

## DO EXAME CLINICO GERAL EM UROLOGIA

(SETIMO PONTO DA PARTE GERAL DO PROGRAMA DA CADEIRA DE CLINICA UROLOGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO)  
Serviço do Professor LUCIANO GUALBERTO

**CARLOS DE MORAES BARROS**

(2.º assistente)

O conceito da unidade organica em medicina implica, mesmo dentro das especialidades como a Clinica Urologica, preliminarmente um estudo clinico geral. Nem doutra forma se poderia conhecer o individuo são ou doente se o organismo é um todo indivisivel impossivel de parcelar para estudar separadamente um sistema ou orgão sem considerar suas correlações com o todo num perfeito conhecimento do conjunto anatomico e funcional. O maravilhoso trabalho de CARREL "O homem, o desconhecido" vem culminar o periodo unitarista da medicina após a larga especialização em que esteve por muitos anos, isolados os especialistas, como que em compartimentos estanques dentro dos sistemas e aparelhos integrantes das suas secções. Hoje o especialista é antes de tudo um clinico geral. E' de fazer-se justiça, entretanto, a especialização que redundou num maior conhecimento do detalhe a beneficio do todo que ora de novo se corporifica.

Passada que foi, tambem, a era pasteuriana em que mais se fazia medicina estudando o microbio do que o organismo humano aparece novamente no terreno da ciencia medica a concepção hipocratica unicista e de novo se consideram as predominancias deste ou daquele temperamento individual como capaz de reagir diferentemente em face das doenças. Não existem doenças mas doentes, organismos que diversamente se comportam perante as agressões a que se espoem. Daí o valor dado em nossos dias ao estudo da biotipologia que as escolas alemã, francesa e italiana reuniram em doutrina com PENDE modernamente a frente como maior autoridade pelos seus trabalhos e estudos.

Tendo em vista essas noções capitais é que se inscreve em nosso programa "Do exame clinico geral em Urologia". Exame clinico cuidadoso, acurado, compreendendo desde a anamnese a mais perfeita (qualificativos, historico dos antepassados e historico do doente até o momento da queixa atual) ás minucias do exame propedeutico geral.

A formação do especialista subordina-se em qualquer terreno a formação do clínico e do cirurgião. A propedeutica dita urológica cujo estudo se fará meticolosamente na sequência do curso, em aulas práticas, só o é nos detalhes e na riqueza de instrumental e material que a arte de explorar o doente fornece ao observador. Cabe ao médico evitar quanto possível os erros de observação, de experimentação e de interpretação que falseiam os dados de diagnóstico, prognóstico e tratamento. É só o contato diário com o doente que dá e aprimora a experiência clínica pessoal e proporcionará amanhã o que se chama “intuição médica” única capaz de minorar erros com o conhecimento dos sinais ou sintomas, sua importância e significação. Erros, se são frequentes é justamente por que na sua maioria promanam da característica dos elementos intuitivos porquanto grande parte dos dados semiológicos que se reúnem tanto com a inspeção, percussão, palpação como ausculta sujeitam-se quasi que unicamente a juízo intuitivo.

Nesta mesma ordem de ideias e ainda mais e principalmente no Brasil onde poucos são os grandes centros e o sertão, de minguados recursos, predomina, devem os médicos concluir os seus cursos dentro de espírito eminentemente clínico. MACKENZIE, ha 20 anos passados, já escrevia na Inglaterra combatendo a sujeição da clínica aos exames complementares. Aquele mestre da propedeutica universal batia-se desde então pela reabilitação do exame clínico que deve orientar e encaminhar o diagnóstico a ser secundariamente confirmado ou infirmado pelos exames ditos complementares como os de laboratório, radiológicos e outros. O nosso Brasil precisa de médicos clínicos antes de tudo, capazes de interpretar sintomas e avaliar da marcha variada e caprichosa das doenças mesmo independentemente dos preciosos recursos complementares para, em qualquer recanto longínquo deste vasto e maravilhoso paiz, poderem acertar algumas vezes no prognóstico, fazendo obra útil aos doentes orientando-os para o tratamento mais eficiente.

O exame clínico geral deve obedecer a normas estabelecidas para que a rotina faça o hábito e os dados colhidos na anamnese e no exame físico venham progressivamente esclarecer o observador e encaminhar o seu espírito para um diagnóstico presuntivo. Não estamos mais na época das lesões anatomo-patológicas irremediáveis mas, preponderantemente em urologia, os recursos científicos vêm criando uma era em que o diagnóstico será possível muito mais precocemente, isto é, antes mesmo de se assestarem as alterações orgânicas, numa fase em que só a função está perturbada. Nesse objetivo é que devem todos os trabalhadores da medicina se orientar porque só diagnosticando cedo pôde o médico fazer obra útil ao doente. Outro não é o objetivo geral da medicina que terá culminado o seu ideal em todos os séculos quando chegar a higiene. Para tanto deve o médico pesquisar os sinais subjetivos referidos pelo doente e não esperar que o diagnóstico lhe fira os olhos com lesões orgânicas já então difíceis ou impossíveis de remediar. É o momento de fazer medicina fisiológica. Em urologia tão

esmerados são os meios e processos de investigação propedeutica que podemos dizer estar este ramo da medicina na sua fase fisiologica.

LICHTENBERG criando a patologia de sistema e a seguir a urografia de eliminação deu a esta especialidade o impulso que a fez culminar nesse desideratum.

Para perfeita interpretação de sintomas quer objetivos quer subjetivos é indispensavel o conhecimento dos reflexos e da complexidade dos seus arcos desde o mais simples (hipersensibilidade cutanea) aos mais complicados e associados (vicero-motores). Sem nos demorarmos no seu estudo que o curso desta Faculdade tão bem proporciona nas suas cadeiras, salientamos a necessidade do completo conhecimento deles como indispensavel ao clinico para, num interrogatorio de doente, retirar o maximo de informações uteis ao diagnostico. E, mais, ainda, importa o conhecimento da patogenia para poder alcançar com segurança a causa morbida. Um exemplo corrente em clinica urologica: individuo idoso com perturbações gastro-intestinaes tipo "dispepsia urinaria": perda de apetite, sêde pronunciada, digestão difficil, lingua saburrosa, ventre distendido e não raro nevralgias, caimbras e cefaléa, pôde parecer, pela sintomatologia, um doente do transito intestinal quando a causa reside toda na obstrução urinaria que o adenoma ou o tumor da prostata acarretam. E' a intoxicação urinaria que repercute, nesta fase ultima, em toda a economia e leva o doente a consulta impressionado com os disturbios digestivos e esquecido dos padecimentos urinaris que anteriormente o molestaram e o interrogatoriô inteligente rememora e acentua. No estabelecer a patogenia que resalta a correlação organica tanto da anatomia como da fisiologia patologicas o clinico está realizando obra de encadeamento, de integração, de unidade. Esta do exemplo citado se refere a repercussão de lesão do trato urinario na economia geral, principalmente no aparelho gastro intestinal. O inverso tambem frequentemente se verifica nas infecções focaes. Inutil será tratar-se uma pielonefrite tentando esterilisar completamente o sistema urinario se vamos deixar fóco de infecção, que a ocasionou, quer nas amidalas, quer nos dentes, quer no sistema osseo ou no gastro intestinal: a infecção permanecerá ou, se desaparecer, reaparecerá. Outros e outros exemplos nessa mesma ordem de ideias delongariam por demais esta aula. Não deixaremos de lembrar entretanto, que ao urologista muitas vezes cabe diagnosticar precocemente um caso de tabes ao fazer cistoscopia e deparar com os sinaes caracteristos da afecção nas paredes da bexiga. E é esse um exemplo da correlação neuro-urologica. Quanto a correlações com a endocrinologia dia a dia se acentuam a medida que melhor se estudam as glandulas endocrinas e muito se vem publicando a esse respeito quanto a hipertrofia da prostata, o criptorquidismo e a impotencia que suscitam a interferencia dos mais complexos e completos conhecimentos medicos.

Antes de entrarmos propriamente na parte propedeutica é de referirmos que a clinica urologica comporta o estudo do sistema uroge-

nital masculino e urinario feminino. O aparelho genital feminino é estudado na cadeira de Ginecologia.

Quando vamos fazer exame clinico geral e a seguir detalhar propedeutica urologica devemos ter em mente as quatro características clinicas desta ultima, tão bem sintetizadas por HINMAN:

- 1) A unidade do trato uro-genital.
- 2) A distinção entre lesões obstrutivas e não obstrutivas.
- 3) Distinção entre lesões infectadas e não infectadas.
- 4) Distinção entre metodos de exame não instrumentaes e instrumentaes.

A unidade do trato certo é corolario da unidade organica e dentro, portanto, da mesma concepção. Para facilidade do estudo, entretanto, divide-se o trato urogenital em urinario ou superior, compreendendo (rim, calices, bacinete e ureter) e inferior ou genital, do meato até o colo vesical incluídas as glandulas testiculares, bolsas, epididimos etc. bem como vesiculas seminaes, prostata e glandulas uretraes. A bexiga formará a porção media do trato onde quasi sempre as lesões são secundarias oriundas quer de processos localizados no trato superior quer de localização inferior. Esta noção de unidade importa, em qualquer lesão tanto superior como inferior, num exame completo de todo o sistema, por isso que tanto as lesões primordialmente do trato urinario como as do genital se propagam para o outro como para a bexiga. Tuberculose renal primaria póde apresentar lesão secundaria na bexiga, na uretra, na prostata, vesicula ou epididimos etc. Como tuberculose do epididimo se propagará para o trato medio e o superior e, mesmo, fechando em circulo, para o outro lado. Isso constitue a base do tratamento quer por nefrectomia, quer por epididimectomia num e noutro caso para evitar a repercussão no sistema. Um seminoma do testiculo propaga-se imediatamente, sem atingir cadeia ganglionar da virilha, para os ganglios iliacos e lombares obstruindo ureter e inutilizando o rim do mesmo lado. Tuberculose do epididimo ou da vesicula que se propaga para o rim homologo é lesão frequentemente observada. Malformações envolvendo uma parte do trato indicam necessidade de pesquisa de outras no trato todo. Essa a significação do caracteristico urologico quanto a "unidade do trato" revelando que qualquer localização de lesão nesta ou naquela porção demanda exame de todo o sistema. A segunda característica: "obstrutiva e não obstrutiva" condiciona dois grupos perfeitamente distintos. E' bastante ponderar sobre a função de eliminação que exerce o trato urinario para se julgar da perturbação que a obstrução acarretará. Se na bexiga, no colo vesical ou na uretra, repercutirá bilateralmente e se no ureter ou no bacinete, o fará no rim daquele lado. Obstrução ao escoamento da urina e estase consequente se não reconhecidas e deixadas evoluir

o resultado final será a inutilização do parenquima de um ou de ambos os rins com graves consequências para o individuo desde que os órgãos lesados são vitais para a economia. As lesões não obstrutivas estão isentas deste problema primario no tratamento. Quanto ao terceiro caracteristico, lesões infecciosas ou não, tanto podem sobrevir as obstrutivas como podem ser primarias e mesmo produzirem obstrução secundaria pela evolução do processo. E o tratamento da infecção se imporá ao lado da correção e tratamento da obstrução ou não, se esta coexistir ou não. Se a infecção é secundaria a obstrução é frequente se obter esterilidade do trato tão logo se o tenha desobstruido. O perigo da infecção urinaria nunca será demasiadamente ponderado e o restabelecimento de bôa drenagem é primacial e urgente para um tratamento eficaz. A quarta caracteristica urológica é a que estabelece distinção entre metodos de exame: não instrumental e instrumental. A historia de cada caso clinico ao lado do exame fisico não instrumental fornecem dados presuntivos de diagnostico que orientarão e indicarão os exames instrumentaes necessarios para completar e firmar o diagnostico. Nenhuma especialidade possui o rico instrumental que o urologista tem a sua disposição. É necessario fazer uso adequado do mesmo para poder atingir a segurança e firmeza que conseguem dar como em nenhum outro ramo da medicina.

Nesta aula "Do exame clinico geral em urologia" vamos tratar tão somente dos metodos não instrumentaes excluindo não só o exame radiologico que demanda aula especial pela sua importancia e extensão bem como o toque retal (prostata, vesiculas seminaes, ureter e deferente) e o vaginal que será materia de aula pratica, a parte, afim de possibilitar a todos o exame de varias lesões perfeitamente diferenciaveis por esse importante metodo propedeutico. No serviço de clinica Urológica da Faculdade existe folha de observação pela qual orientaremos comentarios oportunos. A identificação do doente reúne dados que á primeira vista pareceriam sem importancia mas que a clinica nos demonstra terem real valor. A idade, por exemplo, nos casos de dificuldade a emissão de urina nos fará pensar em estreitamentos uretraes nos individuos moços e em adenoma da prostata, tumores e diverticulos nos velhos. A natureza do trabalho póde sugerir, ainda mais agora que o nosso Paiz se industrialisa, reações do sistema em virtude da ação de agentes quimicos e fisicos sob os quaes exerça o paciente a sua profissão. A procedencia do individuo, desta ou daquela zona onde parasitos ou infecções mais frequentemente existam, poderá lembrar lesões dificeis de supor onde de habito não se as encontram. A seguir, entrando na anamnese propriamente, assinalamos de inicio a queixa que traz o doente a consulta e a duração da mesma anotando imediatamente o historico da molestia atual com o relato do doente, incluidos todos os sinais subjetivos com a terminologia por ele empregada.

Esta é a parte subjetiva do exame. Representa a versão que o doente dá ao seu caso e que póde ter grande importancia principal-

mente no que se refere a lesões iniciais, funcionaes, acarretando disturbios mais subjetivos que objetivos e palpaveis e justamente aquelas de terapeutica mais eficaz no que concerne a “restitutio”.

Os antecedentes familiares constituem o topico seguinte da anamnese e não será necessario resaltar a importancia dos mesmos que todos têm presente a frequencia da tuberculose, do cancer e mesmo da litiase em certas familias. Antecedentes pessoais a começar pela infancia e com especial atenção para doenças infecciosas, como a escarlatina, capazes de deixar sequela de nefrite, bem como amidalites, tifo, historia dentaria, pneumonias, reumatismo, etc. Historia conjugal e menstrual, se fôr mulher, constatando epocas, regularidade destas, corrimentos entre as mesmas, metrorragias etc. Em seguida nos reportamos a molestias e traumatismos anteriores — seu carater, detalhar para estabelecer, si houver, possiveis correlações com a doença atual. Referir tambem a historia venerea do doente. Uretrites anteriores, complicações, tratamentos, sequelas. Lesões ulcerativas dos genitales externos, duração, tratamentos; assinalando acidentes secundarios ou terciarios se os houve. Operações (onde e quaes). Passa-se depois a inquirir sobre os habitos e não vamos deixar de lembrar a necessidade de interrogar com inteligencia para evitar que o doente impressionavel ou não, timido ou envergonhado, deixe de responder com verdade falseando dados uteis ás conclusões. Não tivemos o praser de ouvir do proprio mas, no Rio de Janeiro, na Faculdade de Medicina, ficou tradicional a pergunta de FRANCISCO DE CASTRO sobre alcool: “Tem cabeça forte para o alcool?” e aqueles que dissõ se lisonjeam apressam-se em afirmar que sim, enumerando até proesas de resistencia. Variada a frase de acordo com a categoria intelectual e psiquica do paciente e moldadas no mesmo tom as demais, muito se consegue do interrogatorio neste particular de habitos, principalmente quando se indaga sobre vida sexual e se deseja esclarecer acerca de masturbação na puberdade e excessos na mocidade que, só geitosamente conduzidos, os pacientes deste ou daquele temperamento, respondem com verdade. Á pergunta “bebe muito?”, em tom mais ou menos de repreensão, até ebrios inveterados respondem pela negativa, uns temendo que se não lhes de maior atenção aos padecimentos atuais e apenas venha o conselho de “deixar a bebida” outros por não quererem desrespeitar o “doutor”. Interrogatorio para ser bem conduzido e proficuo demanda conhecimento e inteligencia. Todos os habitos incluindo fumo, alcool, café, chá, toxicos, devem ser anotados.

Isto posto é o exame fisico que se inicia inscrevendo na ficha de observação o tipo constitucional do individuo. Na Clinica Urologica adotamos a classificação constitucional de Pende para consignarmos na folha de observação o biotipo individual. Entretanto nos limitamos a avaliação dos caracteristicos apenas morfologicos e mesmo destes fazemos constar correntementé o tipo de desvio se longitudinal se transversal, se misto ou quasi normolineo (longilineo, brevilineo,



misto e quasi normolineo) e estabelecemos si a construção é forte, fraca ou normal (hiperstenico, hipostenico, normostenico). Poucas vezes nos referimos a massa corporea (hipersomico, hiposomico e mediosomico) porquanto preferimos anotar o peso habitual, peso atual e perda de peso e de forças para melhor acentuarmos a marcha de doenças debilitantes ou caquetisantes como tuberculose, cancer etc. O carater racial vem inscrito no inicio da ficha de observação, na qualificação ou identificação do doente. Os demais caracteristicos do quadro de Pende como temperamento funcional, carater moral e tipo de pensamento, são por demais complexos e não têm ainda correlação perfeitamente estabelecida com a pratica diaria urologica em face dessa mesma complexidade. LLCHTENBERG tira conclusões praticas da assinalação do biotipo se longi, se brevi ou normolineo quanto a palpação renal. Os longilineos, segundo aquele professor, têm rins palpaveis, sendo que o direito muita vez o é nos seus 2/3 inferiores e o esquerdo apenas no polo inferior e em individuos de rins perfeitamente normaes o que não era admitido pela escola francesa que considerava patologico todo rim palpavel. Os quasi normolineos têm o polo inferior do rim direito palpavel na normalidade e o rim esquerdo já não o é enquanto que nos brevilineos, normalmente, são impalpaveis os rins e quando se os palpa ou são moveis e ptosados ou aumentados de volume. Anotamos na ficha, tambem, a altura do doente e as oscilações de peso conforme já nos referimos, passando, em seguida, ao exame geral onde assinalamos aspeto geral do doente, facies, desenvolvimento muscular e quaesquer sinaes que o individualisem taes como cicatrizes, manchas, placas, etc., da epiderme. Nesta parte do exame verificamos pulso, seus caracteristicos, pressão arterial e temperatura. Passa-se então ao exame especial dos diversos aparelhos. Ha sempre, anteriormente, no que se refere a cada aparelho, um exame subjetivo e o questionario deve ser de tal forma orientado que não conduza o doente a respostas neste ou naquele sentido. O clinico experimentado, em face do doente timido mas desejoso de obter o maximo de atenção do medico, sabe como muitas vezes a resposta a pergunta "sente isto ou aquilo", é sempre afirmativa para que o exame seja mais cuidadoso... O exame naturalmente começará pela cabeça, órgãos dos sentidos e sistema nervoso, reflexos etc. A seguir examina-se o pescoço e depois coração e aparelho circulatorio bem como o respiratorio e o gastro intestinal terminando-se com exame das extremidades do individuo.

Não são poucos os prostaticos que procuram o medico por dores sacras que nada mais são do que reflexos de processos naquela glandula incluindo cancer com metastases quer no iliaco quer nos ossos da perna e que o exame radiologico vem confirmar. A boca deve ser cuidadosamente examinada, amidalas e dentes e estes devem ser radiografados quando já desvitalizados principalmente nos casos de infecções urinarias que podem ser secundarias a processos localizados nas raizes dos mesmos taes como kistos, granulomas e inflamações.

Terminada esta parte do relatório passa-se ao aparelho uro-genital. Dentro do exame físico urológico, como já dissemos, somente inspeção, percussão e palpação é que vão fazer parte desta primeira aula.

*Inspeção* — Claro está que quando vamos cuidar da inspeção particularizada do aparelho genito urinário já fizemos a inspeção geral, avaliação do indivíduo como ser humano, expressão facial, postura, deformidade, movimentos respiratórios, gestos e superfície da epiderme, como ficou dito e nesta parte tão somente nos preocuparemos com inspeção local. Começaremos pelos órgãos genitais externos tanto no homem como na mulher afim de observarmos qualquer desvio visível do normal. No homem, o exame do pênis deve ser um exame perfeito do órgão, tamanho, anomalias de número, desenvolvimento, torções, aspeto, presença de cicatrizes, ulcerações etc. na glande ou no sulco balano-prepucial, constatação de varizes etc. Exame do prepúcio, fácil, difícil ou mesmo impossível exteriorização da glande caracterizando as fimoses, presença de parafimose, fistulas (trajeto e localização das mesmas) edemas, dermatoses, elefantiasis, tumores etc. Exame detido do meato uretral, posição do mesmo se central e normal ou deslocado mais ou menos para a face superior ou dorso do pênis (epispádia) ou mais ou menos para a face inferior (hipospádia), angustiações e bridas. Verificar-se-ha presença de secreções (corrimentos) e nesses casos, aspeto do meato, côr, se edemaciado e hiperemiado nas bordas indicando processos agudos ou, em caso contrário, crônicos. Inspeção das bolsas e seu conteúdo. Presença ou ausência de edemas, dermatoses, inflamações, fistulas, ulcerações, elefantiasis, tumores. A simples inspeção as vezes revela a ausência de testículos nas bolsas que a palpação vai confirmar e muita vez também só pela inspeção se constata presença de grossas veias turgidas indicando as varicoceles. A percussão nada revela nessa porção do trato e passa-se imediatamente a palpação das bolsas que é rica de informações. A palpação nos revelará presença de hernias escrotaes, de derrames na vaginal (hidro ou hematocele, fazendo-se transiluminação para diagnóstico diferencial). Examina-se os testículos fazendo com que escorreguem delicadamente entre os dedos para a frente e para trás e ter-se-ha característicos de tamanho, tensão dos mesmos, presença do sulco entre eles e os epidídimos e estados patológicos dos mesmos. Certo a palpação nos informará sobre a presença dos testículos nas bolsas respectivas, o seu número e se em posição e situação normais (torções). Na ausência de um ou de ambos verificar se se trata de criptorquidia (parada uni ou bilateral do testículo durante a sua migração da sua posição fetal inicial para a bolsa. Essa parada pôde se verificar em qualquer porção do trajeto e as criptorquidias serão: abdominaes, inguinaes ou escrotaes altas) ou de ectopias (testículos fóra das bolsas e fóra do trajeto normal de sua descida migratória. admite-se que, nestes casos, o gubernaculum testis é o responsável pelo desvio puxando o testículo para: logo acima do púbis ou sobre



o triangulo de Scarpa ou para a região perineal e aí os tres tipos de ectopias: pubiana, femural e perineal). Fóra ou dentro das bolsas devem os testiculos ser examinados, pela sua sensibilidade, consistencia etc. para verificar inflamações agudas e crônicas, tumores etc. e se fazer o necessario diagnostico diferencial entre orquites propriamente ditas e epididimites. Estas ultimas são muito frequentes na blenorragia e o inicio das mesmas é na cauda do epididimo (via canalicular de infecção) enquanto que as orquites são mais comumente encontradas após infecções sistemicas taes como parotidites, gripes, tifo etc. ou, ainda, na tuberculose e na sífilis. A maior parte dos diagnosticos de orquite outra cousa não são que processos epididimarios erroneamente ditos testiculares. Aliás, é necessario palpar-se com atenção grande numero de testiculos e epididimos normaes para que se familiarise e se reconheçam variações ligeiras de consistencia e de aderencia dos mesmos no sulco normal que os separa (fig. 1). Ha dias, no Ambulatorio de Urologia, nos apareceu individuo moço com historia de polakiuria típica de tuberculose e que

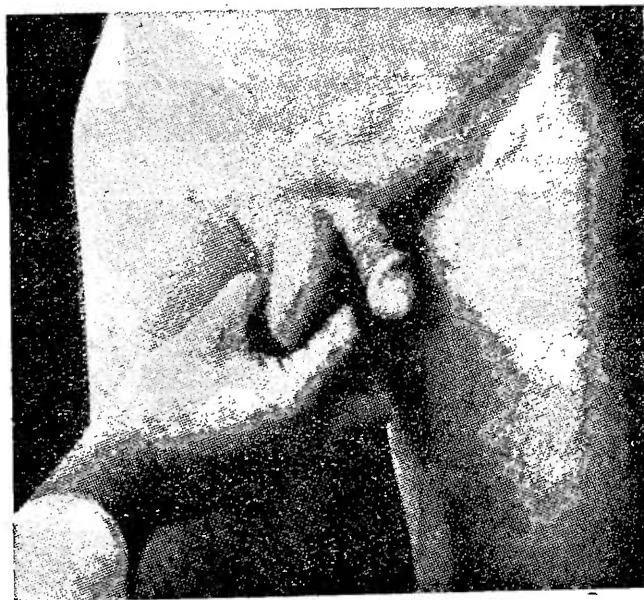


FIG. 1  
(Bailey)

os exames complementares confirmaram inteiramente. Esse moço, 32 anos de idade, casara-se ha sete anos e sua esposa teve um unico filho que conta hoje 6 anos e meses. Trez meses após o matrimonio percebeu a primeira dôr a micção e desde essa época lhe apareceu necessidade frequente de urinar (polakiuria) que se acentuou e permanece tendo dôr ao iniciar e terminar as micções que se contam em numero de 30 e mais vezes durante o dia e numerosas durante a noite. Testiculos e epididimos tinham sido dados na observação como bilateralmente normaes quando, na revisão a que submetemos no serviço todas as observações dos grupos, tratando-se de caboclo

do nosso interior que desconhece os passes da “arte de evitar filhos”, chamou-nos a atenção o inicio da molestia 3 meses após o casamento e o filho unico do casal com a idade de 6 anos e meses. Um exame cuidadoso dos orgãos genitales nos fez constatar testiculos e epididimos “grosso modo” normaes, porém, a palpação mais detida revelou ausencia de sulco de limitação e adherencia entre testiculo e epididimo de cada lado e estes como que empastados e com pequenos nodulos. Foi a tuberculose que, tomando os genitales e obstruindo canaes esterilizou o doente. E a historia patogenica dessa forma se desvenda.

O exame nos póde evidenciar tumores e kistos do epididimo e proseguindo palparemos o canal deferente desde a cauda do epididimo até a sua terminação no canal inguinal. Nessa altura estamos na mão com o cordão espermatico e os elementos remanescentes do processo funicular (ligamento de CLOQUET) o musculo cremaster e as membranas testiculares, as arterias espermatica e cremasterina, a arteria deferencial, o plexo venoso pampiniforme e o ramo genital do nervo genito crural alem de linfaticos e fibras do nervo simpatico que devem ser examinados. Lesões isoladas do deferente ou do cordão são muito raras, via de regra provêm de lesões de estruturas com as quaes se associam. Assim, a primeira porção do deferente, nas proximidades do epididimo, se afeta quando este é lesado enquanto a sua porção terminal, no anel interno do canal inguinal, é envolvida nas lesões da prostata e vesiculas. Processos agudos são mais frequentes que os cronicos e via de regra propagações de lesões iniciais da uretra posterior.

Poderemos constatar contusões, torsões do cordão, hidroceles, kistos, gomas, tumores bem como a presença de varices (varicocele) que, se de pouca significação a esquerda pela esplanção mecanica que dá o trajeto mais longo da veia espermatica desse lado e a sua confluencia em angulo reto com a veia renal já a direita poderia indicar neoplasias do rim homonimo. Não vamos esmiuçar torsões não só dos testiculos, como da hidatide pediculada de MORGAGNI, do corpo de Giraldes e bem assim de outros recessos anatomicos porquanto a sua raridade não as deve faser incluir num estudo propedeutico geral. Não deixaremos de assinalar, porém, os casos de orquite ou epididimite em testiculos ectopicos ou nas criptorquidias que podem, as vezes, dar a impressão de “abdomen agudo” ou mesmo podem produzir essa síndrome.

A palpação do penis póde demonstrar a presença de “induratio penis” que é uma transformação fibrosa, fibro-calcarea ou mesmo ossea, do envulcro dos corpos cavernosos e de etiologia desconhecida. Sempre se situa na face dorsal e são placas mais ou menos estensas e mais ou menos rijas, as vezes de consistencia dura como a ossea. Palpa-se a uretra e não raro, mesmo sem o auxilio de sonda, consegue-se distinguir nodulos de estreitamento e tumefações de litrites que aquele processo de exame e outros confirmarão.

Na mulher o exame dos genitais externos se fará na parte correspondente ao exame dos diversos aparelhos mas ao urologista cabe verificar o meato, sua situação, presença ou ausência de secreção, presença de polipos ou mesmo veia varicosa capazes de acarretar obstrução. As veses a simples inspeção demonstra presença de prolapso da bexiga, fistulas uretro ou vesico vaginaes. A parte de toque vaginal correspondente a palpação será dada na aula especial referente ao toque urológico.

A inspeção póde, ainda, revelar presença de infartamento das cadeias ganglionares, reação de defesa demonstrando existencia quer de processos agudos quer processos outros como na sífilis, linfogranulomatose ou doença de NICOLAS FAVRE. E a palpação completará o exame verificando presença ou ausência de flutuação etc.

Passa-se, a seguir, a *inspeção da bexiga*.

Nos individuos magros, tanto homens como mulheres, si a bexiga estiver muito distendida formará como que um globo no abdomen, logo acima do pubis e na linha media. Em individuos mais gordos não se a consegue visualizar (fig. 2). Nas grandes retenções (as vezes atingem litros) o globo vesical visualisavel chega as proximi-

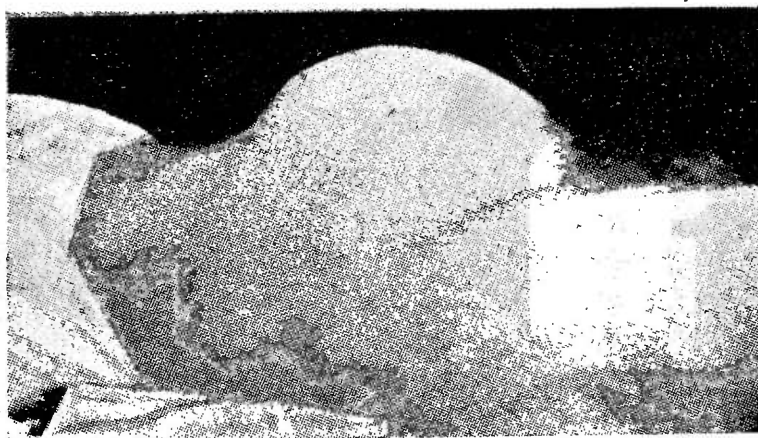


FIG. 2

(Bailey)

dades da cicatriz umbelical com maior eixo no sentido vertical. São retenções quer por estreitamento de uretra, tumores da prostata ou lesões de origem nervosa e obstruções por utero gravido. Noutros casos o tumor formado pela bexiga repleta e distendida se apresenta desviado para a esquerda ou para a direita principalmente quando existem diverticulos ou coleções de processos de pericistite. Mesmo nessas grandes retenções, entretanto, quando se trata de individuos muito gordos, o sinal póde falhar e a inspeção nada constata, a bexiga se distende pela bacia. Ausente o sinal, portanto, nesses casos, não significa inexistencia de retenção.

Na mulher, além disso, kistos do ovario pódem se desenvolver na linha mediana e ocasionar confusões ou vice-versa, daí a necessi-

dade de iniciar o exame esvasiando a bexiga, naturalmente com os cuidados necesarios para evitar descompressão brusca e suas consequências, como hemorragia "ex-vacuo".

Dentre as malformações a estrofia da bexiga é diagnosticavel a simples inspecção e a parede posterior, que vem se implantar logo acima do pubis, se apresenta com trigono, musculo inter-uretral e meatos a ejacularem aos olhos do observador. Kistos da uraca formam tumores suprajacentes a região vesical.

A *percussão* da bexiga nada revelará de preciso nem mesmo se está de fato distendida. Nos casos de retensão aguda, completa, o globo vesical elevado, no abdomen, dá massicez completa mas nas retensões cronicas a bexiga se distende sobretudo pela bacia e póde não ser percutivel, escondida pela sonoridade de alças intestinaes. A percussão deve ser feita com a mão espalmada e colocada tão profundamente quanto possivel afim de se aproximar o mais possivel da bexiga e se conseguir som vesical e não de alças intestinaes. A mão deve estar aflorando a borda do pubis e percute-se sobre os dedos, sem os deslocar. Havendo massicez assinala-se que atinge a um ou mais dedos transversos acima do pubis ou, melhor; reporta-se a seguir, a centimetros.

*Palpação vesical* — permite examinar principalmente a sensibilidade da bexiga. Tanto se consegue avaliar essa sensibilidade fazendo pressão com a mão espalmada que deprime progressivamente a parede abdominal ao nivel da bexiga e levantando-a bruscamente o que provoca dor acentuada nas cistites graves como a simples pressão já póde despertar reação dolorosa ao doente. Deve-se examinar as regiões iliacas onde focos inflamatorios peri-vesicaes podem ser perceptíveis bem como ganglios linfaticos tumefeitos nos casos de tumores vesicaes. O toque combinado, retal no homem e vaginal na mulher, é preferivel e mais rico em informações mas constará da aula sobre toque em urologia que será materia a ser encarada a seguir.

Passamos agora a *inspecção das regiões lombares*, cuja delimitação clinica ou medico-cirurgica e urologica é diferente da delimitação estritamente anatomica. Em anatomia descrevemos uma região lombar que é aquela compreendida pela coluna vertebral e partes imediatamente visinhas. Em clinica, região lombar é a região ocupada pelo rim e seus anexos; consideramos, portanto, região lombar direita e região lombar esquerda e a sua delimitação é a seguinte: para fóra, uma linha vertical partindo da borda posterior da axila até o iliaco, para dentro a saliencia esterna da massa sacro lombar, em baixo a linha sinuosa do iliaco e em cima uma linha transversa passando pela apofise espinhosa da 11.<sup>a</sup> vertebra dorsal. O aspeto exterior da região é estremamente variavel com o sexo, o biotipo e a massa corporea, isto é, maior ou menor adiposidade o que influencia grandemente facilitando ou dificultando as explorações clinicas. Felizmente é das regiões mais moveis do tronco o que facilita manobras de exame e operatorias. Na mulher a musculatura sacro lombar é menos

pronunciada e o talhe mais arqueado detalhes estes que desaparecem com grandes adiposidades. Claro está que sendo movel é região que sofre, no seu aspeto esterno, as modificações de posição. No exame da região lombar com o paciente sentado ou deitado sobre o ventre, quasi nada se consegue observar por isso que o plano que as ultimas costelas e os ligamentos costo-vertebraes formam não se sujeitam facilmente e só nos casos de flemões ou abcessos perinefriticos é que aparece abaulamento, havendo, as vezes, edema inflamatorio que é sinal valioso de processo inflamatorio do parenquima renal ou dos envulucros. Outras veses, entretanto, o abaulamento só aparece no ponto mais fraco: o triangulo de PETIT.

Para o lado do abdomen é necessário que o aumento de volume do rim seja consideravel para que a simples inspeção o revele. A inspeção será feita tanto em decubido dorsal como em posição ortostatica examinando-se a região dos flancos entre falsas costelas e a crista iliaca e a região do hipocondrio correspondente, comparando-se, tambem, com o outro lado. Hidronefroses ou pionesfroses, sarcomas, rins policisticos quando volumosos pódem dar deformação apreciavel. São moveis com a respiração e deslisam sob a parede abdominal. As veses a compressão que o seu desenvolvimento exerce sobre circulação venosa é de tal ordem que se desenham os vasos sob a pele e nestes casos constata-se verdadeira assimetria abdominal por abaulamento do flanco e até da fossa iliaca (sarcomas renais e rins policisticos). Quando o abaulamento de causa renal é bilateral o diagnostico de rim policistico quasi se impõe.

*Percussão renal:* A anatomia nos dá a razão pela qual a percussão da região lombar é completamente negativa: o rim é quasi que inteiramente recoberto pela espessa massa muscular sacro lombar e a direita a sua massicez se confunde com a do figado e a esquerda com a do baço. Aliás GUYON já havia feito demonstração pratica percutindo um doente que sofrera nefrectomia um ano antes: não constatou diferença entre os dois lados.

Os classicos todos dão a percussão abdominal como capaz de fornecer dados interessantes mas nem sempre esclarecedores. Póde revelar tumor renal delimitando suas bordas interna e externa bem como polo inferior e constatando, o que seria de grande valor no diagnostico diferencial, presença de intestino sobreposto ao tumor (sonoridade formando faixa na zona de massicez). Este caracteristico teria real valor e permitiria distinguir tumores do rim, dos do figado e baço. A situação diversa ocupada pelo colo ascendente a direita e o descendente a esquerda explica a razão pela qual a disposição dessa faixa de sonoridade é diferente de um e de outro lado: a direita o colo ascendente é empurrado para dentro, sobre a borda interna do rim enquanto que a esquerda o colo descendente é impedido sobre a borda externa e deste lado a sonoridade é menos perceptivel não só por ser o colo levado para fóra mas tambem pelo estado de contração habitual do colo descendente. Nem sempre, entretanto, a faixa existe e encaminha diagnostico diferencial: de um

e de outro lado, o rim, quando muito aumentado de volume, afasta os colos e vem fazer saliência no abdomen sem interposição de alças e os demais exames propedeuticos é que virão fornecer dados para diagnostico positivo.

Ainda como percussão renal devemos referir a chamada “manobra de GIORDANO” que é a percussão profunda da loja renal com a borda cubital da mão. O doente sentado percute-se a loja renal em toda a sua altura com pancadas mais ou menos bruscas tanto a direita como a esquerda. Essa manobra provoca dôr acentuada no lado ou nos lados doentes. É manobra que apresenta seu valor. Se a capsula renal ou o bacinete estiverem distendidos, sob tensão, o doente retira o corpo bruscamente em virtude da dôr que o choque produz. Quando se presume colica de causa renal o sinal é significativo mais ainda por que objetiva um fenomeno puramente subjetivo e confirma o relato do doente sendo que se apresenta positivo nos calculos renaes e ureteraes durante a crise obstrutiva que produzem e é negativo nos intervalos.

A percussão, entretanto, como dissemos, não delimita o rim e desejar por meio dela apreciar modificações de volume e de forma é mais subtilisa semiologica que bôa pratica clinica por tudo que adiante se disse e ainda mais pelas condições instaveis de séde anatomica do orgão.

A *palpação* é o meio semiologico renal e ureteral por excelencia. Compreende o exame para pesquisa de areas dolorosas, presença ou ausencia de defesas musculares, tumores, edemas bem como localização de quaesquer variações de volume, de sensibilidade, delimitação de superficie e de bordas, consistencia, fixação etc. Para o exame de areas dolorosas devemos nos referir aos pontos ditos reno-ureteraes ou mesmo ureteraes. Exercendo-se pressão nesses pontos determina-se sensibilidade dolorosa que se reportava, segundo sua localização, a alteração renal, pielica ou ureteral. Não se admite, geralmente, em nossos dias, que esses pontos tenham valor sintomatico segmentario e, antes, considerada a inconstancia da sua significação, apenas indicam alterações provaveis de um lado do sistema. Muita vez nem isso se pôde afirmar considerado o arco complexo do reflexo reno-renal. Alem do mais é indispensavel que se tenha certeza de que o ponto constatado não é apendicular, intestinal ou genital em se tratando de mulher. São numerosos os pontos que se encontram citados nos tratados quasi tantos quantos os autores e com pequenas variações. Citaremos apenas aqueles que são pesquisados sistematicamente na clinica Urologica da Faculdade e omitiremos os demais. Uns são posteriores:

1 — o *costo-vertebral* (de GUYON) no angulo formado pela ultima costela e a coluna vertebral.

2 — o *costo-lombar* no angulo que a ultima costela forma com a borda da massa sacro-lombar. Este ponto deve ser preferente-



mente pesquisado com o doente deitado afim de se anular a tensão muscular.

Outros são anteriores:

3 — o *sub-costal* situado no ponto em que a borda esterna do musculo reto anterior do abdomen encontra a decima costela. No lado direito este ponto póde ser sensível nas afecções da vesicula biliar.

4 — o *ureteral superior* (PASTEAU), tambem descrito por BAZY como para-umbelical, se encontra na intersecção de uma horisontal partindo da cicatriz umbelical e de uma vertical tirada do terço interno da arcada crural.

5 — o *ureteral medio* (HALLÉ) que se encontra na intersecção de uma linha horisontal unindo as duas espinhas iliacas anteriores e superiores e uma vertical tirada do terço interno da arcada crural. Nesse nivel o ureter crusa o estreito superior da bacia.

A palpação não consegue, normalmente, distinguir os ureteres a não ser em individuos muito emagrecidos e com processos muito acentuados de ureterite e periureterite. Será palpavel na porção em que crusa a linha inominada para penetrar na pequena bacia. Varios pontos de referencia foram descritos para se precisar esta porção do ureter. Alem disso, o *ponto ureteral dito inferior* póde ser tocado no homem pelo reto e na mulher pela vagina e terão a sua descrição na aula corresponsente a toque.

Como já referimos e de acordo com LICHTENBERG o tipo constitucional do individuo modificando-lhe o talhe e a presença ou ausencia de adiposidade influenciam a palpação renal como a ureteral. Nos longilineos os polos inferiores dos rins podem ser palpaveis sem que isso signifique rins patológicos e o rim direito muita vez é palpavel em seus 2/3 inferiores. Nos quasi normolineos o polo inferior do rim direito póde ser tambem palpado na normalidade do órgão e nos brevilineos os rins em estado higido não são palpaveis.

A anatomia explica essa diversidade pois sabemos todos que o rim esquerdo está situado a cerca de 2 a 3 centímetros mais alto que o direito. Alem disso devemos lembrar que a situação desses órgãos não é paralela a coluna mas inclinada para baixo e para fóra tanto que existe um afastamento de dois centímetros ou mais dos polos inferiores com relação aos superiores, da linha mediana.

Muitos são os metodos descritos para a palpação dos rins, quasi todos bimanuaes e vamos nos referir principalmente áqueles mais correntemente empregados. Todos têm sua utilidade consideradas as condições individuaes como capazes de faserem variar os resultados palpatorios de doente para doente. Variando necessariamente com o processo empregado as posições do medico e do doente estudaremos as mesmas na descrição particular que faremos.

Os rins normaes quando são palpaveis se apresentam com os característicos da consistencia parenquimatosa, superficie lisa, limite

inferior nitido e o superior só é sentido em condições anormais. A palpação não é dolorosa na normalidade.

### Palpação em posição dorsal:

*Processos de GUYON* — Doente em decubito dorsal, braços distendidos ao longo do corpo, pernas em extensão (alguns preferem ligeira flexão obtida por pequeno coxim sob os joelhos) e todos os musculos em relaxamento, particularmente os da parede abdominal anterior. O medico deve colocar-se do lado do rim que vae palpar. O doente será aconselhado a respirar lenta mas profundamente. Si o rim a palpar é o direito, coloca-se os dedos da mão esquerda no angulo costo lombar fazendo-se pressão de traz para diante afim de elevar o rim e apresenta-lo a mão direita, espalmada sobre a parede abdominal e para fóra dos musculos reto anteriores de tal forma que as pontas dos dedos se encontrem a dois dedos transversos sob o ponto de união da decima costela com as costelas superiores. A figura 3 mostra a posição. Para palpar o rim esquerdo a posição das

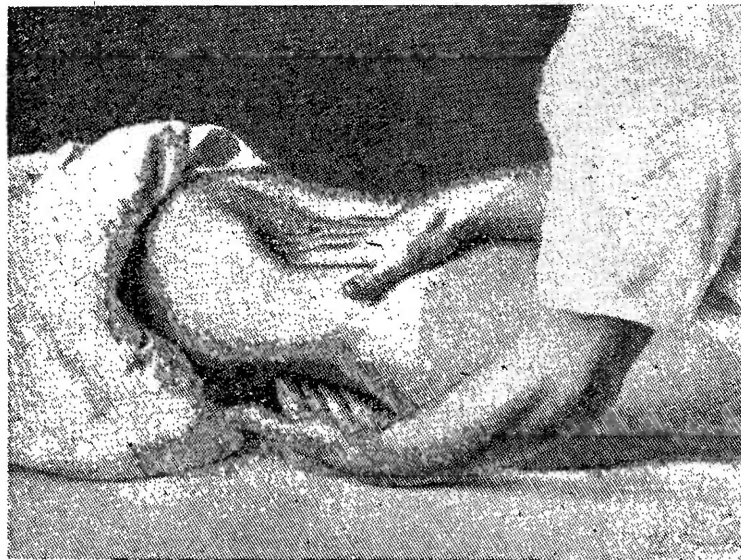


FIG. 3

Processo de Guyon (Legueu)

mãos é inversa: mão direita para baixo e mão esquerda para cima. Nessa posição das mãos o doente deve ir respirando normalmente e aproveita-se toda inspiração para fazer a mão abdominal penetrar mais profundamente, resistindo durante a expiração, afim de se manter deprimida a parede e quando o rim é palpavel, na sua descida inspiratoria, a mão abdominal o conseguirá sentir. Alguns chamam a este processo de metodo palpatorio de TROUSSEAU.

Para o outro processo de GUYON, dito do rechaço renal (ballotement renal dos franceses) a posição é a mesma apenas com as falanges dos dedos da mão lombar ligeiramente flexionadas, no momento em

que começa uma expiração o medico provoca pequenos movimentos bruscos que fazem com que o rim, situado posteriormente, venha chocar a mão abdominal que permanece deprimindo a parede. Sente-se dessa forma, direção, volume, consistencia e características de superficie. Nos casos de ptose, entretanto, se a mão abdominal deprime como deve a parede abdominal o rim não desce. Nos individuos magros pôde-se aliviar de pouco esta pressão e sente-se o rim escorregar entre as mãos conseguindo-se fazê-lo voltar a loja por pressão entre as duas mãos, manobra essa que o doente muitas vezes percebe e refere. O rechaço renal não é devido a mobilidade do rim mas antes a um deslocamento em massa. Mesmo nos tumores aderentes está presente. Não é característico de tumor renal e pôde ser observado em tumores e malformações do figado, nas colecistites, tumores do colo mas nunca nos tumores do baço. O valor do sinal está em que um tumor que não o apresenta via de regra não é renal. O processo de GLENARD, entretanto, é preferivel nestes casos, como adiante veremos.

*Processo de PETIT* — nada mais é do que uma variante do processo de Guyon e não apresenta vantagens. O medico fica do lado oposto ao que explora, colocá a mão direita na parede abdominal para explorar o rim esquerdo e a mão esquerda passa por baixo do paciente para vir se colocar na região lombar do outro lado (fig. 4). O inverso para o lado oposto.



FIG. 4

Processo de Petit (Legueu)

*Processo de GLENARD* — é o processo chamado da palpação nefroleptica, justamente porque melhor permite sentir os rins flutuantes ou moveis, nos individuos magros. Paciente e medico nas mesmas posições descritas para os processos de Guyon. A mão de nome contrario ao lado examinado é colocada prendendo o flanco lógo abaixo

das costelas, os quatro ultimos dedos dirigidos para o ângulo costolombar e fazendo pressão de traz para diante enquanto que o polegar fica na frente ao nível da parede abdominal, livre para os movimentos necessarios. A outra mão permanecerá espalmada sobre a parede anterior do abdomen na altura da reborda costal e na borda esterna do reto anterior. A sua função será deprimir a parede anterior do abdomen nas espiorações e opor-se a mobilidade renal para dentro e tornar o rim mais acessivel aos dedos da região lombar (fig. 5).



FIG. 5

Processo de Glenard (Legueu)

Dispostas dessa forma as mãos o doente executará movimentos respiratorios profundos sem que os dedos exerçam grande pressão. Em seguida, porém, logo após uma inspiração forte, que faz o rim descer, aproximam-se bruscamente os dedos fazendo-se a manobra dita da capturação renal, e o rim fica preso entre o indicador e o polegar, si a mobilidade for grande. Bem mantido nessa posição, nesses casos, a mão abdominal póde vir palpar o rim preso e apreciar suas características palpatorias. Quando a mobilidade é pequena ou média, ao se aproximarem os dedos na manobra de capturação, a pressão empurrará o rim para cima e os dedos o sentirão deslizar para a loja. Esta sensação é muito característica. Este processo exige, entretanto, virtuosidade palpatoria.

*Processo de DEVOTO* — é apenas modificação do processo de Glenard: a mão abdominal é colocada logo abaixo da reborda costal, e com o dedo indicador procura-se sentir o rim no fim da inspiração.

#### Palpação em posição lateral:

*Processo de ISRAEL* — Doente em decubito lateral do lado oposto ao que se vae examinar e a perna daquele lado ficará em estensão e a

outra em flexão sobre a bacia. O medico ficará do lado do rim que vae palpar, como a figura 6 mostra, e colocará a mão direita para o rim esquerdo e a esquerda para o rim direito no angulo costo-lombar como no processo de GLENARD afim de fazer pressão no sentido



FIG. 6

Processo de Israel (Legueu)

postero-anterior e trazer o rim mais para a superficie. A outra mão permanecerá na parede anterior do abdomen os dedos penetrando por debaixo das falsas costelas na junção das nona e decima cartilagens costaes. Procura-se palpar o rim em sua descida inspiratoria a medida que a mão abdominal vae conseguindo maior relaxamento muscular e estuda-se seus caracteristicos como nos demais processos. A vantagem do metodo é que desloca o rim mais para baixo e para dentro libertando sua face anterior do intestino delgado, figado e baço respectivamente. E' processo de bons resultados e não exige qualidades palpatorias especiaes. Rins patologicos, volumosos, caem mais pesadamente e a mão abdominal os sente deslizar sob a parede.

*Processo de PASTEAU* — (decubito lateral arqueado) é modificação do processo de Israel mas sem apresentar vantagens.

**Palpação em posição ortostatica:** Esta posição é usada com o fim de tornar o rim mais acessivel pela queda que sofre.

*Processo de LÉPOUTRE* — Doente colocado de pé, diante de uma mesa cuja altura corresponda a linha bitrocantérica. A seguir, sem flectir membros inferiores, curva o dorso, deixa cair as mãos espalmadas sobre a mesa, onde se apoia. Póde também se apoiar sobre o encosto de uma cadeira. Nessa posição a parede abdominal está bastante relaxada. O medico senta-se do lado que vae examinar. Se fôr o direito a mão esquerda abrangerá o dorso e o polegar virá de-



primir o vasio costo-iliaco. Seu papel não é de palpar: essa mão sustenta o doente e dá ponto de apoio a mão direita que palpa; o polegar preenche a fossa lombar e favorece o deslize do rim para a frente. A mão direita vae palpar o espaço sub-costal, o hipocondrio e o flanco. Para palpar o espaço sub-costal esta mão póde ser colocada no sentido vertical e disposta horizontalmente explorará hipocondrio e flanco. Poderemos sentir polo inferior e face anterior do rim com seus caracteristicos palpatorios. Em alguns rins ptosados sente-se o polo superior (fig. 7).

*Processo de GÖELET* — Doente de pé, dorso encostado em uma parede e joelho do lado que se vae palpar apoiado no assento de uma cadeira ou em suporte qualquer mas de forma a ter a perna em flexão sem contração muscular. Medico como no processo de LE-POUTRE, do lado que se vae palpar colocando as mãos como para o



FIG. 7



FIG. 8

Processo de Lepontre (Lepontre) Processo de Goelet (Jairo Ramos e Alipio C. Neto)

processo de GUYON (fig. 8). Nos movimentos respiratorios profundos procura-se palpar o rim no final das inspirações. A posição do membro inferior em situação comoda relaxa a musculatura abdominal e dá facil penetração a mão que palpa.



A figura nove é uma variante do processo de GLENARD mas em posição de pé. Nos casos de ptose o gancho que a mão dispõe no flanco prende o rim ptosado que a outra mão vem palpar e caracterisar.



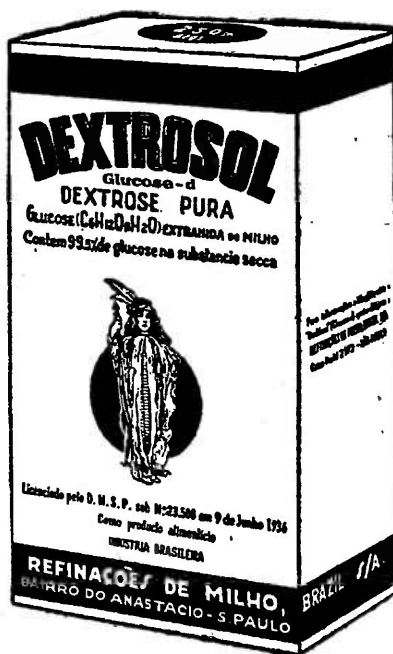
FIG. 9  
(Bailey)

Outros processos como o de PILLET utilizam a posição vertical mas são menos praticos. Os que referimos têm aplicação em diferentes casos e o clinico os deve conhecer e tentar antes de declarar os rins como não palpaveis.

*Rim ectopico* dependendo da posição que ocupe, naturalmente, póde ser reconhecido pela palpação abdominal classica: as duas mãos applicadas sobre a parede abdominal anterior. O mesmo se fará para palpar o rim em ferradura.

# DEXTROSOL

(GLUCOSE—d)



"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,  
ELIMINANDO EDEMAS, AUMENTANDO O VOLUME  
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURESE"

E. MEYER — Usos Terapeuticos das Injeções Endovenosas  
de Soluções de Glucose) Zentralb. f. klin., Med. —  
102.343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1926.