneumotórax, enfisema pulmonar, etc.

22. Conceito de Percussão do Tórax:

A percussão do tórax é o método que consiste na vibração, desde o tegumento até a profundidade dos órgãos, e que permite a obtenção de sons e ruídos diversos, os quais poderão dar conhecimento do estado físico dos órgãos, dos limites dos órgãos e ainda dos limites dos processos patológicos. É um exame tátil e auditivo.

A zona de vibração perceptível é de 6 cm de profundidade a partir da superfície da parede torácica e do ponto onde foi provocado o estímulo vibratório, na percussão de regiões sem superfície óssea.

Quando a percussão é feita sobre a superfície óssea, a zona de vibração perceptível é de 4 cm, havendo portanto, menor profundidade da zona de ação acústica, com maior expansão lateral na referida zona.

23. Principais fatores que interferem na percussão do tórax:

Os principais fatores são ar que vibra, ou seja, o ar contido em todo o tubo respiratório, desde a boca até os sacos alveolares.

O abafador, que consiste no abafamento dos tecidos intersticiais do tegumento.

E, por último, o fator ressoador, ou seja, a ressonância da caixa torácica.

24. Semiotécnica da Percussão direta, ortopercussão digital de Plesh e percussão auscultada ao tórax:

A percussão direta tem restrita aplicação, sendo usada comumente para percussão de clavícula na obtenção da sonoridade dos lobos superiores dos pulmões. Usa-se a extremidade da falange distal do 3º dedo. A ortopercussão digital de Plesh é utilizada para determinação de sons em zonas muito limitadas. O dedo plessímetro apóia-se pela extremidade da terceira falange que é colocada verticalmente sobre a superfície a percutir. O golpe de percussão é aplicado sobre a extremidade distal da primeira falange, dobrada em ângulo reto e esta sobre a extremidade proximal da segunda falange.

A percussão auscultada é utilizada para obtenção do Sinal de Troussien (sinal da moeda no pneumotórax) e do Sinal de Pitres (sinal da moeda no derrame pleural).

25. Semiotécnica da Percussão dígito-digital:

O plessímetro é o dedo indicador que é colocado em contato com a parede torácica, submetido sempre a mesma pressão, apoiando sempre a falange distal na menor extensão possível.

Os outros dedos não devem ser apoiados sobre a região a ser percutida.

O dedo percussor é o 3º dedo da mão oposta, em flexão ortogonal, a sua extremidade deve cair perpendicularmente sobre o dedo plessímetro, imediatamente abaixo da unha.

O movimento da mão percussora deve ser feito, tendo como eixo transversal o próprio punho. Não devem ser movimentados o cotovelo ou o ombro.

O choque de percussão deve ser breve, ou de curta duração, sempre de igual intensidade, ritmo e em número reduzido, de 2 a 5 no máximo.

A intensidade pode ser forte quando as partes moles do tórax são muito espessas: média, que é a mais usada, e fraca, para as partes moles escassas e também, para variações mínimas de sonoridade.

O paciente deve estar em pé ou sentado, tórax nu e com a musculatura relaxada.

Quando o paciente estiver em decúbito dorsal, as regiões a serem percutidas devem estar afastadas do plano do leito.

Para as regiões laterais, os braços serão elevados, colocando-se as mãos na cabeça e apoiadas pelas suas regiões palmares.

A posição do examinador deve ser cômoda.

A coluna vertebral deve ser percutida, de cima para baixo, aplicando-se o dedo plessímetro da linha das apófises espinhosas, na posição vertical.

Não deve ser efetuada percussão simétrica sobre o osso, exceto nas clavículas.

26. Características e Semiogênese dos sons obtidos na percussão do tórax normal:

Face anterior:

Som claro pulmonar: Tem intensidade forte, duração prolongada, frequência baixa (intenso, longo, grave e cheio). É comparado ao ruído de um tambor coberto por um pano, ou ao ruído obtido ao percutir pão fresco.

O som claro pulmonar é obtido com maior pureza na região infraclavicular direta, e o máximo de sonoridade ocorre na face anterior do tórax nos primeiros e segundos espaços intercostais.

O ápice pulmonar esquerdo é maior, e portanto, mais claro pulmonar que o direito.

No lado esquerdo, o som é menos claro desde a segunda costela, para tornar-se maciço devido ao coração.

No lado direito, do 5º espaço intercostal em diante, nota-se sub-macicez, seguido de macicez devido ao fígado. No lado esquerdo, próximo ao rebordo costal, encontra-se com timpânico, que denuncia a presença da câmara de ar gástrica (espaço semi-lunar de Traube).

Sobre o manúbrio e o corpo do esterno obtém-se som claro, sub-maciço, de cima para baixo, a medida que se encontra a região do coração.

Face posterior:

Na face posterior o som claro pulmonar é menos intenso e duradouro do que na face anterior. A sonoridade é maior na região inter-escápulovertebral. A percussão da coluna vertebral produz som claro pulmonar desde a sétima costela cervical até a décima-primeira torácica. Acima e abaixo desses limites temos som maciço.

As regiões infra-escapulares produzem som claro até o 11º espaço intercostal.

Na escoliose, a porção torácica correspondente a convexidade terá um som de sub-macicez, porque as costelas mais convexas dificultam a penetração do golpe de percussão.

Faces Laterais:

Nas faces laterais o som é mais claro pulmonar do que na face posterior.

Som sub-maciço: Este som possui intensidade fraca, duração curta, frequência elevada. É obtido superposição de órgãos maciços e órgãos arejados.

Som maciço: Menor intensidade, frequência elevada em demasia, duração muito curta, som pouco intenso, agudo, curto e vazio são as características dessa variedade da sonoridade.

A condição básica, em resumo, para a existência de sons sub-maciços e maciços, é a existência ou não de alguma quantidade de ar.

27. Semiogênese dos sons sub-maciços e maciços patológicos:

Quando a parede for substituída por meios densos privados de ar, como na grande espessura de parede no edema pronunciado, há o aparecimento dessas variedades sonoras.

Outras situações, nas quais podemos encontrar tal sonoridade são, a interposição entre a parede torácica e o pulmão de um meio sólido, como exemplo temos a paquipleurise, ou meio líquido, como no derrame pleural; e quando os alvéolos são ocupados por transudatos, exsudatos, proliferação celular (neoplasias), ou reabsorção do ar alveolar por obstrução brônquica (atelectasia), condensações profundas e volumosas (hepatização pulmonar).

28. Importância propedêutica do Som Hipersonoro:

O som hipersonoro é som claro pulmonar exagerado e ocorre no Enfisema Pulmonar.

29. Semiogênese e Importância Propedêutica do som timpânico, e de suas variedades, som metálico, som cavernoso, e ruído de panela rachada.

O som timpânico ocorre quando é posto em vibração o ar contido, como pneumotórax, enfisema pulmonar, e primeiras fases da atelectasia.

Os demais sons são variedades do som timpânico, que se modificam no timbre por hipertons oriundos das cavidades pulmonares ou pleural em certas condições.

Som metálico: é semelhante ao produzido vibrando-se um objeto metálico, tem frequência muito elevada, cerca de 3.000 vibrações/seg., e existe em cavidades pulmonares lisas, superficiais, tensas, elásticas, maiores do que 6 cm de diâmetro e em comunicação livre com os brônquios.

Som cavernoso: é obtido em cavidades superficiais de 2 ou 3 cm de profundidade da superfície do pulmão, e em comunicação livre com os brônquios.

Ruído de panela rachada: é um ruído metálico, seguido de outro som especial. É produzido pela expulsão brusca de ar através de um orifício estreito pelo golpe de percussão. Os choques percussórios devem ser bruscos, rápidos e o médico deve colocar o ouvido na boca do paciente.

A imitação para obtenção desse som é conseguido pela percussão forte sobre o joelho, das mãos fechadas com os dedos entrelaçados, deixando uma fenda entre as palmas das mãos.

30. Semiotécnica e Importância Propedêutica do Sinal de Signorelli:

A semiotécnica utilizada é a percussão dígito-digital vertical sobre a coluna torácica.

O Sinal, quando presente, faz-se notar pela macicez obtida pela percussão. É de grande valor propedêutico no diagnóstico dos derrames pleurais, onde o som claro pulmonar da coluna torácica é substituído por sub-macicez e macicez em toda a região em toda a região da coluna dorsal que corresponde ao derrame. O limite superior do derrame é de 2 a 5 cm mais alto que o limite habitual obtido pelo Sinal de Signorelli.

Nas sub-macicez e macicez pulmonares da atelectasia pulmonar e das condensações pulmonares, o Sinal de Signorelli não está presente. Portanto, grande é seu valor propedêutico no diagnóstico diferencial.

31. Formas Patológicas do Tórax:

A inspeção atenta e minuciosa do tórax é de vital importância, porque determinadas patologias pulmonares ou sistêmicas refletem-se através de uma alteração na forma torácica.

Tórax paralítico: O tórax paralítico surge pelo achatamento ântero-posterior, traduzido geralmente a existência de tuberculose pulmonar crônica.

Tórax de pombo ou “em quilha de navio”: Também denominado Tórax raquítico, apresenta-se pela anteriorização da caixa torácica, tomando anatomicamente uma forma semelhante à posição do peito dos pombos. Exprime alterações raquíticas, com nódulos nos pontos de união das cartilagens costais com o esterno, formando o “rosário raquítico”.

Tórax enfisematoso: Há o aumento dos diâmetros ântero-posterior e transversal e ocorre em bronquíticos crônicos.

Tórax Piriforme: No tórax piriforme há o aumento do diâmetro superior dando um aspecto de pera invertida. Ocorre nas enteroptoses.

Tórax Cônico: Há o exagerado aumento dos diâmetros inferiores do tórax, conferindo ao mesmo o aspecto de sino. Surge nas grandes hepatoesplenomegalias.

1. VANTAGENS E DESVANTAGENS DO MÉTODO DE AUSCULTA DIRETA:

O método de ausculta direta é realizado com o pavilhão auricular do médico colocado sobre a superfície torácica.

Reúne as vantagens de que as vibrações são puras, praticamente não sofrendo reflexão, refração e dispersão na transmissão da superfície do tegumento até o pavilhão auricular do observador. Ausculta-se melhor os ruídos intensos e agudos, e também áreas maiores.

As desvantagens que apresenta este método são dadas pelo fato do pavilhão auricular não se adaptar em certas regiões do tórax, como a traqueia, fossas supraclaviculares, mamas e cavos axilares. Além desses fatores de ordem técnica, há menor manutenção de asseio neste método.

2. VANTAGENS E DESVANTAGENS DO MÉTODO DE AUSCULTA INDIRETO:

O método de ausculta indireto é realizado por meio de aparelhos de transmissão dos ruídos, denominados estetoscópios.

As vantagens do método são a de localizar pequenas áreas a serem auscultadas, adaptando-se a qualquer região do tórax, e a higiene mantida, por não haver contato direto do médico com o paciente.

Como desvantagem, os ruídos não são puros, porque sofrem reflexão, refração e dispersão dentro do aparelho condutor, isto é, do estetoscópio, chegando alterados ao ouvido.

Estas alterações serão maiores se o comprimento da borracha ou plástico condutor forem maiores do que 50 cm de comprimento. Os sons agudos e pouco intensos são pouco audíveis por este método, como o sopro pleurítico.

Os estetoscópios mais modernos possuem dispositivos ressonantes para esses sopros mais agudos, na forma de uma campânula.

3. SEMIOTÉCNICA DA AUSCULTA DO APARELHO RESPIRATÓRIO:

Com o ambiente silencioso, o paciente deve estar com o tórax nu, músculos relaxados, em pé ou sentado. No paciente deitado, com impossibilidade de adotar a posição sentada, realizamos a ausculta em regiões do tórax afastadas do plano do leito.

A respiração deve estar regular e normal, e sendo realizada com a boca entreaberta, sempre com a mesma amplitude inspiratória e expiratória.

O médico deve tomar o cuidado de estar com a cabeça elevada acima do nível do próprio tórax, a fim de evitar a congestão do segmento cefálico, o que prejudica a audição.

O pavilhão auricular ou o estetoscópio devem estar bem adaptados, comprimidos suavemente, permitindo a elasticidade dos tecidos, assim facilitando a transmissão em intensidade dos ruídos. Deve-se tomar especial cuidado com sons ou ruídos do estetoscópio na parede do tórax, ruídos do dedo do examinador no estetoscópio, ruídos de roupas, tremores musculares, principalmente do trapézio e do grande peitoral, deglutição e ruídos articulares.

A ausculta deve ser sempre simétrica e topográfica, auscultando-se pontos simétricos comparativamente de cima para baixo. Tomamos de início uma informação panorâmica de ambos os pulmões em todas as faces e depois pormenorizamos os sinais auscultatórios, nos locais de anormalidade.

As faces laterais serão auscultadas com as mãos do paciente sobre a cabeça, iniciando-se no cavo axilar e depois o restante da região.

Na face posterior não se ausculta abaixo do décimo espaço intercostal.

Deve-se sempre auscultar as duas fases da respiração, a voz e a tosse, e os ruídos adventícios.

4. CARACTERÍSTICAS E MECANISMO DE PRODUÇÃO DOS RUÍDOS RESPIRATÓRIOS NORMAIS:

Respiração laringo-traqueal: Ausculta-se sobre a laringe e a traqueia.

Duração: a expiração é maior que a inspiração.

Intensidade: a expiração é mais intensa.

Altura: a inspiração é mais grave que a expiração.

Timbre: tanto a inspiração como a expiração são ásperas.

É um sopro brando e difuso, mais claro, longo e intenso na expiração.

Deve-se à passagem da corrente aérea pela fenda glótica onde, durante a inspiração, o ar ao transpor a fenda, encontra espaço mais amplo abaixo dela. A fenda glótica entra em vibrações sonoras produzindo o ruído inspiratório. Estas vibrações sonoras, na sua propagação, vão diminuindo de intensidade devido aos fenômenos de reflexão, refração e difusão, desaparecendo ao nível dos bronquíolos.

Durante a expiração, o ar é expelido com grande velocidade, transpondo a fenda glótica com mais intensidade que na inspiração, produzindo vibrações sonoras de maior frequência, mais agudas, mais intensas e duradouras.

Respiração bronco-vesicular: Ausculta-se as regiões supra-claviculares, infra-claviculares e supra-escapulares, principalmente à direita, onde o brônquio direito é mais próximo da parede posterior. Os caracteres auscultatórios são a mistura da respiração laringo-traqueal e da respiração vesicular.

Respiração vesicular: ocorre nas demais regiões do tórax.

Duração: inspiração é maior que a expiração.

Intensidade: inspiração é mais intensa.

Altura: a inspiração é mais aguda que a expiração.

Timbre: a inspiração e a expiração são suaves.

A inspiração é mais duradoura, intensa e aguda que a expiração.

A fase inspiratória do murmúrio vesicular deve-se à vibração dos sacos alveolares que se distendem e da passagem do ar, dos estreitos condutos (bronquíolos respiratórios e terminais) aos sacos alveolares.

A fase expiratória do murmúrio vesicular deve-se às vibrações expiratórias da fenda glótica, cujo ruído é abafado pela multidão de lóbulos e alvéolos sendo considerado como o vestígio do ruído laringo-traqueal.

5. VARIAÇÕES FISIOLÓGICAS DO MURMÚRIO VESICULAR

O murmúrio vesicular é mais audível e intenso no hemitórax esquerdo. É mais agudo na mulher e na criança do que no homem.

A intensidade do murmúrio vesicular depende da força, da amplitude dos movimentos respiratórios e espessura da parede torácica.

6. VARIAÇÕES PATOLÓGICAS DO MURMÚRIO VESICULAR. MURMÚRIO VESICULAR AUMENTADO E DIMINUÍDO:

Intensidade Aumentada: (Exagero do murmúrio vesicular). Ocorre na hiperventilação, na polipnéia com amplitude aumentada causada pela acidose. No pulmão vicariante por hipofunção do outro, como no derrame pleural, condensações, tumor pleural ou pulmonar.

Intensidade Diminuída ou Abolida: (Silêncio respiratório). Ocorrendo nas seguintes intercorrências:

Perturbação da produção: lesão do parênquima pulmonar nas condensações pulmonares, congestão por exudatos ou transudatos, tumores pulmonares, fibrose, cavidades e enfisema, compressão dos bronquíolos terminais ou alvéolos nos derrames líquidos e gasosos da pleura, tumores de pleura, e paquipleuris.

Obstáculos nas vias respiratórias: impedindo a entrada de ar para os alvéolos como na estenose da laringe ou traqueia, tumores, edema de glote, aneurisma e corpos estranhos, insuficiência respiratória por rinofaringites crônicas (hipertrofia das amígdalas, poliponasais e obstruções nasais).

Dificuldade dos movimentos respiratórios: diminuição da amplitude respiratória por nevralgia intercostal, pleurodímia, tumores e abscessos da parede, gibosidade, escoliose, deformações raquíticas, fraturas da coluna vertebral, esterno e costelas, paralisia do diafragma.

Perturbação da transmissão: Dada por obesidade, edema, tumores da parede, sínfise pleural, espessamento pleural ou interposição de líquido ou gás nas pleuras (derrames líquidos e gasosos).

7. CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA O APARECIMENTO DO RUÍDO LARINGO-TRAQUEAL PATOLÓGICO (SOPRO PULMONAR)

Sopro pulmonar é a presença do ruído laringo-traqueal em vez do murmúrio vesicular, produzido pelas vibrações da fenda glótica, transmitidas através de meios de propagação adequada, condutibilidade aumentada, como na condensação ou cavidade.

As condições necessárias para o seu aparecimento são: A condensação deve ser superficial, ter volume suficiente, estender-se até os brônquios com diâmetro superior a 3 mm.

As vias aéreas devem estar permeáveis e haver expansão suficiente dos pulmões.

E, por fim, não deve haver interposição de um meio líquido ou gasoso entre a condensação e a parede.

8. SEMIOGÊNESE, SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO E CARACTERÍSTICAS DO SOPRO BRÔNQUICO E TUBÁRIO

Sopro Brônquico: É o ruído laringo-traqueal, auscultado em zonas do tórax onde o ruído respiratório normal é o murmúrio vesicular. Ocorre nas condensações de pequeno volume.

Sopro Tubário: É o sopro mais intenso, mais agudo e mais rude que o sopro brônquico. É semelhante ao ruído produzido dentro do tubo. Ocorre com condensações extensas em comunicação com brônquios maiores ou traqueia, que agem como ressoadores. Ocorre na pneumonia lobar.

9. SEMIOGÊNESE, SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO E CARACTERÍSTICAS DO SOPRO PLEURÍTICO

É mais agudo, sopro em “e” ou “i”, bem menos intenso que o sopro brônquico, localiza-se logo acima dos limites superiores dos derrames pleurais.

É sopro exclusivamente expiratório, mais agudo, doce e velado. A modificação do timbre e da altura são resultantes da compressão dos brônquios, que tomam a forma de bico de clarineta.

Sendo um sopro pouco intenso e agudo é menor audível pela ausculta direta, com aposição do pavilhão auricular no limite superior do derrame pleural.

10. SEMIOGÊNESE, SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO E CARACTERÍSTICAS DO SOPRO CAVERNOSO

É o sopro em “u”, rude, áspero, mais intenso na expiração. Deve-se à presença de uma cavidade ressoadora (caverna). É necessário que a cavidade tenha mais de 4 cm de diâmetro, seja superficial, com paredes lisas e elásticas, devendo existir comunicação franca com o brônquio correspondente a cavidade.

11. SEMIOGÊNESE, SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO E CARACTERÍSTICAS DOS SOPROS ANFÓRICO E METÁLICO

Sopro anfórico: É o sopro com timbre argentino, musical, de baixa tonalidade e pouco intenso, semelhante ao ruído produzido dentro de uma ânfora. É o sopro brônquico modificado na tonalidade e no timbre pela presença de uma grande câmara aérea e lisa.

Ocorre nas cavidades pulmonares maiores de 6 cm com paredes lisas, elásticas, tensas, vazias e superficiais, na expiração do pulmão, pneumotórax com perfuração pulmonar.

Sopro metálico: É o sopro anfórico, no qual predominam os hipertons muito altos, sobre a nota fundamental, o que condiciona o timbre metálico, sendo observado nas grandes cavidades lisas, tensas, elásticas e superficiais, e no pneumotórax com perfuração pulmonar.

12. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DOS RUÍDOS ADVENTÍCIOS

Ruídos adventícios aparecem duradouramente em qualquer região do tórax e em condições patológicas do aparelho respiratório.

Classificação:

a) Estertores:

a.1. Secos:

a.1.1. Roncos

a.1.2. Sibilos

a.1.3. Ruído de Bandeira

a.1.4. Guincho (cornagem)

a.1.5. Grito

Destes, roncos e sibilos são comuns, os demais aparecem em raras condições.

a.2. Ruídos:

a.2.1. Crepitantes (alveolares)

a.2.2. Subcrepitantes (bolhosos)

a.2.2.1. grossas bolhas

a.2.2.2. médias bolhas

a.2.2.3. finas bolhas

Estes são ditos dissonantes ou naturais.

a.2.3. Consonantes (ressonantes)

a.2.3.1. estalidos

a.2.3.2. cavernosos (cavitários)

a.2.3.3. anfóricos

a.2.3.4. gargarejo

b) Atrito pleural

c) Sucussão hipocrática (obtido por palpação e ausculta combinadas)

d) Crepitação

e) Ruído de fístula pulmonar (tinido metálico)

f) Ruído da moeda (obtido por percussão e ausculta combinadas).

13. CONCEITO, SEMIOGÊNESE E CARACTERES PROPEDÊUTICOS DOS ESTERTORES SECOS

Os roncos e sibilos são provocados por estertores ou obstrução parcial da luz brônquica, por edema, secreção ou qualquer formação anatômica que, à passagem do ar nos movimentos inspiratórios e expiratórios, determinam a formação de hipertons graves ou agudos correspondentes a menor ou maior frequência do movimento vibratório.

Os roncos e sibilos traduzem a existência de bronquite e correlativa produção de secreções patológicas espessas e viscosas retidas na traqueia e nos brônquios. Podem ser encontradas em todas as bronquites agudas ou crônicas e em todas as afecções que se acompanham de secreção bronquial.

Os rncos e sibilos são palpáveis na forma de frêmito brônquico.

OS rncos são produzidos nos brônquios de grossos e médios calibres, são intensos, graves, imitam a rosnadura de um gato. Podem ser ouvidos à distância, sendo contínuos, aparecem na inspiração e expiração. São móveis, podendo desaparecer ou diminuir após inspirações profundas e depois de um acesso de tosse.

Os sibilos, por sua vez, são produzidos nos brônquios de pequeno calibre (bronquíolos). São intensos, agudos, como um silvo prolongado e fino, são contínuos, aparecendo nas duas fases respiratórias, são móveis.

14. CONCEITO, SEMIOGÊNESE E CARACTERES PROPEDÊUTICOS DOS ESTERTORES ÚMIDOS

Estertores subcrepitantes: São estertores brônquicos ou bronquiolares que ocorrem quando o ar, passando por esses condutos, entra em conflito com líquidos aí existentes, originando o ruído de bolhas. Indicam-se lesões brônquicas dos grossos, médios e finos brônquios por exsudatos e transudatos. Ocorrem na bronquite, broncopneumonias, edema agudo de pulmão, nas cavernas pulmonares ou bronquiectásicas com secreções fluídas. Caracteres propedêuticos: São ruídos intensos, graves, contínuos, que aparecem nas duas fases da respiração, sendo móveis, desiguais entre si, modificando-se em número com a tosse, diminuindo ou desaparecendo.

Os estertores bolhosos naturais (dissonantes) são a impressão de ruídos descontínuo, que podemos reproduzir experimentalmente, soprando em um vaso com água por um tubo de pequeno diâmetro, de modo a formar bolhas que se vão arrebentar na superfície do líquido.

De acordo com o calibre dos brônquios onde são formados, esses estertores serão de grossas bolhas (traquéia e grossos brônquios), médias bolhas (médios brônquios) e finas bolhas (finos brônquios e bronquíolos).

Estertores crepitantes: São ruídos provocados pelo deslocamento das paredes alveolares em aposição, na inspiração, determinada pelo líquido aí existente, exsudatos e transudatos. São sinais de lesão alveolar, de alveolites fibrino-leucocitárias, indicando um estado congestivo intenso e intra-alveolar. Aparecem em pneumonias, broncopneumonias, tuberculose pulmonar, edema agudo de pulmão.

Caracteres propedêuticos: São ruídos claros, breves, finos, minúsculos, iguais, auscultados no fim da inspiração. São também, ruídos constantes de bolhas finas, sempre de igual volume, igual intensidade e altura. Compara-se a ruídos que podem ser produzidos de determinadas formas, tais como: fundir sal marinho sobre brasas, friccionar um feixe de cabelos entre dois dedos, perto do ouvido, porém, a melhor comparação é obtida com uma esponja de borracha de malhas finas, molhando-a e depois apertando-a fortemente dentro da mão para eliminar toda a água, aproximando tudo do ouvido, a seguir afrouxando os dedos e tornando a apertar. Repetindo por várias vezes e ouvindo com atenção, a esponja reproduzirá o estertor crepitante.

15. CONCEITO, SEMIOGÊNESE E CARACTERES PROPEDÊUTICOS DOS ESTERTORES CONSONANTES OU RESSONANTES

Estalidos: São estertores consonantes, ora isolados, ora sucessivos, sempre discretos, pouco numerosos, às vezes 2 ou 3 pequeninos ruídos percebidos no fim da inspiração, dando ao ouvido impressão de breves detonações, estridentes e superficiais. Às vezes só aparecem na inspiração profunda, que vem depois de golpes de tosse, quando se tornam bem nítidos. Convém mandar o paciente tossir para torná-los mais audíveis.

Originam-se devido a necrose tubular em via de desintegração ou já com pequenas ulcerações ou cavernas.

São frequentes na tuberculose pulmonar evolutiva, quando os tubérculos começam a amolecer. Podem ser encontrados na tuberculose pulmonar, micose pulmonar, sífilis pulmonar. São muito estáveis, quando aparecem em determinadas zonas permanecem por semanas, sem se modificar, sobretudo os cicatriciais (estalidos que ocorrem na fase de cicatrização).

Estertores cavernosos: São produzidos em cavidades, cavernas e bronquiectasias, comuns na evolução cavitária da tuberculose ou de outras afecções capazes de produzir cavidades no pulmão. São exteriores bolhosas indefinidos no timbre anfórico ou metálico, dando ao ouvido a impressão de bolhas muito grossas, audíveis na inspiração e expiração.

Estertores anfóricos: São produzidos em cavidades maiores que 6 cm de diâmetro, ou no pneumotórax. São estertores de timbre anfórico ou metálico, dando ao ouvido a impressão de gotas de líquido caindo numa ânfora sonora, com o timbre argentino. Pode ocorrer com o sopro anfórico.

Gargarejo: Os estertores de grossas bolhas e em grande número, provocam o ruído de gargarejo, significando cavidade com líquido no interior, quando localizado. Indica a presença de cavidade tuberculosa ou não, resultante de um foco de condensação ou foco da supuração drenada por um brônquio.

16. CONCEITO, SEMIOGÊNESE E CARACTERES PROPEDÊUTICOS DO ATRITO PLEURAL

Normalmente as folhas pleurais, ao deslizar durante a inspiração e expiração, não apresentam ruído, pois as superfícies encontram-se perfeitamente lisas.

Por qualquer processo patológico em que as superfícies das pleuras se tornam ásperas e rugosas, produz-se o ruído originado pelo roçar das folhas pleurais, o atrito pleural. O atrito pleural se produz pela inflamação aguda e fibrinosa das pleuras, e menos frequentemente, sem inflamação da serosa, por tecido neoplásico ou pleura.

Caracteres Propedêuticos: As vezes são muito intensos e facilmente audíveis, outras vezes são perceptíveis apenas no final de algumas inspirações profundas.

São geralmente contínuos, aparecendo nítidos no final da inspiração e início da expiração.

Podem aparecer como ruído fino, como o roçar de 2 superfícies se seda. Na maioria das vezes o ruído é duro, surdo, como o ranger de couro novo.

A sede habitual é a região da base do tórax, e região infra-axilar (1/3 inferior da pleura).

Aumenta de intensidade pela pressão do local com o ouvido ou o estetoscópio sobre a parede do tórax.

Não se altera com a tosse ou respiração profunda. Causa a impressão auscultatória de ruído superficial, geralmente é acompanhado de dor.

Frequentemente é palpável constituindo o frêmito pleural.

17. CONCEITO, SEMIOTÉCNICA E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA SUCUSSÃO HIPOCRÁTICA

É o ruído semelhante ao produzido quando se sacode uma cavidade grande com líquido ou gás no seu interior, ou ao se agitar uma garrafa com água até a metade.

Para a semiotécnica aplica-se as palmas das mãos em um e no outro lado da base do tórax, sacudindo-se bruscamente em direção lateral, com o ouvido aplicado no hemitórax afetado.

A sucussão hipocrática é quase somente existente no pneumotórax com derrame por perfuração pulmonar ou não, sendo patognomônico de hidro ou piopneumotórax.

18. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DAS CREPITAÇÕES

São ruídos mal definidos, que não conseguimos identificar rigorosamente, mal caracterizados, de várias origens. São todos os ruídos adventícios que não se chega a identificar. Estes ruídos, geralmente finos, são sempre sintomáticos do estado congestivo do pulmão, subjacente à uma inflamação pleural. São ruídos próprios das cortico-pleurites.

19. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DO RUÍDO DE FÍSTULA PULMONAR OU “TINIDO METÁLICO”

É um ruído semelhante ao que produz um corpo de metal, vidro ou porcelana, ao ser percutido levemente com um alfinete. É observado no hidropneumotórax com fístula pleuro-pulmonar, devido à formação de bolhas produzidas no líquido, pela passagem de ar através da fístula.

20. SEMIOTÉCNICA E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DE RUÍDO DA MOEDA

Colocando-se uma moeda na parede anterior do tórax, um auxiliar percutirá sobre ela com outra moeda, e o observador auscultará na parede posterior em um local diametralmente oposto, onde será percebido um ruído surdo de curta duração e desprovido de timbre metálico. Pode ocorrer duas eventualidades patológicas:

Sinal de Trousseau: No pneumotórax, o som auscultado será intenso e de timbre metálico.

Sinal de Pitres: No hidrotórax, o som é auscultado de maneira nítida, porém, sem ressonância cavitária tal como se o choque da moeda se produzisse junto do ouvido do observador.

21. DEFINIÇÃO E SEMIOTÉCNICA DE PESQUISA DA BRONCOFONIA NORMAL

A percepção da voz auscultada denomina-se broncofonia. Normalmente, os sons produzidos pela vibração das cordas vocais são modificados na sua intensidade, na altura e no timbre, pelos espaços aéreos supra e infra-glóticos. Será percebido na superfície auscultada um tumor indistinto no qual não é possível distinguir as vogais das consoantes e a articulação das sílabas nas palavras.

Este ruído é mais intenso nas regiões de respiração bronco-vesicular, variando ainda com a espessura da parede torácica, a tonalidade e a altura da voz.

Na semiotécnica o paciente deve pronunciar em voz natural as palavras 33, sempre compassadamente, e com a mesma intensidade. O médico deve auscultar as regiões simétricas do tórax.

22. CARACTERÍSTICAS DA BRONCOFONIA NORMAL

É mais intensa no homem que na mulher. Está em relação direta com a voz, sendo mais intensa nas porções do tórax próximas à bifurcação da traqueia principalmente no lado direito pelo contato direto do lobo superior com a traqueia. É mais intensa na parede torácica espessa (obesa ou muscular) e nos idosos (devido à rigidez do esqueleto torácico).

23. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA BRONCOFONIA ANORMAL

Broncofonia com diminuição da intensidade ou abolida: Ocorre nos obstáculos à propagação das vibrações da laringe para a parede torácica, nos tubos aéreos, com estenose ou obstrução, no pulmão com enfisema, ou na cavidade pleural com derrames líquidos ou gasosos.

Broncofonia com aumento de intensidade: Ocorre em 2 condições:

Condensações Pulmonares: tornam os tecidos melhores condutores de sons, especialmente sons de altura elevada. Essas condensações devem ser superficiais, comunicando-se com brônquios permeáveis, e atingir até a profundidade de brônquios de 3 mm de diâmetro.

Nas Cavidades: devido a ressonância das vibrações intra-cavitárias ou por condensação pericavitária.

24. DEFINIÇÃO E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA PECTORILÓQUIA

Pectorilóquia fônica: É a percepção vocal aumentada com a particularidade de se perceber com nitidez as sílabas das palavras pronunciadas em voz alta. Aparece em cavidades ou condensações pulmonares, nas seguintes condições: As cavidades precisam ser superficiais com ou sem condensação pericavitária; as condensações devem atingir a profundidade de brônquios de grosso calibre, com no mínimo 6 mm de diâmetro, pois a propagação de sons agudos não é bem realizada além dos tubos desse calibre mencionado.

Pectorilóquia áfona: O paciente deve pronunciar em segredo (cochichando), sem deixar ouvir voz clara, as palavras 33. Normalmente percebe-se um rumor indistinto, sobretudo próximo aos grossos brônquios e no ápice direito. Quando ocorre a percepção nítida das sílabas das palavras cochichadas, temos a pectoriloquia áfona, que aparece nas cavidades pulmonares comunicantes com os brônquios e nas condensações que se estendem em profundidade até os grossos brônquios.

25. DEFINIÇÃO, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA PECTORILÓQUIA EGOFÔNICA (EGOFONIA)

É a voz anasalada, comparada a do ventríloquo, ou do polichinelo, voz caipira, aguda, fanhosa, trêmula, análoga ao balido caprino. É percebida nos limites superiores dos derrames pleurais e raramente em condensações pulmonares.

A semiogênese é pouco clara, a explicação que mais satisfaz é a de Laennec, modificação da luz circular do brônquio para achatada (bico de clarineta) pela compressão do derrame.

26. DEFINIÇÃO E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA ANFOROFONIA

É um timbre sufórico ou musical da voz, às vezes simplesmente um eco metálico, que se percebe durante a emissão da palavra. Aparece no pneumotórax e raramente em cavernas pulmonares volumosas e vazias.

27. DEFINIÇÃO E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA AUSCULTA DA TOSSE

O que ocorre com a voz, há o seu correspondente com a tosse. O ruído da tosse adquire frequentemente ressonância:

Cavernosa (Tosse cavernosa): Cavernas

Anfórica (tosse anfórica): Pneumotórax

Trêmula (Tosse egofônica): Nível superior dos derrames pleurais.

1. REGIÃO PRÉ CORDIAL. PONTOS DE REFERÊNCIA E LIMITES

A região pré-cordial é delimitada por quatro pontos de referência, ligados entre si por linhas curvas de ligeira concavidade interna, em relação à projeção cardíaca. Os quatro pontos são:

- Borda superior da 3ª cartilagem costal direita, a 1 cm da borda direita do esterno;
- Articulação esternal da 5ª cartilagem costal direita;
- Ponta do coração (sede do ictus cordis);
- 2º espaço intercostal esquerdo, a 2 cm da borda esquerda do esterno.

2. SEMIOTÉCNICA DE INSPEÇÃO E PALPAÇÃO DA REGIÃO PRÉ-CORDIAL

Iluminação homogênea, natural, focalizando o pescoço, região pré-cordial e região superior do abdome.

O paciente deve estar com o tórax nu, musculatura relaxada, em pé ou sentado (com flexão do tórax), decúbito dorsal e decúbito lateral esquerdo (decúbito de Pachon).

O médico deve estar o mais comodamente posicionado. Para a inspeção dirige o raio visual de frente (ou ortogonalmente) para o estudo do ictus cordis, e oblíquo (tangencial) à superfície do tórax para o pescoço, região pré-cordial, abdome superior.

Para a palpação da região pré-cordial, o médico deve colocar-se à direita do paciente e palpar com a mão direita espalmada (metade distal da região palmar e metade proximal dos dedos) toda a região pré-cordial (delicadamente).

Em seguida palpa-se a região do ictus cordis com as polpas digitais dos dedos indicador e médio da mão direita, verificando com precisão todos os caracteres do ictus cordis.

Na mulher, a inspiração e palpação da região pré-cordial obriga o afastamento para cima e para os lados da mama esquerda.

3. DEFORMIDADE DA REGIÃO PRÉ-CORDIAL. ABAULAMENTOS E RETRAÇÕES

Abaulamentos: O tórax normal é simétrico, assim, toda assimetria deve ser considerada patológica e apresenta causas intrínsecas e extrínsecas.

As causas intrínsecas são a hipertrofia e/ou a dilatação cardíaca. É tanto mais evidente quanto mais jovem o indivíduo, pois os arcos intercostais são flexíveis e o coração aumentado recalca o pulmão esquerdo e em seguida o tórax. Isto pode ocorrer com grande evidência até os 25 anos de idade. Quando se observa o abaulamento no adulto é sugestivo que a cardiopatia proceda da infância ou juventude.

As causas extrínsecas podem ser derrames do pericárdio, pneumopericárdio, empiema, pleuriz, pneumotórax, aneurisma da aorta, tumores do mediastino anterior.

Retrações: Não há retração pré-cordial por lesões endo ou miocárdicas. Nas pericardites crônicas, adesivas não ocorre a elevação inspiratória normal do terço inferior do esterno com o processo xifoide, observa-se a retração inspiratória dessa região constituindo o Sinal de Wanckebach.

Nas pleuro-pericardites adesivas posteriores na região posterior do hemitórax esquerdo, ao nível das últimas costelas, abaixo da região escapular, pode ocorrer a retração sistólica dos intercostos e costelas constituindo o sinal de Broadbent.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AS HIPERTROFIAS E/OU DILATAÇÕES CARDÍACAS E AS PERICARDITES COM GRANDES DERRAMES LÍQUIDOS OU GASOSOS

Nas hipertrofias e dilatações cardíacas ocorre imobilidade da ponta dos decúbitos laterais, permanecendo a mobilidade respiratória e a largura dos espaços intercostais estão inalteradas.

Nas pericardites com derrame, ocorre ausência do ictus cordis, há imobilidade respiratória e desaparecimento dos espaços intercostais com abaulamento pré-cordial, sendo este o sinal de Willians.

5. SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DO SINAL DE LANCISI

Este sinal é dado pela ocorrência de estase jugular bilateral pulsátil por Insuficiência Cardíaca Congestiva.

6. SEMIOTÉCNICA, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DO PULSO HEPÁTICO

O pulso hepático é constituído por pulsações epigástricas determinadas pelo fígado, indicando sempre condições patológicas. É visível e palpável pelo método de Lemos Torres ou de Mathieu.

O pulso venoso sistólico é o mais frequente e ocorre na ICC, na qual o fígado de estase já é de longa duração, além de 6 meses, exprimindo hemodinamicamente o grau máximo de hipertensão venosa no sistema VD – AD – VCI – Fígado, provocando o engurgitamento máximo do fígado pela hipertensão da Insuficiência Cardíaca Congestiva. Existe sempre incompetência ou insuficiência valvular tricúspide, quando há o pulso hepático venoso sistólico.

A semiotécnica demonstra de modo evidente a pulsação de toda a massa visceral hepática, desde o epigástrio até os limites direito e esquerdo do fígado.

7. CONCEITO, LOCALIZAÇÃO E SEMIOGÊNESE DO ICTUS CORDIS (CHOQUE DA PONTA)

O ictus cordis é o choque da ponta do coração sobre a parede torácica na região do foco mitral. Ocorre durante o primeiro terço da metade da sístole ventricular esquerda. Anatomicamente corresponde à ponta do ventrículo esquerdo na sua região ântero-inferior.

8. SEMIOTÉCNICA E CARACTERES PROPEDÊUTICOS NORMAIS DO ICTUS CORDIS

Semiotécnica: Localiza-se o intercosto sede do ictus cordis pela palpação do intercosto logo abaixo do ângulo de Louis que corresponde ao 2º espaço intercostal.

A partir deste conta-se os intercostos um a um até atingir o ictus cordis.

A sensação táctil é de pequena extensão, menor que 2 polpas digitais, sem forma característica, com a simples sensação de algo que toca os dedos indicador e médio do observador, se a sensação de impulso.

Caracteres propedêuticos normais:

Sede: no adulto normal situa-se no 5º espaço intercostal esquerdo, um pouco interior à linha hemiclavicular esquerda.

Extensão: no adulto normal a extensão é de 2 a 2,5 cm (menor que 2 polpas digitais).

Intensidade e forma: A intensidade e forma do ictus cordis verificada pela inspeção e principalmente pela palpação, tem valor propedêutico quando acompanhadas também do aumento de extensão do mesmo.

Fisiologicamente, poderá ocorrer aumento da intensidade sem aumento da extensão, ocorrendo em estados emocionais, esforço físico, febre.

Mobilidade: no adulto normal há descida na inspiração e subida na expiração. A mobilidade do coração nos decúbitos faz variar a sede e a extensão. No decúbito lateral esquerdo desloca-se até 3 cm, e no lateral direito de 2 a 3 cm.

Ritmo: O ritmo observado na inspiração e palpação poderá ser rítmico ou arrítmico.

Retração sistólica justa-apexiana e peri-apexiana: Esta ocorrência é normal em indivíduos magros e longilíneos, podendo ser observado também em outros tipos morfológicos.

Na apneia em inspiração profunda, diminui ou desaparece a depressão sistólica justa ou peri-apexiana, assim como a apneia na expiração profunda e favorece, devendo-se isto, a interposição ou não da língula do pulmão esquerdo.

Ausência: Para a afirmação da ausência do ictus cordis deve-se realizar a manobra de Valsalva e a pesquisa palpatória em decúbito lateral esquerdo de Pachon.

A ausência fisiológica ocorre quando o ventrículo esquerdo está situado atrás das costelas, nos tórax musculosos, mamas volumosas, tecido adiposo abundante e nas inspirações profundas.

9. SEMIOTÉCNICA E IMPORTÂNCIA PROPEDÊUTICA DA MANOBRA DE VALSALVA

Essa manobra consiste na reflexão do tronco em apneia expiratória e com a glote fechada, o que determinará a palpação do ictus pouco perceptível ou confirmará sua ausência.

10. DEFINIÇÃO E SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DO FRÊMITO CARDÍACO (FRÊMITO CATÁREO)

A sensação tátil que se chama frêmito, é aquela definida classicamente por Laennec, que a denominou de “frêmito catáreo”, porque corresponde à sensação percebida quando se coloca a mão sobre o dorso de um gato que rosna.

Os frêmitos correspondem na ausculta aos sopros cardíacos e ao atrito pericárdico.

Os sopros intensos e graves, praticamente apresentam frêmitos palpáveis.

Os frêmitos, especialmente os diastólicos, quando permanente e nítido, tem grande valor propedêutico no diagnóstico das valvulopatias e comunicações intracardíacas patológicas.

Semiotécnica: Realizar a palpação com o terço distal da palma da mão e o terço proximal dos dedos sempre da mesma mão.

Inicia-se a palpação da pesquisa dos frêmitos, nos 4 focos cardíacos, e depois palpa-se a região mesocárdica, as regiões infra-claviculares e axilares, e as carótidas externas nas faces laterais do pescoço.

Deve-se determinar sempre a sede, o tempo de revolução cardíaca, a irradiação dos frêmitos, e se são transitórios ou permanentes.

Procede-se a palpação, com o paciente em pé, deitado, em decúbito dorsal e decúbito lateral esquerdo e de Pachon (para sopros no foco mitral).

11. SEMIOGÊNESE E CONDIÇÕES DE APARECIMENTO DO FRÊMITO FISIOLÓGICO

Ocorre nos indivíduos magros, de tórax de paredes finas, quando existe taquicardia, podendo ser percebido junto com o ictus cordis. É leve e diastólico, corresponde ao aumento da velocidade do sangue, passando nos orifícios anatomicamente normais, nas contrações mais enérgicas. Este frêmito fisiológico é transitório e desaparece no decúbito dorsal ou quando são afastadas as condições que o produzirem. Aparece em grandes emoções ou esforços físicos.

12. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DOS FRÊMITOS OTO-VALVULARES (FOCO AÓRTICO, FOCO PULMONAR, FOCO TRICÚSPIDE, FOCO MITRAL E REGIÃO MESOCÁRDICA).

Frêmitos do foco aórtico: o frêmito sistólico, é o mais frequente, aparecendo na estenose aórtica congênita e reumatisal. Os movimentos vibratórios que o produzem

tem grande amplitude e baixa frequência, que corresponde ao sopro intenso e grave. Esse frêmito irradia-se para a axila, para a região infra-clavicular direita e para as carótidas, principalmente a direita.

Nos aneurismas, na aortite e na aterosclerose da aorta, nem sempre são palpados os frêmitos sistólicos, em razão das condições de movimento vibratório que não permitem a sua produção. O frêmito diastólico no foco aórtico é poucas vezes palpado, porque é de pequena intensidade e agudo, constituindo um dos exemplos em que se ausculta o sopro sem o correspondente frêmito.

Frêmitos de foco pulmonar: Na grande maioria das vezes é devido à estenose pulmonar congênita.

Na Persistência do Canal Arterial, onde palpamos o frêmito sistólico mas não o frêmito diastólico, o fato é explicado pelo 1º ser mais intenso e grave. Entretanto, na ausculta nós temos o sopro contínuo do PCA. Quando se palpa o frêmito sistólico e diastólico, quase se pode afirmar que se trata de PCA, embora possa ocorrer também no aneurisma artério-venoso e no bócio tóxico com tireoide intratorácica, sendo estas condições excepcionais.

O frêmito diastólico exclusivo do FP, indicando insuficiência pulmonar, é excepcional. Geralmente quando se percebe este frêmito no FP ou 3º espaço intercostal esquerdo, trata-se de irradiação do frêmito diastólico no FA.

Frêmitos de foco tricúspide: São muito raros, porém quando presentes, exprimem insuficiência tricúspide no caso de sopro sistólico e estenose tricúspide, para o sopro diastólico, sendo ambos sem irradiações.

Frêmitos da região mesocárdica: O frêmito sistólico nessa localização e sem propagação nítida para qualquer outro foco, indica a comunicação interventricular (CIV) ou doença de Roger.

Frêmitos do foco Mitral: O mais comum é o frêmito diastólico (holodiastólico, protodiastólico e pré-sistólico). O mais frequente é o protodiastólico, que alcança até a mesodiástole, justamente porque o respectivo sopro, ao ruflar, é intenso e grave.

Esse frêmito diastólico é ainda mais nítido na palpação feita em decúbito lateral esquerdo de Pachon.

O frêmito sistólico permanente, não transitório, é muito menos frequente que o frêmito diastólico, podendo ser percebido na insuficiência mitral.

13. CONDIÇÕES EM QUE SURGEM OS FRÊMITOS PERICÁRDICOS E PLEURO-PERICÁRDICOS. CARACTERES PROPEDEÚTICOS QUE OS DIFERENCIAM DOS FRÊMITOS ORO-VALVULARES

Aparecem nas pericardites fibrinosas e pleuropericardites fibrinosas, ou ainda nos derrames pericárdicos inflamatórios, na sua posição superior.

Os caracteres propedêuticos que os diferenciam dos frêmitos orovalvulares são:

- Sede: 3º ou 4º espaço intercostal esquerdo;
- Acentua-se com a compressão manual mais forte e com a inclinação do tronco para a frente;
- Modificam-se com os decúbitos;
- É contínuo sistólico-diafólico, ou só sistólico ou só diafólico.

14. SEMIOTÉCNICA E IMPORTÂNCIA PROPEDEÚTICA DA PERCUSSÃO DA ÁREA PRÉ-CORDIAL

Realiza-se a percussão dígito-digital, limitante, nos 2ºs e 3ºs espaços intercostais direito e esquerdo, na posição em pé e em seguida em decúbito dorsal.

Aumento da área submaciça pré-cordial global, esquerda ou direita, ocorre mais frequentemente nas dilatações cardíacas e nos derrames pericárdicos, aproximadamente, além de 3 cm no 4º e no 5º EICD.

15. IMPORTÂNCIA PROPEDEÚTICA E LOCALIZAÇÃO DOS FOCOS CLÁSSICOS DE AUSCULTA

Focos de ausculta são os pontos em que melhor se ouvem os ruídos que se produzem nos orifícios do coração. Os focos de ausculta, com exceção do mitral, correspondem aproximadamente aos pontos de projeção dos orifícios na parede torácica.

Na realidade, a sede dos focos de ausculta não é fixa e depende do estado dos tecidos e dos órgãos vizinhos do coração e dos grossos vasos, do grau de hipertrofia porventura existente nos diversos segmentos do coração, das relações das cavidades cardíacas com a parede torácica, variando também com o biotipo.

- Foco mitral: na sede do ictus cordis
- Foco tricúspide: na base do apêndice xifoide
- Foco aórtico: no 2º EICD, junto ao esterno
- Foco pulmonar: no 2º EICE, junto ao esterno
- Foco aórtico acessório: no 3º EICE, na linha paraesternal esquerda.

16. SEMIOTÉCNICA DA AUSCULTA CARDÍACA

É fundamental que o ambiente esteja silencioso. Ausculta-se todos os focos e todo o restante da região pré-cordial, especialmente a região mesocárdica, sem seguida as regiões vizinhas, pescoço, axilas, região epigástrica, rastejando o ouvido ou o receptor do estetoscópio por todas essas regiões.

Verifica-se as qualidades dos ruídos e sons: Intensidade, altura, timbre, tempo do ciclo cardíaco, duração e ritmo.

Examina-se obrigatoriamente o paciente na posição em pé ou sentado, decúbito dorsal, decúbito lateral esquerdo ou Pachon, em apneia expiratória e inspiratória com a flexão do tronco, e depois do exercício (40 passos ou 40 flexões e extensões do tronco).

17. CARACTERÍSTICAS AUSCULTATÓRIAS DAS BULHAS CARDÍACAS NORMAIS

A primeira bulha é mais intensa, mais duradoura, longa e mais grave que a segunda bulha. É melhor audível na região da ponta, nos focos de ponta (FM e FT). Precede o pequeno silêncio.

A 2ª bulha é melhor perceptível nos focos da base (FA e FT), precedendo o grande silêncio.

Nos jovens a 2ª bulha é mais intensa do lado esquerdo (P2) e nos adultos no lado direito (A2). Isto deve-se as modificações fisiológicas das pressões arteriais, aórtica e pulmonar, próprias dessas idades e do maior contato do coração e da aorta com a parede torácica, pela modificação do tamanho e da posição.

Em cada metade do coração encontra-se todos os elementos para a produção das 2 bulhas. Em cada revolução cardíaca, temos, na realidade 4 tons. Tom mitral e tom aórtico no coração esquerdo, tom tricúspide e tom pulmonar no coração direito. Como, porém, no coração normal estes tons são sincrônicos dois a dois, o ouvido tem a sensação de só 2 bulhas.

Na clássica expressão onomatopaica, “tum-tá”, o “Tum” refere-se a 1ª bulha e o “tá” a segunda.

18. COMPONENTES VIBRATÓRIOS DA PRIMEIRA BULHA

- Contração de ambos os ventrículos, de sua musculatura, em toda a sístole ventricular, nas fases de tensão e de refluxo, ou de ejeção.
- Tensão de fechamento das válvulas átrio-ventriculares mitral e tricúspide.
- Vibração da porção inicial da parede e valvas da aorta e da pulmonar, no período de ejeção das sístoles ventriculares.
- Contração muscular dos átrios na sístole atrial, que se for prematura forma a quarta bulha.

19. COMPONENTES VIBRATÓRIOS DA SEGUNDA BULHA

- Tensão de fechamento das válvulas sigmóides das artérias aorta e pulmonar.
- Abertura das válvulas átrio-ventriculares mitral e tricúspide.

20. FORMAÇÃO DA TERCEIRA BULHA FISIOLÓGICA

A 3ª bulha é perceptível no FM, FT e FA, melhor audível, nesta ordem, nos indivíduos jovens, magros, longilíneos, principalmente depois do exercício provocado.

Deve-se à vibração dos ventrículos, do próprio miocárdio dos ventrículos, decorrente da passagem brusca do sangue dos átrios para os ventrículos, na fase de enchimento rápido da diástole ventricular, provocando a bulha meso-diastólica vindo após a 2ª bulha normal.

21. FORMAÇÃO DA 4ª BULHA FISIOLÓGICA

A quarta bulha (bulha atrial) é de muito pequena intensidade e precede a 1ª bulha. É uma bulha tele-diastólica (ou pré-sistólica), correspondendo, quando audível, à pré-sístole ventricular. É o ruído produzido pela contração muscular dos átrios, em contração prematura, pois a vibração da sístole atrial, normalmente, está incorporada na 1ª bulha, da qual é um dos componentes.

22. HIPOFONESE E HIPERFONESE DAS BULHAS CARDÍACAS

A modificação da intensidade pode ocorrer na 1ª ou 2ª bulha, ou em ambas.

Quando a intensidade está aumentada denomina-se de hiperfonese e quando está diminuída de hipofonese.

A hiperfonese e a hipofonese das 2 bulhas estabelecem-se pela comparação da intensidade para a 1ª bulha nos FM e FT e para a 2ª bulha nos FA e FP, no próprio paciente.

23. LEI DE FRANK-STARLING OU LEI DO CORAÇÃO

A lei de Frank-Starling enuncia o seguinte:

“A energia mecânica liberada entre o estado de repouso e o estado de contração, depende do comprimento da fibra”.

Isto, em palavras mais claras, significa que a contração ou pressão de contração é, fisiologicamente, proporcional à distensão inicial da fibra cardíaca.

24. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA HIPERFONESE DE AMBAS AS BULHAS, EM TODOS OS FOCOS E IMEDIAÇÕES

As condições de aumento da velocidade do fluxo sanguíneo e de enchimento diastólico se fazem de tal forma que as bulhas se tornam mais intensas ou hiperfonéticas. Ocorre no exercício, na emoção e no hipertireoidismo, ou ainda em condições favoráveis de transmissão como uma parede torácica delgada.

25. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA HIPOFONESE DE AMBAS AS BULHAS EM TODOS OS FOCOS E IMEDIAÇÕES

As condições de diminuição da velocidade do fluxo sanguíneo e de enchimento diastólico se fazem de tal forma que as bulhas se tornam menos intensas ou hipofonéticas. Ocorre nas miocardiopatias (diminuição da contratilidade do miocárdio, miocardioesclerose, angina pectoris, e infarto do miocárdio), choque com anóxia e hipovolemia, ICC, ou ainda em condições desfavoráveis de transmissão como obesidade, enfisema pulmonar, derrames pericárdicos.

26. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA HIPERFONESE DE 1ª BULHA NO FM E IMEDIAÇÕES

A hiperfonese na 1ª bulha no FM pode ser do tipo muscular e do tipo valvular.

Muscular: ocorre nas hipertrofias do VE, na hipertensão arterial, insuficiência aórtica, insuficiência mitral e nas sístoles pós extra-sístoles.

Valvular: ocorre nas alterações anatômicas das valvas da válvula mitral, por esclerose e até calcificação, provocando movimentos vibratórios de maior amplitude e maior frequência, e daí as características de maior intensidade e de um ruído mais agudo, seco e curto.

É o que ocorre na estenose mitral ou na esclerose valvular mitral sem ou com estenose, geralmente associando-se a miocardiosclerose por insuficiência coronária crônica.

27. HIPOFONESE DE 1ª BULHA NO FM. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO

Ocorre na insuficiência contrátil acentuada do VE, geralmente, em estado hemodinâmico de ICC.

28. HIPERFONESE DE 1ª BULHA NO FT E IMEDIAÇÕES. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO

A hiperfonese de 1ª bulha no FT do tipo muscular é devido a dilatação tonógea do VD, que sempre precede a hipertrofia, nos processos de aumento da pressão diastólica endoventricular, além dos limites fisiológicos, ocorrendo no cor pulmonale crônico e agudamente por embolia da artéria pulmonar.

A hiperfonese de 1ª bulha no FT do tipo valvular ocorre na estenose tricúspide.

29. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA HIPOFONESE DE 1ª BULHA NO FT

Ocorre na insuficiência tricúspide, diminuindo a intensidade dos componentes vibratórios.

30. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA HIPERFONESE DA 2ª BULHA NO FA E FP

Respectivamente, correspondem às hipertensões no sistema arterial aórtico (hipertensão arterial-sistêmica) e hipertensão da artéria pulmonar no cor pulmonale crônico ou agudo.

31. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DA HIPOFONESE DA 2ª BULHA NO FA E FP

A hipofonese da 2ª bulha no FA ocorre em todos os casos em há grande diminuição da tensão arterial, como na hipotensão crônica habitual, doença de Addison e certos casos de tuberculose pulmonar.

A hipofonese da 2ª bulha no FP ocorre em todos os casos em que a tensão sanguínea se deprime na artéria pulmonar e também na estenose pulmonar por rigidez, soldadura ou imobilidade das sigmóides.

32. SEMIOGÊNESE DA DISSOCIAÇÃO NO CORPO DAS BULHAS CARDÍACAS. DESDOBRAMENTO E DUPLICAMENTO

A 1ª e 2ª bulha são, na percepção acústica, constituídas de um único ruído, isto porque seus componentes vibratórios estão intimamente ligados e sequentes de tal forma que a percepção auditiva não consegue dissociá-los. Quando, na 1ª ou 2ª bulha é percebida uma descontinuidade, esta poderá se dar por desdobramento ou duplicamento.

No desdobramento não existe um ínfimo silêncio repartindo a bulha, e no duplicamento esse silêncio existe. O 2º componente do desdobramento é sempre um pouco mais agudo e intenso, ou de frequência e amplitude um pouco maiores.

33. SEMIOGÊNESE DOS DESDOBRAMENTOS FISIOLÓGICOS DE 1ª BULHA

Surge no começo da inspiração, desaparecendo no seu final, e no fim da expiração. A impressão acústica é de duas bulhas breves e uma longa, com as duas breves muito juntas. Onomatopaicamente é dada por “TRUM-TÁ” aparecendo quase sempre na expiração e no FM, e raramente no FT, estando na dependência do assincronismo ser mais pronunciado.

Normalmente existe um assincronismo de 0,10 s entre a contração e todos os outros fenômenos, primeiramente do ventrículo direito em relação ao ventrículo esquerdo, porém o ouvido não consegue perceber tal assincronismo fisiológico.

Na expiração forçada, por um aumento da pressão venosa intrapulmonar e conseqüentemente do ventrículo direito, o assincronismo se acentua e se torna perceptível a dissociação dos dois primeiros e o terceiro componente 1ª bulha. É mais frequente no adulto, no qual as diferenças pressóricas aórtica e pulmonar se tornam mais acentuadas.

Estes desdobramentos são transitórios.

34. SEMIOGÊNESE DOS DESDOBRAMENTOS FISIOLÓGICOS DA 2ª BULHA

Ocorre no final da inspiração e começo da expiração e no fim da ejeção ventricular e fechamento das sigmóides, sob a pressão endo-aórtica e endopulmonar, e cujo assincronismo fisiológico também não é percebido pelo ouvido.

Deve-se à desagregação do tom aórtico e tom pulmonar, resultando um ritmo tríplice que se apresenta com uma cadência constituída por uma longa e duas breves.

O intervalo que separa os elementos fônicos da bulha desdobrada é rapidíssimo, sendo dois elementos muito aproximados, que mal se desligam, dando ao ouvido a impressão de "TUM-TLAC".

É mais frequente no FP na criança e no jovem e sempre são transitórios.

35. SEMIOTÉCNICA, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DOS DESDOBRAMENTOS E DUPLICAMENTOS PATOLÓGICOS

A condição obrigatória para efetuar-se o diagnóstico de um desdobramento ou duplicamento patológicos, quer da primeira ou da segunda bulha, é que estes sejam permanentes, tanto na inspiração como expiração, devendo-se examinar ainda o paciente em inspiração forçada, expiração forçada e nas diferentes posições, isto é, em pé, deitado em decúbito dorsal e decúbito lateral esquerdo.

Aparecem no aumento do tempo de condução do estímulo AV, nos bloqueios de ramo, hipertensão da pequena ou grande circulação, extrassístoles, fibrilação atrial, angina pectoris e infarto do miocárdio.

1. CONCEITO E SEMIOGÊNESE DAS ARRITMIAS CARDÍACAS

Arritmia é a alteração do ritmo cardíaco em consequência de distúrbios na formação ou na condução dos estímulos ou ambos.

Ocorre em condições normais ou é manifestação de cardiopatias. Causa insuficiência cardíaca, choque, quadros hipotensivos. Pode expressar repercussão cardíaca em estado infeccioso, DNV, hormonal, metabólicos.

É uma das causas principais de morte súbita, principalmente quando incide durante a fase aguda do enfarte do miocárdio

2. ALTERAÇÕES DO AUTOMATISMO (ALTERAÇÕES NA FREQUENCIA E MARCAPASSO). CONCEITO

O nó sinusal, fonte de origem do impulso, constitui a região de maior grau de automatismo, impedindo que outras células do coração, com características de marca-passo de despolarizem espontaneamente. Em certas ocasiões o automatismo está deprimido, nessa eventualidade, células especializadas dos átrios, do sistema de condução internodal, ou da junção átrio-ventricular podem desencadear um impulso.

É o que acontece quando estimulamos o vago provocando diminuição do automatismo do nó sinusal, surgindo então um foco automático, não afetado pela ação parassimpática.

Algumas vezes, sem anormalidade do nó sinusal, ocorre despolarização em células com propriedades de marca-passo latente, criando a possibilidade do deslocamento do marcapasso para outras regiões. É o que ocorre devido a alterações eletrofisiológicas, secundárias ou não a processos patológicos do coração, gerando extrassístoles ou taquicardia funcional não paroxística.

3. CONCEITO DE ALTERAÇÕES DA CONDUÇÃO DO ESTÍMULO

O mecanismo mais comum na gênese das arritmias é o fenômeno da reentrada. Consiste no retorno do estímulo para regiões já estimuladas, ocorrendo ao nível das junções AV ou Purkinje - músculo, que favorecido pela presença de duas vias de condução, dificuldade em uma delas há volta do estímulo conduzido pela via íntegra à região inicialmente bloqueada, agora em período não refratário.

4. SINTOMAS, SINAIS E FATORES DETERMINANTES DA TAQUICARDIA SINUSAL

O ritmo sinusal com frequência de 100, 150, 180 e 230 bpm pode ser assintomático ou ocorrer com sintomas e sinais, tais como, palpitações, ansiedade, exagero da pulsatilidade das artérias do pescoço, ictus compulsivo, hiperfonese de 1ª bulha no FM, sopro funcional meso-sistólico.

Deve-se:

- a) Mecanismos adaptativos fisiológicos ou patológicos com aumento do tônus simpático induzido por posição ortostática, exercício, stress, calor, estados hipercinéticos, hipotensão arterial, insuficiência cardíaca.
- b) Ação de drogas ou hormônios vagolíticos (atropina), simpaticomiméticos (adrenalina, noradrenalina).
- c) Hormônio tireoidiano.

5. SINTOMAS, SINAIS, FATORES DETERMINANTES DA BRADICARDIA SINUSAL

Ritmo sinusal com frequência entre 34 e 60 bpm (6 a 10 anos ou mais de 50). Ocorre em atletas ou indivíduos normais durante o sono. Dura minutos, horas, dias, anos, dependendo da etiologia.

Sintomas e sinais: são oligossintomáticas ou pode surgir dispneia de esforço, dor pré-cordial, tonturas, AVC, aumento da pressão diferencial sistólica, sopros sistólicos nos focos da base. Predispõe à extrassístoles, taquicardia paroxística, fibrilação ventricular.

Fatores determinantes:

- a) Ação vagal: estímulos por massagem do seio carotídeo, compressão do globo ocular, vômito, manobra de Valsalva.
- b) Desvios metabólicos: aumento de potássio, diminuição de cálcio, acidose, alcalose, hipotireoidismo, hipotermia.
- c) Hipertensão endocraniana: hematomas, tumores cranianos, hemorragia cerebral.
- d) Ação de drogas: digitálicos, beta-bloqueadores cranianos, quinidina, sedativos, reserpina, hipotireoidismo.
- e) Insuficiência coronária.
- f) Síndrome do nó sinusal doente: febre reumática, miocardites em geral, infarto do miocárdio, miocardioesclerose.

6. DEFINIÇÃO, SEMIOGÊNESE, SINTOMAS E SINAIS DA ARRITMIA SINUSAL RESPIRATÓRIA E NÃO RESPIRATÓRIA

São variações momentâneas da ritmicidade da produção do impulso, com o FC apresentando variações cíclicas. Arritmia sinusal respiratória: relaciona-se com a respiração, estando a FC aumentada na inspiração por diminuição do tono vagal, e diminuída na expiração por aumento do tono vagal.

Arritmia sinusal não respiratória: não relaciona-se com a respiração.

Sintomas e sinais: pulso irregular, tontura, fadiga, palpitações.

7. DEFINIÇÃO E SEMIOGÊNESE DE EXTRASSÍSTOLES

É um batimento prematuro, geralmente de origem ectópica. É a arritmia mais frequente em clínica médica, ocorrendo principalmente entre 50 e 70 anos. Ocorre em 5% dos indivíduos normais.

Tem gênese nas regiões do miocárdio com períodos refratários diferentes, com propagação do impulso fundamental de maneira diversa, inclusive retrógrada, despolarizando novamente tecidos próximos (fenômeno de reentrada), seja dos átrios ou ventrículos, originando um batimento prematuro. Pode ocorrer na junção AV, periferia atrial ou ventricular.

8. EXTRASSÍSTOLES SUPRAVENTRICULARES E VENTRICULARES. SEMIOGÊNESE E CLASSIFICAÇÃO CONFORME A FREQUÊNCIA E FOCO DE ORIGEM

Extrassístoles supraventriculares: originando-se nos átrios (atriais) ou junção AV (juncionais).

Extrassístoles ventriculares: originam-se em qualquer ponto dos ventrículos ou do septo intraventricular, ativando-os por vias anômalas e de modo assíncrono.

Frequência: **Isoladas**, surgindo ao acesso, após várias contrações normais.

Agrupadas, uma ou mais extrassístoles se repetem a certos intervalos:

1 contração normal e 1 extra – bigeminada

1 contração normal e 2 extras – trigeminada

1 contração normal e 3 extras – quadrigeminada

Salva, várias contrações sucessivas de tempos em tempos interrompendo o ritmo fundamental.

Focos de origem: Unifocais: Origem em um mesmo ponto (foco).

Polifocais: origem em locais diferentes, morfologia variável.

Anarquia ventricular: polifocais, impossibilitam o reconhecimento do ritmo fundamental.

9. CONCEITO, SINTOMAS E SINAIS DA FIBRILAÇÃO ATRIAL

Caracteriza-se pela desordenada ativação atrial, de alta frequência, entre 400 a 700/min, não há contração, apenas tremulação muscular.

É uma arritmia muito importante, rara em crianças, às vezes em adolescentes femininas, febre reumática ou cardiotireotoxicose, e comum após 45 anos em pacientes com miocardiosclerose e cardiopatia hipertensiva.

Sintomas: semelhante a qualquer taquiarritmia, há palpitações, nervosismo, ansiedade, mal estar geral, tonturas, sudorese e cansaço.

Sinais:

1) Pulso arterial, radial, carotídeo e femoral:

- A frequência do pulso é menor que a frequência cardíaca auscultada: ciclos curtos com contração ventricular ineficaz, não havendo abertura da valva aórtica.
- Ritmo do pulso irregular.
- Intensidade do pulso variável.
- Pressão arterial diferencial pode estar normal, aumentada ou diminuída.

2) Ausculta cardíaca:

- Irregularidade do ritmo cardíaco. Caracteriza a chamada arritmia arritmica ("Delirium cordis"). Perceptível quando a FC estiver entre 80 e 140/min, nas FC aumentadas ou diminuídas PE de difícil reconhecimento clínico.
 - Difícil diagnóstico diferencial entre fibrilação atrial e extrassístoles.
- O exercício diminuído suprime as extrassístoles e aumenta a fibrilação atrial.

3) Sopros sistólicos de intensidade variável. Frequência ventricular aumentada – sopros inaudíveis.

10. CONCEITO, GÊNESE, SINTOMAS E SINAIS DO FLUTTER ATRIAL

É a ativação elétrica atrial com frequência entre 220 e 360/min. Condução AV 2:1, 3:1, 4:1, com vários graus de bloqueio podendo chegar ao bloqueio AV total.

Pouco frequente, incide em adultos com grau avançado de comprometimento anatomofuncional do miocárdio. Ocorre excepcionalmente em homens normais.

A gênese ainda não está estabelecida, sendo as causas mais comuns a febre reumática e a miocardiosclerose.

Sintomas e sinais: são semelhantes a outras taquiarritmias, com palpitações, nervosismo, ansiedade, tontura, fraqueza, cansaço, angina, síncope, dispneia, ortopnéia oligúrica.

FC: 150/min os sintomas são intensos

130/min os sintomas são moderados

100/min os sintomas são mínimos ou ausentes

O pulso arterial mostra-se com frequência aumentada ou diminuída conforme a frequência ventricular.

11. CONCEITO, SINTOMAS E SINAIS DA TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRA-VENTRICULAR (ATRIAL)

Arritmia originada nos átrios, de alta frequência (140 a 220 bpm), recém nascido e lactantes 280 bpm. O início e o fim são súbitos, com duração de segundos, minutos, horas, dias e semanas. As crises podem ser raras ou frequentes. Pode ter início e fim determinados por estímulo prematuro, seus batimentos obedecendo sequência regular, admite-se que esteja ligado ao mecanismo de entrada (movimento circular) envolvendo o nó AV, musculatura atrial e nó sinusal. Ocorre em homens normais, pacientes com grave comprometimento do miocárdio. Deve-se a causas cardíacas e extracardíacas.

Sintomas: Dependem da frequência e duração do paroxismo, estado emocional do paciente, grau de comprometimento do miocárdio. Crises de 5 a 10 minutos causam palpitações ligeiras.

Sinais: Ritmo regular, FC aumentada, pulso filiforme, pulso alternante, diminuição da PA, choque, ritmo de galope, insuficiência cardíaca e poliúrica.

12. DEFINIÇÃO, SINTOMAS E SINAIS DO BLOQUEIO AV TOTAL

Constitui a forma mais avançada e grave no transtorno de condução. Os átrios e ventrículos se contraem de modo independente um dos outros.

Átrios com frequência de 60 a 100 bpm e ventrículos com frequência de 20 a 40 bpm.

A causa mais frequente do transtorno é o bloqueio de ramo bilateral e não do nó AV. Ocorre em pacientes portadores de infarto do miocárdio, miocardiopatia chagásica.

Sintomas: diretamente proporcional ao grau de afetação do miocárdio. Bloqueio AV congênito: poucos sintomas, sendo cansaço, dispneia, tontura, síncope e convulsões.

Sinais: Diminuição da FV, aumento do volume sistólico, insuficiência cardíaca, insuficiência vascular cerebral, aumento da PA sistólica, diminuição da PA diastólica e sopro sistólico no FAA irradiando para a fúrcula e para o pescoço.

13. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DO RÍTMO DE GALOPE

O ritmo a 3 tempos, formado pela adição às 2 bulhas, normais do coração de uma nova bulha que aparece na diástole, com a comparação acústica, onomatopaica, bem nítida, do galopar de um animal, é o que se chama de galope. A 3ª bulha fisiológica ocorre pelo choque do sangue no interior dos ventrículos, sendo um ruído de origem vibratório muscular. A 3ª bulha patológica surge na ICC descompensada com FC acima de 100 bpm, devendo-se à vibração ventricular miocárdica.

14. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DA BULHA DE CANHÃO

A bulha de canhão corresponde a sondação dos fenômenos menos acústicos da contração atrial e ventricular exatamente juntas, e não com a precedência atrial como ocorre fisiologicamente. Surge no bloqueio AV completo (3º grau).

15. CONCEITO E SEMIOGÊNESE DO RITMO PENDULAR

Nas taquicardias acentuadas, além de 160/min, o ritmo regular cadenciado, é substituído pelo ritmo pendular. Deve-se ao encurtamento progressivo da diástole, desaparecendo a audibilidade da 2ª bulha.

16. CONCEITO, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DO RITMO EMBRIOCÁRDICO

Quando a cadência pendular é acompanhada da diminuição de intensidade de ambas as bulhas, igualando-se a intensidade, altura e timbre, denomina-se de ritmo embriocárdico. É de prognóstico grave, aparecendo nas doenças infecciosas, estados de choque, ICC consequente a grave e extensa lesão do miocárdio.

1. CONCEITO E SEMIOGÊNESE DOS SOPROS CARDÍACOS

Sopro é um ruído semelhante aquele que obtemos soprando com certa pressão e mantendo a boca entre aberta. Podemos auscultar um sopro na região pré-cordial, nas imediações ou sobre os vasos, em qualquer parte do organismo.

A causa dos sopros depende principalmente da velocidade do sangue, segundo Bondi. Acima de 200 cm/seg haverá sopros em corrente livre, sem alteração anatômica.

Entre 100 e 200 cm/seg haverá sopro quando houver alterações anatômicas, tais como, estenose (estreitamento), insuficiência (dilatação), aumento de calibre, cordoalhas livres ou soltas.

Abaixo de 100 cm/seg não haverá sopro, qualquer que seja a condição anatômica presente.

2. CONDIÇÕES QUE FAVORECEM O APARECIMENTO OU INTENSIFICAM OS SOPROS

- a) A velocidade da corrente sanguínea é o fator mais importante;
- b) O grau de alterações anatômicas: grau de estenose, insuficiência, rugosidade das valvas e do endocárdio justa valvar e cordoalhas soltas;
- c) A proximidade do coração da parede torácica, seja por cardiomegalia, seja pelo afastamento das linguetas pulmonares;
- d) Nos longilíneos, há melhor transmissão por ser o tórax mais achatado, e além disso, por haver maior torção da artéria pulmonar.

Nos brevilíneos há exagerada torção da aorta e nas gestantes há elevação no diafragma.

3. CONDIÇÕES QUE DESFAVORECEM O APARECIMENTO DOS SOPROS CARDÍACOS

Neste caso, é qualquer condição que desfavoreça a transmissão do som por interposição do meio heterogêneo entre o coração e o ouvido do observador.

4. SEMIOTÉCNICA DA AUSCULTA DO SOPRO CARDÍACO

Iniciar a ausculta pelo FM e imediações, depois, na ordem, FT, FA, FAA, FP, Região mesocárdica, procedendo sempre o rastejamento com a câmara receptora do estetoscópio, de maneira a não perder pela memória de fixação todos os caracteres propedêuticos dos sopros.

Desde que os sopros estejam presentes, verificar também, rastejando as regiões laterais do pescoço, infraclaviculares, axilares superior e inferior. Nos sopros muito intensos, com grandes áreas de indicação, a ausculta deve abranger também a face posterior do tórax.

Existem sopros, principalmente os das cardiopatias congênitas e da insuficiência mitral, que se propagam para todo o tórax, constituindo os chamados sopros circulares.

Depois da ausculta com o diafragma, pode ser feita a ausculta com a campânula (ou pavilhão auricular) melhorando a ausculta de sopros diastólicos agudos, pouco intensos, da insuficiência aórtica no FA e FAA, bem como os atritos pericárdicos nos focos da base ou na região mesocárdica.

5. CARACTERES PROPEDEÚTICOS DOS SOPROS CARDÍACOS

Tempo do ciclo cardíaco: O tempo da revolução cardíaca é o momento do ciclo cardíaco no qual o sopro se produz. Pode ser no pequeno silêncio (sistólico) ou no grande silêncio (diastólico).

Se todo o 1º ou o 2º silêncio são tomados, o sopro é denominado holo..., se atingir somente parte do silêncio, é denominado proto... (princípio), meso... (meio) e tele... (fim).

Sede: é o local onde o sopro é mais audível, de maior intensidade.

Irradiação (propagação): o sopro irradia-se em função de sua intensidade, excentricamente, seguindo preferencialmente, as formações ósseas e a direção do jato sanguíneo.

Ex.: SDFA – Insuficiência aórtica – propaga-se para o FM ou apêndice xifoide.

Intensidade: Fraco, médio, forte (+/++++)

Altura: depende da frequência vibratória. De maneira genérica, os sopros graves são próprios das estenoses valvulares ou valvares, e os sopros agudos são próprios da insuficiência.

Timbre: Dependem da natureza dos corpos que vibram.

Elásticos: timbre suave; consistentes – timbres rudes, e grau maior de consistência – timbre musical: jato de vapor, em serra, em locomotiva (maquinária).

Variações com a posição, respiração e exercício.

Posição:

- a) De pé ou sentando com o tórax inclinado para frente – sopros da base (FA e FP).
- b) Decúbito dorsal e decúbito lateral esquerdo (Pachon) – sopros de ponta (FM).

Respiração:

- a) Apnéias inspiratórias (Manobra de Rivero-Carvalho) – Sopro Sistólico no FT e FP há aumento de intensidade, e sopro sistólico no FM e FA há diminuição de intensidade.
- b) Apnéia expiratória com expiração forçada, sopros diastólicos aumentam de intensidade.

Exercício: Após o exercício de 40 passos ou 40 flexões, e extensões do tronco, o aumento da velocidade da circulação sanguínea aumenta muito a intensidade do sopro.

6. MANOBRA DE RIVERO-CARVALHO. SEMIOTÉCNICA E IMPORTÂNCIA PROPEDÊUTICA

A semiotécnica é extremamente simples, bastando pedir ao paciente para fazer apneia inspiratória.

Com essa manobra o sopro sistólico no FT e FP aumentam de intensidade e o sopro sistólico no FM e FA diminuem de intensidade.

7. CLASSIFICAÇÃO PROPEDÊUTICA DOS SOPROS CARDÍACOS (CARRAL)

Orgânicos: órgão-valvulares, órgão-musculares, órgão-vasculares, órgão-septais e órgão-pericárdicos.

Anorgânicos: fisiológicos, cardíopulmonares e cardio-serosos.

8. CONCEITOS E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DOS SOPROS ORGÂNICOS

Sopros orgânicos: são aqueles nos quais sempre existe o componente anatômico (orgânico).

Sopros órgão-valvulares: são aqueles nos quais há lesões das valvas e válvulas cardíacas.

Sopros órgão-musculares: devem-se a dilatação e/ou hipertrofia cardíaca.

Sopros órgão-vasculares: devem-se a lesões vasculares da artéria aorta, artéria pulmonar, persistência de canal arterial.

Sopros órgão-septais: são sopros decorrentes da comunicação se câmaras cardíacas.

Sopros órgão-pericárdicos: (Atrito pericárdico): produzem-se quando as folhas do pericárdio estão despolidas no processo inflamatório agudo ou crônico.

9. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DOS SOPROS ANORGÂNICOS

São aqueles nos quais não existe qualquer participação de condição patológica orgânica.

Sopros fisiológicos: são frequentes nas crianças, nos jovens, e mesmo nos adultos por aumento da velocidade circulatória e taquicardia, sem haver qualquer lesão orgânica.

Ex.: exercício, febre, anemia, hipertireoidismo.

Sopros cardio-pulmonares: produzem-se nas lâminas pulmonares justa-cardíacas, em virtude de movimentos determinados pela ação cardíaca. São frequentes nas crianças, nos jovens e nas gestantes.

Sopros cardio-serosos de Ortiz Ramirez: é de episódica ocorrência durante uma ausculta, é mais frequente nas astenias do tórax de paredes finas e deve-se ao deslizamento fisiológico dos folhetos pericárdicos durante o ciclo cardíaco.

ABDOME

1. PONTOS E LINHAS DE REFERÊNCIA NA FASE ANTERIOR E POSTERIOR

Face Anterior: Base do apêndice xifoide, pontos mais distais dos arcos e rebordos costais, ponto médio de cada lado da arcada inguinal, pontos proximais das espinhas ilíacas ântero-superiores, linha da borda inferior da 6ª costela, linha horizontal superior que passa pelos pontos mais distais dos arcos costais, linha horizontal inferior que passa pelos pontos mais proximais das espinhas ilíacas ântero-superiores, arcadas inguinais, linha da borda superior do púbis, linha mediana – (linha vertical que passa pelo umbigo ou meio da parede ântero-lateral do abdome), linha vertical que passa pelo ponto médio da arcada inguinal de cada lado, podemos considerar como o próprio prolongamento da linha hemiclavicular.

Face Posterior: 12ª vértebra dorsal, 5ª vértebra lombar, linha da 12ª costela, linha da crista ilíaca linha vertical, linha da borda externa da massa muscular vertebral.

2. REGIÕES DO ABDOME

Anterior: Hipocôndrio D e D, Flanco D e D, Região Inguinal D e E, Regiões Epigástricas, Mesogástricas e Hipogástrica.

Posterior: Regiões Dorsal mediana, Sacra e Lombar D e E.

3. PROJEÇÃO DAS VÍSCERAS NAS DIFERENTES REGIÕES DO ABDOME

Região Epigástrica: Estômago (maior parte), duodeno, fígado (parte dos lóbulos D e E), vesícula biliar, parte da cabeça do pâncreas.

Região Hipocôndrio D: Fígado (lóbulo D), ângulo hepático do colon, rim D, glândula supra renal D.

Região Hipocôndrio E: Parte do estômago, baço, ângulo esplênico do colon, cauda do pâncreas, rim E e glândula suprarenal E.

Região Umbilical: Parte do estômago (parte inferior do corpo), partes do duodeno e jejuno, colon transverso, maior parte do pâncreas, parte dos ureteres.

Região do Flanco D: Colon ascendente, ureter D.

Região do Flanco E: Colon descendente, ureter E.

Região hipogástrica: Intestino delgado, colon sigmoide, bexiga, útero, parte dos ureteres.

Fossa ilíaca D: Ceco, apêndice cecal, íleo, ovário.

Fossa ilíaca E: Colon sigmoide, ovário.

4. SEMIOTÉCNICA DA INSPEÇÃO DAS PAREDES DO ABDOME

Com o paciente de decúbito dorsal, a cabeça e parte superior do tórax colocados sobre um travesseiro um pouco elevado, os membros superiores e inferiores em posição anatômica.

O médico posiciona-se na direção dos pés do paciente a uma distância de 1 a 2 m, somente se aproximando para pormenorizar certos detalhes de alguma alteração observada.

Posteriormente o paciente passa para a posição em pé, onde as paredes abdominais são inspecionadas pelas faces anterior, lateral e posterior, com o paciente em respiração tranquila e em esforço respiratório.

A iluminação deve ser, de preferência, natural, homogênea, de tal forma que todas as regiões sejam uniformemente iluminadas.

5. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DAS ALTERAÇÕES DA FORMA GLOBAL DO ABDOME

Abdome globoso: Há aumento em todas as direções, em todos os diâmetros do abdome, o qual toma uma forma esfenoïdal. Ocorre no meteorismo, pneumoperitônio, ascite recente, obesidade.

Abdome em pêndulo ou avental: Abdome achatado, o tecido adiposo forma uma grande prega, dobra, caída com o paciente em posição de pé. Há em grandes obesos, na obesidade de longa duração.

Abdome em obus: Abdome semi-esférico, saliente pontiagudo na porção central. Há com meteorismo, pneumoperitônio, ascite recente, gestação, cisto de ovário volumoso.

Abdome em batráquio: Aparece quando há hipotonia muscular e o paciente fica em decúbito dorsal. O abdome fica alargado nos flancos, nas partes laterais, e achatado na parte central, tomando aspecto de barriga de sapo. Ocorre com ascites volumosas e repetidas, certas miopatias, raquitismo.

Abdome escavado: Abdome retraído, côncavo. Ocorre na desidratação grave, jejum prolongado, desnutrição grave, vômitos incoersíveis, estados de caquexia, estado extremo de emagrecimento.

6. ABAULAMENTOS E RETRAÇÕES LOCALIZADAS, ASSIMÉTRICAS DO ABDOME

Hérnias: Hérnia é um tumor formado pela saída total ou parcial de uma víscera, por falta de contenção da parede muscular ou falha desta.

Eviscerações: É a hérnia na parede do abdome produzida por uma cicatriz, fala-se também no caso de haver saída das vísceras abdominais para o exterior através da cicatriz.

Tumor na Parede Abdominal: Estes tumores abrigam tumores da pele, músculos, aponevroses, adenites, linfomas, abscessos, flegmão, hematomas, cistos sebáceos.

Tumores Intra-cavitários e Retro-cavitários: Hepatomegalia, esplenomegalia, distensão da vesícula biliar, cisto do pâncreas, cistos do ovário, aneurisma da aorta abdominal, meteorismo localizado, fecalomas, bexigomas.

Retrações localizadas, assimétricas do abdome: São raras. Pode haver retração epigástrica extensa, anormal, com queda de estômago (deslocamento do estômago para baixo, no dolico gastria ou carcinoma esquistoso; com grande cardiomegalia as custas do aumento do VD, pode haver retração abdominal assimétrica por uma cicatriz com dextro torção cardíaca).

7. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DA CIRCULAÇÃO COLATERAL VENOSA TIPO PORTA

Predomina nas regiões epigástricas e mesogástricas, o sentido da corrente sanguínea é de baixo para cima.

Às vezes em veias dilatadas se dispõe radialmente em torno do umbigo, formando uma rede mais ou menos nítida. Essa disposição radiada das malhas venosas em torno do umbigo se chama circulação colateral em forma de cabeça de medusa, que aparece frequentemente na hipertensão da veia porta.

8. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DA CIRCULAÇÃO COLATERAL TIPO CAVA INFERIOR

Predomina no flanco D e E, hipocôndrios D e E e da mesma forma nas regiões inguinais. A direção da corrente sanguínea venosa é de baixo para cima. Aparece nas compressões ou obstruções da Veia Cava Inferior ou Veias Íliacas Primitivas.

9. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DAS PULSAÇÕES EPIGÁSTRICAS DE ORIGEM CARDÍACA

As pulsações epigástricas produzidas pelo coração coincidem com o ictus cordis, podendo ser controlada com a palpação do ictus ou choque da ponta. Ocorre na hipertrofia ou dilatação do VD.

10. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DAS PULSAÇÕES EPIGÁSTRICAS FISIOLÓGICAS PRODUZIDAS PELA ARTÉRIA AORTA (AORTISMO)

Essas pulsações são sentidas pelo paciente no epigástrio e ocorrem nas emoções, nos esforços físicos, nos longilíneos de abdome magro e retraído.

11. SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DAS PULSAÇÕES EPIGÁSTRICAS PATOLÓGICAS PRODUZIDAS PELA ARTÉRIA AORTA

Ocorre na Insuficiência aórtica, hipertireoidismo, aortite abdominal, aneurisma da aorta abdominal, tumor sólido em contato com a aorta abdominal

12. SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DAS PULSAÇÕES EPIGÁSTRICAS PRODUZIDAS PELO FÍGADO (PULSO HEPÁTICO)

As pulsações epigástricas determinadas pelo fígado constituem o pulso hepático e sempre indicam condições patológicas. Ocorrem na ICC, com o fígado de estase, com hipertensão venosa no sistema átrio direito – Veia Cava Inferior – Fígado.

13. CONCEITO DAS CONTRAÇÕES PERISTÁLTICAS VISÍVEIS FISIOLÓGICAS

As contrações peristálticas visíveis fisiológica do intestino delgado podem aparecer em indivíduos de parede abdominal fina, delgada, flácida e especialmente, em pessoas nervosas. Os movimentos peristálticos visíveis fisiológicos do intestino delgado, aparecem e desaparecem rapidamente. Surgem sob a forma de movimentos rotatórios, não acompanhados de dor, nem de ruídos hidro-aéreos.

14. CONTRAÇÕES PERISTÁLTICAS VISÍVEIS PATOLÓGICAS. CONCEITO E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO

O peristaltismo patológico não é contínuo, aparece espontaneamente de tempos em tempos. Podemos provocá-lo com massagem normal, dando pequenos piparotes ou borrifando água fria ou éter na parede abdominal, na região em que deve aparecer.

Estômago: quando o peristaltismo é do estômago, as ondulações começam a esquerda, sob o rebordo costal esquerdo, e se dirigem para a direita. São ondulações

lentas, produzem-se com ou sem dores, e com ou sem RHA. Ocorre na estenose crônica no piloro ou primeira porção do duodeno, obstruções pilóricas por úlcera estenosante do piloro ou do duodeno, e por carcinoma do antro-gástrico.

Intestino Delgado: As ondulações peristálticas são geralmente vivas e intensas, rápidas, percorrem a região central do abdome, sem direção definida, acompanhadas de dores intensas e RHA que aparecem e desaparecem. Surgem na estenose crônica do intestino delgado ou volvo do intestino delgado.

Intestino Grosso: As ondulações caminham da direita para a esquerda, de baixo para cima, são ondulações lentas e mais nítidas no HD. Ocorre na estenose crônica do intestino grosso.

15. SEMIOTÉCNICA DA PERCUSSÃO DO ABDOME

O paciente deve estar em decúbito dorsal da mesma forma que para a inspeção.

O médico em pé ou sentado a beira do leito e a direita do paciente, com as costas voltadas para os pés destes.

A percussão da parede anterior do abdome deve ser bastante delicada, apoiando pouco o dedo plessímetro salvo quando percutimos o fígado, o espaço de Traube e o baço.

Deve-se realizar a percussão em leque a partir do epigástrico ou em paralelo verticalmente.

16. CONCEITO E LIMITES DO ESPAÇO SEMI-LUNAR DE TRAUBE

Este espaço corresponde à bolha de ar do fundo gástrico e na percussão produz com timpânico.

Limites: Superior – linha curva de concavidade ífero-medial, iniciando-se no rebordo costal (6ª cartilagem costal) dirigindo-se para a esquerda e para cima até a linha hemiclavicular esquerda e linha axilar anterior.

Inferior: rebordo costal esquerdo.

17. SEMIOGÊNESE DO TIMPANISMO, SUB MACICEZ E MACICEZ ABDOMINAIS

Timpanismo: Surge pela existência de gases no interior de vísceras ocas. Ocorre em toda a parede anterior do abdome e no espaço semi-lunar do Traube.

Sub-macicez e macicez: Surge na percussão da parede posterior, das vísceras ocas com o fígado e o baço, tumores sólidos intra-abdominais, tumores líquidos (cistos de ovário, cistos de pâncreas), bexigoma e ascites.

18. AUSCULTA DO ABDOME (RHA). CONCEITO E SEMIOGÊNESE

RHA no estômago e intestino grosso indicam a presença de líquidos e gases. No intestino delgado são raros os RHA.

19. CONCEITO DE BORBORIGMOS

São RHA de tonalidade aguda, alta, estalidos finos pela presença de líquidos e gases.

20. SEMIOTÉCNICA, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DO RUÍDO DE VASCOLEJO

Pela sucussão lateral com mãos espalmadas na bacia, lateralmente e imprimindo-se bruscamente os movimentos laterais efetua-se a manobra para a pesquisa do ruído de vascolejo, que assemelha-se ao ruído de agitar uma garrafa com um copo de água. Traduz uma Antionia gástrica ou atonia das paredes do ceco ou colon transversal, ou também estase por contrações insuficientes das paredes gástricas ou estenose do piloro.

21. SEMIOTÉCNICA, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DO RUÍDO DE PATINHAÇÃO

Deprime-se a parede do abdome várias vezes seguidas com a face palmar dos dedos indicador, médio e anular. Assemelha-se ao ruído de palmadas leves sobre uma superfície aquosa. Ocorre nos órgãos musculares com paredes flácidas contendo muito líquido e pouco gás. Indica atonia gástrica.

22. SEMIOTÉCNICA, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DO RUÍDO DE GARGAREJO

O observador deve deslizar os dedos sobre o segmento intestinal quem contém ar e líquido, indicando a presença destes componentes. São RHA de grossas bolhas que ocorrem na região íleo-cecal frequentemente nas diarreias.

23. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DO ATRITO HEPÁTICO

Nas regiões de projeção do fígado (parede costal ou epigástrico), indica inflamações fibrinosas da cápsula de Glisson e do peritônio correspondente, processos inflamatórios ou neoplásicos do parênquima hepático, ocorrendo ainda nas peri-hepatites ou fazendo parte de peritonite generalizada.

1. PALPAÇÃO SUPERFICIAL DO ABDOME. SEMIOTÉCNICA

A palpação superficial do abdome deverá ser delicada, evitando causar dor e consequente contração involuntária dos músculos do abdome, com isto teremos, também, melhor percepção tátil.

Palpa-se com a mão D espalmada e com as polpas digitais em movimentos rápidos e rotativos, sempre em regiões simétricas.

Pesquisa-se a sensibilidade, espessura da parede, consistência, tensão da parede, tonicidade, distensão abdominal, continuidade (lacunas), tumores parietais, reflexos cutâneos abdominais.

2. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO PROFUDA E DESLIZANTE DE HAUSSMAN

O paciente deve estar em decúbito dorsal, braços e pernas estendidos ao longo do tronco, com a cabeça e o ombro apoiados em um travesseiro.

O médico sentará a beira do leito, bem junto do doente, devendo ficar a D ou a E do paciente, de acordo com a região e o órgão a ser examinado.

As mãos do observador podem assumir várias posições de acordo com o tipo de abdome a ser palpado: mão espalmada, paralelas com os dedos em garra, para abdomes planos (magros ou caquéticos); mãos estiradas e oblíquas com dedos em garra ou não (é a posição mais utilizada); e mãos sobrepostas para o abdome resistente (a mão esquerda por cima faz pressão e a direita permanece flácida por baixo).

Utilizamos bordas radial e ulnar das mãos (4 últimos dedos de cada mão para pesquisar o ceco e o sigmóide).

Dobras de pele e penetração das mãos: Com as mãos estiradas e oblíquas procuramos o maior enrugamento possível da pele do abdome, para cima, com a finalidade de poder executar a penetração e depois o deslizamento, com a pele.

Depois repete-se o enrugamento, fixando com uma das mãos a região que acabou de ser explorada.

Fase de deslizamento: Atingindo os planos profundos em 2 ou 3 expirações, e com a pele do abdome enrugada, o médico mantém a profundidade conquistada e realiza o deslizamento no sentido que é variável conforme o segmento examinado.

Na linha mediana, o plano fixo da coluna vertebral e das massas musculares paravertebrais constituem plano de resistência.

Nas regiões das fossas ilíacas, o plano resistente é dado pelo músculo psoas-ilíaco, e seus 2/3 superiores, e nas faces laterais, o apoio do escorregamento será dado pela pressão de uma das mãos do médico na região lombar externa, colocada em posição transversa e espalmada.

O deslizamento deve ser feito sempre na expiração, e na inspiração seguinte deve cessar o deslizamento, durante o qual mantemos a posição de profundidade já obtida.

3. ESTRUTURAS PALPÁVEIS E NÃO PALPÁVEIS NO ABDOME

Órgãos palpáveis: Grande curvatura e antro pilórico no estômago, íleo terminal, ceco, cólons ascendente, transverso e descendente, cólon sigmoide na sua porção mediana, útero e ovários, aorta abdominal e artérias ilíacas

Órgão não palpáveis: ângulos hepático e esplênico do cólon, cólon sigmoide nas porções proximal e distal, intestino delgado (exceto íleo terminal), gânglios intra-abdominais, apêndice, vesícula biliar, bexiga urinária vazia.

4. CARACTERES PROPEDEÚTICOS NA PALPAÇÃO DOS ÓRGÃOS INTRA-ABDOMINAIS

Estes caracteres devem sempre ser observados e comparados com o normal.

Sede, forma, consistência, volume (limites e diâmetros), mobilidade (postural, respiratória e manual), ruídos espontâneos ou provocados e sensibilidade (dor presente ou não).

5. SEMIOTÉCNICA E CARACTERÍSTICAS DA PALPAÇÃO DO ESTÔMAGO

A grande curvatura do estômago que é a mais palpável, pode ser palpada desde a 12ª vértebra torácica, até o promotório lombo-sacro. O antro pilórico, estatisticamente é a porção do estômago mais frequentemente palpável depois da grande curvatura para a direita. A grande curvatura habitualmente está localizada acima da cicatriz umbilical.

Semiotécnica: Obedece os princípios gerais que regem o processo da palpação profunda e deslizante de Hausman, iniciando-se, na parte mais alta do epigástrico, e dirigindo-se para baixo até perder o contato com a coluna vertebral, depois do promotório.

Caracteres palpatórios: A grande curvatura caracterizada pela presença de um degrau, mole e deprimível, que é percebido sobre a coluna vertebral e se desloca com os movimentos respiratórios, ascendendo na expiração e descendo na inspiração.

Quando comprimida, a grande curvatura frequentemente é notada com um ruído de gargarejo típico, na fase expiratória. Quando se deixa de perceber esse ruído o estômago está vazio, e é manobra útil mandar o paciente ingerir água, porque juntamente com ela ocorre a ingestão de certa quantidade de ar, e assim, as condições necessárias para o aparecimento do gargarejo.

6. SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DOS RUÍDOS DE VASCOLEJO E PATINHAÇÃO

Ruído de vascolejo: principalmente quando observado e repetido no intervalo de minutos, indica hipotonia e estase gástrica, demonstrando que o esvaziamento gástrico está prejudicado, o que ocorre na estenose pilórica ou duodenal.

Ruído de patinção: indica hipotonia gástrica com prejuízo de peristaltismo do estômago.

7. SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DA DISTENSÃO RÍGIDA

O aumento permanente de consistência do degraú gástrico, com o estômago distendido, é indicador da distensão rígida, isto é, do peristaltismo presente e acentuado na estenose pilórica ou duodenal.

8. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DO MÚSCULO PSOAS

O paciente em decúbito dorsal eleva o membro inferior correspondente estendido a 45°.

Com as mãos oblíquas e justapostas, aprofundar as mãos com o pregueamento prévio da pele, ao nível de 2 dedos transversos acima do umbigo, sentindo o plano profundo resistente, determinado pelo próprio músculo.

Com o pregueamento da pele, inicia-se o deslizamento em zig-zag, no sentido de perceber-se a borda direita, a massa muscular e a borda esquerda do músculo.

9. DELIMITAÇÃO DA ZONA COLÉDOCO-PANCREÁTICA DE CHAUFFARD-RIVET

Traça-se pelo umbigo uma linha vertical e outra horizontal. Traçar a bissetriz do ângulo reto superior direito. A zona compreendida entre a linha vertical e a bissetriz, uma extensão de 5 cm a partir do umbigo, é a zona colédoco-pancreática de Chauffard e Rivet e corresponde à cabeça do pâncreas e do colédoco.

10. ZONA HIPERALGICA DE KATSCH. SEMIOTÉCNICA E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO

É determinada por uma hiperestesia cutânea, que se dispõe em meia cinta no lado E do corpo, desde o epigástrico e por sobre as últimas costelas E, até a região que se estende da 10^a a 12^a apófises espinhosas torácicas.

Semiotécnica: a hiperestesia será pesquisada com a ponte de um fósforo ou de um alfinete, roçando sobre a pele. A hipersensibilidade ou hiperestesia torna-se evidente com o passar e repassar sobre a pele da meia cinta a ponta do alfinete, onde se verifica que a sensibilidade é muito maior que a das zonas cutâneas vizinhas e normais. Ocorre em processos inflamatórios agudos do pâncreas.

11. SEMIOTÉCNICA DE PALPAÇÃO DOS CÓLONS ASCENDENTE E DESCENDENTE

Posição do paciente: conforme a técnica de palpação profunda e deslizante de Hausman.

Posição do médico: para a palpação dos cólons ascendente o médico senta-se na mesa de exame ou no leito de costas para o pé do paciente.

As mãos posicionam-se da seguinte maneira: A mão E faz compressão da massa muscular da região lombar externa com a face palmar, aproximando-se da parede anterior do abdome. Assim obtemos o plano de resistência sobre o qual se realiza o deslizamento.

Aprofunda-se a mão que palpa até o plano resistente, próximo a cicatriz umbilical, durante a expiração.

A palpação do cólon ascendente é facilitada pela inclinação lateral do tronco para a esquerda, mantendo-se a bacia imóvel. Utiliza-se a borda cubital da mão direita.

A palpação do cólon descendente é realizada invertendo-se a posição do médico e da sistemática do cólon ascendente.

12. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DO CÓLON TRANSVERSO

O cólon transversal é dotado de grande imobilidade própria, assim, a palpação processar-se-á desde o epigástrico até a pequena bacia e fossas ilíacas D e E.

A posição do paciente obedece os princípios gerais da palpação profunda e deslizante de Haussman.

O médico coloca-se a D do paciente, sentado na mesa de exame ou no leito, de costas para os pés do paciente. As mãos e os dedos são utilizados como na palpação bi-manual, ou seja, as mãos estiradas e oblíquas ou espalmadas e paralelas com os dedos em garra.

Penetra-se nas fases de expiração, procurando atingir o plano profundo que é a coluna vertebral e as massas musculares para-vertebrais.

Deslizar sempre com a pele até o púbis e fossas ilíacas. Palpado o cordão com os caracteres do cólon transversal, na linha mediana, seguir o cordão em exame para direita e para a esquerda até os rebordos costais ou flancos.

13. SEMIOTÉCNICA DE PALPAÇÃO DO ÍLEO TERMINAL, CECO E SIGMÓIDE

A posição do paciente obedece aos princípios gerais da palpação profunda e deslizante de Haussman.

Para o íleo terminal e o ceco o médico coloca-se a D do paciente, sentado na mesa de exame ou leito, com as costas para os pés do paciente.

A palpação pode ser feita de várias maneiras. A melhor é a palpação bi-manual, onde as mãos ficam espalmadas, paralelas e oblíquas, com os dedos em garra. Pregueia-se a pele e aprofunda-se as mãos na altura da cicatriz umbilical, até o plano profundo que é o músculo psoas.

Atingindo o plano profundo, sem deprimir com força, deslizamos as mãos com a pele sobre o músculo psoas, deslizamos as mãos com a pele sobre o músculo psoas, obliquamente, quase paralelo a linha mediana, de cima para baixo, até atingirmos a arcada inguinal.

Para a palpação do sigmoide invertemos a posição do médico a toda a sistemática realizada para o íleo terminal e ceco.

14. DEFINIÇÃO DO PONTO DE MC BURNEY

Traçando-se uma linha imaginária entre a crista ilíaca ântero superior D e a cicatriz umbilical, e dividindo-se essa linha em três partes, no ponto de união do terço médio com o terço distal (a 5 cm da CIAS D), teremos o ponto de Mc Burney.

15. CONCEITO, SEMIOTÉCNICA, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DO SINAL DE ROVSING

É o sinal de dor na FID, na região íleo-cecal, provocada pela compressão da IFE, cólon descendente e cólon transverso, deslocando a mão no sentido oposto à direção do bolo fecal e dos gases, sem retirá-la da parede abdominal.

Procedendo-se dessa maneira, os gases são mobilizados, recalcados para o ceco que distendido provoca dor. O sinal de Rovsing, quando bem nítido, é bastante sugestivo de apendicite aguda.

16. CONCEITO, SEMIOTÉCNICA, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DO SINAL DE BLUMBERG

O Sinal de Blumberg é o sinal da dor em 2 tempos da pesquisa da dor peritoneal, dor à compressão da parede abdominal e presença de dor mais intensa, provocada pela descompressão brusca da parede abdominal.

Com a face palmar dos dedos da mão D, comprimimos a parede abdominal delicadamente em profundidade mínima e suficiente de modo a provocar dor.

Em seguida retiramos os dedos rapidamente, produzindo uma descompressão brusca da parede abdominal.

Observando o fácies do paciente, verificamos se a dor à descompressão foi mais intensa, pelas suas alterações fisionômicas, pelo gemido e perguntando ao paciente se a dor foi mais intensa no 1º ou 2º tempo, quando comprimimos ou retiramos a mão.

O sinal de Blumberg indica reação peritoneal é positivo quando o peritônio fica inflamado por qualquer tipo de irritação, por ação de substâncias químicas ou bacterianas.

1. SEMIOTÉCNICA DA INSPEÇÃO DO FÍGADO

A iluminação deve ser, de preferência, natural homoganeamente distribuída, incidindo em todo o abdome.

O paciente deve estar em decúbito dorsal na posição de palpação profunda e deslizante e o observador em frente aos pés do paciente.

Realiza-se a inspeção estática e dinâmica.

2. SEMIOTÉCNICA DA PERCUSSÃO DO FÍGADO

A percussão limitante determina a face superior do fígado com a submacicez ao nível do 4º EI nas crianças e 5º EI nos adultos.

A macicez absoluta indica o contato direito do fígado com a parede torácica e assim ela demonstra a maior parte do fígado que acha no HD, na região subcostal, tanto na face anterior, como na face lateral e face posterior.

A percussão limitante não deverá ser usada para determinar a borda inferior do fígado, porque sempre incidirá em erro, em razão da borda hepática ser pouco espessa, e imediatamente debaixo estarem situadas as vísceras ocas abdominais cujo som é timpânico. A borda inferior deverá ser sempre delimitada pela palpação.

3. CONCEITO, SEMIOGÊNESE E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DO SINAL DE JOBERT

É o desaparecimento da submacicez e macicez hepática, aparecendo o timpanismo.

Ocorre pela interposição de uma porção do cólon transversal entre o fígado e o gradeado costal. A macicez hepática desaparece na região lateral, para fora da região hemiclavicular direita, conservando-se a submacicez hepática entre as linhas hemiclavicular direita e mediana, não se modificando com as posturas adotadas pelo paciente nos decúbitos laterais e em pé.

Ocorre no pneumoperitônio por perfurações gastrointestinais e da vesícula biliar, meteorismo abdominal muito acentuado com a distensão e a interposição de alças intestinais entre o fígado e a parede torácica.

4. CONCEITO, SEMIOTÉCNICA E SIGNIFICADO PROPEDÊUTICO DO SINAL DE TORRES HOMEM

É uma dor localizada e circunscrita de forma geralmente circular, obtida através da percussão dígito-digital limitante, delimitando-se na área hepática, uma área geralmente circular de dor intensa. Ocorre no abscesso hepático.

5. IMPORTÂNCIA PROPEDÊUTICA DA AUSCULTA DO FÍGADO

O atrito presente na área hepática, sobre o gradeado costal correspondente a região epigástrica indica inflamações fibrinosas da cápsula de Glisson e do peritônio

correspondente, processos inflamatórios ou neoplásicos do parênquima hepático ou fazendo parte de peritonite generalizada.

6. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DO FÍGADO PELO PROCESSO DE MATHIEU-CARDARELLI

O paciente em decúbito dorsal como na posição da palpação profunda e deslizante.

O médico sentado no leito com as costas voltadas para a cabeça do paciente. As mãos paralelas, no abdome, dispostas com os dedos em garra, pesquisando desde o FID, a borda inferior do fígado durante as inspirações.

A cada linha de pesquisa ou de colocação das mãos no abdome deve-se esperar que a borda do fígado toque os dedos que palpam. A inspiração do paciente deverá ser um tanto profunda. Obtida a sensação da borda anterior do fígado na linha hemiclavicular direita, deve-se acompanhá-la até o HE e HD.

7. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DO FÍGADO PELO PROCESSO DE LEMOS TORRES

O paciente deve estar em decúbito dorsal como na palpação profunda e deslizante de Hausmann.

O médico sentado no leito de costas para os pés do paciente. A sua mão esquerda, pela extremidade dígito-palmar, fará pressão no ângulo lombo-costal, com o fim de elevar a borda inferior do fígado, de fora para dentro, e exagerar o deslocamento inspiratório do fígado. A mão D será colocada espalmada sobre a parede anterior do abdome de modo que as bordas radiais das terceiras falanges do indicador e do médio se contraponham ao movimento inspiratório do fígado, exercendo então, uma pressão de baixo para cima, de dentro para fora e um pouco de trás para diante.

Como em todos os processos, a pesquisa com a mão D deverá ser feita sobre a linha hemiclavicular D, desde a fossa ilíaca D.

8. SEMIOTÉCNICA E IMPORTÂNCIA PROPEDEÚTICA DA PALPAÇÃO DO FÍGADO PELO PROCESSO DE CHIRAY E PAVEL

Paciente em decúbito lateral esquerdo, fazendo um ângulo de 45° com o plano do leito e com as coxas em semi-flexão.

O médico posiciona-se atrás do paciente e em pé, efetuando a palpação com a mão D em garra.

Aplica-se este processo para a palpação da borda anterior do fígado em ascites não muito volumosas.

9. CARACTERES PROPEDEÚTICOS PALPATÓRIOS DO FÍGADO

Estado da borda anterior – fina ou romba.

Superfície da face superior: lisa, irregular, nodular, granulosa (cirrose de Laennec).

Consistência: mole ou dura.

Sensibilidade: desce na inspiração, falta a fixabilidade expiratória.

Palpabilidade: A palpação ocorre em 92% em pacientes não obesos e com a parede abdominal pouco espessa no processo de Lemos Torres.

Localização:

Longilíneos: normalmente palpável a 1 ou 2 dedos transversos na linha hemiclavicular D.

Brevilíneos: A borda anterior do fígado se encontra debaixo ou ao nível do rebordo costal direito. Em crianças até um ano de idade normalmente é palpável até 2 dedos do rebordo costal direito na linha hemiclavicular direita.

10. IMPORTÂNCIA PROPEDEÚTICA DOS GÂNGLIOS ABDOMINAIS

Os gânglios abdominais não são sensíveis à palpação profunda e deslizante, nos seus tamanhos e consistências normais, não produzem sensação de relevo ao deslizamento.

Quando palpáveis sempre indicam uma condição patológica, como adenopatias tumorais, linfomas, ou uretrites carcinomatosas.

11. INSPEÇÃO DA VESÍCULA BILIAR

Normalmente a vesícula biliar não é visível à inspeção da parede anterior do abdome. Mesmo em condições patológicas, ela é raramente visível, surge uma distensão pronunciada como na hidropsia vesicular, empiemas, colecistites agudas, surge como tumor móvel aos movimentos inspiratórios.

12. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DA VESÍCULA BILIAR PELO PROCESSO DE CHIRAY E PAVEL

Repete-se basicamente o processo da palpação do fígado, porém, e obviamente, desta feita visa-se encontrar a vesícula com a mão direita em garra.

13. SEMIOTÉCNICA DE PALPAÇÃO DA VESÍCULA BILIAR PELO PROCESSO DE WIJNHOF

O paciente deve estar sentado e o tronco ligeiramente fletido.

O médico, por trás do paciente, coloca a mão D em garra na região vesicular.

14. CARACTERES PROPEDEÚTICOS PALPATÓRIOS DA VESÍCULA BILIAR

A vesícula normal não é palpada, por apresentar, mesmo quando cheia, um estado de distensão e de consistência não acessível ao relevo necessário à palpação.

Quando a vesícula biliar é palpada, indica sempre condição patológica, sendo dolorosa, como um tumor piriforme, móvel com a respiração, não apresentando fixabilidade expiratória, podendo ou não apresentar mobilidade manual e de decúbito, no

sentido lateral, descrevendo uma trajetória representada por uma linha curva de concavidade para cima.

Podemos palpar a vesícula na hidropsia vesicular colecistite aguda e empiema vesicular.

15. REGRA DE COURVOISIER – TERRIER

Icterícia colestática, com vesícula grande e palpável, indica compressão do colédoco por tumor de cabeça de pâncreas ou da papila duodenal.

Icterícia colestática, vesícula biliar de volume normal, não palpável, indica litíase obstrutiva do canal colédoco ou da papila duodenal.

16. SEMIOTÉCNICA E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DO SINAL DE MURPHY

A manobra de Murphy é realizada sempre que a palpação da vesícula revelar exagerada sensibilidade à palpação ordinária.

Aplica-se a mão esquerda sobre a margem costal direita aplicando o polegar sobre o ponto cístico, exercendo certa pressão, pedimos que o paciente faça uma inspiração profunda.

O sinal de Murphy é a dor provocada no ponto cístico, local onde o fígado se intercepta com o músculo reto do abdome, quando na inspiração esta região toca a mão que palpa, podendo ou não interromper a inspiração pela dor provocada. Aparece pouco antes da cólica hepática, nas colecistites e litíases biliares.

17. SEMIOTÉCNICA DA INSPEÇÃO DO BAÇO

Em condições normais não há abaulamento na área esplênica. Nas esplenomegalias, flanco E, região umbilical e FID conforme o tamanho do baço.

O aumento ocorre no sentido de seu maior eixo, na direção oblíqua da esquerda para a direita e para baixo, ultrapassando ou não a linha umbilical.

18. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DO BAÇO PELO PROCESSO DE MATHIEU – CARDARELLI

O paciente deve estar em decúbito lateral direito ou na posição de Shuster (posição intermediária entre o decúbito dorsal e o decúbito lateral direito). O MIE em semi-flexão, o MID em extensão, respirando profundamente pela boca.

O médico posiciona-se a esquerda do paciente, de costas para a sua cabeça, mãos em garra como na palpação do fígado, pesquisando o baço, desde a linha axilar média no flanco esquerdo, até o HE e epigástrico em sua porção esquerda.

19. SEMIOTÉCNICA DE PALPAÇÃO DO BAÇO PELO PROCESSO BIMANUAL

O paciente deve estar em decúbito dorsal ou decúbito lateral direito.

O médico, a direita do paciente, em pé ou sentado no leito, de costas para os pés do paciente, coloca a mão esquerda espalmada no HE, pressionando de fora para dentro. A mão direita espalmada sobre o abdome, com os dedos em direção à borda inferior do baço, procura sentir a cada inspiração a margem do baço com as bordas radiais do indicador e médio direitos, desde o FE e RU até o epigástrico.

20. CARACTERES PROPEDEÚTICOS PALPATÓRIOS DO BAÇO

Em condições normais, o baço nunca é palpável. Em condições patológicas, a borda do baço é dura ou mole, cortante ou romba, dolorosa ou não conforme ou não conforme a condição patológica presente.

21. SEMIOTÉCNICA DA PERCUSSÃO DO BAÇO

O paciente deve estar em decúbito dorsal ou decúbito lateral direito.

O médico em pé, do lado direito do paciente, realiza a percussão dígito-digital, com o dedo plessímetro paralelo a borda superior do baço (9º EIE), linha axilar posterior, em direção oblíqua, seguindo o 9º EIE e depois o 10º e 11º até o rebordo costal esquerdo.

22. SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DA AUSCULTA DO BAÇO

Nas peri-esplenites pode ser percebido o atrito na região de projeção do baço, na parede costal correspondente ou mesmo em flanco esquerdo.

1. CONCEITO DE ASCITE

O termo ascite vem do grego (askós = bolsa) é a coleção líquida retida na cavidade peritoneal. O líquido ascítico pode ter caráter de transudato ou exsudato, proveniente de diversas causas: mecânicas ou hemodinâmicas, metabólicas, inflamatórias, neoplásicas.

2. INSPEÇÃO DA ASCITE

A forma do abdome depende da posição do paciente, da tonicidade da musculatura abdominal, da quantidade de líquido e pressão intra-abdominal.

O aumento de volume do abdome se observa à inspeção somente quando o líquido ascítico atinge 4 ou 5 litros.

3. CONCEITO, SEMIOTÉCNICA E IMPORTÂNCIA PROPEDÊUTICA DO SINAL DE PIPAROTE

É uma sensação de choque que se palpa na fase lateral de um dos lados do abdome, quando aplicamos piparotes na região diametralmente oposta.

O paciente fica em decúbito dorsal, o médico coloca a mão espalmada em um dos flancos e com a outra mão aplicamos piparotes com o dedo médio no flanco oposto e na região diametralmente oposta. O médico auxiliar comprime a parede abdominal levemente, com a borda ulnar de uma das mãos, na linha mediana para evitar as vibrações da própria parede abdominal, as quais poderiam dar a falsa impressão de ondas líquidas.

O sinal de piparote estará presente em ascites de grande volume, acima de 5 litros e estará ausente em ascites pequenas ou exageradas.

4. SEMIOTÉCNICA DO PROCESSO DE RECHAÇO HEPÁTICO NA ASCITE

O paciente deve estar em decúbito dorsal e o médico sentado à direita e de costas para os pés do paciente. Com a mão direita e os dedos unidos pelas extremidades distais, aplica-se pequenos choques na parede anterior do abdome. Aplicado cada choque, a mão direita fica na posição aprofundada à espera do contrachoque do rechaço. Havendo ascite, o fígado impulsionado pelo choque sofre um rechaço no plano resistente posterior e retorna promovendo o contrachoque.

5. SEMIOTÉCNICA E IMPORTÂNCIA PROPEDÊUTICA DA PERCUSSÃO NA SUBMACICEZ E MACICEZ MÓVEL DOS FLANCOS NA ASCITE

Paciente em decúbito dorsal. O médico executa a percussão dígito-digital, transversalmente, a partir do umbigo na direção de um dos flancos, de dentro para fora, encontraremos o som timpânico normal, submacicez na posição intermediária entre ascite e a região sem derrame e macicez sobre o líquido ascítico. Quando a ascite é pouco

volumosa, encontraremos submacicez e macicez somente nos flancos. Em seguida, solicitamos ao paciente que, vagarosamente, tome a posição de decúbito lateral oposto ao que estivermos percutindo. Então, os pontos de submacicez que estávamos obtendo com o paciente em decúbito dorsal, vai sendo substituído pelo timpanismo, devido ao deslocamento do líquido ascítico para posições mais profundas.

No 3º tempo, o paciente volta ao decúbito dorsal e na percussão reaparecerá a submacicez substituindo o timpanismo.

O sinal é positivo quando o volume do líquido ascítico é maior do que 1 litro aproximadamente, é o melhor sinal para o diagnóstico de ascite desde os pequenos até os grandes volumes.

6. SEMIOTÉCNICA E IMPORTÂNCIA PROPEDEÚTICA DA PERCUSSÃO NOS SEMICÍRCULOS DE SKODA NA ASCITE

Com o paciente em decúbito dorsal, o médico percute o abdome a partir do epigástrico, em direção ao hipogástrico, radialmente em diferentes direções, iniciando na linha mediana e pois para os flancos. Na presença de ascite obteremos, sucessivamente, vários pontos de timpanismo, submacicez e macicez em cada linha e em cada direção percutida.

Unindo os diversos pontos de submacicez e macicez, traça-se linhas em semicírculos de concavidade voltada para o epigástrico. Essas linhas constituem os semicírculos de Skoda.

Os semicírculos de Skoda aparecem nas ascites volumosas de mais de 5 litros.

7. SEMIOTÉCNICA DA PERCUSSÃO NA POSTURA ERETA PARA OBTENSÃO DA LINHA HORIZONTAL NA ASCITE

Com o paciente em pé, o médico percute o abdome a partir do epigástrico em direção ao hipogástrico, radialmente em diferentes direções, iniciando na linha mediana e depois para os flancos. Na presença de ascite, encontraremos vários pontos de submacicez cuja união corresponderá a uma linha horizontal.

8. SEMIOTÉCNICA, SEMIOGÊNESE E IMPORTÂNCIA PROPEDEÚTICA DO TOQUE RETAL NA ASCITE

O paciente, tanto do sexo feminino como masculino, ficam em posição ginecológica. O médico toca com o dedo indicador da mão direita.

Nas ascites livres, desde pequenos volumes, acima de 300 ml., o líquido ascítico se deposita na cavidade pélvica, percebendo-se o abaulamento da porção anterior ao reto, decorrente da pressão aumentada ao nível do fundo de saco de Douglas.

RINS

1. POSIÇÃO ANATÔMICA, MOBILIDADE RESPIRATÓRIA E DE DECÚBITO

Os rins estão situados na parte superior e posterior da cavidade abdominal, de cada lado da coluna vertebral dorso-lombar. O polo superior acha-se a cerca da linha transversal da 12ª vértebra torácica, e o polo inferior à altura da linha do corpo da 3ª vértebra lombar, a 6 cm da face lateral dos corpos vertebrais. O rim direito está situado 2 a 3 mm mais baixo que o esquerdo.

Apresentam mobilidade respiratória no sentido vertical, descendo na inspiração e permanecendo fixos na expiração.

Apresenta mobilidade de decúbito. No decúbito lateral o rim do lado contrário se desloca aproximando-se da coluna vertebral.

2. INSPEÇÃO DOS RINS

Os rins normais não são visíveis na face anterior ou posterior do abdome.

Os tumores renais volumosos mostram-se por abaulamento nítido dos flancos, podendo chegar até as fossas ilíacas. A existência de abaulamento bilateral de causa renal é muito sugestivo da existência de rins policísticos.

Processos inflamatórios (abscesso peri-nefréticos) apresentam abaulamento localizado na região lombar com dor, rubor, calor e edema local ou somente abaulamento com dor espontânea e provocada pela percussão.

3. CONCEITO, SEMIOTÉCNICA E SIGNIFICADO PROPEDEÚTICO DA PERCUSSÃO DOS RINS NO SINAL DE GIORDANO E NA PUNHO PERCUSSÃO DE MURPHY

A percussão das regiões lombares com a borda ulnar da mão D ou E, espalmada, para a pesquisa da dor na região de projeção dos rins, constitui o Sinal de Giordano. A percussão com a mão fechada tem a mesma finalidade e constitui a punho-percussão de Murphy.

O paciente deve estar sentado e o médico de pé e por trás do paciente, pesquisa a dor na região renal, percutindo com a borda ulnar da mão D ou E, desde a região torácica até abaixo da área de projeção renal, percutindo depois as regiões laterais D e E da área de projeção renal.

A dor nitidamente circunscrita a área, delimitando-a, indica com grande probabilidade, processo inflamatório ou tumoral do rim ou dos rins. A dor que o paciente sente, muitas vezes é referida pelo próprio paciente como sendo situada na profundidade, ao contrário das dores por fibrosite primária ou secundária da massa muscular lombar que são sempre mais extensas que área circunscrita à projeção dos rins.

4. SEMIOTÉCNICA DE PALPAÇÃO DOS RINS PELO PROCESSO DE ISRAEL

O paciente deve estar em decúbito lateral oposto ao rim que se vai palpar.

O membro inferior oposto ao lado cujo rim vai ser palpado, fica em extensão, e o hormônio será colocado em ligeira flexão sobre a bacia, de maneira a não perturbar os movimentos do antebraço e da mão direita do observador.

O médico fica sentado do mesmo lado do rim que vai palpar, com a mão heterônima espalmada e verticalmente colocada no ângulo lombo-costal, comprimindo esta região para aproximar o rim da parede anterior do abdome, e a outra mão, a homônima, é colocada espalmada sobre o abdome, verticalmente, sobre a linha traçada do meio da arcada inguinal ao rebordo costal. Aprofunda-se as mãos nas expirações até o plano posterior resistente, procurando-se perceber o polo inferior do rim em sua descida inspiratória.

5. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DOS RINS PELO PROCESSO DE TROUSSEAU

O paciente deve estar em decúbito dorsal e o médico sentado do lado do rim que vai ser palpado. A mão heterônima é colocada, espalmada e transversalmente no ângulo lombo costal, e a outra mão, espalmada e vertical, sobre a parede anterior do abdome, para fora da borda lateral do músculo reto anterior do abdome, procurando perceber o rim na sua descida inspiratória.

6. SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DOS RINS PELO PROCESSO DE BELLINGTON

Paciente em pé, com o tronco fletido, com as mãos sobre o espaldar de uma cadeira e apoiando o corpo no membro inferior contrário ao rim que se pretende palpar e o membro homônimo em ligeira flexão, deixando o abdome flácido.

O médico ficará sentado ou de cócoras do lado que vai se palpar, colocando a mão heterônima espalmada e transversalmente no ângulo lombo costal, e a outra mão, espalmada e vertical, sobre a parede anterior do abdome, para fora da borda lateral do músculo reto anterior do abdome, procurando perceber o rim em sua descida inspiratória.

7. CARACTERES PROPEDÊUTICOS PALPATÓRIOS DOS RINS

O rim é palpado em indivíduos normais dependendo da frequência palpatória do tipo morfológico. O rim direito é mais frequentemente palpado do que o esquerdo.

Os rins apresentam-se como órgãos duros, de consistência firme, superfície regularmente lisa e borda inferior nítida, não dolorosa.

No tipo morfológico longilíneo, o rim é mais frequentemente palpado, pois o abdome é de parede muscular mais fina, retraído ou plano, possibilitando a melhor penetração das mãos na profundidade necessária.

O normolíneo fica em condição intermediária.

Após a palpação deve-se descrever sempre os seguintes caracteres: tamanho, forma, consistência, superfície, dor, localização.

8. CONSIDERAÇÕES GERAIS E SEMIOTÉCNICA DE PALPAÇÃO DOS URETERES PELO PROCESSO DE SACCONAGLI

Normalmente não conseguimos palpar os ureteres através da parede abdominal, reto ou vagina. Em alguns casos, porém, de processos inflamatórios, crônicos que lhes aumentam o volume, sendo a palpação bem feita, há resultados positivos, encontrando-se o órgão como um cordão endurecido, algumas vezes dolorosos à pressão. Para a realização da manobra de palpação, colocamos os quatro últimos dedos das duas mãos, um ao lado do outro a 3 ou 4 cm mais ou menos da linha mediana, ao longo de uma linha ligeiramente oblíqua, fazendo pressão levemente, deslizando sucessivamente para dentro e para fora.

9. PONTOS RENO-URETERAIS

Pontos anteriores:

Ponto sub-costal: a 1 ou 2 cm abaixo do rebordo costal junto a extremidade anterior da 10^a costela;

Ponto ureteral superior ou para-umbilical: no cruzamento das linhas, uma horizontal que passa pela cicatriz umbilical e outra vertical que passa pela borda externa do músculo grande reto abdominal;

Ponto ureteral médio: no cruzamento da linha horizontal que passa pelas espinhas ilíacas ântero-superior e linha vertical da espinha do púbis;

Ponto ureteral inferior: corresponde a desembocadura do ureter na bexiga. Este ponto pesquisa-se pelo toque retal ou vaginal;

Ponto inguinal: na altura do orifício externo do canal inguinal;

Ponto supra-intra-espinhoso: em cima e para dentro da espinha ilíaca ântero-superior.

Pontos posteriores:

Ponto lombar costovertebral: situado no vértice do ângulo formado pelas últimas costelas e coluna vertebral;

Ponto lombar costo-muscular: situado no vértice do ângulo formado pelas últimas costelas e borda externa, lateral da massa muscular sacro-lombar;

Ponto lateral supra-ilíaco: situado um pouco acima da crista ilíaca, pelo meio da crista ilíaca.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A BEXIGA

A bexiga situa-se topograficamente, na região hipogástrica, supra púbica, apoiando-se sobre o útero, na mulher, e sobre a face anterior dos lobos laterais e mediano da próstata, do homem.

Normalmente, a bexiga vazia não apresenta consistência suficiente para provocar relevo palpatório, portanto, normalmente não é palpável.

Fisiologicamente, quando cheia, não ultrapassa no seu limite superior e meia distância umbilico-pubiana.

Patologicamente, quando existe dificuldade de esvaziamento, aumenta muito de volume, chegando até a linha umbilical ou esta ultrapassando (retenção 1,2,3 ou mais litros de urina).

11. INSPEÇÃO DA BEXIGA

Nos abdômes magros e flácidos, facilmente se identifica um abaulamento esférico mediano, supra púbico, de volume variado quando a bexiga está cheia.

Nos abdômes planos, obesos ou abaulados, esse abaulamento é praticamente inobservável, porque além da falta de flacidez abdominal anterior, a retroposição da bexiga determinada pelo decúbito dorsal é mais pronunciada nos brevilíneos e normolíneos, sendo menor nos longilíneos pela natureza anatômica do diâmetro ântero-posterior da bacia que é menor comparativamente.

12. CONSIDERAÇÕES GERAIS E SEMIOTÉCNICA DA PALPAÇÃO DA BEXIGA

A bexiga normal não é palpável. Sua mobilidade não permite a sensação tátil e barestésica do relevo.

Quando o enchimento fisiológico é acentuado, aumentando a consistência, proporcionando maior relevo, a bexiga será palpada com pontos limites, cuja união circunscreve a forma esferoide supra-púbica, não ultrapassando em geral, a metade da distância umbilico-pubiana.

Quando em condições patológicas, ocorre perturbação do esvaziamento, nas hipertrofias adenomatosas ou carcinomatoses da próstata, litíase vesical, estreitamento da uretra masculina, bexiga neurogênica, etc. A bexiga adquire grandes volumes e é facilmente palpável e delimitada, constituindo o bexigoma.

O método palpatório é o mesmo realizado na palpação profunda e deslizante de Hausmann para o trato gastro-intestinal, seguindo o sentido lateral para medial, em todos os sentidos do volume esférico.

13. CARACTERES PROPEDEÚTICOS PALPATÓRIOS DA BEXIGA

A bexiga palpável é mole, depressível, de forma esferoide e indolor, determinando quando comprimida, tanto em condições fisiológicas como em situações patológicas, uma imperiosa vontade de urinar, com ou sem dor.

14. SEMIOTÉCNICA DE PERCUSSÃO DA BEXIGA

A bexiga normal e vazia não é delimitada pela percussão.

Quando cheia, devido a processos fisiológicos e patológicos, realizamos a percussão dígito-digital limitante, colocando o dedo plessímetro paralelo ao maior eixo da bexiga, em direções látero-medial, até que o timpanismo intestinal seja substituído pela submacicez da bexiga cheia de urina.