

SERVIÇO DE CLINICA MEDICA DO PROFESSOR
RUBIÃO MEIRA

SOBRE O DIAGNOSTICO AUSCULTATORIO DAS CAVIDADES PATHOLOGICAS DO VERTICE PULMONAR

OCTAVIO TISI
(DOUTORANDO)

A semiologia das cavidades pathologicas do pulmão, foi inteiramente revista nestes ultimos annos, devido aos esclarecimentos novos trazidos pelos R. X., principalmente quanto ao diagnostico clinico dessas cavidades.

Foi o numero extremamente grande de cavernas, não diagnosticadas pelo exame clinico, e cuja existencia era revelada pelos R. X., que levou os clinicos a estudarem os signaes estetasticos que pudessem revelar a presença dessas cavidades, e ao mesmo tempo dar o devido valor aos signaes semiologicos encontrados.

Os classicos faziam o diagnostico clinico das cavidades do pulmão baseados sobre a presença de tres signaes fundamentaes: 1.º — alterações do som de percussão na área de projecção parietal da espelunca; maciszez, tympanismo, ou ruido de pote rachado; 2.º — sopro cavernoso ou amphorico com petorilochia; 3.º — estertores consonantes, accentuados pela tosse, e ás vezes, gargarejo.

É este o esquema cavitario classico descripto por Laennec e Jaccoud.

Porém esta triade symptomatica, é raramente encontrada, "ella é de um modo absoluto, uma raridade clinica em relação ao numero consideravel de cavernas pequenas, médias e grandes que se encontra ao exame radiologico" (Burnand). Segundo o dizer

de Dumarest "a existencia desses signaes patho-gnomonicos é condicionada por particularidades anatomicas ou secretoras bastante excepcionaes.

Antes da descoberta dos R. X., já o proprio Laennec tinha notado a grande frequencia de cavernas encontradas á necropsia, e que o exame clinico não tinha feito suspeitar a presença. Elle denominou a estas cavidades de "Cavernas mudas", porque não se traduziam por nenhum signal.

Lazare Maulde, em uma these, em que estudou a semiologia das cavernas pulmonares, dá como porcentagem de cavernas mudas, 83 %.

Giraud, acha porém este numero bastante elevado, e segundo sua opinião, seria devido a uma questão de interpretação de signaes.

Foi Dumarest quem deu grande valor ao estertor bolhoso consonante, assignalando a grande frequencia com que elle se apresenta nas fórmulas cavitarias da tuberculose.

Sergent e Giraud, são da mesma opinião de Dumarest, affirmando que, "a concordancia entre o estertor consonante e a imagem cavitaria constitue a regra, a não concordancia a excepção". Lazare Maulde em um estudo sobre 376 cavitarios achou este signal em 64,6 %.

Burnand estudando o diagnostico pratico das cavernas diz que:

1.º — Encontra-se o syndrome de Laennec Jaccoud, completo em uma proporção de 15 %.

2.º — Encontra-se um quadro banal, ao qual se juntará um dos elementos do quadro Laennec Jaccoud, em cerca de 25 %.

Restam 60 % dos casos onde falta todo elemento realmente significativo.

Portanto, para Burnand, mais de metade das cavernas pulmonares, não são diagnosticaveis pelo exame clinico.

Volhard poz em evidência um signal descripto por Gerhardt, e por este descripto em seu livro "Percussão e ausculta", e que, como diz Volhard foi esquecido pelos clinicos, mas que tem grande valor para o diagnostico auscultatorio das cavidades pathologicas dos apices do pulmão.

Gerhardt mostrou que o signal mais importante para o diagnostico de cavidade, era o estertor sub-crepitante de bolhas grandes, mas só quando audiveis nos apices.

Diz elle: "podem ser percebidos sobre quasi toda cavidade do vertice, e que são o testemunho de uma cavidade pathologica dessa região; porque o tamanho grande das bolhas dos estertores

em regiões onde só existem bronchiolos pequenos como o vertice, demonstram que estes estertores não se originam em uma cavidade normal”.

Como já dissemos, este signal semiologico foi posto por Volhard em evidencia, em um recente artigo publicado no Munch. Med. Woch., em 1933.

Por lembrança do Dr. Barbosa Corrêa, com quem trabalhamos na 2.^a M. H., resolvemos procurar este signal, e em 5 casos que observamos, o signal mostrou-se sempre presente, tendo a radiographia confirmado o diagnostico clinico de cavidade.

OBSERVAÇÕES

Obs. 1 — A. S. (obs., n.º 2.251) — 3-12-33 — R. X. n.º 2.424.

Ausculta do pulmão: Estertores sub-crepitantes de médias e grossas bolhas na fossa supra-espinhosa direita. Idem, na fossa infra-clavicular direita. Estertores raros no apice esquerdo.

Relatorio da radiographia: Infiltração extensa de ambos os campos pulmonares, mais intensa no campo médio e inferior direito, com formação de uma grande cavidade na região infra-clavicular direita, de paredes delgadas, com nivel de liquido. (a) Dr. Paulo de Toledo (6-12-33).

Obs. 2 — A. G. (obs. n.º 2.352) — 3-5-34 — R. X. n.º 2.551.

Ausculta do pulmão: Estertores sub-crepitantes grossos na fossa supra-espinhosa esquerda. Expiração soprosa no apice D. Respiração soprosa no espaço inter-escapulo vertebral esquerdo, estertores sub-crepitantes grossos e metallicos na fossa infra-clavicular esquerda. Sopro cavitario e estertores finos na linha axillar anterior, na altura e para fóra 2 dedos do mamillo.

Relatorio da radiographia: Campo pulmonar á direita: tuberculos disseminados, na parte média. Á esquerda: lesões fibro-ulcero-caseosas em toda a área. (a) Dr. Carmo Mazili (14-5-34).

Obs. 3 — T. T. (obs. n.º 2.310) — R. X. ns. 2.501 a 2.505.

Ausculta do pulmão: Estertores grossos de timbre metallico no apice direito, numerosos, audiveis até a metade superior do espaço inter-escapulo vertebral direito, sopro bronchico no apice direito. Raros estertores humidos no espaço inter-escapulo vertebral e na base do pulmão direito. Estertores sub-crepitantes grossos na fossa infra-clavicular direita e na axylla direita.

Relatorio da radiographia: Campo pulmonar á esquerda de transparencia normal. Lesões ulcero-caseosas em quasi toda área pulmonar direita. Espessamento da escisura horizontal. (a) Dr. Carmo Mazilo (3-4-34).

Obs. 4 — P. L. (obs. n.º 2.170) — 7-12-33.

Ausculda do pulmão: Estertores sub-crepitantes de médias e grossas bolhas consonantes, na fossa supra-espinhosa esquerda. Estertores de médias bolhas na fossa infra-clavicular esquerda.

Relatorio da radiographia: Infiltração sob a fórmula de pequenos nodulos conglomerados tomando todo o campo superior do pulmão esquerdo com formação de uma grande cavidade na região clavicular desse lado. Espessamento do desenho vaso-bronchico, á direita. Seios e cupullas diaphragmaticas livres. (a) Dr. Paulo de Toledo.

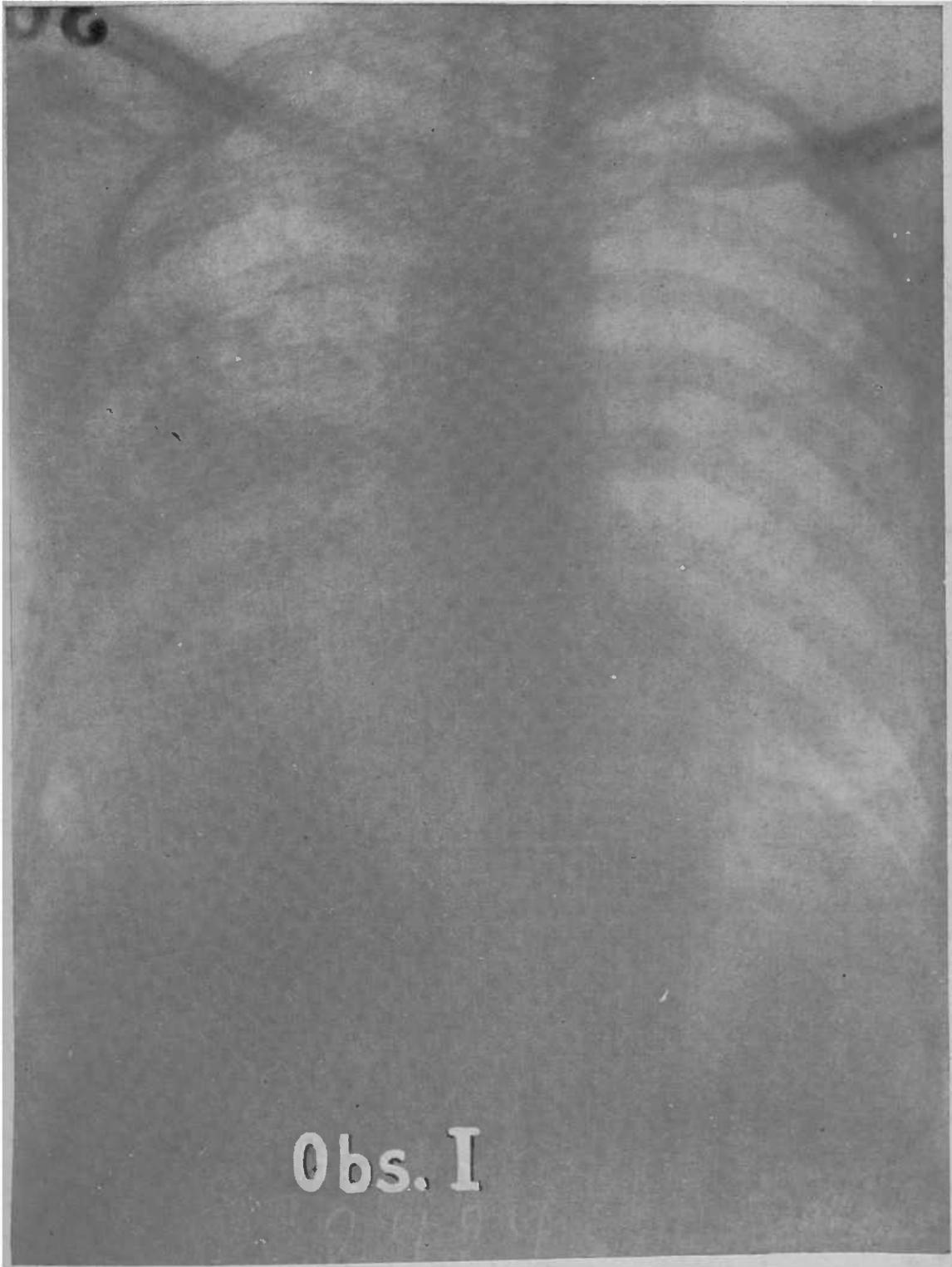
Obs. 5 — S. R. (obs. s/n.º) — 16-2-34.

Ausculda do pulmão: Estertores sub-crepitantes de grossas bolhas no apice direito, com alguns sybillos e roncos e pequeno attrito. Na linha axillar anterior direita parte alta, ha um fóco de estertores sub-crepitantes consonantes de grossas bolhas.

Relatorio da radiographia: Inversão visceral. Pulmões, coração, vasos, estomago, grosso intestino.

Infiltração de typo caseo-ulceroso do lobo superior direito com formação de 2 grandes cavidades na região infra-clavicular.

Não existem signaes de lesão de parenchima nas outras porções. (a) Dr. Paulo de Toledo.



Obs. I

8

Obs. II

6

Obs. III

