



FISSURA OBLIQUA VERTICALIZADA DO PULMÃO E
DEDUÇÕES PRÁTICAS

Tauphick Saadi
Demostenes Pinto

Nesta comunicação é nosso intuito exclusivo apresentar uma disposição relativamente frequente em nosso meio da fissura oblíqua do pulmão E, disposição esta que não nos foi dado ver consignada nos tratadistas clássicos correntemente consultados. Essa fissura (fig. 1) ao invés de se iniciar na margem dorsal do pulmão, inicia-se no ápice dêste, descendo verticalmente para atingir a base, dividindo-o em dois lobos — ventral e dorsal. Nossas observações foram realizadas em 60 cadáveres entregues aos alunos para trabalhos práticos. Encontramos neste material dez vezes a mencionada disposição. Não nos foi dado verificar a mesma disposição para o pulmão direito.

À primeira vista destituída de maior interesse prático, não se nos afigura que realmente de fato o seja. Se não vejamos: uma observação cuidadosa indica-nos que foi roubado ao lobo superior pelo inferior, um território de ventilação pulmonar correspondente ao seu segmento dorsal, e mais ainda, que o brônquio que ventila êsse segmento não se origina do brônquio lobar superior e sim do brônquio que corresponde ao segmento de Nelson do lobo inferior (fig. 2).

Baseados nessas razões anatômicas é nos lícito deduzir os seguintes conceitos práticos:

- 1) Não é possível ao radiologista sempre afirmar que uma lesão do campo apical superior esteja situada no lobo superior, como habitualmente é feito.
- 2) Permite compreender o porque das divergências entre radiologistas e broncoscopistas, localizando êstes, secreções patológicas, no ostio do brônquio do lobo inferior nos casos em que os primeiros haviam diagnosticado lesão no superior.
- 3) Só é possível radiologicamente uma localização exata, por

broncografia ou por visualização da fissura em incidência lateral.

- 4) Sugerir pesquisas sistemáticas em que sejam consideradas: comportamento do pulmão controlateral, influência da raça e, principalmente, trabalho estatístico sobre a variação da situação da fissura oblíqua E.

Summary

Verticalized oblique fissure of the left lung. Practical conclusions

The purpose of this communication is to present a special location of the oblique fissure of the left lung, frequently found by us, but we could not see mentioned in the current classical treatises. This fissure (fig. 1), starts from the apex of the lung, instead from its dorsal margin, descending vertically to reach the basis, dividing it into two lobes — the ventral and the dorsal. We have made observations on 60 cadavers, used by students for practical classes, in which ten times this location was found. At the right lung this disposition was absent.

In spite of seeming at the first sight without greater significance, we think that some emphasis should be given to this finding. Thus, a careful observation indicates that the superior lobe lost to the inferior one, a ventilation territory, corresponding to its dorsal segment, and that the bronchus which ventilates this segment is originated not by the superior lobar bronchus, but by the one corresponding to the segment of Nelson of the inferior lobe (fig. 2).

Based on these anatomical observations we are allowed to coinclude the following practical concepts:

1. The radiologist cannot always claim that a lesion of the superior apical zone is located in the superior lobe as it is done usually.
2. It allows us to understand the disagreement between radiologists and bronchoscopists, when the latter localize secretions at the ostium of the bronchus of the inferior lobe in cases where the first ones diagnosed a lesion in the superior lobe.
3. Only through broncography or visualization of the fissure by lateral incidence, it is possible to give a radiological exact localization.
4. It suggests systematic investigation, considering, the following topics: behaviour of the opposite lung, variations with race, and mainly, statistics of variation of the position of the left oblique fissure.



Fig. 1 — Fissura oblíqua verticalizada do pulmão E — deduções práticas.

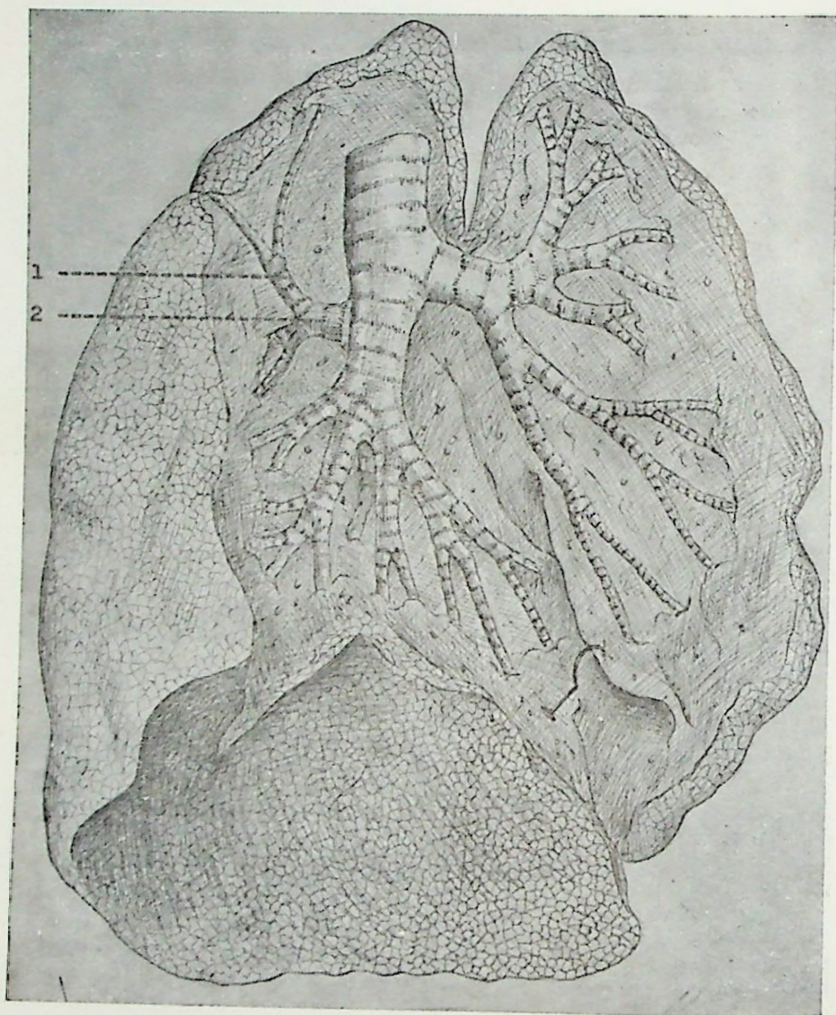


Fig. 1 — 1) Brônquio do segmento dorsal.
2) Brônquio do segmento de Nelson.