

---

# PROPEDÊUTICA CIRÚRGICA GERAL

## 1.<sup>a</sup> PARTE — INSPEÇÃO E PALPAÇÃO

ERNESTO LIMA-GONÇALVES \*

Os processos básicos de semiologia empregados em clínica médica são os mesmos empregados na clínica cirúrgica — inspeção, palpação, percussão e ausculta — processos ao alcance de todos, pois baseiam-se nos órgãos dos sentidos. O que se exige de quem vai fazer a propedêutica de um determinado caso é apenas o treinamento na aplicação dos sentidos, a par de minuciosa e atenta observação.

### I — INSPEÇÃO

Inspecionar o objeto de nossa atenção é o meio mais espontâneo de explorá-lo. Assim, quando nossa atenção é atraída por uma pessoa, pela sua simples inspeção podemos avaliar não apenas aspectos morfológicos ou qualidades físicas, mas também suas reações, certos aspectos psicológicos, seu estado geral, buscando fazer a avaliação, numa palavra, da “pessoa” em seu sentido mais amplo.

Um primeiro aspecto a ser considerado seria o *tipo morfológico* geral do paciente, do qual podem derivar certas observações ou inferências. Para esta observação não é necessário profundo conhecimento de psicologia aplicada. Apenas pelo contato com o homem e graças a uma intuição especial, Cervantes criou os tipos imortais de D. Quixote e de Sancho Pança, esboçou aquilo que séculos mais tarde seria definido: a existência de dois tipos físicos principais e sua relação com o caráter. Apenas séculos mais tarde é que Kretschmer desenvolveu seu conceito de “arquitetura corpórea e caráter”, com a descrição dos dois tipos constitucionais fundamentais: o *piênico*, correspondendo à figura rechonchuda, com ângulo epigástrico amplo, tendência à obesidade, abdome proeminente, pescoço grosso, cabeça redonda, cara grande com nariz pouco saliente, otimista e simpático, prático e imediatista; o *leptosomático*, de linhas finas finas e delgadas, tórax largo, ângulo epigástrico

---

\* Professor-assistente, Docente Livre. Departamento de Clínica Cirúrgica (Serviço do prof. Eurico da Silva Bastos) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

agudo, crânio ovóide, nariz afilado e saliente, gordura escassa e ombros caídos, idealista e sonhador.

Mas, diante de um paciente que é portador de quadro patológico ainda não diagnosticado, numerosos outros aspectos podem ser encarados já na inspeção: postura na cadeira ou no leito, estado de calma ou agitação, cor da pele e das mucosas, presença de edemas, expressão fisionômica, estado de nutrição.

Cada um desses aspectos merece algumas considerações: o *estado de nutrição*, por exemplo, não se pode apoiar simplesmente no peso e na altura; assim, uma pessoa gorda pode apresentar resistência aos agentes patogênicos menor que outros indivíduos, mais magros. Na inspeção o que podemos avaliar é o grau de deposição de gordura e o desenvolvimento muscular. Os termos "obesidade" e "magreza" são relativos, seus extremos são de fácil estimativa; mas, a maioria das pessoas está em posição intermediária. A deposição de gordura nesses casos deve guardar uma relação com a arquitetura corporal e o tipo constitucional. Um dado importante é o relacionado com o emagrecimento: à inspeção podemos apreciar pelas rugas da pele, pela flacidez dos traços fisionômicos, pelas estrias de distensão, que a magreza não é constitucional, mas que se estabeleceu em indivíduo anteriormente bem nutrido.

O *desenvolvimento do corpo*, ou seja, o crescimento, oferece, como acontece com as modificações do panículo adiposo, variações que podem estar dentro do tipo constitucional e outras, mais amplas e de significação própria, cujos dois pólos são o gigantismo e o infantilismo ou nanismo. Um e outro extremo conduzem, em geral, à suspeita de uma afecção endócrina, mas a dificuldade surge com a apreciação de toda a gama de tipos intermediários.

Em relação à *cor da pele*, saliente-se que sua observação é realizada principalmente ao nível da face, porque aí as alterações são mais evidentes graças à pouca espessura da pele, assim como à rica vascularização dos planos subjacentes. Assim, a icterícia, a palidez, o rubor exagerado são aí mais facilmente identificáveis. De outro lado, porém, como se trata de uma parte do corpo sempre exposta ao sol, em certos indivíduos em especial, nos quais o trabalho de cada dia exige a permanente exposição aos raios solares, a inspeção relativa à coloração da pele deve estender-se a toda a superfície cutânea para uma avaliação adequada. Além disso, em certos quadros patológicos é importante essa inspeção geral, lembrando por exemplo, o exantema da escarlatina, mais sensível ao nível das pregas inguinais.

O exame das mucosas visíveis também é importante, em especial porque nos pode dar idéia do estado de composição do sangue. É fácil perceber que a esse nível o exame é mais fiel se nos lembrarmos de que a cor da pele e das mucosas depende de 3 fatores: o sangue, a espessura da parede examinada e a cor própria do tegumento. Nas mucosas, como os dois últimos fatores assumem importância muito reduzida, a coloração depende fundamentalmente do primeiro.

O *edema* é um sintoma comum a numerosas enfermidades. É facilmente reconhecível à inspeção, não somente pelo aumento de volume das partes afetadas, mas também pelo apagamento das linhas e pregas características e pela palidez que geralmente acompanha a pele edematosa. Faz exceção a este último aspecto o edema que acompanha os processos inflamatórios, em que

predomina a côr decorrente da vasodilatação e da proliferação dos vasos de neoformação.

A inspeção de cada região do corpo tem que obedecer às características locais. Assim, por exemplo, no abdome devemos analisar em primeiro lugar *a forma*. É evidente que existe relação entre êste dado e o tipo constitucional geral do indivíduo, marcado pelos dois aspectos característicos a que já aludimos — o pícnico ou brevilíneo e o leptossomático ou longilíneo. Entre êstes dois tipos há uma série enorme de formas intermediárias, sem que assumam qualquer valor patológico.

Há, entretanto, alterações de forma que devem ser conhecidas, porque fogem dêsses limites e adquirem significado patológico. Podem ser de dois tipos: alterações simétricas — abdome retraído, abdome globoso, abdome de batráquio, abdome pendular; e alterações assimétricas como abaulamentos, contrações peristálticas visíveis, retrações.

Outros aspectos ainda podem ser analisados na inspeção do abdome: *alterações da pele*, tais como vîbices gravídicas, petéquias, máculas, cicatrizes, edema da parede, localizado ou generalizado — elemento de valor no diagnóstico das peritonites; *circulação venosa* ao nível da parede abdominal, o que permite sugestões importantes, conforme o sentido da corrente sangüínea nos vasos que se salientam na parede. Existem três tipos fundamentais de circulação nessa localização: o primeiro corresponde à dificuldade da circulação na veia porta; em consequência, estabelecem-se anastomoses superficiais e profundas entre o sistema portal e os sistemas cava inferior e cava superior. Na parede abdominal anterior tornam-se então visíveis colaterais venosos peri-umbilicais, cujo grau máximo de complexidade corresponde à chamada “caput medusae”: o sangue da veia porta deriva nessas condições para a mamária interna, que pertence ao sistema cava superior; o sentido da corrente é, portanto, centrífugo em relação ao umbigo.

O segundo tipo de circulação venosa colateral do abdome relaciona-se com obstáculo no território da veia cava inferior. Neste caso, observam-se dilatações venosas na região infra-umbilical, no território da veia subcutânea abdominal e nas regiões laterais do abdome, no território das veias abdominais laterais, mais particularmente no da veia torácica longa, que é tributária do sistema da cava superior; o sentido da corrente aqui é de baixo para cima.

O terceiro tipo será uma associação dos dois primeiros, sendo muito raramente encontrado.

No tórax a inspeção poderá fornecer vários dados. Em primeiro lugar, a forma poderá corresponder ao tipo normal, sujeito às variações constitucionais ou a um dos vários tipos patológicos: chato, enfisematoso, raquíptico, querêniforme, infundibuliforme, piriforme, cônico, escafóide, cifótico, escoliótico ou lordótico. Além disso, há deformações do tórax, sejam retrações, sejam abaulamentos.

Mas a inspeção torácica poderá também ser dinâmica, isto é, voltada para aspectos da mobilidade ou da função torácica. Poderemos, então, verificar os movimentos respiratórios, suas alterações de intensidade e de freqüência, a dispnéia e a tiragem, os abaulamentos e as retrações relacionadas com as excursões respiratórias.

## II — PALPAÇÃO

Representa o exame realizado por meio das mãos aplicadas diretamente sobre o doente. Quando a palpação se exerce dentro de uma cavidade natural do corpo, onde se introduzem um ou dois dedos, recebe o nome de *toque*.

A palpação é para o cirurgião um processo de exame dos mais importantes pela soma de aspectos e fatos que revela. Sua prática exige uma educação especial, que só o tempo é capaz de dar. Há mudanças de tato, sutilezas difíceis de exprimir verbalmente, mas que a mão treinada pode surpreender.

*Tipos de palpação* — A palpação pode ser imediata ou mediata, superficial ou profunda. Será *imediata* quando a mão do cirurgião puser-se em contato direto com a região a examinar, sem o concurso de instrumentos, simplesmente com o auxílio das mãos e dos dedos. É o que se faz na pele, mucosas, cavidades acessíveis, etc. A palpação é *mediata* quando a região é palpada com a interposição de outros tecidos, como se faz com o rim, fígado, intestinos, próstata, etc. A palpação *superficial* atinge pele, subcutâneo, músculos e aponevroses. Será *profunda* quando atingir o plano visceral, vasos, nervos, gânglios linfáticos e o próprio esqueleto.

A palpação compreende duas fases sucessivas: conseguir chegar ao órgão e saber sentir suas características. Para a realização do duplo objetivo, é indispensável o conhecimento de certas condições. A primeira é a *posição do doente*: êste deve ser colocado em posição cômoda, conveniente ao exame — o que depende da região a examinar — mas que não restrinja a liberdade de movimentos do examinador. No caso do abdome, por exemplo, êsses objetivos e o necessário relaxamento muscular se conseguem com o decúbito dorsal, pernas em extensão e braços situados ao longo do corpo. A *posição do médico* é também muito importante e varia de acôrdo com a região a examinar. Mas o fundamental é a colocação das mãos, que deve obedecer a uma regra fundamental: colocar-se de tal maneira que seu maior eixo seja perpendicular ao eixo longitudinal do órgão que se deseja explorar.

Hausmann descreveu diversas técnicas ou posições das mãos que palpam: mãos espalmadas, com os dedos em extensão ou com a falange distal em flexão; mãos espalmadas, em posição oblíqua; mãos sobrepostas; bordas radial ou cubital das mãos.

A primeira etapa do duplo objetivo referido — conseguir chegar ao órgão a ser palpado — exige evidentemente a penetração da mão. Entretanto é preciso não esquecer nunca que palpação profunda não quer dizer realizada com fôrça, porque tôda contração muscular supérflua acarretará sérias dificuldades ao exame.

A palpação profunda do abdome está intimamente ligada aos movimentos respiratórios do paciente, que precisam ser cautelosamente observados; a tensão da parede abdominal anterior aumenta na inspiração e diminui na expiração, tornando esta última fase a mais favorável para a realização eficiente de uma palpação profunda. Para poder aproveitar a expiração, deve-se conseguir que a respiração do paciente seja calma e ritmada, sempre com a mesma

frequência e profundidade, evitando chamar a atenção do doente para as suas excursões respiratórias.

Quando o objeto da palpação é algo duro, resistente, bem diferente dos demais órgãos, seu exame é facilmente realizado. Tal não acontece, entretanto, quando se deseja palpar algo cuja consistência difere pouco da apresentada pelo tubo gastrintestinal normal. Nessas condições, a simples pressão da mão não é suficiente, apelando-se então para a manobra de deslizamento, proposta por Haussmann; esta consiste em resumo na fixação do órgão a ser palpado contra um plano resistente sobre o qual realizamos o deslizamento.

O movimento de escorregamento permite a percepção das diferenças de nível de órgãos comprimidos contra um plano profundo. É o movimento que dá a percepção táctil, devendo usar-se de preferência o sentido muscular dado pelo movimento, menos que a sensibilidade táctil obtida pela pressão dos dedos. Não se deve imaginar, porém, que se deva substituir uma pela outra; ao contrário, as duas formas de sensibilidade são necessárias e imprescindíveis. O sentido muscular compreende não apenas a sensibilidade muscular, mas a das articulações, dos tendões e ligamentos, o que exige que o médico não use força muscular excessiva, nem mantenha os dedos em posição rígida; deve, ao contrário, deixá-los flexíveis e livres para os movimentos, com a finalidade de não abolir as sensações cinestésicas.

O deslizamento deve obedecer às fases respiratórias: realizado na expiração, deve ser interrompido na inspiração, durante a qual devemos procurar manter as posições conquistadas. Dessa maneira, não será necessário empregar a força muscular, que acarreta uma diminuição da sensibilidade cinestésica referida.

Haussmann sintetiza as regras que estabeleceu para a palpação profunda e deslizante, dizendo que ela precisa ser realizada na sede exata em que está o órgão a ser explorado, na profundidade adequada para o caso, a qual varia com as condições da parede abdominal anterior e que o deslizamento deve ser realizado na ocasião oportuna, obedecendo a um determinado ritmo sinérgico com os movimentos respiratórios.

*Toque* — É a palpação que se exerce no interior de uma cavidade natural, onde se introduzem um ou dois dedos. Faz-se na vagina, útero, reto e faringe. As impressões são obtidas pela extremidade digital.

O *toque vaginal* é fundamental em ginecologia e obstetrícia. Pode ser simples ou combinado com a palpação abdominal. O *toque uterino* é atualmente pouco praticado porque exige a dilatação do colo. O *toque retal* constitui um dos recursos básicos na semiologia das afecções ano-retais, além de proporcionar indicações preciosas sobre outras diferentes patologias. Tem a grande vantagem da simplicidade, estando pois ao alcance de todos. É fundamentalmente indicado em: a) *proctologia*, para investigar o estado das paredes e da luz do segmento ano-retal; b) *urologia*, para determinar as alterações morfológicas que se localizam na uretra posterior, próstata, vesículas seminais e fundo da bexiga; c) *ginecologia*, como complemento do toque vaginal ou como substituto do mesmo no caso de integridade do hímen, de estenose do canal vaginal ou de vaginismo; d) *processos abdominais* agudos ou crônicos, com a finalidade de verificar o fundo de saco de Douglas e as

lesões que repercutem sobre essa região. O *toque rinofaríngeo* praticamente caiu em desuso.

*Dados fornecidos pela palpação* — Como método de exame dos mais ricos, a palpação fornece ao médico numerosas informações sobre o estado do doente e sobre a patologia de que ele se queixa. Dentre outras informações, a palpação pode indicar: sensibilidade à dor, frêmitos, consistência, mobilidade, atrito. Todas estas características permitem conhecer os estados dos diferentes órgãos acessíveis ao exame palpatório, através de suas peculiaridades.

a) *Sensibilidade à dor* — Um tipo de manifestação dolorosa, referido pelo paciente, constitui a chamada *dor espontânea*. Mas, concomitantemente com a palpação, verifica-se um sintoma de grande valor, a *dor provocada*. Trata-se, naturalmente, de um fenômeno subjetivo verificado através da palpação. Deve ser pesquisada mediante pressão branda, progressivamente forte, exercida pelos dedos sobre a região doente.

Sendo a dor essencialmente cerebral, o estado de desenvolvimento e de função do cérebro muito contribuem para a maior ou menor sensibilidade dos tecidos. A criança, cujo cérebro não se acha completamente desenvolvido e o velho, que o tem atrofiado, percebem menos intensamente a dor do que um adulto sadio. Mas existe ainda o aspecto representado pela civilização e o refinamento que ela traz, explicando que o selvagem e o sertanejo sejam muito mais resistentes à dor do que o homem civilizado.

Existem certas particularidades que precisam ser lembradas, quando se investiga a sensibilidade à dor. Assim, sabe-se que a inflamação exalta a sensibilidade dos tecidos por ela atingidos, enquanto que o edema, a isquemia e a estase venosa a deprimem. Além do coma, dos traumatismos sobre o sistema nervoso e de certos estados gerais anêmicos, intoxicações e insuficiências hormonais podem também reduzir a sensibilidade à dor ou fazê-la desaparecer.

É preciso lembrar também a diferença de sensibilidade entre as várias regiões do organismo. Assim, as mucosas das cavidades timpânicas, dos olhos, das cavidades nasais e seus anexos, da boca até a faringe, da laringe, da ampola retal, do ânus, da vagina, do útero, da uretra e da bexiga são sensíveis à dor. Ao contrário, a mucosa que reveste o estômago, o canal intestinal até o limite superior do canal anal, a traquéia e os brônquios não revelam qualquer sensibilidade dolorosa às manobras cirúrgicas. Lembre-se ainda de que a fôlha parietal das serosas é muito sensível, ao passo que a fôlha visceral é praticamente destituída de sensibilidade dolorosa.

Demonstrada a existência da dor, é útil pesquisar a sua sede, o ponto máximo de sua manifestação, assim como o seu caráter difuso ou localizado. Pode-se também pela palpação provocar dor a distância; é o caso do sinal de Rovsing na apendicite aguda. Devem-se investigar também a persistência e a duração da dor, assim como tentar buscar uma definição do tipo de dor; embora este seja um aspecto altamente subjetivo, existem certos caracteres mais ou menos bem definidos que permitem qualificar, até certo ponto, a dor pungente, a pulsátil, a lancinante, a crestante, a opressiva, a dor em cólica, etc.

b) *Frêmitos* — São sensações de trepidação que a mão apreende ao exame de certos tumores.

c) *Consistência* — É a maior ou menor resistência que um tecido apresenta à palpação. Cada tecido apresenta uma consistência peculiar em seu estado normal, que o médico deve de antemão conhecer; em estados patológicos, porém, essa consistência pode alterar-se pela presença de substâncias sólidas, líquidas ou gasosas.

As alterações de consistência por substâncias líquidas compreendem diferentes situações: a ondulação, a tremulação, a flutuação. Exemplo de alteração de consistência por substância gasosa é a crepitação do enfisema ou da gangrena gasosa. A consistência alterada por elementos sólidos recebe diferentes denominações — pétrea, lenhosa, fibrosa.

d) *Mobilidade* — Constitui aspecto importante no exame da continuidade de um osso, da integridade dos ligamentos ou dos elementos de fixação de uma articulação. A perda de mobilidade da pele sobre o subcutâneo caracteriza, por exemplo, a pele em “casca de laranja”, típica dos tumores malignos da mama. Os tumores abdominais devem também ter sua mobilidade investigada, em especial nas suas relações com a respiração, a fim de ser possível sua identificação diagnóstica.

e) *Atritos* — É a sensação tátil, às vezes auditiva, determinada pelo ruído áspero de dois corpos de superfícies irregulares atritadas uma contra a outra. É o caso dos derrames pleurais, dos atritos cartilagosos e tendinosos.

*Características palpatórias dos diferentes órgãos abdominais* — Conhecidos esses aspectos gerais, podemos agora, à custa dêles, tentar apresentar certos conjuntos de caracteres que marcam a situação normal de diferentes órgãos acessíveis à palpação. É preciso lembrar que há dois fatores que estabelecem o grau de consistência do órgão: o conteúdo gastrintestinal e o estado funcional de sua musculatura; considerados isoladamente, temos que o intestino de conteúdo sólido será mais consistente que o de conteúdo líquido. O grau de consistência aumenta e torna-se maior que no último caso, quando há contração das paredes musculares; porém a consistência máxima será dada pela conjunção dos dois fatores: contração da parede e conteúdo sólido.

A consistência dos diversos segmentos gastrintestinais é, pois, muito variável, podendo esta variação ser, aliás, observada no decorrer do exame propedêutico. Esta mudança de consistência é um sinal precioso para o diagnóstico diferencial entre o tubo gastrintestinal e os órgãos parenquimatosos intra-abdominais.

Além da consistência, dois aspectos palpatórios são condicionados pelos dois fatores apontados (a contração da musculatura e o conteúdo gastrintestinal): o *diâmetro* e a *forma*, ambos de relevante importância para a identificação do órgão em exame.

Quanto à *mobilidade*, o tubo gastrintestinal pode apresentar quatro tipos diferentes de movimentação: respiratória, manual, de decúbito e espontânea.

Em relação à mobilidade respiratória, todos os órgãos abdominais estão sujeitos à movimentação do diafragma, sendo essa influência tanto mais intensa quanto mais próximo do músculo estiver o órgão. A mobilidade manual é proporcional ao comprimento do meso que prende o órgão. É este meso que garante também a mobilidade de decúbito. A mobilidade espontânea depende da contração das fibras musculares da parede gastrintestinal. Vejamos a palpação dos diversos órgãos.

1. *Estômago*: A palpação do estômago normal consegue identificar a grande curvatura e o antro pilórico. O grande segredo para palpar a grande curvatura está, antes de tudo, no controle dos movimentos respiratórios, procurando realizar-se o deslizamento sempre durante a expiração. Caracteriza-se, à palpação profunda, pela presença de um degrau que se sente sobre a coluna vertebral; tal degrau se desloca durante os movimentos respiratórios, subindo durante a expiração. De regra, quando comprimido, dá origem a ruído de gargarejo típico, que aparece regularmente na fase expiratória. O antro pilórico tem características muito variáveis.

2. *Intestino delgado*: A única porção que pode ser alcançada pela palpação profunda é o íleo terminal; caracteriza-se pela pequena mobilidade e possibilidade de ser comprimido de encontro a um plano resistente sobre o qual podemos fazer o deslizamento.

3. *Ceco*: Diâmetro e consistência variáveis. Apresenta em geral a forma de uma pêra com a parte mais volumosa para baixo, podendo, porém, aparecer como um cordão de calibre variável. Pode apresentar pequena mobilidade respiratória; às vezes, graças à presença do meso, adquire mobilidade manual, nunca chegando, porém, a ultrapassar a linha mediana do corpo.

4. *Cólon*s: O ascendente e o descendente são dificilmente palpáveis por causa de sua posição, o mesmo acontecendo com os ângulos hepático e esplênico. O segmento mais acessível ao exame palpatório é o transversal, que aparece com aspecto cilíndrico, de contornos lisos, com grande mobilidade manual, graças ao seu meso; a presença deste permite, aliás, sua fixação na expiração, o que não acontece com o estômago, aspecto importante para o diagnóstico diferencial. O sigmóide é também acessível, aparecendo em regra como um cordão duro e liso, de mobilidade espontânea quase nula e de mobilidade manual facilmente pesquisável.

5. *Fígado*: A projeção do fígado na parede tóraco-abdominal é indicada superiormente, à percussão, por uma linha que passa pelo 5.º espaço intercostal na linha mamilar, pelo 7.º espaço e 7.ª costela na linha axilar direita, daí baixando regularmente até alcançar a 11.ª vértebra. O bordo inferior é determinado pela palpação, para a qual existem numerosos métodos propostos: de Glenard (do polegar); de Mathieu (médico com o dorso da mão voltado para a cabeça do paciente); de Soupault (idem, com mão esquerda na região lombar); de Fleckel (igual ao anterior, com o médico voltado para a cabeça do paciente), etc.



A palpação permite facilmente a análise do bordo inferior do fígado nos tipos brevilineos; nos longilineos, o fígado geralmente só é palpável quando estiver aumentado de volume. Nesse bordo podem ser palpadas duas chanfraduras: uma situada no cruzamento do bordo do fígado com o limite lateral do músculo reto anterior direito e outra cêrca de 6 cm mais medialmente. Em condições patológicas, êsse bordo inferior do fígado poderá apresentar-se cortante ou rombo, duro ou mole, regular ou irregular, doloroso ou não, conforme o processo em causa.

As vêzes é possível palpar, em contato com o bordo inferior do fígado, a *vesícula biliar*, que ali aparece como “um acidente”, segundo expressão de Glenard. Sua posição corresponde, então, à mais lateral das duas incisuras descritas. Os métodos de palpação são os mesmos usados para o fígado. A vesícula é mais facilmente palpável nos processos em que ela se distende lentamente, como acontece nos tumores da cabeça do pâncreas (sinal de Courvoisier).

6. *Baço*: Seu bordo superior é delimitável pela percussão como uma linha que acompanha na face anterior da região tóraco-abdominal a 9.<sup>a</sup>, 10.<sup>a</sup> ou 11.<sup>a</sup> costelas; o pólo anterior raramente atinge a linha axilar anterior e o pólo posterior é de difícil delimitação pelas grandes massas musculares da região e pela continuidade com a zona de submacicez renal. A palpação do baço não é realizável quando o órgão não está aumentado de volume e ocupa sua posição normal, porque êle então se aloja sob o gradeado costal. Para essa palpação é preciso lembrar que ela não deve ser muito profunda, porque o órgão é superficial; de outro lado, se quisermos aproveitar a mobilidade respiratória, devemos recordar que a trajetória do órgão nessas excursões não é vertical, mas forma um ângulo de 45° com a linha mediana do corpo. Os métodos de palpação são semelhantes aos usados para o fígado.

7 *Rim*: É órgão de difícil palpação, a não ser quando de volume muito aumentado. Existem vários métodos propostos para êsse exame: de Glenard (pinçamento com o polegar, de mão oposta ao rim que se quer palpar, usando a outra mão para contrapressão abdominal); de Israel (decúbito contralateral, mão na região lombar e outra no abdome); de Trousseau (idem, em decúbito dorsal).

A palpação do tórax pode também fornecer alguns dados sugestivos: espasmos e atrofias de musculatura, movimentos respiratórios, expansibilidade da caixa torácica, sensibilidade, pulsações anormais, flutuação, etc. Merece referência especial a possibilidade de se encontrar o frêmito brônquico ou o frêmito pleural, mas o ponto mais importante é o relacionado com o frêmito tóraco-vocal. Sua pesquisa deve ser sempre feita de modo regular e simétrico, lembrando a afirmação de Vieira Romeiro de que “as pneumopatias são simpáticas ao frêmito tóraco-vocal, enquanto que as afecções pleurais são anti-páticas a êle”. Em outras palavras: nas pneumopatias, o frêmito tóraco-vocal está aumentado, enquanto que nos processos pleurais êle está diminuído.