1164
1904

UM CASO DE APPENDICITE

118/3 EMC

JOSÉ NOGUEIRA PEREIRA LOBO JUNIOR

N.º 3.

UM CASO DE APPENDICITE

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PORTO
IMPRENSA PORTUGUEZA
112, Rua Formosa, 112
—
1904

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES

Corpo Cathedratico

LENTES CATHEDRATICOS

1.ª Cadeira — Anatomia descriptiva e geral	Luiz de Freitas Viegas.
2.ª Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3.ª Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4.ª Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5.ª Cadeira — Medicina operatoria	Clemente J. dos Santos Pinto.
6.ª Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recem-nascidos	Candido Augusto C. de Pinho.
7.ª Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida Junior.
8.ª Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9.ª Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10.ª Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto H. Almeida Brandão.
11.ª Cadeira — Medicina legal	Maximiano A. O. Lemos.
12.ª Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Alberto P. Pinto d'Aguiar.
13.ª Cadeira — Hygiene	J. L. da S. Martins Junior.
14.ª Cadeira — Histologia e physiologia geral	José Alfredo M. de Magalhães.
15.ª Cadeira — Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho A. do Souto.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	Vaga. Vaga.
Secção cirurgica	Antonio J. de Sousa Junior. Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Vaga.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

Á SAUDOSA MEMORIA

DE

MEU SANTO PAE

A minha querida Mãe

A MINHA BOA TIA

Á SAUDOSA MEMORIA

DE

MINHAS IRMÃS RITINHA E FRANCISQUINHA

A MEU IRMÃO

E A

MINHA CUNHADA

Á MINHA IRMÃ

A

MEU CUNHADO

E A

MEUS SOBRINHOS

Aos meus amigos

AOS MEUS CONDISCIPULOS

AOS QUE ME ESTIMAM

AC ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE DE THESE

O ILL.MO E EX.MO SR.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

DUAS PALAVRAS

Ao terminar o nosso tirocinio escolar, a lei impõe-nos a obrigação de fazer um trabalho escripto, sobre um assumpto qualquer, que temos de desenvolver e defender perante um jury; mas a necessidade, mais imperiosa, obriga a que se faça depressa e por isso incompleto e mal alinhavado.

É esta imposição que me obriga a apresentar este trabalho, visto a impossibilidade de poder fugir á lei. Conheço perfeitamente que não tem valor algum, porque a falta de tempo e a minha incompetencia scientifica e intellectual não me permittem mais; mas como escrevo para cumprir uma lei e não para mostrar ou antes apparentar aquillo que não possuo, ouso, por isso, apresentar-vos este trabalho, producto das minhas observações.

Se das rapidas paginas que seguem, podér transparecer, ao menos, o firme desejo que tivemos de agradar aos illustres professores que sobre ellas hajam de emittir parecer, esta simples circumstan-

cia nos compensará largamente os esforços que dispendemos.

Nada mais póde aspirar quem escreve, não porque a sua capacidade scientifica a isso aconselhe, mas porque o cumprimento d'um dever, fortalecido pela lei, a isso obriga.

* * *

Dividimos o nosso assumpto em duas partes. Na primeira apresentamos o caso com a sua fórma clinica. E na segunda fazemos, a proposito, algumas considerações geraes, completando assim a nossa observação.

PRIMEIRA PARTE

O caso clinico

(OBSERVAÇÃO PESSOAL)

Appendicite gangrenosa septica sem tumefacção iliaca com peritonite circumscripta

(FÓRMA AGUDA)

O doente Manoel Luiz Souto Brandão, de 17 annos de edade, solteiro, de profissão ferrador, entrou para o hospital de Santo Antonio no dia 2 de janeiro de 1904, com uma affecção abdominal e com sete dias de molestia.

Passou depois para a enfermaria n.° 3, clinica medica, com tabella n.° 1:136, cama n.° 6.

Antecedentes

a) Hereditarios — O pae, de 64 annos de edade, nunca teve outra doença senão o rheumatismo, de que ainda se queixa actualmente. Fóra d'isso, tem sido sempre saudavel. A mãe,

de 46 annos, soffre egualmente de rheumatismo, e, a não ser isto, é do mesmo modo saudavel.

Tem quatro irmãos; todos elles teem gosado excellente saude e nada accusam digno de menção especial. Do resto da familia e dos seus antepassados nada consta que possa interessar.

b) Pessoaes — Estes são de mediocre interesse. Novo e d'uma constituição robusta, nunca teve doença alguma, gosando sempre de excellente saude. Não era alcoolico, nunca teve syphilis e era no seu viver de habitos moderados.

Historia da doença

No dia 26 de dezembro de 1903, isto é, sete dias antes da sua entrada no hospital, no decorrer de uma excellente saude, começou de repente a queixar-se de violentas dôres por todo o ventre, irradiando das vizinhanças do umbigo, localisando-se e persistindo depois na região da fossa iliaca direita.

Ao mesmo tempo estas dôres eram acompanhadas de vomitos alimentares, e mais tarde biliosos, com frequencia. Sentia, além d'isso, arrepios, nauseas e fortes dôres de cabeça. No emtanto, a dôr continuava, as nauseas e os vomitos repetiam-se, a anorexia accentuava-se, até que veio a entrar no hospital, passando

para a enfermaria de clinica medica no dia 2 de janeiro.

Uma vez ahi, foi-me distribuido, sendo, portanto, eu o seu assistente.

Exame do doente

Signaes actuaes — Começando pela exploração do intestino o exame ao doente, sob a direcção do ex.^{mo} professor dr. Azevedo Maia, depois do doente estar no decubito dorsal, viu-se que, pela *inspecção*, o ventre se apresentava uniforme. A região da fossa iliaca direita não differia sensivelmente da da esquerda, e nenhum abaulamento se notava, mesmo na direcção do colon ascendente.

Palpação — Ao examinar a fossa iliaca, a palpação fez notar, em primeiro logar, uma contractura dos musculos, tornando a parede abdominal, n'aquella região, rigida e immovel, sendo assim muito difficil o exame dos orgãos profundos, pelo verdadeiro muro que se formou.

Mandadas fazer ao doente inspirações profundas, ao mesmo tempo que se fazia a palpação, póde, n'esses momentos, achar-se um empastamento mais accentuado para dentro da espinha iliaca antero-superior e acima da arcada de Fallopio, mas subindo mais ou menos na direcção do colon ascendente, dando a impressão d'um tumor cylindrico.

Este empastamento era, sem duvida, já devido á formação de adherencias, e á tumefacção do appendice e do epiploon.

Não se pôde verificar n'este momento existencia de pús e a fluctuação, se existia, era difficil sentir-se pela grande defeza muscular que havia.

Por uma palpação methodica em todo o abdomen provocavam-se dores, que se localisavam no maximo de intensidade no meio de uma linha que se estende do umbigo á espinha iliaca antero-superior (ponto de Mac-Burney). Era n'este ponto que os musculos se contrahiam e endureciam mais. Verdadeira defeza muscular.

O attrito leve, feito na pelle com a polpa dos dedos, revelava na zona appendicular uma hyperesthesia manifesta.

A percussão digital dava, na mesma zona, um som sub-baço.

O exame dos outros apparelhos, circulatorio, respiratorio e urinario, no momento actual nada revelaram de anormal.

A temperatura variava entre 37°,5 e 39°.

Por todos estes symptomas e signaes, como:

a *dôr*,

a *defeza muscular da parede abdominal*,

os *vomitos* no principio, a elevação de temperatura, a acceleração do pulso,

o *facies do doente*,

a existencia revelada pela palpação de um

empastamento mais ou menos extenso e profundo na fossa iliaca,

e a *hyperesthesia cutanea*, formaram, pela sua nitidez, o diagnostico facil, não dando logar a hesitação.

Estes symptomas, tomados isoladamente, pouca importancia teriam para o diagnostico, visto haver varias affecções (que adeante descreverei) em que elles são communs e se podem confundir com o caso de que se trata; mas a associação da *dôr* no ponto de Mac-Burney, a defeza muscular e a hyperesthesia cutanea, com existencia de febre, são os sufficientes e capitaes symptomas do *diagnostico da appendicite.*

Os signaes até aqui revelados dão ao caso clinico uma fórma typica classica.

Porém, variações importantes se deram na evolução da doença, quer na intensidade d'estes signaes, quer nas complicações que uma appendicite gangrenosa e septica mais tarde nos mostrou.

Prognostico

D'uma maneira geral, póde dizer-se que o prognostico é sempre reservado; mas n'este caso, manifestou-se gravissimo na evolução que a doença tomou, já pelo facies que o doente apresentava, já por um abatimento e enfraquecimento grande. Ao mesmo tempo que o delirio se accentuava, uma grande discordancia persistia entre o pulso e a temperatura, dissocia-

ção esta que foi sempre mantida, como adeante se verá, pois que entre uma temperatura em média de 38° a 39° que o doente accusava, correspondiam 115, 120 até 130 e por fim 140 pulsações.

A persistencia na elevação da temperatura e a leucocytose elevada e progressiva, revelada pelas analyses do sangue, e por fim a broncho-pneumonia que se manifestou, tudo indicava um caso que se aggravava cada vez mais e de um prognostico muito desfavoravel.

Tratamento

Tratamento medico — Como foi dito, o doente entrou para o hospital de Santo Antonio no dia 2 de janeiro de 1904, com sete dias de doença, sendo-lhe prescripto desde esse dia o tratamento medico.

Assim, no dia *2 de janeiro* foi posto a dieta de leite e como tratamento therapeutico, citrato de magnezia composto com sal de Seignette e applicação de uma bexiga com gelo no ventre.

A temperatura de manhã foi de 37°,5 e de tarde 39°.

3 de janeiro — A temperatura de manhã foi de 38°,4 e de tarde 38°,5.

4 de janeiro — A mesma dieta. Continua o mesmo estado. Foram-lhe dadas pilulas de opio e continuam as applicações do gelo no ventre.

5 de janeiro — Dieta: leite, caldo e agua chalada. Temperatura: de manhã 37°,4 e de tarde 39°. Foi-lhe dado salol.

6 de janeiro — Temperatura: de manhã 38°,5 e de tarde 39°,3.

7 de janeiro — Foi-lhe dado bisulfato de quinina. Temperatura: de manhã 38°,5 e de tarde 39°,6.

Nos dias seguintes, o mesmo estado e as mesmas applicações therapeuticas.

As temperaturas foram:

No dia 8 de janeiro — De manhã 38°,4 e de tarde 39°,5.

No dia 9 de janeiro — De manhã 38°,5 e de tarde 39°,3.

No dia 10 de janeiro — De manhã 38°,7 e de tarde 39°,3.

No dia 11 de janeiro — De manhã 37°,8 e de tarde 39°.

No dia 12 de janeiro — De manhã 37°,7 e de tarde 39°.

A constipação que succedeu a uma pequena diarrheia nos primeiros tempos, é combatida agora, todos os dias, com clysteres de agua fervida.

A região da fossa iliaca continua dolorosa á palpação. O doente tolera pouco o leite e alimenta-se de preferencia com caldos.

Todos os meios therapeuticos até aqui empregados não teem produzido melhoras sensiveis; era preciso, portanto, ir pensando n'outra orientação a dar ao tratamento. Comecei de re-

gistar, duas vezes por dia, a curva do pulso e dos movimentos respiratorios, ao mesmo tempo que a temperatura.

Foram requisitadas pelo ex.^{mo} sr. dr. Veiga de Faria, digno chefe de clinica medica, do Laboratorio Nobre, uma serie de analyses de sangue, algumas das quaes eu fiz, que revelaram uma hyperleucocytose progressiva, polynuclear, indicativa de existencia de uma extensão crescente do processo morbido e do momento opportuno de intervenção cirurgica, indicada ainda pela temperatura e a constante discordancia com o pulso, como se verá do resultado das analyses e das curvas do pulso e da temperatura, casos estes em que esta intervenção se torna urgente, principalmente n'esta fórma septica.

Foi substituido o gelo por applicações de cataplasmas de linhaça quentes sobre o ventre, uns dias, sem resultados sensiveis.

O estado local e geral continuava o mesmo.

Eis o resultado das analyses feitas ao sangue do doente, uma serie de dias antes de ser operado:

ANALYSE POR MILLIMETRO CUBICO E A PERCENTAGEM DOS DIVERSOS GLOBULOS

JANEIRO

Dias	Leucocytos	Polynucleados	Mononucleados	Lymphocytos	Eosinophilos
13	11:100	—	—	—	—
14	12:900	58	21	21	0
15	10:500	69	18	13	0
18	11:700	78	9	12,5	0,5
19	12:000	67	15	18	0
21	13:400	65	23	12	0
22	14:500	73	18	9	0

Temperaturas e numero de pulsações e de movimentos respiratorios por minuto, observados desde o dia 12 de janeiro até ao dia que foi feita a intervenção cirurgica:

Dias	Temperatura		Pulsações		Movimentos respiratorios	
	Manhã	*Tarde*	*Manhã*	*Tarde*	*Manhã*	*Tarde*
12	37,7	39,2	112	113	29	30
13	38,4	39	112	116	30	32
14	38,2	39	116	117	32	32
15	37,5	38	100	115	22	28
16	38,2	39	112	106	28	25
17	38,5	38,8	108	110	23	24
18	38,7	39,2	108	112	24	26
19	38	39	100	104	24	25
20	38,3	39	116	114	28	26
21	38,4	38,9	114	117	28	26
22	38,5	38,8	118	114	25	22
23	38,3	38,8	106	108	20	24
24	38,5	39	114	114	28	27
25	37,8	39	115	112	28	28
26	38,8	38,2	114	112	28	26
27	37,7	38,3	113	110	24	24
28	38,4	37,2	112	113	24	23

A analyse da urina, feita dias antes da intervenção cirurgica, revelou:

CARACTERES GERAES

Volume de 24 horas	1000 c.^{3}
Côr	Vermelho-amarellada
Reacção	Acida
Densidade a 15°	1,0138

ELEMENTOS ANORMAES

Albumina e glucose	Não contém
Indican	Muito abundante
Compostos phenolicos (investigados por distillação) . . .	Vestigios

ELEMENTOS NORMAES

	Urina analysada por litro e 24 horas	Urina por litro	Normal por 24 horas
Enxofre phenolico . . .	0,389 gr.	0,147 gr.	0,226 gr.
» acido	1,281	1,914	2,947
Relação { enxofre phenolico / » acido }	30,3 %	normal	7,7 %

Conclusão

Urina urobilurica, rica em sulfoconjugados e em indican e cujo coefficiente de Baumann é muito elevado. Excesso de fermentações intestinaes com correlativa sulfoconjugação hepatica.

Como se vê pela analyse da urina, existia urobilina em abundancia, o que prova já a alteração da cellula hepatica, devida ás toxinas appendiculares, que por si só, são, n'este caso, um argumento em favor da intervenção o mais cedo possivel para supprimir a origem do veneno.

O indican, muito abundante, que revelou a analyse, indicava tambem não só suppurações, mas egualmente alterações intestinaes, assim como indicio de peritonite.

Nos dias 26 e 27 foram-lhe dadas duas injecções de sulfato de estrychnina por dia.

Por todos os dados acima descriptos, e já porque a evolução da doença não melhorava, antes os symptomas graves persistiam e o tratamento medico não tinha dado resultado, o ex.mo professor, dr. Azevedo Maia, resolveu fazer o

Tratamento cirurgico

Operação em 28 de janeiro. Tomadas todas as precauções asepticas e antisepticas que são precisas n'estes casos, e depois de chloroformisado o doente, o ex.mo professor dr. Azevedo Maia fez a laparotomia da fossa iliaca.

Logo depois da incisão viu fortes adherencias. O epiploon quasi se tinha fundido e desapparecido. Entre as adherencias notou-se um liquido muito fetido.

Em vista d'isto não continuou a operação, nem tocou nas adherencias, suturando em parte a incisão e fazendo uma outra, parallela, para a parte de fóra.

Foram introduzidos dous tubos de drenagem parallelos que atravessavam as duas incisões. Feito o penso secco, o doente foi collocado n'um quarto, e só no dia seguinte começou de se lhe fazer duas lavagens por dia, muito abundantes, com agua fervida.

A temperatura n'este dia foi: de manhã 38°,4 e de tarde 37°,2. Pulso: de manhã 112 e de tarde 113.

29 de janeiro—Fizeram-se-lhe duas abundantes lavagens de manhã e de tarde. Este tratamento tornava-se dolorosissimo. O doente tinha absoluta falta de appetite, o leite tomava-o a custo, e a não serem abundantes quantidades de outros liquidos, como lhe foram prescriptos desde principio, não se alimentava de outro modo. Por isso administrou-se-lhe um clyster alimentar, diariamente, composto de

Soluto salino normal.	100 grammas
Peptona	30 »
Cognac	15 »
Gemma d'ovo	1 »

A temperatura n'este dia foi: de manhã, 37,9, de tarde, 38,3. Pulso: de manhã, 112, de tarde, 116.

Consequencias post-operatorias

Hemorrhagias

30 de janeiro — Ás 10 horas da manhã foi feita a primeira irrigação; ao levantar o penso notei que estava completamente cheio de sangue, ao mesmo tempo que sahia em mais ou menos quantidade, da ferida, assim como abundantes coagulos. Fiz o penso e voltei de tarde; de novo vi que a hemorrhagia tinha continuado, obstruindo os coagulos completamente os tubos do dreno.

A temperatura era: de manhã, 37°,7 e de tarde, 38°. Pulso: de manhã, 114 e de tarde, 118.

Fistula estercoral

31 de janeiro — De manhã, ao levantar o penso, vi que estava ainda muito manchado de sangue, ao mesmo tempo que exhalava um cheiro muito fétido. Feita a irrigação, continuavam a sahir da ferida abundantes coagulos sanguineos e, pela primeira vez, fezes com cheiro accentuadamente fétido.

De tarde a mesma irrigação. As fezes continuavam agora a sahir com mais abundancia e a communicação do cœcum com a ferida estava feita. Todas as materias fecaes sahiam absolutamente por ali.

Foi sem duvida devido ao amollecimento e á queda d'uma escara da parede d'aquella parte

do intestino que as hemorrhagias se deram, ao mesmo tempo que esta fistula ficou assim constituida, como mais tarde a autopsia mostrou, por se haver eliminado uma parte do cœcum.

A temperatura era: de manhã, 38° e de tarde, 38°,4. Pulso: de manhã, 120 e de tarde, 122.

1 de fevereiro — O mesmo tratamento e a mesma dieta. As materias fecaes sahiam agora só absolutamente pela ferida.

5 de fevereiro — Foram tirados os pontos da sutura, e a cicatriz d'aquella parte da incisão tinha-se feito já.

O doente começou a ter alguma tosse, e mais frequentemente de noite.

N'este dia continuou a tomar o opio em fórma de pilulas. A anorexia era completa.

6 de fevereiro — As materias fecaes continuam a sahir da ferida com um cheiro muito fétido. Foi-lhe dado benzonaphtol.

A tosse continua.

7 de fevereiro — A tosse accentua-se cada vez mais, de preferencia á noite, e uma dyspnea cada vez maior domina o doente, ao mesmo tempo que se queixa de dôres no lado direito do thorax.

A acceleração dos movimentos respiratorios é cada vez maior, como se verá adeante pela curva d'esses movimentos. Tem delirio, agitação e insomnia.

Nos dias seguintes pude, pela auscultação, ouvir ralas subcrepitantes e sopro tubar bem nitido no pulmão esquerdo; a adynamia, os suo-

res abundantes, a tachycardia e, sobretudo, a dyspnea, cada vez são maiores. Todos estes symptomas se tornaram cada vez mais graves, até que o doente veio a fallecer, quasi por assim dizer sem agonia, ás onze e meia horas da noite do dia 10 de fevereiro.

N'este dia a temperatura, pulso e movimentos respiratorios, foram:

Temperatura — De manhã, 37,5.

Pulso — De manhã, 12 e de tarde, 15. Movimentos respiratorios — De manhã, 34 e de tarde, 48.

Eis as curvas da temperatura do pulso e dos movimentos respiratorios, desde o dia da operação até ao dia do fallecimento:

JANEIRO

Dias	Temperatura		Pulsações		Movimentos respiratorios	
	Manhã	*Tarde*	*Manhã*	*Tarde*	*Manhã*	*Tarde*
29	37,7	38,3	113	120	24	28
30	37,7	38	112	120	24	28
31	38	38,4	120	122	25	27
			FEVEREIRO			
1	38,4	38	120	113	26	28
2	37,7	38,3	112	113	24	25
3	38,3	38,5	120	126	26	30
4	37,5	38,5	116	120	28	29
5	38,3	39	124	130	28	30
6	38,4	38,5	131	128	30	32
7	38	38,6	135	135	32	33
8	38,8	38,9	130	140	32	36
9	37,8	38,4	127	120	31	32
10	37,5	—	120	150	34	48

Autopsia

No dia 12 de fevereiro foi feita a autopsia na presença do dignissimo professor dr. Azevedo Maia. Comecei primeiramente pela abertura da

Cavidade abdominal — Esta abertura foi feita em tres tempos por uma incisão de concavidade superior que, partindo da região do flanco esquerdo e passando um pouco acima do pubis, terminava na região do flanco direito.

Começando por levantar o retalho abdominal, a partir da esquerda para a direita, notava-se que até á parte média da cavidade o epiploon, as ansas intestinaes e a serosa peritoneal não mostravam signaes de peritonite; estavam, por assim dizer, normaes sem adherencias.

Mas a partir da linha média e á medida que levantava a parede abdominal, viam-se numerosas adherencias limitando varios fócos, que continham um liquido sero-purulento bastante fétido, e que eram isolados mais ou menos completamente pelas falsas membranas. Estas uniam a parede abdominal e o peritoneo, por varias adherencias, ás ansas intestinaes. Viam-se algumas membranas destacadas.

O epiploon na metade direita estava, por assim dizer, reduzido a uma massa e tinha mesmo desapparecido junto ao fóco primitivo.

Posta a descoberto toda a cavidade abdominal, via-se na fossa iliaca direita e pequena bacia, grande quantidade de liquido sero-purulento, de cheiro muito fétido, em que a parte que restava do cœcum mergulhava.

De volta d'este, fortes adherencias tornam impossivel o poder-se destacar. Estava completamente defendido. O colon ascendente apresentava-se completamente gangrenado, com uma côr negra esverdeada. Do mesmo modo, o cœcum, em parte esphacelado com uma grande abertura communicando inteiramente com a ferida e sem vestigios de appendice, que já se tinha eliminado, apresentava-se com o mesmo aspecto. Uma *fusée* purulenta tinha seguido e envolvido esta parte do intestino até ao angulo do colon transverso, indo em seguida formar-se por baixo do lobulo direito do figado, um grande abcesso, com grande quantidade de liquido purulento e fétido.

Todo o colon ascendente estava adherente á parede do abdomen.

Com o fim de seguir o trajecto purulento, procedi á abertura da

Cavidade thoracica — Aberta esta cavidade, o que impressionou em primeiro logar foi uma grande quantidade de liquido purulento e fétido que existia na pleura direita. O pulmão d'este lado, repellido para cima, estava reduzido a um pequeno volume. Adherencias, uniam-o fortemente á parede costal e as pleuras entre si. Examinando o diaphragma d'este lado, não

pude verificar qualquer perfuração que communicasse directamente com o trajecto purulento do abdomen.

Passando a examinar o lado esquerdo, o pulmão d'este lado estava infectado, splenisado e congestionado n'uma grande parte, apresentando-se denso e d'uma côr vermelho-escura. Não encontrei adherencias d'este lado e a pleura pareceu-me normal.

O figado muito hypertrophiado e congestionado.

Os outros orgãos, rins e coração, estavam normaes.

Conclusões

A evolução d'esta doença, cuja duração foi de 46 dias, póde dividir-se em duas phases.

A primeira, toda abdominal, caracterisada por uma appendicite aguda, gangrenosa e septica, provavelmente de typo remontante, em que os microbios aerobios e anaerobios, provocaram a formação do trajecto purulento, que se observou e que, na sua marcha ascendente, este fóco appendicular seguiu apenas a direcção recebida do seu typo.

Esta *fusée* purulenta, tomando a direcção do colon, foi formar o abcesso sub-hepatico. Se não houve perfuração do diaphragma, então os lymphaticos e os vasos sanguineos, encarregando-se do transporte dos microbios muito virulentos, produziram a segunda phase, *thora-*

cica, que terminou por a pleuresia purulenta do lado direito e broncho-pneumonia do mesmo lado.

Esta broncho-pneumonia pôde ser diagnosticada nos ultimos dias. Os symptomas dominantes tinham-se dado. De novo, o que a autopsia nos veio revelar e que não tinha sido diagnosticado, foi o abcesso sub-hepatico e a pleuresia, com a grande quantidade de liquido purulento e fétido.

A septicemia e as lesões que a autopsia nos revelou, foram a causa da morte.

SEGUNDA PARTE

Considerações geraes a proposito do caso clinico

CAPITULO I

Para melhor comprehender nos seus detalhes esta lesão, julgo conveniente pôr em relevo alguns dados anatomicos e anatomo-pathologicos, referindo-me especialmente á fórma clinica que venho tratando.

O appendice ileo-cœcal

Anatomia normal

O intestino delgado não continua em pleno canal com o grosso intestino, mas implanta-se sobre elle quasi em angulo recto. Esta união tem logar acima do fundo de sacco inicial d'este intestino; d'ali, entre o fundo e a embocadura, um fundo de sacco que se chama o cœcum.

No homem, este fundo de sacco tem primitivamente uma grandeza consideravel, mas, por uma lei geral, este orgão torna-se inutil, tende a atrophiar-se e n'uma grande parte do seu comprimento transforma-se n'um pequeno canal estreito, continuando directamente com o fundo do cœcum, cuja estructura é a mesma.

Este pequeno canal cylindrico, e muitas vezes flexuoso, é o que se chama o appendice ileo-cœcal ou vermiforme, pela semelhança que tem com a fórma d'uma lombriga. Este acha-se envolvido por todas as partes, como o fundo do cœcum, pelo peritoneo, e é mantido em posição, na metade interna da fossa iliaca direita, por uma prega d'este peritoneo (meso-appendice).

As suas dimensões variam entre 7 a 12 centimetros de comprimento, com menos de 1 centimetro de largura. A sua situação é muito variavel: normalmente acha-se acima da ampola cœcal, na sua parte postero interna, a 2 centimetros abaixo da valvula ileo-cœcal.

Para Mac-Burney, este ponto de implantação do appendice corresponderia ao meio de uma linha tirada da espinha iliaca antero-superior ao umbigo.

É n'este ponto (ponto de Mac-Burney) que a maior parte das vezes é a séde da dôr intensa da appendicite. A sua direcção, em relação ao cœcum, é extremamente variavel occupando em volta d'elle situações diversas; umas vezes está collocado para dentro d'elle, para deante, para

traz ou para fóra. São quatro as suas principaes direcções: *ascendente, descendente, lateral interna* e *lateral externa*, tambem chamadas *transversal direita* e *transversal esquerda*.

Julgo ser do typo ascendente posterior a direcção do appendice do doente, de que trata o caso clinico atraz descripto, pelas lesões que encontrei na autopsia.

Quasi sempre, no seu ponto de implantação no cœcum, o appendice é munido d'uma valvula, chamada valvula de Gerlach, que se oppõe á introducção das materias fecaes no canal appendicular, e que para muitos auctores é inconstante.

Estructura

O appendice, como foi dito, tem a mesma estructura do cœcum; assim, compõe-se de quatro tunicas—uma tunica externa peritoneal, uma tunica muscular, uma tunica sub-mucosa composta de tecido conjunctivo, uma tunica mucosa com epithelio cylindrico, estroma adenoide, folliculos fechados e glandulas em tubo.

Apresenta um grande desenvolvimento do apparelho lymphoide, sobretudo na creança, approximando-se por isso muito da amygdala.

O appendice vae-se adelgaçando para a extremidade e é atravessado em todo o comprimento por um canal central, *o canal appendicular*, cujo diametro, muito estreito e desegual, não mede mais que tres a quatro millimetros.

Anatomia pathologica

Tratarei em primeiro logar das lesões localisadas unicamente no appendice e em seguida das lesões propagadas por este ao peritoneo.

Lesões do appendice — Estas lesões variam com a época da inflammação e com a sua intensidade.

No principio o appendice, exteriormente, parece normal, apenas se vê mais ou menos congestionado.

Se se abre, vêem-se alguns folliculos intumecidos e vermelhos. N'um grau mais avançado o seu aspecto é o d'um cordão turgescente, duro e bosselado, do volume do pequeno dedo, violaceo ou semeado de ecchymoses com a sua cavidade cheia de pús e por vezes contendo corpos estranhos.

A mucosa é destruida em parte.

Os folliculos fechados são transformados em abcessos miliares, quasi sempre a tunica muscular é alterada e a serosa tem contrahido já adherencias. Esta folliculite póde terminar muitas vezes por uma esclerose atrophica da parede inteira d'onde a estenose, unica ou multipla do canal appendicular.

N'um grau mais adeantado ainda, póde-se verificar a perfuração ou a gangrena do appendice a seguir a uma lymphangite gangrenosa. É a localisação n'um ponto circumscripto que produz a perfuração, e a sua generalisação a

uma grande parte ou á totalidade, isto é, até á sua implantação no cœcum que produz a sua gangrena e destruição.

A perfuração produz-se a maior parte das vezes ao nivel de uma dilatação abaixo de um aperto formado por um corpo estranho ou por a mucosa turgescente.

O appendice contrae adherencias muito cedo com as ansas intestinaes visinhas e com os outros orgãos abdominaes. São ellas que circumscrevem o fóco purulento; se se rompem, ou se o appendice se perfura antes da sua formação, póde dar assim em resultado uma peritonite.

Lesões peritoneaes

Estas lesões ou se localisam a uma parte do peritoneo, dando logar assim a peritonites circumscriptas, ou invadem todo o peritoneo e dão logar a peritonites generalisadas.

Peritonites circumscriptas

As peritonites circumscriptas podem ser adhesivas ou suppuradas.

A peritonite adhesiva é caracterisada por numerosas adherencias e falsas membranas e aglutina em volta do appendice o epiploon e as ansas intestinaes, levantando ao mesmo tempo uma barreira deante de qualquer perfuração que se der.

São estas adherencias que tornam ás vezes difficil e até perigosa a pesquiza do appendice na operação da appendicectomia a frio, que, sendo uma operação quasi sempre sem gravidade, é devido a ellas que se póde tornar muito melindrosa.

A peritonite suppurada (abcesso peritoneal) póde apparecer sem que haja perfuração: mas de ordinario apparece depois d'ella. O abcesso contém pús fetido, materias fecaes e restos do appendice. A séde d'este abcesso varía com a situação do appendice em relação ao cœcum; umas vezes forma-se deante d'este e outras vezes ainda o appendice póde occupar o umbigo, a pequena bacia, a região renal, mudando assim a situação dos symptomas locaes. Mas a mais importante de todas as situações é aquella em que o appendice está collocado atraz do cœcum.

Como vimos já no typo ascendente e posterior, o appendice sobe atraz do cœcum até ao colon. N'este caso o abcesso póde-se formar de traz ou em volta do cœcum e seguir em differentes direcções, abrindo-se depois ou no cœcum, ou no colon ascendente, ou seguir ainda para a face inferior do diaphragma, determinando-lhe uma perfuração e em seguida uma pleurisia purulenta.

Estes abcessos podem-se enkistar mas podem tambem abrir-se no peritoneo, formando d'este modo uma peritonite generalisada.

Peritonites generalisadas

Estas peritonites podem ser devidas á perfuração do appendice antes de se poderem formar adherencias protectoras, ou então, quando esta perfuração se não dê, os microbios, muito exaltados na sua virulencia, atravessarem as paredes appendiculares e provocarem uma peritonite generalisada.

Finalmente, a ruptura d'um abcesso póde tambem, aberto na cavidade peritoneal, dar origem á peritonite generalisada.

Na *fórma purulenta*, a sua evolução não é rapida e encontra-se pús disseminado por todo o abdomen ou disposto em varios fócos circumscriptos por adherencias mais ou menos numerosas e que os tornam independentes uns dos outros.

Na *fórma septica*, a sua evolução é rapida e mortal, e na cavidade peritoneal não se encontra pús, mas sim um liquido muito fétido e turvo, accumulando-se nos flancos até abaixo do diaphragma, sem nunca se achar circumscripto por adherencias, que n'esta fórma não existem.

Bacteriologia

O pús das appendicites contém numerosos microbios, mas as especies microbianas que se

encontram em maior abundancia, são o bacillo coli e o streptococus.

Nas appendicites gangrenosas, além d'estes microbios, encontram-se outras especies anaerobias muito virulentas e ainda mal isoladas, que gozam certamente um papel preponderante.

Etiologia e Pathogenia

A appendicite é uma lesão toxi-infecciosa, produzida por uma associação mais ou menos grande de microbios que se acham no intestino (streptococos, staphylococos e pneumococos) e em que predomina o coli-bacillo.

No estado normal estes microbios existem no appendice e não determinam accidentes senão depois que a sua virulencia é exaltada, ou a resistencia vital é diminuida.

Como explicar que se produzem estes accidentes senão ao nivel do appendice?

Sendo a sua presença ordinariamente indifferente, em que condições se exalta a sua virulencia a ponto de produzir tão graves lesões?

Sobre isto divergem muito os auctores, já admittindo a theoria da infecção, como Laveran, Broca e outros; ou a da cavidade fechada, como Dieulafoy.

Eis o que dizem os differentes auctores: Para Broca, o appendice, como a amygdala, como todos os orgãos do apparelho lymphoide muito desenvolvido, inflamma-se facilmente; e

o que, no resto do intestino, causaria lesões banaes e passageiras de enterite, determina aqui inflammações prolongadas, gangrenas e perfurações, em razão da estructura especial do orgão, em razão da sua riqueza em folliculos fechados lymphaticos, da formação de calculos, da pequena grossura e estreiteza de calibre, da estagnação dos productos septicos no fundo de sacco. Razão porque o comprimento exagerado do appendice, e porque certas torsões constituem uma predisposição á appendicite; e talvez a origem da influencia hereditaria de que tantos exemplos se teem observado. Finalmente, a appendicite é uma modalidade, regida por disposições anatomicas especiaes, de enterite nas suas diversas fórmas, e o appendice não é senão um annexo do intestino grosso, debaixo do ponto de vista pathologico.

Roger, no seu *Tratado de doenças infecciosas*, diz egualmente que o appendice representa um orgão lymphoide comparavel á amygdala, e que, como ella, é frequentemente attingido de infecções agudas, primitivas ou secundarias; e que os microbios se exaltam, quer por um desvio de regimen, de uma causa deprimente qualquer, ou de uma doença infecciosa ou não. A inflammação appendicular poderá ser leve e reparar-se completamente; outras vezes produzir ulcerações mais rebeldes. Estas poderão cicatrisar-se, ou, pelo contrario, dar origem a adherencias que retrahirão a cavidade e chegarão mesmo a obliteral-a.

N'este caso a cavidade fechada é constituida. Outras vezes a obliteração resultará de um calculo que, formado no proprio logar e tornado muito volumoso, fechará o canal. O resultado é o mesmo. A obliteração primitiva do appendice não a comprehende: que essa obliteração represente o ultimo estado de um processo ulceroso, parece ao contrario perfeitamente condizer com o conjuncto de factos que observou.

A theoria da cavidade fechada parece dever ser applicada a um certo numero de casos, mas não a todos.

A cavidade fechada, sendo assim a terminação de um processo morbido, vae por sua vez ser o ponto de partida de novos accidentes.

Para explicar este machinismo fez Roger, experimentalmente no coelho, a ligadura do appendice, e por este processo experimental póde assim provocar uma appendicite suppurada. Invoca o processo que preside á formação de todo o fóco purulento, para melhor comprehensão.

Com effeito, os microbios pyogeneos actuam pelas materias soluveis que segregam. Ora, no estado normal, os productos dos microbios que habitam o appendice são constantemente arrastados com as materias; são, por assim dizer, expulsos por as secreções do intestino.

Em seguida á ligadura, as toxinas estagnam; á medida que ellas são segregadas, accumulam-se e os productos pyogeneos actuam sobre-

tudo quando são espalhados de uma maneira lenta e progressiva.

Roger pensa, pois, que a appendicite por obliteração resulta de uma accumulação de productos microbianos; não são os agentes figurados que actuam, são as suas secreções.

Comprehende-se desde logo que os microbios possam vegetar no estado normal sem provocar inflammação; comprehende-se tambem que o simples aperto ou introducção de um corpo estranho não basta a produzir perturbações morbidas, se opéra n'um appendice são e se a rejeição das toxinas continua a fazer-se. Esta ideia explica emfim porque os microbios não teem necessidade de penetrar nas paredes do appendice; basta que as suas toxinas possam ahi diffundir-se.

Roger chega, pois, em resumo, a considerar a appendicite como depender das causas geraes da suppuração. Finalmente, que é uma lesão toxi-infecciosa.

Dieulafoy, resume a sua theoria de appendicite, isto é, a theoria da cavidade fechada, nas seguintes palavras: «A appendicite, ou se se prefere, os accidentes appendiculares e accidentes peritoneaes, resultam da transformação d'uma parte do canal appendicular n'uma cavidade fechada, na qual se elabora um fóco de infecção e de intoxicação, devido á exaltação da virulencia dos microbios feitos prisioneiros.»

Segundo Dieulafoy, são tres os processos

que podem fazer do canal appendicular uma cavidade fechada.

No primeiro, um calculo do appendice póde, pelo seu crescimento progressivo, obliterar o canal n'um ponto do seu trajecto, e a parte que ficar subjacente á obliteração é assim transformada em cavidade fechada. Dá a esta variedade a denominação de appendicite calculosa.

No segundo, o processo resulta da tumefacção da mucosa do canal appendicular, e o canal é obliterado á entrada ou n'um ponto do seu percurso, exactamente como são obliterados os canaes biliares no caso da ictericia catarrhal, ou no caso da otite aguda, pela obliteração da trompa de Eustachio. Egualmente o canal póde ser obliterado por um processo fibroide chronico n'um ponto do seu trajecto, formando egualmente a cavidade fechada. Chama Dieulafoy a esta variedade, appendicite obliterante.

O terceiro processo resulta d'uma flexão, uma torsão, um ennovellamento ou um estrangulamento por uma brida ou adherencia, formando assim uma cavidade fechada. Chama a esta variedade appendicite por estrangulamento.

Em resumo: para Dieulafoy não póde haver appendicite sem que uma parte do canal seja transformada n'uma cavidade fechada. Produzida esta cavidade, os microbios que lá existem normalmente, pullulam e exaltam-se na sua virulencia, podendo assim atravessar as suas

paredes e dar origem a perturbações morbidas.

Como se viu, Roger para explicar o desenvolvimento da appendicite, não invocou a sua penetração nas paredes nem o augmento da sua virulencia.

A appendicite póde observar-se em todas as edades, mas a sua frequencia é maior nas creanças pelo seu maior desenvolvimento do apparelho lymphoide.

CAPITULO II

Diagnostico

Appendicite aguda sem tumefacção iliaca

N'esta fórma de appendicite, que o caso clinico nos mostrou, já foram n'elle descriptos todos os symptomas locaes e geraes que a caracterisam e á sua evolução.

O seu diagnostico pelos seus signaes typicos e classicos não offereceu difficuldade. Mas nem sempre assim acontece n'este caso, embora esses signaes e symptomas dolorosos sejam observados do lado direito do abdomen.

Os erros são então possiveis e frequentes, mesmo entre clinicos os mais experimentados, pelas affecções de uma interpretação difficil, que, apresentando-se sem tumefacção na fossa iliaca direita, podem simular, pela sua symptomatologia e evolução, a fórma de appendicite de que se trata. Vou, pois, tratar d'essas affecções com os respectivos caracteres differenciaes, referindo-me, é claro, sempre a esta fórma clinica.

As affecções que podem prestar-se a confusão, são:

A colica nephretica—A colica nephretica, com séde á direita, é muitas vezes confundida com a appendicite.

As dôres, n'este caso, occupam a fossa iliaca, acompanham-se de vomitos, algumas vezes de febre, mas nem sempre. Nos casos duvidosos procura-se a localisação precisa da dôr cujo maximo, no caso de appendicite, é na região cœco-appendicular; na colica nephretica o ponto doloroso mais accentuado é ao nivel do rim, na região lombar; notar-se-ha o principio brusco da colica nephretica, assim como a terminação rapida dos accidentes, ausencia geral da febre, a diminuição da quantidade das urinas, a retracção do testiculo, os symptomas reflexos do lado da bexiga e do penis.

Por fim a presença de um calculo nas urinas e a hematuria tirarão todas as duvidas. Ha a accrescentar ainda a edade do doente e os seus antecedentes arthriticos, que são de grande importancia.

A colica hepatica—Aqui as causas de erro são ainda muito numerosas. Nos appendices de typo remontante, a dôr tem a sua séde mais acima que habitualmente e é na região sub-hepatica que o doente accusa as suas dôres.

Além d'isso, muitas vezes na appendicite encontra-se um certo grau de ictericia, o que mais contribue á confusão. No entretanto, por um estudo attento dos symptomas, reconhece-se

que existe um fóco muito doloroso no ponto de Mac-Burney, o que não se observa nunca na colica hepatica.

As irradiações ascendentes da dôr na colica hepatica para a espadua e omoplata, não se observam na appendicite. Emfim, a ictericia toxica appendicular traduz-se nas urinas por a ausencia de pigmento biliar, que se acha, pelo contrario, na colica hepatica, e pela presença n'estas mesmas urinas de urobilina. Nota-se ainda na colica hepatica a descoloração das materias fecaes por obliteração do choledoco.

A colica do chumbo — Aqui, como na appendicite, as dôres apparecem, umas vezes bruscamente, outras vezes depois de perturbações digestivas. São vivas, generalisadas; acompanham-se de constipação e d'uma alteração profunda do rosto; mas, na cólica do chumbo, o ventre é duro, retrahido e a febre é nulla.

Nos casos duvidosos, é preciso inquerir dos antecedentes profissionaes do doente e de todos os signaes que são pathognomonicos da intoxicação saturnina. Quando a appendicite tem logar simultaneamente, o diagnostico é então muito difficil e esta difficuldade tem a causa principal na noção da profissão do doente, exercendo sobre o espirito a ideia da colica do chumbo. O erro de diagnostico póde ter aqui as mais graves consequencias, debaixo do ponto de vista therapeutico, porque nos dois casos a medicação é diametralmente opposta.

Indigestões — Entre uma simples indigestão

e a appendicite, o diagnostico é por vezes difficil. Em ambos os casos, os symptomas dolorosos e os vomitos podem no principio apresentar caracteres analogos. Mas na indigestão, estes accidentes são rapidos e cedem rapidamente a uma medicação apropriada, e como suspeita, só se deve considerar toda a indigestão cujos symptomas persistem de maneira anormal. É por falta de uma observação maior que muitas vezes uma appendicite desconhecida evoluciona, com uma medicação por purgativos e vomitivos sem utilidade alguma.

A localisação da dôr no ponto de Mac-Burney, a existencia e a persistencia da febre constituem um bom signal da appendicite, nos casos em que haja duvida.

Entero-typhlo-colite—Para alguns auctores, a colite muco-membranosa seria uma causa predisponente á appendicite e o diagnostico seria muito difficil entre um ataque de colite aguda e uma crise de appendicite. Dieulafoy, baseando-se na sua experiencia pessoal e estatistica, affirma que a appendicite não é nem a consequencia, nem a terminação das enterocolites.

Entre a colite muco-membranosa e a appendicite, existe um certo numero de signaes differenciaes. Primeiramente, o doente que tem entero-colite, tem um passado intestinal; é raro que não tenha tido crises anteriores e que recorda no momento do interrogatorio. Se se faz o exame local com cuidado, verifica-se que a dôr existe em todo o intestino grosso; provo-

ca-se por pressão, não só ao nivel do cœcum, mas tambem do colon ascendente, transverso e descendente e do S iliaco. O estudo dos antecedentes mostra que o doente é sujeito a alternativas de constipação e de diarrhea que se produzem sob a influencia d'um arrefecimento, d'um desvio de regimen; as materias fecaes são envolvidas em substancias gleirosas e mucosidades; muitas vezes se encontra areia; estes accidentes tem o doente ha muitos annos.

Finalmente, a diffusão da dôr, a falta de hyperesthesia cutanea da região iliaca direita, a não contractura defensiva dos musculos, estabelece uma linha de demarcação nitida entre as duas affecções.

Febre typhoide — No seu principio a confusão é possivel com a appendicite, em razão da existencia, nos dois casos, de febre e de uma dôr localisada na fossa iliaca direita, sem tumefacção e perturbações gastro-intestinaes.

O diagnostico é por vezes muito difficil; basta lembrar que clinicos eminentes teem diagnosticado de appendicite o que depois da incisão mostrava um appendice perfeitamente normal.

Nos casos duvidosos é preciso dar uma grande importancia á evolução dos accidentes: a febre typhoide começa, geralmente, sem dôr brusca, sem reacção peritoneal e com prodromos; é por vezes acompanhada de uma cephalalgia intensa, epitaxis e congestão pulmonar; a dôr, a maior parte das vezes, é diffusa na

fossa illiaca direita, sem hyperesthesia cutanea e sem localisação no ponto de Mac-Burney; não ha defeza muscular da parede abdominal.

A curva thermica, na febre typhoide, é progressivamente ascendente, emquanto que na appendicite é rapidamente elevada.

A analyse do sangue póde-nos dar bons elementos de diagnostico; assim, na appendicite, e sobretudo na suppurada, o numero dos leucocytos augmenta em grandes proporções; na febre typhoide, sem complicações inflammatorias, ha diminuição do numero dos globulos brancos.

Finalmente, o que póde complicar ainda o diagnostico entre a febre typhoide e a appendicite, é que esta póde apparecer como complicação nos diversos periodos da evolução da febre typhoide, no agudo, no decorrer ou durante a convalescença.

São estes os casos a que Dieulafoy chama appendicite para-typhoide.

Occlusão intestinal aguda — A confusão póde dar-se com a appendicite, pois que a dôr abdominal, os vomitos, a constipação, se encontram nos dois casos, e se se trata de uma invaginação ileo-cœcal, fórma que é frequente, maior erro de diagnostico se póde dar.

Para o evitar explorar-se-ha a fossa iliaca direita attentamente, para reconhecer se o maximo da dôr é no ponto de Mac-Burney; observa-se a hyperesthesia cutanea e a defeza muscular. A persistencia dos vomitos, e depois o

apparecimento dos vomitos fecaloides, o abaulamento do ventre por a distensão das ansas intestinaes, darão todas as probabilidades de occlusão.

A dysenteria — Por vezes as ulcerações dysentericas localisam-se ao nivel do appendice, produzindo os symptomas da appendicite.

A peritonite tuberculosa — Ha casos que, pelo seu principio, sua evolução e a sua localisação anatomica, simulam a appendicite. Anatomicamente, caracterisam-se por uma erupção de tuberculos localisados ao nivel do peritoneo ileo-cœcal, sem participação do cœcum nem do appendice. Clinicamente, por um ataque agudo com vomitos, constipação, febre, dôres localisadas na fossa iliaca direita e por vezes d'uma maneira precisa no ponto de Mac-Burney, com contractura da parede abdominal. O diagnostico é por vezes muito difficil e, em muitos casos, impossivel no principio dos accidentes, e só se torna evidente pelo apparecimento de indurações peritoneas multiplas e d'um pouco de ascite.

A cholecystite aguda — Muitas vezes o diagnostico é difficil nos casos em que a vesicula augmentada de volume vem occupar a região do appendice e então a confusão é possivel entre a appendicite e as cholecystites, tanto mais que ha casos em que a dôr existe ao nivel do ponto de Mac-Burney, com contractura dos musculos da parede, vomitos, acceleração do pulso, temperatura elevada. Todavia, trata-se

de cholecystite, e depois d'uma analyse exacta, assim como pelos antecedentes de lithiase biliar o diagnostico é confirmado.

A hernia simples com accidentes dolorosos — Guinard, refere-se a duas observações em que os doentes portadores de hernias inguinaes direitas sentiam dôres na fossa iliaca d'este lado que attribuiam a hernia. Quando tratavam da cura radical da hernia poderam verificar que se tratava d'uma appendicite com crises subagudas.

A pneumonia — Em muitos casos a pneumonia póde acompanhar-se d'uma pontada do lado, abdominal, que póde ser confundida com a appendicite. É sobretudo nas creanças que isto se observa com mais frequencia; concebe-se que o erro assim seja possivel, pois que nos dois casos, além da dôr occupando a fossa iliaca, ha febre, vomitos e constipação. Mas ao fim de alguns dias os symptomas abdominaes desapparecem, e os signaes thoracicos tornam-se predominantes. Varios symptomas nos poderão guiar no diagnostico: a rapida elevação de temperatura (40°, 41°) que não se observa na appendicite, o pulso muito rapido na creança, a existencia da dyspnea com acceleração do rythmo respiratorio, a tosse, os signaes fornecidos pela auscultação e a percussão do thorax, a ausencia da contractura dos musculos da parede abdominal ao nivel da fossa iliaca direita e a ausencia de signaes de localisação appendicular.

CAPITULO III

O exame do sangue applicado ao diagnostico da appendicite

Este novo processo de investigação tem dado ultimamente excellentes resultados, tanto para a clinica como para a therapeutica; e como elle nos serviu de grande utilidade no caso clinico que vimos tratando, julgo dever fazer aqui uma breve exposição d'este novo processo.

Pelo exame do sangue podemos dizer se se trata de um caso leve, apesar dos symptomas e signaes locaes, de um caso grave ou de média gravidade. Permitte, finalmente, debaixo do ponto de vista da intervenção, distinguir um caso benigno de um grave.

Normalmente o sangue encerra por millimetro cubico: 4.500:000 a 5.000:000 globulos vermelhos e 7:500 globulos brancos, assim:

P. 100

Leucocytos polynucleares.	65
Lymphocytos grandes e pequenos	25 a 28
Grandes mononucleares	4 a 8
Eosinophilos.	1 a 2
Mastzellen	0,2

Vejamos as modificações do sangue na appendicite e as conclusões praticas a tirar debaixo do ponto de vista da existencia do pús e do momento opportuno da intervenção.

A fórma de que se trata no caso clinico, apresenta o typo seguinte:

Hemoglobina — A hemoglobina é diminuida de uma maneira notavel e muito accentuadamente n'esta fórma.

Globulos vermelhos — Ha uma diminuição, mas sem ser muito consideravel.

Leucocytose — Esta é sempre nitida n'esta fórma.

Vejamos agora em que consiste a leucocytose. Primeiramente, ha duas maneiras de leucocytose, a leucocytose *quantitativa*, que consiste no augmento de todos os globulos brancos sem modificar a sua proporção relativa e, n'este caso, vae acima de 10:000 e póde chegar até 30:000; e a leucocytose *qualitativa*, que consiste n'um augmento relativo de uma das variedades, mononuclear, polynuclear, éosinophila.

A leucocytose polynuclear é a mais importante; esta consiste em que a proporção dos polynucleares em logar de ser de 70 % sobre a totalidade dos brancos póde elevar-se até 90, 95 e 99 %. Uma leucocytose consideravel quasi exclusivamente polynuclear é quasi um signal infallivel de suppuração.

A leucocytose mononuclear e a éosinophi-

lica, em caso de suppuração não se dão; n'este apenas se encontram os leucocytos polynucleares, que em geral são todos neutrophilos.

Em geral, a formula hemoleucocytaria da appendicite é caracterisada por uma hyperleucocytose polynuclear; transitoria e leve nas crises de appendicite benigna, não seguida de suppuração, a leucocytose é intensa, permanente ou mesmo progressiva nas appendicites suppuradas; excepcionalmente ella faz falta em certos casos muito benignos ou, pelo contrario, nos casos de extrema gravidade, onde a toxemia excede a reacção inflammatoria (Besançon e Labbé).

Para estes auctores esta fórmula permitte separar as affecções dolorosas não acompanhadas de suppuração, como o kysto do ovario, o rim movel, a nevralgia ovarianna, a enteralgia simples, e a obstrucção intestinal. Mais difficilmente poderá esta fórmula servir para distinguir a appendicite da colica hepatica, da colica nephretica e da colica saturnina, affecções que se acompanham muitas vezes de uma hyperleucocytose polynuclear, pelo menos transitoria; emfim, será sem utilidade para o diagnostico differencial da appendicite e das affecções abdominaes suppuradas (abcessos do ovario, salpingite, cholecystite, abcesso perinephretico, etc.), no decorrer das quaes o sangue apresenta as mesmas reacções leucocytarias.

Esta fórmula póde servir para distinguir certas febres typhoides, do principio anormal da appendicite. Na febre typhoide verifica-se hypoleucocytose, e em particular uma diminuição no numero dos globulos polynucleares. Os auctores citam casos em que o simples exame clinico tem levado a intervenções que mostram depois appendices normaes, o que não aconteceria se tivessem tido em conta este facto.

O estudo da fórmula hemoleucocytaria é egualmente importante para apreciar a fórma e a evolução da appendicite; o operador póde achar n'ella uma indicação para o momento opportuno da intervenção, a não ser que seja partidario da intervenção precoce e não espere o apparecimento da suppuração para operar. Como vimos, as appendicites agudas não suppuradas não se acompanham senão de uma hyperleucocytose ligeira e transitoria; o apparecimento de uma hyperleucocytose polynuclear, permanente e progressiva, indica presença de pús.

Auvray cita um grande numero de exemplos provantes, entre os quaes o caso de uma creança que foi tomada de indigestão com dôres abdominaes, sem febre, nem acceleração do pulso; os vomitos desappareceram depressa, o pulso accelerou-se um pouco; a leucocytose attingiu 16:000; o diagnostico da appendicite era provavel, mesmo na ausencia de febre; no dia seguinte a temperatura elevou-se um pou-

co, o numero de leucocytos subiu a 34:000; feita a intervenção constatou-se a existencia de um appendice gangrenado.

Joy e Wright admittem que uma hyperleucocytose abundante, estacionaria ou progressiva, indica uma extensão progressiva do processo morbido, que impõe a intervenção cirurgica, qualquer que seja o estado do pulso e da temperatura.

Uma hyperleucocytose fraca, estacionaria ou decrescente, indica uma regressão do processo e permitte adiar a operação, salvo nos casos onde a ausencia de leucocytose se acompanha de um estado geral muito mau.

Os acontecimentos teem justificado sempre a conducta do cirurgião, todas as vezes que se apoia no estudo leucocytario para adiar a operação.

Para que este estudo tenha um real valor diagnostico não se deve fazer um só exame do sangue, mas praticar exames repetidos, mesmo duas vezes por dia, que permittem apreciar não sómente o grau, mas ainda a evolução da leucocytose.

As observações provam que a curva leucocytaria tem um valor maior que a curva thermica para apreciar a suppuração; a hyperleucocytose persistente constitue um signal quasi constante da suppuração, emquanto que a febre é pouco elevada e por vezes mesmo nulla, apesar d'uma suppuração extensa.

A observação seguinte, de Curschmann, e

que se refere a uma appendicite com abcesso, dá-nos um bom exemplo:

3.° dia.....	8:350	leucocytos...	39°,4	de temperatura
4.° »	10:200	» ...	39°	»
5.° »	26:250	» ...	38°	»
6.° »	29:000	» ...	38°	»
7.° »	34:000	» ...	38°,2	»
8.° »	39:000	» ...	38°,3	»

Segundo Sauerbruck, a leucocytose tem ainda sobre a temperatura a vantagem de se manifestar d'uma maneira mais precoce, e constitue um signal de alarme; a hyperleucocytose demonstra a existencia d'um abcesso antes da elevação da temperatura. Todavia, nas velhas collecções enkistadas, a leucocytose, depois de ser temporariamente manifestada, diminue pouco a pouco e mantem-se n'um grau, fracamente elevado, sem significação, ou mesmo desapparece para não se mostrar senão n'uma nova crise inflammatoria (Vaquez e Laubry).

O exame do sangue dá egualmente indicações excellentes sobre os resultados operatorios; depois d'uma intervenção, o desapparecimento da hyperleucocytose indica uma boa evacuação do fóco purulento; a sua persistencia, pelo contrario, faz suppôr uma retenção de pús. Do mesmo modo, o reapparecimento no sangue dos leucocytos éosinophilos e, sobretudo, o augmento do seu numero, possuem tambem um grande valor prognostico: indicam a termina-

ção da crise da appendicite, porque a éosinophilia tem na appendicite, como nas outras doenças infecciosas, o valor d'um estigma de convalescença (Bezançon e Labbé).

Nos casos de peritonites sub-agudas, generalisadas, atacando muito fortemente a serosa para não lhe permittir uma reacção intensa, a leucocytose faz falta ou é muito pouco accentuada.

O exame do sangue póde servir de guia para o tratamento? — Primeiramente, para um determinado grupo de operadores, que não admittem nenhum guia, uma vez o diagnostico feito, intervem sem demora alguma. Por outro lado, existe um bom numero de medicos que creem poder tratar, senão todas, pelo menos quasi todas as appendicites, por o tratamento medico. Para estes já o exame do sangue póde prestar serviços, permittindo-lhes vigiar efficazmente estas appendicites.

Um terceiro grupo, e este é o mais numeroso, é o dos cirurgiões, cuja fé no arrefecimento ou na intervenção immediata systematica não é absoluta, desejariam ser aconselhados e guiados por alguns signaes precisos, podendo ser, dados pelo exame do sangue.

O exame do sangue póde prestar excellentes serviços n'este caso, comtanto que não pretenda supplantar os signaes clinicos.

Para muitos auctores, actualmente, parece estabelecido que toda a appendicite deve ser seguida d'uma operação. A questão é do mo-

mento. Dois motivos podem contestar o adiamento; por um lado póde-se desejar operar a frio em bem melhores condições e, sobretudo, com menos perigo. N'outros casos, póde-se desejar retardar a operação porque a familia o pede, ou porque ha razões de interesses muito diversos, mas que podem fazer desejar muito um adiamento.

Eis como procedem Joy e Wrigt, que são intervencionistas-opportunistas: baseiam-se sobre a leucocytose só, sem se importarem da hemoglobina, nem do numero de globulos vermelhos. Observam cuidadosamente se os symptomas são graves, se a numeração sobe muito de leucocytos, mais de 16:000 por exemplo, intervenção immediata, porque d'um instante a outro poderia ser muito tardia. Se os symptomas são bastante graves, mas se a leucocytose é entre 13:000 e 16:000, elles recommendam a operação, mas sem todavia deixar de pôr o doente em observação durante um curto tempo.

Se depois de quatro a oito horas, um novo exame mostra uma leucocytose augmentada, elles operam immediatamente. Mas se o segundo exame não mostra augmento, elles consideram que o prognostico é bom e não insistem por uma intervenção actual, continuam os seus exames e, se a leucocytose não sobe, julgam-se tranquillos. Se os symptomas indicam uma fórma muito pouco grave, e se a numeração dando uma cifra moderada no principio, entre 12:000 e 16:000, mas que augmentam os

exames seguintes de 2:000 e mais, sobretudo se este numero augmenta progressivamente, elles interveem immediatamente, sem consideração pela leveza dos symptomas.

O seu principio é, pois, este: toda a appendicite deve ser operada, e o adiamento é possivel se não ha leucocytose, mas só n'este caso. Elles applicaram este principio a 124 casos. D'estes, 110 foram operados; todos tiraram bons resultados. Muitos foram operados unicamente por causa da sua leucocytose.

Pela ausencia da leucocytose, a operação foi adiada nos 14 casos; todos se curaram.

Estes auctores teem, pois, uma confiança consideravel na leucocytose.

Quanto aos casos graves, com um numero baixo de globulos brancos, consideram-os como raros e faceis de distinguir clinicamente.

Para Bloodgood, uma leucocytose que sobe a 18:000 e mais em quarenta e oito horas, indica uma lesão adiantada: appendicite gangrenosa, appendicite purulenta, principio de peritonite. Uma leucocytose inferior a 18:000 e que baixa, annuncia uma cura sem intervenção.

Se a clinica manda a intervenção, a ausencia de leucocytose não deve fazel-a recusar. Mas se a clinica não a manda, uma leucocytose acima de 18:000 deve bastar para a fazer adoptar. De todos os modos operar acima de 18:000.

Para Da Costa, a leucocytose não significa, só por si, senão se ella concorda com os dados

clinicos—um grau elevado não indica necessariamente pús.—Um grande abcesso póde coincidir com uma leucocytose baixa.

Nas fórmas muito graves, a leucocytose é um indicio muito mais favoravel que a ausencia de leucocytos.

Após estas proposições pouco animosas, o auctor excita a praticar frequentemente os exames do sangue.

Vê-se que estes auctores não se preoccupam de nenhum modo com a questão do arrefecimento.

Para elles a regra geral é operar.

Ha, pelo contrario, um grande numero de cirurgiões cuja regra é esta: operar o mais possivel a frio e não intervir senão nos casos excepcionaes.

Silhol considera tres grupos de appendicites: um comprehende as appendicites muito benignas clinicamente e hematologicamente, os globulos vermelhos pouco modificados, diminuição ligeira de hemoglobina, leucocytose muito ligeira ou quasi nulla.

Um outro grupo comprehende as appendicites toxicas que não são muitas vezes perceptiveis clinicamente e n'ellas a leucocytose falta e ha uma grande diminuição de hemoglobina. Esta, coincidindo com a ausencia de leucocytose, constitue para Silhol a formula d'estas fórmas toxicas.

Um terceiro grupo comprehende as muito numerosas appendicites de intensidade média,

com ou sem grande abcesso, que são francamente inflammatorias, apresentando uma leucocytose muito nitida associada ou não a uma diminuição notavel dos globulos vermelhos e da hemoglobina.

Silhol pensa que seria vantajoso operar immediatamente as appendicites do primeiro grupo: o arrefecimento não tinha vantagem alguma sobre ellas.

Operar immediatamente tambem as appendicites do segundo grupo.

Estas parecem-se por vezes com as fórmas muito benignas; e ha, pois, um motivo para adoptar assim esta maneira de vêr.

Quanto ás appendicites do terceiro grupo não se póde estabelecer regra alguma, pois os cirurgiões teem cada um o seu modo de vêr.

Para Silhol o arrefecimento deve ser a regra em todos estes casos e o exame do sangue é um instrumento muito precioso para observar attentamente este arrefecimento. Indica sobretudo o momento em que se póde e deve operar. A palpação da região iliaca deve ser sempre o signal fundamental, mas uma vez que a fossa iliaca esteja livre, não se deve decidir a intervenção sem o exame. A ausencia de leucocytose será a prova do arrefecimento completo, o que quer dizer a não infecção, debaixo do ponto de vista do manejo operatorio da região, e, em todo o caso, pelo menos sufficiente.

CAPITULO IV

Tratamento

O tratamento da appendicite varía consideravelmente, conforme as circumstancias e segundo a fórma como a lesão se apresenta.

As principaes modalidades podem resumir-se a quatro:

1.ª *Ha uma peritonite generalisada:* laparatomia immediata que, segundo os casos, poderá ser mediana, lateral ou bilateral, seguida ou não de lavagem da serosa.

2.ª *Ha um abcesso periappendicular:* incisão immediata do abcesso o mais directamente.

3.ª *Appendicite a frio, com recahidas, depois de varias crises agudas ou chronicas:* deve-se praticar a resecção do appendice.

4.ª *Appendicite aguda sem tumefacção:* este é o caso menos simples, aquelle que tem dado origem a discussões e opiniões desencontradas, com modos de vèr perfeitamente oppostos. Emfim, é esta a fórma de que venho tratando e que interessa particularmente.

Nas tres primeiras modalidades todos os cirurgiões estão de accordo sobre a opportuni-

dade e as indicações do tratamento cirurgico e sobre a inutilidade completa do tratamento medico. Apenas ha desaccordo sobre o momento em que convem operar um doente.

Na ultima modalidade os cirugiões não estão de accordo se devem intervir logo, ou se, pelo contrario, devem esperar os acontecimentos, sujeitando primeiro o doente ao tratamento medico, para mudar de conducta segundo as circumstancias, e intervir logo que a affecção se aggrave.

Sobre este ponto são tres os grupos em que os cirurgiões se dividem: os *intervencionistas*, os *temporisadores* e os *opportunistas*.

Os *intervencionistas*, com Dieulafoy á frente, que diz «não haver tratamento medico da appendicite, que desde o momento que o diagnostico seja feito o ventre deve ser logo aberto, e que não se morreria de appendicite sempre que se operasse bem a tempo», proclamam que a intervenção deve ser tão prompta quanto possivel. Não se tem nunca a lamentar de ter operado muito cedo; pelo contrario póde-se lamentar os resultados desastrosos da temporisação.

Eis as razões que expõem:

Se o doente não é operado, tres acontecimentos são possiveis: a appendicite localisa-se apenas ao appendice, ou estende-se ás partes visinhas provocando um abcesso, ou generalisa-se por todo o peritoneo.

Ora, não ha nenhum signal que faça prevêr,

no seu principio, o futuro que está reservado a uma appendicite e reconhecer se ella será benigna ou grave. Tirando o appendice o mais cedo possivel, desapparece o fóco d'onde parte a infecção e a intervenção é assim justificada em todos os casos.

D'este modo, se a appendicite se localisa ao appendice, operando, não se expõe o doente senão a um bem fraco perigo, porque se opéra atravez de um peritoneo intacto. Emfim, não ha mais recidivas.

Se a appendicite fôr produzir um abcesso, e se este estiver já em via de formação e exista congestão peri-appendicular, operando, não se faz senão obedecer á regra cirurgica que manda o desbridamento e abertura das regiões in flammadas, e impede-se talvez a formação de pús; mas, se já existe, limita-se a sua producção e diffusão, traçando um caminho seguro, e ficará o doente ao abrigo da sua retenção e das infecções a distancia (hepatica, pleural).

Se a appendicite produziu já uma peritonite, deve-se lastimar de ter chegado tarde, porque talvez uma intervenção prematura a prevenisse; emfim, opera-se com a peritonite. Se é suppurada, a larga abertura, a evacuação do pús, as grandes lavagens podem, n'alguns casos, muito raros, é verdade, salvar o doente. Se não é suppurada, não se acha no peritoneo senão um pouco de liquido turvo e sero-sanguinolento, a operação não salvará o doente, mas elle estava fatalmente perdido deante de uma appendicite,

dizem, o cirurgião deve sempre intervir: 1.º, porque o diagnostico da appendicite é possivel nas primeiras horas; 2.º, porque a temporisação expõe a perigos terriveis; 3.º, porque a operação a quente não tem a excessiva gravidade de que fallam os temporisadores, tanto mais sendo cedo praticada.

Os temporisadores — Para estes cirurgiões a appendicite não deve nunca ser operada na sua phase aguda, porque o processo appendicular tem, na maior parte dos casos, a vantagem de se localisar; operando na phase aguda, perde-se a vantagem d'esta localisação e póde-se infectar o peritoneo. Os motivos da sua temporisação, são os seguintes:

Em primeiro logar, se a appendicite restar limitada, é melhor esperar, porque o tratamento medico conveniente e prematuro, produz a resolução completa, e a melhora e a cura são a regra. Evita-se muitas vezes, definitivamente, a operação ao doente, porque é bem frequente vêr pessoas que não teem senão um ou dois ataques. Finalmente, se estes ataques se repetirem, operam-se a frio e n'um momento em que a intervenção é sem perigo algum.

Em segundo logar, se a appendicite se estende e provoca um abcesso, espera-se que a collecção seja bem formada, que a appendicite tenha provocado adherencias que permittam manobrar n'um campo fechado. Os inconvenientes da espera n'um abcesso appendicular, comparativamente com um abcesso desenvol-

vido n'outra região, são aqui largamente compensados por a segurança que dá a formação de adherencias em volta d'este abcesso. Estas adherencias criam em volta do appendice barreiras que o separam do peritoneo, e uma intervenção precoce póde destruir estas barreiras, de modo que, intervindo na phase aguda em que as adherencias estão em via de formação, arrisca-se a destruil-as e abrir o peritoneo a uma infecção que vae generalisar-se rapidamente, emquanto que a abstenção permitte-lhe circumscrever-se e terminar n'um abcesso cuja abertura mais tarde se faz sem perigo.

Em terceiro logar, se existe já peritonite, evidente ou em via de formação, não se poderá incriminar a abstenção porque, no momento que se vê o doente, a infecção está já realisada, a estirpação do appendice não poderia paral-a, nem a intervenção dá o meio de a combater. Finalmente, os temporisadores não operam logo: 1.°, porque o diagnostico da appendicite é difficil no principio; 2.°, porque o tratamento medico póde produzir a resolução e a cura completa; 3.°, porque a intervir, a operação a frio será menos grave que a operação a quente.

Os opportunistas — Intervenção subordinada á forma da appendicite. Os opportunistas dividem as appendicites em tres grupos.

A appendicite é leve, sub-aguda, não existindo na fossa iliaca senão dôr e defeza muscular, com symptomas muito moderados, espe-

rar n'este caso que a appendicite arrefeça, instituindo o tratamento medico e operar depois.

A appendicite tem collecção fluctuante na fossa iliaca direita, operar e operar immediatamente.

A appendicite é muito septica, embora na fossa iliaca não exista senão dôr e defeza muscular, o estado geral, sendo mau, o pulso frequente e discordante, operar em seguida.

Eis como Lejar, opportunista convicto, resume o seu modo de vèr no tratamento:

«Toute appendicite doit être opérée: la date seule de cette opération pourra varier; ou la féra d'urgence dans un certain nombre de cas; on la féra plus tard à froid, aussi souvent qu'on le pourra.»

Accrescenta: a superioridade da operação a frio é indiscutivel; é benigna e é completa, permittindo procurar sempre e dereseccar o appendice, assegurando a cura definitiva com o minimo de perigos.

Tendo eu de emittir uma opinião e de seguir um tratamento acceito e sigo o que aconselha e põe em pratica Tillaux e que passo a descrever.

Se o cirurgião está convencido da presença de um fóco, é este o ponto principal do tratamento, é preciso dar sahida ao pús o mais cedo possivel.

Mas se a affecção é muito recente, apenas de algumas horas, e é o primeiro ataque, deve-se operar logo a seguir, como aconselha Dieulafoy?

Tillaux diz que não e partilha a este respeito o modo de vêr de muitos medicos que pensam, com razão, que a doença cura o mais das vezes espontaneamente. É preciso, certamente, vigiar attentamente o doente, e observar se os symptomas, em logar de diminuirem ou restarem estacionarios para o quarto ou quinto dia, augmentam de uma maneira apreciavel; com o augmento de tumefacção, dôr mais viva, temperatura primeiro elevada, depois discordancia entre a temperatura e o pulso, facies profundamente alterado, arrefecimento da face, é preciso, n'este caso, abrir a cavidade abdominal, reseccar o appendice se fôr possivel, e não insistir n'uma pesquiza que poderia ser infructuosa e nociva. Abrir o fóco apenas, drenar com uma mecha de gaze iodoformada, que-se deixará durante quarenta e oito horas.

Suppondo que o doente se curou sem operação, e a saude voltou absolutamente perfeita, não reste nenhum traço do ataque, deve-se aconselhar a operação para evitar uma recidiva? Tillaux diz que seria prudente, todavia não a impõe n'estas condições, porque esta recidiva póde não apparecer, como ha numerosos exemplos.

Mas se a recidiva apparecer no fim de seis mezes ou de um anno, por exemplo, então a operação deve ser feita, mas tanto quanto possivel a frio.

Finalmente, n'uma appendicite com recahidas, a vida do doente está ameaçada e, n'este

caso, esperar um periodo de acalmia e operar a frio em seguida.

Tratamento medico

Os elementos fundamentaes da therapeutica e os unicos meios de acção n'este tratamento, consistem na immobilidade geral do corpo, no decubito dorsal e na immobilidade do intestino.

O doente é mantido no leito no decubito dorsal, immovel, não devendo mesmo levantar a cabeça, nem ser deslocado do logar onde está. Os purgantes são absolutamente interdictos, assim como os clysteres.

Não deve tomar nada; a dieta deve ser absoluta, permittindo-se apenas se houver sêde que tome para acalmar, de duas em duas horas, uma ou duas colheres de chá, de agua das Pedras Salgadas ou Vidago.

Gêlo em permanencia no ventre; não uma só bexiga na fossa iliaca direita que deslisa a todo o instante, mas duas outras bexigas com gêlo constantemente renovado e que cubram as duas fossas iliacas e o meio do ventre. Emfim, dá-se-lhe opio sob a fórma pillular, na dóse maxima de 15 centigrammas para adultos, de duas em duas ou de tres em tres horas.

A exploração do abdomen deve ser feita com muito cuidado e o menos possivel. Uma vez feito o diagnostico, é no estado geral, no pulso, na temperatura e nas reacções abdomi-

naes que se devem encontrar indicações. Uma vigilancia severa e diaria e um grande rigor na applicação d'este tratamento, é por vezes sufficiente para um bom resultado e a cura dar-se muitas vezes. Se o processo parece seguir primeiro uma marcha regular, e passados alguns dias os accidentes apparecem de novo, vomitos, elevação de temperatura e, sobretudo, a discordancia do pulso, o tratamento cirurgico é urgente.

Ahi fica d'um modo muito geral em que consiste o tratamento medico ordinariamente seguido.

Tratamento cirurgico

Depois d'uma desinfecção muito rigorosa da parede abdominal, varias incisões podem ser adoptadas para a laparatomia da fossa iliaca. As principaes, são: a de Max-Schüller, Roux e Jalaguier. A incisão de Roux faz-se parallelamente á arcada de Fallope e á crista iliaca. Esta é a incisão classica.

A de Max-Schüller é vertical e sobre o bordo externo do grande recto do abdomen.

A de Jalaguier, que é uma modificação da incisão de Max-Schüller, executa-se da maneira seguinte: sobre o bordo externo do musculo grande recto faz-se uma incisão vertical n'uma extensão de 10 a 12 centimetros; abre-se depois a bainha anterior d'este musculo e re-

clina-se para dentro, e em seguida penetra-se no peritoneo, incidindo a parede posterior da bainha, de modo que o musculo, ao retomar a sua situação normal, cobre e sustenta a ruptura do peritoneo e da bainha posterior. Este folheto e o peritoneo são fendidos na mesma linha.

Esta incisão permitte facilmente chegar ao appendice e ha todas as probabilidades de se evitar as eventrações, inconveniente que apresentam os outros processos.

Algumas vezes é muito difficil encontrar o appendice, principalmente quando ha muitas adherencias e é perigosa a insistencia.

Mas recordando-se que elle nasce da face interna e posterior do cœcum, um pouco abaixo da embocadura do intestino delgado, é este intestino que deve servir de principal ponto de referencia, desde que se tem chegado ao cœcum. Achado o appendice, isola-se cuidadosamente, libertando-o das adherencias, se existirem; passa-se uma ligadura de seda muito perto da sua origem, e corta-se por meio de uma tesoura, tendo todo o cuidado que o conteudo não caia no peritoneo.

Tocar com o termo-cauterio a superficie da secção e suturar os dois labios do peritoneo para maior precaução. Reunir depois, por primeira intenção, de preferencia com um só plano de suturas (Tillaux).

CAPITULO V

Complicações

Entre as varias complicações que por vezes apparecem no decorrer da appendicite, ha uma que n'este caso clinico teve a maior importancia. Refiro-me á pleurisia appendicular, de cujo estudo pathogenico vou tratar.

A pleurisia appendicular é habitualmente uma pleurisia putrida, como foi n'este caso, mas póde ser tambem uma pleurisia serosa.

Resta saber agora como é que a infecção appendicular, chega até á pleura.

Como a appendicite, lesão tão afastada e tão minima, attinge a cavidade pleural e determina pleurisias putridas com alguns litros de liquido? Dieulafoy diz que umas vezes ha perfuração ou gangrena das paredes do appendice e que os microbios colibacillos e outros aerobios e anaerobios cuja virulencia é exaltada na cavidade fechada appendicular, passam para o peritoneo e ahi se espalham largamente; outras vezes é atravessando as paredes não perfuradas, que se faz a emigração microbiana.

A infecção microbiana tornada peritoneal comporta-se de differentes maneiras.

Umas vezes afasta-se pouco da sua origem, localisada ou não por adherencias. Outras vezes produz fócos secundarios mais ou menos afastados e por vezes sem relação apparente com o fóco original. São os abcessos a distancia, devidos aos microbios transportados ao longe, não se sabe sempre como.

Estes abcessos podem apparecer na cavidade pleural, como na cavidade peritoneal, e dar logar á pleurisia a distancia. A maior parte das vezes é, pouco a pouco, por a via das adherencias e dos lymphaticos, que se produz a extensão do fóco appendicular até a pleura. N'este caso trata-se quasi sempre de appendicite de typo remontante. A direcção do appendice é um factor essencial. A infecção n'este typo faz-se de baixo para cima, porque o fóco inicial imprime-lhe esta direcção; ella ganha o hypocondrio, atravessa o diaphragma, com ou sem perfuração, e invade a cavidade pleural, espalhando por o caminho abcessos.

A pleurisia appendicular é sempre uma pleurisia direita, salvo muito raras excepções.

Ordinariamente esta complicação pleural apparece do oitavo ao decimo quinto dia, depois do principio da appendicite. A infecção, partindo do fóco appendicular, não começa a sua emigração antes do terceiro ou quarto dia de appendicite.

O cirurgião tem, pois, tempo preciso de in-

tervir, antes que o fóco infectante produza complicações (Dieulafoy).

Além d'esta complicação outras ainda se teem observado, como *abcessos do figado, abcessos do tecido celular iliaco, parotidites suppuradas*, etc.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A configuração da bacia não é a mesma nos dois sexos.

Histiologia — Os elementos que constituem um osso, variam no estado fresco e no estado secco.

Physiologia — O estomago não é um orgão indispensavel na digestão.

Anatomia topographica — Póde-se penetrar na bexiga pela via abdominal sem tocar no peritoneo.

Pathologia geral — A immunidade póde ser conferida ao feto por uma doença da mãe.

Anatomia pathologica — As adherencias epiploïcas antigas podem gosar um papel protector, n'uma nova crise de appendicite.

Materia medica — Entre os purgantes, prefiro os calomelanos na antisepsia do tubo digestivo.

Pathologia externa — A tendencia natural d'um abcesso é abrir-se para o exterior ou para uma cavidade proxima.

Operações — A operação da appendicectomia a quente, praticada antes da suppuração, é mais facil que a operação a frio.

Pathologia interna — A appendicite é uma doença toxi-infecciosa.

Hygiene — Prefiro a vaccina animal á vaccina braço a braço.

Medicina legal — É difficil determinar quando teve logar uma dada offensa corporal.

Partos — Póde haver gravidez e ao mesmo tempo integridade do hymen.

Visto.
O PRESIDENTE,
A. Maia.

Póde imprimir-se.
O DIRECTOR,
Moraes Caldas.