

Abaulamento expiratorio

por

Alvaro Barcelos Ferreira

Catedrático de Clínica Médica Prope-
dêutica da Faculdade de Medicina
de Porto Alegre

Os abaulamentos expiratórios constituem, em certos casos, um elemento de real valor diagnóstico. Embora não sejam de observação tão frequente como a retração inspiratória, têm o mesmo interesse propedêutico e clínico.

Ha um abaúlamento expiratório fisiológico, conforme VON ZIEM-SEN foi o primeiro a assinalar. Tal se verifica nas expirações ativas, violentas, executadas com a glote fechada ou pelo menos estreitada, como acontece na tosse, nos vômitos e nos grandes esforços. Esta proeminência expiratória fisiológica — que é consequência do aumento da pressão endotorácica — eleva os espaços intercostais, mais ou menos, 5 milímetros acima da superfície das costelas.

Fóra destas circunstâncias, são patológicos todos os abaúlamentos expiratórios.

O enfizema pulmonar crônico é a causa mais frequente. A protusão se faz, geralmente, ao nível das fossas supra e infra-claviculares e excepcionalmente ao nível dos espaços intercostais. O parenquima pulmonar é repellido de dentro para fóra, em consequência da perda de elasticidade da viscera, que determina um assíneronismo entre a redução dos diâmetros torácicos e a saída do ar.

Nas cavernas pulmonares, o abaúlamento expiratório exige, para se produzir, um certo número de circunstâncias concordantes. Assim, a caverna deve ser vasta, superficial, comunicando, por um orifício estreito, com um grande bronquio permeável; deve haver aderência da pleura visceral, que recobre a caverna, com a pleura costal e deve haver atrofia muscular superficial. Por ser indispensável este conjunto de condições especiais, é que a proeminência expiratória é rara nas cavernas. A protusão se rá, geralmente, ao nível dos apices, sendo, segundo EICHHORST, limitada ao 3.º espaço intercostal.

Os abaúlamentos expiratórios constituem, por assim dizer, hernias transitórias do pulmão. Não é de extranhar, portanto, que as hernias pulmonares, congenitas ou adquiridas, provoquem o aparecimento do sinal referido.

No empiema de necessidade, a expiração provoca um aumento de volume da saliência já existente, repellido, mais ou menos violentamente, pelo aumento da pressão endotorácica, — que se verifica neste tempo

respiratório — o pús para fóra. Quanto mais fluido fôr o pús e mais larga a fístula comunicante, tanto maior será o aumento de volume expiratório da saliência.

Um destaque particular tem que ser feito ao chamado "sinal de LEMOS TORRES", sinal de existência de derrame líquido na grande cavidade pleural, sinal precoce, que pôde existir já, quando ainda não são nítidos os outros sinais de derrame, principalmente nos hidrotóraces.

"Para que o sinal seja considerado presente, é necessário: que o abaúlamento ultrapasse o nível das costelas que limitam o espaço que abaúla, que tenha uma extensão superior a 3 centímetros e que desapareça pelo decúbito lateral oposto. O sinal tem sido observado em todas as faces do torax e principalmente nas faces posterior e lateral, onde comumente é visto abrangendo os três últimos espaços intercostais". (FLEURY DE OLIVEIRA).

Conforme a extensão com que se mostra, podemos reconhecer três graus na intensidade do sinal de LEMOS TORRES:

1.º grau: o abaúlamento apenas se observa ao nível do 11.º intercosto.

2.º grau: o abaúlamento alcança o 10.º e 11.º intercostos.

3.º grau: o abaúlamento estende-se também ao 9.º espaço intercostal e, às vezes mesmo, até o 8.º.

Para se observar o sinal, o doente, respirando calma e tranquilamente, adotará de preferência a posição sentada, ficando de costas para o foco luminoso, natural ou artificial, sempre potente; o observador — colocado do lado do hemitorax que vai examinar, deverá fazer cair o raio visual tangencialmente ao bordo das costelas.

O sinal de LEMOS TORRES é o exagero de um fenômeno normal, a volta do espaço à sua posição de repouso respiratório.

Vejamos agora, a explicação do fenômeno, transcrevendo um trecho do belo trabalho de ALOYSIO DE PAULA e GETULIO DE LIMA JUNIOR, publicado no "O Hospital", de Maio de 1934: "Havendo derrame, na inspiração, o líquido se insinúa no fundo de saco aberto pela própria inspiração. Na expiração, em virtude da solidariedade tóraco pulmonar, das duas, uma: ou o líquido, recalado pelo fechamento do seio costo-frênico, comprime o pulmão e não se manifesta à inspeção simples, ou distende o espaço intercostal e se evidencia por um abaúlamento expiratório. Assim fazendo, apenas exagera um fenômeno normal, indo ao encontro de uma direção habitual do espaço, evidenciável por um simples exagero da respiração costal. E a prova é que: todas as causas que contrariam a distensibilidade do espaço intercostal, impedem o aparecimento do sinal".

A explicação do desaparecimento do sinal de LEMOS TORRES, no decúbito do lado sã, nos é dada ainda pelos citados autores, que apelam para a suplência costal, realizada neste decúbito lateral oposto, como capaz de impedir o aparecimento do sinal.

Uma pequena objeção nos parece poder ser feita a esta explicação: a suplência costal existe desde que se instala o derrame, pois o jogo

diafragmático é dificultado pela presença do líquido no interior da cavidade pleural e pela própria participação do diafragma nos processos inflamatórios. A inversão do tipo respiratório no homem e o seu exagero na mulher são assinalados nesta eventualidade. A parte superior procura compensar a parte inferior impedida na sua função. O que póde acontecer no decúbito do lado oposto é o exagero desta suplência. Mas, como contarmos com este aumento, — necessário para fazer desaparecer o sinal — se a própria suplência é variável na sua intensidade? Qual é o gráo de suplência suficiente para fazer desaparecer o sinal?

Talvez, uma outra interpretação seja possível: o decúbito do lado oposto ao derrame faz refluir todo o líquido para este lado. Encontrando-se aí o espaço mediastinal — capaz de ceder e se deixar repelir numa certa medida — não ha mais necessidade do líquido distender o espaço intercostal, sua válvula de segurança, quando recalcado pelo fechamento do seio costo-frênico. Não se manifesta mais, portanto, o abaúlamento expiratório dos últimos intercostos.

Tais são, em síntese, as diversas circunstâncias em que se observam os abaúlamentos expiratórios.