APENDICITE

VOL-CLXXI
(171) 1

Dissertação Inaugural

Apresentada à

Faculdade de Medicina do Pôrto

POR

ABEL DE SOUSA PACHECO

171/1 FMP

IMPRENSA NACIONAL
—Jaime Vasconcelos—
204, Rua José Falcão, 206
——— PORTO ———

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

1.ª classe — Anatomia	Luís de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2.ª classe — Fisiologia e Histologia	Álvaro Teixeira Bastos Abel de Lima Salazar
3.ª classe — Farmacologia	José de Oliveira Lima
4.ª classe — Medicina legal e Anatomia Patológica	Augusto Henriques de Almeida Brandão Manuel Lourenço Gomes
5.ª classe — Higiene e Bacteriologia	João Lopes da Silva Martins Júnior Alberto Pereira Pinto de Aguiar António de Almeida Garrett
6.ª classe — Obstetrícia e Ginecologia	Cândido Augusto Correia de Pinho Vaga
7.ª classe — Cirurgia	Vaga Carlos Alberto de Lima António Joaquim de Sousa Júnior
8.ª classe — Medicina	José Alfredo Mendes de Magalhães Tiago Augusto de Almeida Alfredo da Rocha Pereira
Psiquiatria	António de Sousa Magalhães e Lemos
Pediatria	José Dias de Almeida Júnior

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

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

(*Regulamento da Faculdade* de 23 de Abril de 1840, art. 155.º)

A MINHA MULHER

A QUEM LER

Não era êste o trabalho primitivamente escolhido para defesa de tese. Circunstâncias, porêm, de ordem económica e, acima disso, forças imperiosas de ordem muito íntima obrigaram-me a pôr de parte a obra que foi a resultante do carrear, durante três anos, de achegas, de elementos para um estudo estatístico de larga documentação que, se valor scientífico não possuia, tinha ao menos para mim um significado muito grato: era o primeiro esboço clínico da minha carreira profissional.

Gisado em tam largo praso não podia merecer a benevolência da crítica. Isto, porêm, que vai á publicidade escrito há meia duzia de dias, nas escassas entreabertas da afanosa luta pela vida, não é para espíritos críticos ajoeirar na severidade da sua razão. Se tal sucedesse nada mais restaria que uma pobre manta de retalhos *cujas soluções de continuidade representavam as inúmeras vezes que fui forçado a retirar-me da banca de trabalho para nessas ocasiões como sempre, me valer do meu único esfôrço para... vencer na vida.*

*

* *

Ao Ex.mo Sr. Dr. Álvaro Teixeira Bastos pela direcção que deu ao meu trabalho, pela gentileza das suas indicações, pela amabilidade da aquiescência a presidir à defesa da tese, os meus respeitosos e profundos agradecimentos.

Síntese histórica

Os primeiros trabalhos sôbre a apendicite datam de 1759 com a publicação dum caso de perfuração do apêndice por Mestivier. Já em 1827 Melier na sua *Mémoire sur quelques maladies de l'apendice cæcal*, referindo três casos de perfuração do apêndice da sua observação e um caso de apendicite recidivada, faz uma descrição anátomo-patológica e a possibilidade da intervenção cirúrgica.

Quer êste trabalho, quer o de Wegler em 1812 e o de Louyer-Villermay em 1824 sôbre apendicite estercoral cederam o passo à obra empolgante e cheia de triunfo do professor Albers de Bonn sôbre a tiflite ou inflamação limitada do *cæcum* como êle a definia. E todos os sintomas e complicações quer locais quer gerais, que hoje constituem o quadro nosográfico da apendicite, eram atribuidos à tiflite de Albers ou aos fleimões da fossa ilíaca de Ménière, Husson e Grisolle, cujas memórias publicadas no primeiro quartel do século XIX tiveram as honras da popularidade no fôro médico.

E foi necessário o volver de meio século para fazer apear uma noção errada e errónea e dar à apendicite o lugar de primacial destaque na patologia abdominal.

É em 1889 que Mac Burney cria o termo de apendicite, o qual foi universalmente adoptado.

Se em 1874 Biermer já escrevia — «A peritiflite é sempre a conseqüência duma perfuração apendicular causada por uma concreção estercoral», indo de encontro à doutrina em voga, a

qual considerava a peritiflite como a propagação da infecção do *cæcum* ao peritoneu visinho, é bem verdade que só em 1882, com uma memória de Talamon, é que principiou o periodo das discussões violentas, das polémicas academicas, em que saiu mal ferida a tiflite de Albers.

Talamon considera a perfuração do apêndice como o resultado da invasão microbiana conseqüência imediata das desordens circulatórias produzidas pelos corpos estranhos.

É então que começa a era cirúrgica com os trabalhos de Fenwich em 1884, os de Reginal Fitz em 1886 na América os de Trèves em 1887 na Inglaterra, os de Mac Burney, e na França os de Réclus em 1890.

Era já aforismo entre os cirurgiões americanos o facto constante da sua observação: *Sempre que se intervem por sintomas de tiflite, a lesão inicial está no apêndice.*

Em 1892 o trabalho magistral de Talamon «Appendicite et périty phlite» dá o golpe de misericordia na tiflite.

Aparece depois Dieulafoy que, com as scintilações fulgurantes do seu espirito, e o brilho da sua palavra, quer em comunicações à Academia, quer em publicações diversas desde 1896 até 1906, faz uma descrição precisa e completa da apendicite em todas as suas modalidades e com todas as suas complicações, tornando-se um paladino da intervenção cirúrgica precoce. Então como na hora presente a apendicite é a regra, a tiflite a excepção. Tiveram uma influência decisiva a favor do tratamento cirúrgico os trabalhos de Roux (de Lausanne), Sonnemburg (da Alemanha), Brun, Quénu, Broca, Legueu, Jalaguier, Monod, Vanverts, Battle (de Londres), Lejars, Kelly, Sprengel, Letulle, Siredey e muitos outros.

Etiologia

Inúmeras são as causas que teem sido invocadas como predisponentes ou determinantes da apendicite; vejamos as principais.

Idade. — Jackson refere um caso considerado por êle como apendicite num recemnascido que vivera quatro horas e que êle autopsiou. Aparecem também memórias de apendicite em crianças de 20 dias, um mês, mês e meio, tres meses, seis, sete, onze, treze, vinte e vinte e dois meses.

Kirmisson e Guimbellot citam 26 casos na primeira infância com 19 mortes.

No extremo oposto da vida, referem-se casos de apendicite com perfuração em indivíduos de 78 anos.

Tanto uns como outros, porêm, são factos puramente excepcionais. Assim Churchman de Baltimore em 1223 casos, conta apenas 9 observações referentes a crianças abaixo dos cinco anos, 6 do sexo masculino e 3 do feminino.

Jalaguier; na sua estatística de 182 casos, apresenta: De 1 a 3 anos — 4 casos; de 60 a 70 — 1 caso.

R. de Bovis coligindo 2781 casos de diversas estatísticas publicadas em diferentes países, obteve um quadro estatístico que representa a máxima freqüência da doença no período dos 20 aos 30 anos.

As estatísticas alemãs, porêm, apresentam uma freqüência máxima entre os 10 e 25 anos.

Quadro estatístico de R. de Bovis (1905)	De 11 a 20 anos	31,8 %
	„ 21 a 30 „	37,3 %
	„ 31 a 40 „	16,8 %
	„ 41 a 50 „	8,7 %
	„ 51 a 60 „	3,7 %
	Além de 61 „	1,6 %

Êste trabalho é o mais conforme com as estatísticas de diversos autores publicadas posteriormente.

Sexo. — Se nos reportarmos aos dados estatísticos, o homem é mais sujeito à doença que a mulher; não há porêm uma relação que deva apresentar-se. Á medida que se sobe na idade, como o número das mulheres idosas é superior ao do homem a relação tende para a unidade.

A que atribuir esta diferença?

A desvios de regimen, abusos alimentares, trabalhos violentos, exercícios extenuantes do homem ou ao facto de terem passado despercebidas muitas apendicites crónicas nas mulheres e que eram atribuidas a perturbações do aparelho genital?

Êste assunto ainda não está bem definido no campo scientífico (1).

Hereditariedade. — Ela existe indubitavelmente. Segundo Roux ascende até 40 % dos casos. Para Talamon é um vicio de desenvolvimento do apêndice, que, transmitido hereditáriamente, favorece a eclosão da doença. Para Tuffier é o tipo ancestral devido a uma anomalia reversiva, transmitido e conservado numa família, o fautor da apendicite. Estas concepções,

(1) A minha estatística de observação pessoal é suspeita, atenta a predominância da clínica de mulheres, apresentando 10 casos de apendicite crónica em mulheres e 6 em homens; o diagnóstico foi sempre confirmado na operação.

No entanto eu excluo dez casos de metro salpingo-ovarite com apendicite crónica.

porêm, não passam de puras visões teóricas que a anatomia até hoje não tem verificado.

Dieulafoy apoia-se na observação clínica. Para êle é a diátese artrítica que predispõe para a apendicite, como para a litíase biliar e renal.

Para Gilbert e Lereboullet o agente hereditário é a diátese da auto-infecção, assim chamada a predisposição hereditária para a infecção crónica do tubo digestivo e canais das glândulas anexas.

ALIMENTAÇÃO. — O uso da carne tem sido incriminado como tendo uma influência grande na eclosão da apendicite. As razões aduzidas são de ordem clínica e laboratorial. As de ordem clínica são em primeiro lugar a constatação da maior freqüência da doença nos países onde mais se abusa da carne (Inglaterra, América do Norte e Austrália), em segundo lugar a não existência da apendicite nos países onde como no norte da China há o vegetarianismo exclusivo (observ. de Matignon); ou como nò Teheran (observ. de Schneider) onde se não come carne de vaca nem de porco.

A êste propósito são muito elucidativos os resultados da comparação das estatísticas das tropas da França e da colónia da Algéria, obtidos por Chauvel:

1.º A morbidez por apendicite nas tropas de orígem europeia é menor na Algéria e Tunísia que na França ou seja em números — 0,64 $^0/_{00}$ para 1,26 $^0/_{00}$.

2.º Na colónia a apendicite é mais rara nas tropas indígenas que nas da metropole, ou em números — 0,14 $^0/_{00}$ para 0,64 $^0/_{00}$.

Deve atribuir-se esta imunidade mais à sobriedade, ao regímen vegetariano, do que ao clima e à resistência nata às infecções pois que se os árabes nómadas vegetarianos são imunes, não o são os árabes das cidades vivendo no abuso da carne.

As razões de ordem laboratorial reduzem-se ao resultado

das análises das matérias fecais, acusando uma proporção exagerada de materiais azotados nos indivíduos portadores de apendicite.

Perturbações gastro-intestinais e das vias biliares. — Tem-se invocado a influência na apendicite da gastrite parenquimatosa e hipersténica, da dilatação do estomago. Tem-se notado a coexistência da ulcera gástrica com a apendicite, facto já constatado por mim duas vezes.

Tem-se invocado igualmente o papel da prisão de ventre, da enterocolite muco-membranosa a qual segundo Gilbert está ligada à apendicite pelo laço da auto-infecção. Todas estas afirmações teem sido ilustradas com muitas observações clínicas e demonstrações cirúrgicas (R. Fitz, Jalaguier, Broca, etc).

Devo citar tambêm as enterites agudas, a disenteria.

A freqüência da apendicite nos indivíduos que foram atingidos de colemia familiar, litiáse biliar e angio-colecistites agudas ou crónicas foi largamente demonstrada por Gilbert e Lereboullet.

Doenças dos anexos. — A posição pélvica do apêndice, muito freqüente na mulher, explica a influência dos orgãos genitais na patologia apendicular.

Alguns como Clado, Treub, Durand, Tuffier, etc., atribuem a coincidência das lesões apendiculares com as utero-anexiais às relações linfaticas do ligamento largo com o meso-apêndice.

É a ovarite esclero-quística, a que mais frequentemente anda acompanhada de apendicite, acusando a estatística de Peterson a elevada cifra de 70 % dos casos.

Doenças infeciosas. — A febre tifoide pode produzir inflamação, infiltração, ulceração e perfuração do apêndice, embora os acidentes apendiculares sejam excepcionais.

Teem igualmente uma influência de pura excepção — a in-

fecção puerperal, a pioemia, a furunculose, a pneumonia, o reumatismo articular agudo, etc.

Outro tanto não dizemos da tuberculose intestinal, pois que, atenta a sua predilecção pelo *cæcum*, a lesão do apêndice é vulgar.

A heredo-sífilis tem para Fournier um valor grande como elemento predisponente para a apendicite.

Na influência da sífilis há a registar um facto que afinal não é privativo da patologia apendicular: «Quando a apendicite é de orígem sifilítica, acalma com o tratamento específico».

Teem singular influência sôbre o apêndice as anginas e a gripe. Para Faisans é a gripe a causa principal, a quási única, como êle se exprime.

Corpos extranhos. — Corpos ponteagudos duros tais como espinhos, agulhas ou alfinetes, etc.; corpos arredondados como as sementes, caroços, scibalas, calculos, biliares intestinais ou devidos a certas concreções de orígem possivelmente apendicular embora sejam elementos predisponentes, são bastante tolerados pelo apêndice; basta para confirmação citar o caso de Véron: um rapaz enguliu um alfinete, teve a primeira crise passados cinco anos e, só depois de oito anos, é que foi operado, tendo-se encontrado o alfinete no apêndice.

Quanto aos vermes intestinais, foram encontrados em apêndices doentes: Ascaris lumbricoides, oxiuros, tricocefalos que são hospedes do cæcum e mais raras vezes aneis de tenia.

Se devemos ter presente a observação de Menetrier que encontrou num apêndice cheio de oxiuros uma hiperplasia dos tecidos, principalmente dos foliculos linfáticos e glândulas apendiculares, sem lesão da mucosa ou alteração epitelial, o que é devido à irritação pelos productos evidentemente tóxicos, excretados pelos oxiuros, tambêm é verdade que na China, onde a helmintiase atinge proporções extraordinárias, 75 % no adulto, 98 % na criança, Matignon não encontrou um caso de apendicite. Chauvel reconhece a freqüência dos vermes intestinais nos árabes e a raridade da apendicite, etc.

Deformidades congénitas e adquiridas. — É absolutamente evidente que um vicio de conformação do apêndice quer congénito quer adquirido, como seja um estrangulamento ou flexão, torsão, ou aperto por aderências ou tecido fibroso, impedindo o esvasiamento livre no cæcum, é um elemento extremamente favoravel à eclosão da apendicite.

Traumatismo. — O traumatismo e bem assim todos os jogos desportivos, mais ou menos violentos, teem um papel, na etiologia da apendicite.

Num colégio desta cidade a criança M. G. recebeu na região hipogástrica um pontapé quando jogava o *foot-ball* caiu na cama com uma crise aguda de apendicite. O operador, receando que o doente não resistisse, não interveio nas primeiras 36 horas; felizmente a doença cedeu à terapêutica médica. Volvido um mês, teve uma recaida quási tão grave como a primeira que ainda cedeu ao tratamento médico. Foi mais tarde operado a frio, tendo-se-lhe encontrado um apêndice muito aumentado de volume, regorgitado de pus e em via de perfuração. Factos, como êste da minha observação, constituem um vasto reportório de documentação e que poderia citar se o assunto oferecesse dúvidas.

Haverá, porêm, uma apendicite traumática? Eis a questão.

Embora excepcionalmente, o apêndice pode ser contundido como qualquer orgão abdominal.

Num apêndice são, pelas reacções flegmásicas peritoniais a que dá orígem ou pelo hematoma cuja formação porventura possa provocar, o traumatismo é um elemento predisponente da doença, pondo o apêndice em condições de menor resistência. Uma apendicite crónica ou latente sob a acção do traumatismo pode recrudescer mais ou menos violentamente.

Porêm a apendicite traumática, a maior parte dos cirurgiões francezes e americanos não a admitem. A crise apendicular sobrevindo ao traumatismo é o despertar duma apendicite latente.

Causas banais. — Tais são o frio, o esgotamento físico ou moral, os quais actuam pela depressão orgânica e fisiológica que produzem.

O frio é para Réclus um elemento de alto valor na etiologia da apendicite.

Anatomia patológica

O apêndice cæcal é, normalmente, um tudo cilíndrico ou cilindro-cónico, ordinàriamente flexuoso, de comprimento variável, apresentando uma média de 5 a 8 centímetros (1) e dum diâmetro de 3 a 7 milímetros. Implantado na parte infero-interna do *cæcum* a 2 ou 3 centímetros abaixo da válvula ileo-cæcal, no ponto de confluência das três bandiculas longitudinais que lhe formam uma túnica musculosa, êle é, no seu significado morfológico, a parte inferior do *cæcum* que não se desenvolveu.

A ampola cæcal cuja capacidade varia de indivíduo para indivíduo e que está por via de regra anormalmente desenvolvida nas apendicites, o que se tem reconhecido clínicamente pelo gargolejo e marulhar e cirurgicamente pela observação directa, tem como agente de formação a estase fecal; é a formação desta ampola que determina a posição latero-interna do apêndice.

A posição e direcção do apêndice são muito variáveis, podendo no entanto apresentar-se quatro tipos principais: *Tipo ascendente,* o menos vulgar, em que o apêndice pode subir pela face posterior do *cæcum* e *colon* até ao rim e figado, tomando por vezes conexões com a vesícula biliar; *tipo descen-*

---

(1) Em algumas intervenções cirúrgicas de Réclus e Guinard foram encontrados apêndices de 15 e 17 centímetros e um de 25.

dente, o mais freqüente, em que êle, cruzando o psoas, entra na pequena bacia, pondo-se em contacto com os orgãos pélvicos; *tipo interno,* bastante freqüente, em que o apêndice se apresenta ora enrolado em espiral à volta do *ileon* ora flexuoso ou mais ou menos rectilínio, alojando-se na espessura do mesentério; *tipo externo,* menos freqüente, em que êle se dirige para fóra, assentando sôbre o *fascia ilíaca.*

Na sua constituição entram quatro túnicas:

a) túnica serosa, formando o peritoneu um meso-apêndice de forma triangular com uma base limitada pela união ileo-cæcal e cæco-apendicular, um bordo convexo correspondente ao apêndice e um bordo côncavo que envolve os vasos e nervos do orgão; *b) túnica musculosa,* com duas camadas — uma superficial de fibras longitudinais, outra de fibras circulares; *c) túnica sub-mucosa,* muito espessa; *d) túnica mucosa,* apresentando a maior parte das vezes no orifício cæco-apendicular uma prega — válvula de Gerlach, que corta incompletamente a comunicação do *cæcum* com a cavidade central apendicular.

Há, por vezes, uma segunda prega a pouca distância da primeira na cavidade apendicular referida por Nanninga.

Histologia

A mucosa é constituida por um epitélio de celulas cilíndricas assentando sôbre um *chorion* conjuntivo-vascular onde se vêem glândulas de Lieberkühn de fundo de saco único, por vezes bífido.

A sub-mucosa é uma camada celulo-vascular rica em tecido adiposo e por onde caminham os vasos sanguíneos, linfáticos e os nervos. Letulle divide-a em três zonas: a primeira interna ou folicular, contendo os folículos linfáticos, verdadeiros folículos fechados do intestino onde se vem abrir os vasos linfáticos; a segunda média — zona de passagem; a terceira

externa, a qual recebe os grossos vasos sanguíneos e os nervos que só tardiamente e problematicamente é invadida pela infecção.

Na musculosa as duas camadas supra-indicadas são perfeitamente distintas, caminhando entre elas os grossos vasos e os nervos.

O revestimento seroso do apêndice difere do meso-apêndice. Aquele é constituido por uma camada superficial fibroide revestida dum delgado *endothelium* e por uma camada celulo-vascular e nervosa. Êste tem a estrutura dum verdadeiro *epiploon*, vendo-se enormes vasos sanguíneos e linfáticos, volumosos filetes nervosos, filhos do plexo mesentérico superior, e alguns gânglios linfáticos envolvidos numa rêde de largas malhas de tecido laxo cujo estado adiposo varia segundo os indivíduos.

É facil agora compreender a irrigação apendicular.

A artéria apendicular, filha da mesentérica superior desce, pela face posterior do *ileon*, ganha o bordo côncavo do meso-apêndice e envia uma serie de ramos que se lançam no apêndice, percorrendo todas as camadas que o constituem ou anastomosando-se tôpo a tôpo na periféria. Esta artéria termina com o apêndice. As veias, tributárias da mesentérica inferior, e os linfáticos seguem o trajecto arterial, devendo porêm notar-se que os linfáticos vão abrir-se nos gânglios que há no meso-apêndice.

A existência dos gânglios linfáticos no meso-apêndice é inconstante (54 % dos indivíduos).

Formam principalmente dois grupos: um ileo-apendicular no ângulo do mesmo nome e que pode ser tido como o último dos gânglios mesentéricos, outro cæco-apendicular que se continua com os gânglios da face postero-interna do *cæcum* que comunicam com os gânglios meso-cólicos.

Estes dois grupos ordinàriamente não coexistem. O mais constante é o primeiro (36 %; depois o segundo (14 %); mais inconstante ainda é um terceiro grupo meso-apendicular (12 %).

É interessante registar que nem todos os linfáticos da sub-mucosa vão aos folículos fechados, muitos interram-se no *chorion*.

Igualmente devemos frisar que em parte nenhuma do intestino grosso, há tanta abundância de folículos linfáticos como no apêndice.

Clado afirma a existência do ligamento apendiculo-ovário, explicando as conexões linfáticas do apêndice com o ovário. Na realidade, embora a existência de tal ligamento tenha sido negada por varios anatómicos, a continuidade natural do peritoneu do meso-apêndice com o do ligamento largo é razão cabal em favor das comunicações linfáticas entre aquele e êste.

Sem querermos ser tão exagerados como Letulle que encontrou em 1100 apêndices lesões histológicas, podemos afirmar que se examinarmos 100 cadáveres, 20 vezes pelo menos, encontraremos lesões apendiculares.

Como devemos explicar esta freqüência?

Quando as paredes do *cæcum* se contraem para expulsar o seu conteúdo uma parte penetra na cavidade apendicular. É lógico pois concluirmos que há identidade absoluta entre o conteúdo apendicular e o do *cæcum*, quer sob o ponto de vista microbiológico quer de corpos estranhos contanto que as suas dimensões lhes permitam a passagem no óstio apendicular. Há a considerar em segundo lugar, como razão explicativa das freqüentes lesões histológicas, a própria constituição da sub-mucosa com os folículos linfáticos que constituem um verdadeiro tecido reticulado, meio hospitaleiro aos micróbios e toxinas.

O apêndice sofre certas modificações com a idade:

Diminui de comprimento.

Eu tive ocasião de observar no teatro anatómico em dois cadáveres de indivíduos que tinham atingido a idade superior a 65 anos, um apêndice de dois centímetros de comprimento, outro de três centímetros, ambos com cavidade bastante obliterada.

Quanto às modificações anátomo-patológicas, podemos, em resumo dizer com Mériel: A partir dos 60 anos e às vezes

mais cêdo, o apêndice sofre um conjunto de transformações que se traduzem macroscópicamente pelo adelgaçamento das túnicas e impermeabilidade gradual do canal apendicular.

Esboçada assim tam superficialmente a anatomia normal, para procedermos com método no estudo da anatomia patológica do apêndice, devemos passar em revista em primeiro lugar o conteúdo apendicular, o que compreende o estudo da microbiologia, não falando nos corpos extranhos que já foram tratados na etiologia, em segundo lugar as lesões anátomo-patológicas.

Microbiologia: — A flora microbiana apendicular é tão numerosa e variada no apêndice como são no intestino. No apêndice patológico, teem-se encontrado o colibacilo, o estafilococo, o estreptococo, o pneumococo, o bacilo de Eberth, o bacilo de Koch, diplococos, anaeróbios, etc.

Fazendo a análise dos trabalhos estatísticos de Achard, Roudney, Monod e Macaigne, e de Lanz e Tavel vemos que na apendicite o colibacilo ocupa o primeiro lugar na freqüência, podendo estar só ou associado; a seguir vem o estreptococo; depois o estafilococo.

Segundo Roudney, a colibacilose apendicular é clinicamente de pouca gravidade e de pequena duração; a infecção estreptocócica ou estafilocócica dão origem a lesões peritoniais generalizadas e a ulceração.

Para Simonin o agente mais enérgico, das apendicites por infecção geral é o estreptococo. A êle se devem atribuir as apendicites consecutivas à crise pela angina, gripe, sarampo, varíola, escarlatina.

Veillon e Zuber atribuem aos micróbios anaeróbios um papel preponderante sôbre os aeróbios nas lesões apendiculares. São aqueles os verdadeiros agentes dos processos gangrenosos. São eles os que provocam os sintomas de intoxicação rápida e profunda e dão fetidês ao pus. Vivem em meio alcalino. Ora o colibacilo é pelas suas secreções um agente de acidificação, donde resulta, que se estes predominam, o meio é des-

favorável à pululação dos anaeróbios e conseguintemente à putrefacção. Se diminuem notavelmente, a alcalinidade aumenta e com ela a cultura anaeróbia para a qual contribue já em larga escala a estagnação no apêndice — *fistula cega interna* — na expressão sugestiva de Grigoroff.

Heyde vai mais longe na acção dos anaeróbios; não admite apendicites colibacilares nem estreptocócicas. A intoxicação, a supuração e a putrefacção são causadas tão sómente pelos anaeróbios.

Hoje está bem demonstrado que o colibacilo não é o agente patogénio da apendicite. A sua extrema freqüência explica-se pela sua grande vitalidade e expansão.

Lesões anatómicas. — *Apendicite catarral* (forma hiperemica de Letulle e Weinberg). O apêndice está aumentado de volume, turgescente, ricamente vascularisado, por vezes equimótico, cilíndrico ou de formas mais ou menos caprichosas. Serosa despolida, côr violácea.

A mucosa está espessada, edemaciada e com um ponteado hemorrágico. Êste espessamento produz uma diminuição do lume do canal podendo mesmo obliterá-lo por completo, sentindo-se ao toque os corpos estranhos e concreções estercorais que porventura tenha.

A maior parte das vezes o canal central é livre, surdindo ao corte um muco viscoso por vezes purulento.

A inflamação dá-se em todas as túnicas mas parece não ser simultâneamente. Esta é mais acentuada na mucosa e sobretudo na sub-mucosa o que faz dizer a Letulle: Toda a apendicite no início é uma foliculite aguda ou crónica.

Os folículos hipertrofiam-se. Mas devemos notar que a linfangite precede a foliculite. A manifestação mais importante da linfangite é a hiperemia que produz na mucosa verdadeiras equimoses que constituem o ponteado hemorrágico que Guinard demonstrou elegantemente não ser de orígem puramente mecânica como queria Letulle.

Apendicite supurada e ulcerada. — Os folículos são os primeiros a sofrer o embate da infecção linfática. A inflamação aguda destes determina uma diapedese intensa ao nível dos vasos que se trombosam.

Daí a mortificação folicular e a formação dum abcesso submucoso que se vem abrir no canal apendicular. A supuração já é evidente em casos agudos ao fim de 48 horas.

Apendicite com perfuração ou gangrena. — O mecanismo é o mesmo da ulceração se são perfurações foliculares, isto é, há uma piogenia centrífuga; pode ser o resultado da necrose, as mais das vezes parcial, do apêndice devida a uma verdadeira linfangite gangrenosa.

A séde destas perfurações varia muito. De ordinário localisam-se na extremidade, mas também se podem encontrar perto do *cæcum* e se atingem todo o contôrno apendicular, a amputação expontânea é inevitável, e consecutivamente a sua eliminação, salvo o caso muito excepcional dum enxerto cæcal.

A serosa apendicular, antes de se romper, pode estabelecer um processo de defeza circunscrevendo e limitando a infecção. Então a perfuração encontra-se por assim dizer enquistada.

Apendicite crónica. — Não devemos incluir, como alguns autores, sob esta epígrafe a apendicite de repetição, pois que esta não é mais que uma sucessão de crises de apêndicite aguda, raras vezes perfurante, mais freqùentemente ulcerosa, não perfurante, que termina pela cicatrização da úlcera que tem como resultante por via de regra a obliteração do canal — *apendicite obliterante.*

Na apendicite crónica, o orgão pode não apresentar modificação ou estar atrofiado e retraído, mas geralmente êle apresenta-se hipertrofiado, varicoso, com mais ou menos aderências à parêde abdominal, ao epiploon e principalmente ao *cæcum*, constituindo por vezes fortes bridas constritoras que embaraçam o esvasiamento cæcal.

O canal modifica-se, apresentando apertos devidos ora a hipertrofia da mucosa e sub-mucosa, ora a tecido fibroso ou cicatricial. Nem sempre há obliteração formando cavidade fechada.

Hoje considera-se a apendicite aguda primitiva como rara, sobrevindo muito principalmente nos apêndices cronicamente inflamados.

A apendicite crónica não é pois uma garantia contra a crise aguda, muito de contrário.

Letulle descreve três tipos histológicos de apendicite crónica: hipertrófico, hiperplásico e atrófico.

Nos dois primeiros há hipertrofia dos folículos e respectiva multiplicação, tomando parte na inflamação também as glândulas de Lieberkühn, fibras musculares e tecido conjuntivo; no terceiro folículos, glândulas e tecido muscular desaparecem no meio de esclerose. Não se segue que a hipertrofia e hiperplasia folicular não apareçam no mesmo orgão concomitantemente com o processo atrófico. Nem tam pouco se conclui da esclerose a atrofia do orgão, por quanto pode haver esclerose da túnica muscular e camada sub-peritonial num apêndice muito congestionado e aumentado de volume — tal é a constatação de Jalaguier.

A inflamação crónica folicular é geralmente difusa, contrariamente à inflamação aguda folicular que em regra é parcial.

Uma das conseqüências da apendicite crónica é a formação de divertículos apendiculares que podem ser o resultado duma hernia da mucosa através da musculosa destruída ou da serosa por ulceração da mucosa, sub-mucosa e musculosa.

Não devemos, porêm, confundir estes divertículos com certas anomalias congénitas como apêndice bífido, etc.

Apendicites específicas. — *Apendicite tuberculosa.* — Nesta o carácter dominante é a ulceração resultante da caseificação de tubérculos. Muitas vezes um foco caseoso parietal, depois do amolecimento, abre-se ao mesmo tempo do lado da mucosa e do peritónio. A linfangite tuberculosa do meso-apêndice é

extremamente rara e se há um acesso de linfangite é uma linfangite infeciosa não tuberculosa que partiu da ulceração.

Apresenta-se sob duas formas: a *ectásica* na qual a inflamação crónica e o bácilo de Koch provocam uma reacção de hiperfibrose defensiva, ficando o apêndice, muito aumentado de volume, cercado dum novelo de aderências peri-apendiculares da peritonite crónica.

Na forma atrófica, das lesões ulcerosas e bacilares que iniciam o processo, resulta a transformação do apêndice num pequeno côto fibroso ligado ao *cæcum*.

Guinard cita um caso excepcional de apendicite tuberculosa com uma série de granulações riziformes na mucosa.

Apendicite na febre tifoide. — As lesões tíficas apendiculares teem uma tendência muito especial para a perfuração, dando uma ulceração de bordos talhados a pique, apresentando os tecidos visinhos uma extraordinária infiltração leucocitária.

— Cita-se também o *Actinomyces* como dando uma apendicite específica que Letulle descreve anátomo-patologicamente mas que constitui uma afecção muito rara.

Complicações. — Compreendem as *infecções peri-apendiculares, infecção peritonial generalizada, infecções a distância.*

Infecções peri-apendiculares. — As lesões peri-apendiculares são funcção da intensidade da infecção. A tendência às aderências peritoniais é uma manifestação duma infecção atenuada. Se não há supuração, as lesões produzidas são as das apendicites crónicas já descritas; se há supuração, ela por via de regra é circunscrita por falsas membranas que a isolam da grande cavidade peritonial, dando origem aos abcessos peri-apendiculares cuja classificação topográfica é tudo o que há de mais arbitrário, podendo dizer com Laffargue que há o tipo ascendente, o descendente, o interno, o externo, o anterior e o posterior, isto é, toda a cavidade abdominal pericæcal.

A formação destes abcessos nem sempre está filiada numa perfuração apendicular pois que a infecção pode transpôr as paredes do apêndice não ulcerado.

Estes abcessos podem abrir-se no intestino, na bexiga, na trompa, no fundo de saco de Douglas ou abrir-se para o exterior pelo fundo de saco da vagina ou pela pele (umbigo, fossa ilíaca através do canal inguinal, etc.).

Peritonites generalizadas. — Podem sobrevir sem perfuração apendicular embora raras vezes. Muitas vezes são secundárias a abcessos enquistados que se romperam.

Nas formas super-agudas a reacção é quási nula: um exsudato pio-hemorrágico; aderências intestinais não chegam a produzir-se. A peritonite purulenta generalizada é rara.

Nas infecções menos violentas pode aparecer a forma adesiva, difusa e generalizada também: as vísceras soldam-se umas às outras podendo dar orígem a obstruções intestinais pela formação de apertos devidos às aderências.

Lesões epiploicas. — As epiploites teem importância pelas aderências com o *cæcum,* colon ascendente e às vezes parede abdominal. Estas aderências não só exercem tracções sôbre o estomago e intestino embaraçando-os nas suas funções, mas também dão orígem a novos acessos de epiploite.

Infecções a distância. — Tais são: a pleuresia purulenta os abcessos subfrénicos, os abcessos do fígado cuja característica é a sua multiplicidade com pileflebite que não é constante; o baço apendicular que se hipertrofia no caso de hepatite supurada apendicular; lesões de degenerescência hepática — necrose celular, degenerescência gordurosa, atrofia amarela, lesões renais, etc.

Patogenia

Dêste rápido estudo anátomo-patológico resulta êste facto essencial: a causa de todo êste scenário mórbido é a infecção mas, revendo a microbiologia apendicular, vemos que na quási totalidade os micróbios da apendicite são hóspedes habituais e permanentes do intestino e mais ou menos inofensivos.

Como é que se exalta dum momento para outro a sua virulência dando orígem a reacções inflamatórias tão violentas?

Duas teorias se propõem resolver o problema.

I. *Teoria da cavidade fechada.* — Talamon foi o primeiro que expôs esta teoria sob o nome do vaso fechado. Para êle sempre que um corpo estranho, arredondado obliterasse o canal apendicular, as secreções do orgão distendiam as paredes donde resultava uma compressão vascular e conseqüente diminuição de vitalidade. Nestas circunstâncias os micróbios pululam extraordinàriamente no líquido estagnado no apêndice da cavidade fechada.

Dieulafoy defendendo a teoria dá uma explicação diferente, mais racional e baseada sôbre os dados da experiência.

Segundo êle, a obliteração tanto pode ser produzida por um corpo estranho, uma concreção estercoral ou por um cálculo apendicular de formação lenta e progressiva tal como um cálculo biliar ou renal, como pode ser devida a uma infecção local à semelhança do que se passa com a obliteração dos canais biliares na icterícia catarral.

Uma vez formada a cavidade fechada, a exaltação extraordinária da virulência é um facto largamente comprovado pelas experiências de Clado, de Klecki, de Albarran, Caussade, Roger, Josué e outros.

Contra esta doutrina insurgiram-se muitos autores, apresentando inúmeros casos de apêndices inflamados sem cavidade fechada; outros, como Laveran, considerando o aperto inflamatório como efeito não como causa da doença.

II. *Teoria da estagnação.* — Réclus, o seu autor, defende-a, baseando-se em que o apêndice é por assim dizer um divertículo do *cæcum,* com um canal extremamente estreito, de modo que os líquidos e sólidos que porventura nele entrem ou se formem, não terão facilidade em sair porque estão fora *da corrente intestinal,* donde provém a estagnação de substâncias orgânicas cujo papel favorável à pululação microbiana é bem notório. «Os colibacilos, os estreptococos, os estafilococos que abundam no meio das matérias fecais, infectam as secreções mucosas acumuladas no apêndice e a menor causa local ou geral que suspender ou diminuir a defesa fagocitária das paredes, permitirá a sua invasão».

Iniciada a lesão, ela continuar-se há enquanto a estagnação se der.

De tudo o que deixamos ditô se conclui a necessidade do ecletismo: Infecção, causa principal, precedida muitas vezes de cavidade fechada e sempre de estagnação.

Sintomatologia

Três ordens de sintomas temos a considerar.

Sintomas dolorosos. — Constituem o sindroma doloroso — a dor apendicular, a defeza muscular e a hiperestesia cutánea. A apendicalgia atinge gradualmente a sua acuidade. O seu ponto inicial e onde ela se manifesta com mais intensidade é o meio da linha que une a espinha ilíaca antero-superior ao umbigo — *ponto de Mac-Burney*. Êste não corresponde exactamente ao apêndice mas é o foco mais intenso da dor, talvez por pertencer ao território cutáneo correspondente ao segmento medular dos nervos sensitivos ileocæcais e do apêndice.

O ponto de Lanz situado entre o terço médio e o terço externo da linha bi-espinhal corresponde ordinàriamente à inserção cæcal do apêndice. Não tem, porêm, a importância e o valor diagnóstico do ponto de Mac-Burney.

Há um outro ponto importante a dois dedos travessos do umbigo na bissectriz do ângulo formado pela linha de Mac-Burney e a linha média, porção infra-umbilical, é o ponto de Morris. Se êle é doloroso e bem assim o seu simétrico, parece tratar-se duma afecção dos orgãos pélvicos, nomeadamente salpingites; se só é doloroso o ponto do lado direito, tratar-se há duma apendicite; se nem um nem outro são dolorosos não haverá afecção dos orgãos pélvicos nem do apêndice. A dor é expontânea, exagerando-se com a pressão. Esta provoca a *de-*

feza muscular caracterizada pela contracção, tensão e endurecimento dos músculos.

A hiperestesia cutánea de Dieulafoy é provocada passando suavemente pela pele na região apendicular os dedos, o que determina movimentos reflexos duma parte da parede abdominal, extensos e às vezes dolorosos.

Sintomas locais. — Empastamento da peri-apendicite plástica formando uma zona endurecida e dolorosa na fossa ilíaca direita, com sub-macissez à percussão superficial e timpanismo à percussão profunda, devido ao meteorismo do *cæcum* e do intestino delgado.

A formação dum abcesso na zona de empastamento só tardiamente nos dá a flutuação. Se existem relações de estreita contiguidade entre o abcesso e a parede abdominal, três sinais podem ser observados, dando-nos uma certa probabilidade de supuração: sensação de renitência à pressão, depressão cupuliforme de edema a êste nível produzida pela pressão do dedo (sinal de Keen), preguiça das reacções vasomotoras (sinal de Forgue — um sulco dado pelo dedo fica pálido mais tempo que no lado oposto).

Sintomas gerais. — *Alteração do pulso,* tendo a sua *freqüência, tensão e ritmo* mais elevado significado relativamente à gravidade da lesão que propriamente a curva térmica.

Pertinaz prisão de ventre. — Sem expulsão de fezes nem de gazes.

Vómitos alimentares a princípio, depois escuros ou esverdeados e fecaloides.

Facies abdominal. — Aspecto de indiferença, traços fisionómicos apagados, olhar mortiço, olhos enterrados no fundo das órbitas, nariz afilado.

Hipertermia. — Podendo faltar nos casos mais graves nos quais se pode notar às vezes hipotermia.

Tais são em ligeira sinopse, os sintomas principais da apendicite que pode apresentar-se sôbre três formas — *aguda, super-aguda* e *crónica,* revestindo modalidades diversas consoante a intensidade e extensão da infecção, condições individuais, etc.

VARIEDADES CLÍNICAS SEGUNDO A INTENSIDADE E EXTENSÃO DA INFECÇÃO. — *Apendicite catarral com peritonismo.* — É caracterizada pela dor apendicular, mais intensa no ponto de Mac-Burney, defesa muscular, contracção dolorosa do psoas na flexão voluntária da coxa sôbre a bacia, febre não passando de 38°,5 ou não existindo até, pulso freqùente, meteorismo, vómitos, prisão de ventre (1).

Em regra, nesta variedade clínica quando a crise é muito violenta no início, a duração é curta. O tempo está pois na razão inversa da intensidade da reacção.

As recidivas são freqùentes nas quais a benignidade diminui.

Apendicite aguda com peri-apendicite plástica. — Caracteriza-se pela dor a princípio difusa, depois localizada, pungente, viva, contínua, aumentada com o movimento, com as contracções intestinais e palpação; pela defesa muscular e hiperestesia cutánea com hipoestesia à picada; pelo desaparecimento do reflexo abdominal do lado direito, pelo empastamento da fossa ilíaca direita com sub-macissez à percussão superficial e timpanismo à percussão profunda, pela elevação térmica a 39° ou

(1) Pode pesquisar-se dum modo indirecto o ponto apendicular, aplicando os dedos no colon descendente comprimindo-o e sucessivamente os colons transverso e ascendente conseguindo nesta manobra a repulsão para o *cæcum* dos gazes do colon. Êste processo evita o perigo duma investigação directa.

39°,5, pulso freqüente e tenso, língua saburrosa, sêde ardente, oligúria, disúria, tenesmo vesical, sedimentos nas urinas, por vezes urobilina, emfim pelo meteorismo considerável, vómitos, prisão renitente.

A imobilidade, a dieta absoluta, o gêlo permanente sem aplicações medicamentosas de evacuação intestinal são indicações formais para iniciar a debelação da doença. Do 7.° ao 10.° dia, começa a declinar e aos 20 dias, pouco mais ou menos, desaparece o empastamento, passando a doença ordinàriamente ao estado crónico.

As recidivas são tão freqüentes como na variedade anterior.

Apendicite aguda com peritonite purulenta circunscrita. — Pode haver um período prodrómico com mal estar, ligeiras cólicas e náuseas. O início ora é definido por uma violenta cólica apendicular, ora se traduz por uma dor surda e insidiosa em que o perigo é maior.

No período de estado registam-se *facies* abdominal, língua sêca, vómitos esverdeados, soluços, ventre abaulado, pertinaz prisão de ventre, oligúria, tenesmo vesical, taquicardia, (110 a 120 pulsações), hipotensão, bradicardia nos casos de gangrena apendicular, ascensão térmica progressiva, atingindo 39° e 40° gráus no 2.° ou 3.° dia; empastamento, existência dum tumor revelada ordinàriamente depois do 2.° ou 3.° dia, sindroma da oclusão intestinal.

A flutuação é tardia. No 12.° ou 14.° dia nota-se um abaulamento na zona de empastamento com uma depressibilidade central manifesta ao toque, circundada duma orla periférica resistente devida aos exsudatos plásticos. Se o abcesso está aderente à parede abdominal podem observar-se os sinais de Keen e de Forgue.

Dois caminhos seguirá o abcesso, se não houver intervenção cirúrgica: a reabsorção expontânea que algumas vezes é possível, ou a abertura e subseqüente drenagem em qualquer

orgão com que esteja em contacto — intestino, bexiga, recto, útero, escroto, ou rutura para o exterior.

Apendicite aguda com peritonite supurada generalizada. — Esta ou é consecutiva a uma peritonite limitada ou se manifesta desde logo generalizada.

No primeiro caso ainda podem dar-se duas hipóteses. A primeira é que a infecção se vá difundindo pouco a pouco ou novos focos se formem e então os sintomas clínicos dum agravamento lento e progressivo ou de crises dolorosas às quais acrescem manifestações de gravidade como sejam náuseas, vómitos e soluços, revelando a generalização, no peritoneu, do processo infeccioso.

A segunda é que sobrevenha a rutura dum abcesso que estava enquistado e então é a rapidez da aparição dos sintomas mais graves que nos surpreende e alarma, como sejam os vómitos, a aceleração do pulso, o abaixamento da temperatura, o meteorismo, o *facies* abdominal. Se a peritonite é primitivamente generalizada, o que a maior parte das vezes é devido a perfuração, a eclosão sintomática é brutal: Dores vivas e espontâneas situadas na fossa ilíaca direita, vómitos muito repetidos e incoercíveis, a princípio alimentares, depois sucessivamente biliosos, escuros e fecaloides, sindroma da oclusão intestinal, respiração costal e anciosa, temperatura subindo a 38°, 39° e 40°. Nos casos mais graves discordância entre pulso e temperatura a qual pode descer abaixo da normal enquanto que o pulso sobe a 120, 130, etc.

É nesta forma que se verifica a fórmula terapêutica mais simplista: ou operação com resultado duvidoso ou a morte.

Apendicites super-aguda toxémica com ou sem peritonite. — A descrição da apendicite toxémica super-aguda ou peritonite séptica difusa de orígem apendicular, deve-se a Jalaguier.

A dor quási sempre se revela só pela palpação; reacção inflamatória muito fraca; vómitos alimentares ou biliosos, lín-

gua saburrosa e húmida, diarreia, tudo parece levar-nos ao diagnóstico duma indigestão, mas, reparemos bem, a respiração é acelerada, o *facies* abdominal, a côr terrosa e subictérica, as urinas raras e albuminosas. A temperatura sobe nas primeiras 24 ou 36 horas a 39° para descer depois às vezes abaixo da normal. Pulso é irregular, freqüente e inconstante.

A morte pode sobrevir nas primeiras 36 horas.

A apendicite toxémica sem peritonite é puramente excepcional.

Nesta forma os sinais peritoniais não existem, os vómitos são inconstantes e o que mais nos impressiona é o aspecto geral do doente, a pequenez, freqüência e depressibilidade do pulso, o delírio, as hematemeses, a albuminúria, o pseudo-meningismo, em suma e emfim a manifestação inequívoca duma intoxicação profunda.

A única indicação é actuar depressa (nas 24 horas segundo Quenu) para salvar o doente.

Apendicite crónica. — Temos a considerar a apendicite crónica que sucede a um estado agudo, apresentando então uma singular tendência para as crises agudas que podem revestir qualquer das formas clínicas que vimos de indicar, e a apendicite primitivamente crónica.

Na primeira que constitui a *recurrent or relapsing appendicitis* dos americanos, o intervalo das crises é caracterizado por dores abdominais, dilatação cæcal com marulhar, gargolejo, dor à pressão, crises diarreicas alternadas com uma renitente prisão de ventre, por vezes litíase intestinal. As crises podem repetir-se com muita freqüência, exsudatos plásticos cobrem o apêndice extraporitonisando-o, na expressão feliz de Roux de Lausanne, ou envolvendo também o cæcum formando o todo uma massa tumoral que se move no intestino e que, no intervalo das crises manifesta uma reacção dolorosa à pressão.

A apendicite primitivamente crónica caracteriza-se pela apendicalgia.

A dor é imprecisa; o doente localiza-a na fossa ilíaca direita; o médico reconhece o ponto apendicular.

É um mal estar constante que não tortura o doente mas que lhes desperta a atenção para o lado direito. Há uma posição que o doente não pode tomar na cama porque lhe sobrevem a dor. Igualmente o acomete quando viaja de carro ou se entrega a *sports* variados ou abusa da alimentação. Umas vezes limita-se à região ileo-cæcal, por vezes irradia para a região lombar, para o fígado, para o umbigo, para a pelve, etc.; o doente crê-se então com lesão renal, hepática, etc., mas interrogando e examinando-o com cuidado vemos que o início da dor de forma nevrálgica está no ponto de Mac-Burney.

Ao lado da apendicalgia, as perturbações gastro-intestinais.

A atonia gástrica com distenção, flatulências, eructações e gravame epigástrico, dispepsias variadas, tudo se pode observar.

Períodos de prisão de ventre alternando com diarreia. O vómito é um sinal de grande importância. É um vómito amiudado, repetido cíclico, periódico, precedido ordinàriamente dum mal estar gástrico com náuseas.

A dor por vezes é angustiante chegando a provocar estados lipotímicos ou sincopais. Nas mulheres há por vezes uma recrudescência mensal com a menstruação, o que pode desviar a atenção do clínico para os anexos.

Como perturbações nervosas, enumeram-se a neurastenia, irritabilidade, insónia, tristeza.

VARIEDADES CLÍNICAS SEGUNDO A IDADE. — *Apendicite dos velhos.* — Esta toma a forma neoplásica, podendo sugerir a idea do cancro do *cæcum*, a sua evolução é mais lenta e não é rara a formação do *fleimão* da fossa ilíaca direita.

Sendo duma alta gravidade, a apendicite aguda no velho é muito rara.

Apendicite nas crianças. — Na primeira infância, princi-

piando umas vezes por sintomas banais de gastro-enterite, outras vezes pela sintomatologia apendicular nítida, a apendicite tem uma evolução rápida e a peritonite generalizada é a regra. A mortalidade é muito elevada, atingindo em algumas estatísticas 64 %.

Outras variedades clínicas. — *Apendicite e gravidez.* — Sendo mais grave que a apendicite em qualquer adulto, sendo aquela em que a intervenção cirúrgica deve ser mais precoce, oferece uma dificuldade grande de diagnóstico, que por vezes só os antecedentes pessoais podem resolver, pois que, por via de regra, as grávidas, afectadas de apendicite, acusam crises anteriores. A evolução é rápida e a peritonite generalizada é a conseqüência fatal.

Temos a registar os arrepios, a grande freqüência do pulso (140 a 150) com febre elevada logo desde o início como sintomas particulares desta variedade.

A coprostase, a cólica nefréctica, a ameaça de aborto, a torsão dum fibroma pediculado ou dum quisto do ovário direito, a retroversão brusca do útero grávido constituem elementos de embaraço para o diagnóstico. A intervenção não envolve o esvasiamento do útero até podemos dizer que, se a idade da gravidez não vai além do quinto mês, geralmente o aborto não se dá.

Apendicite puerperal. — Depois dum parto sobrevem uma dor violenta do flanco direito, náuseas, febre, pode haver mesmo arrepios, metereorismo; o clínico pensa numa infecção puerperal, numa anexite direita, por vezes chega mesmo à certeza moral do seu diagnóstico porque constata uma massa tumoral dolorosa; faz o tratamento apropriado e o resultado não é muito favorável; resolve-se fazer uma intervenção e vai por vezes constatar a lesão apendicular como causa última de todos esses fenómenos reaccionais. A ela se devem muitos abôrtos infectados e muitas infecções *post-partum* não obstante todos os cuidados de asepsia.

É nestes casos que o médico se defronta com um quadro clínico verdadeiramente desconcertante. O diagnóstico é difícil. O prognóstico muito reservado.

— Seja-me permitido abordar um facto clínico de capital importância pela extrema reserva do prognóstico, a coexistência da gravidez extra-uterina com a apendicite. O diagnóstico é tam difícil que a constatação dêste facto constitui *uma surpreza de operação ou surpreza de autópsia,* na expressão de Galliard.

Tratar-se há duma simples coincidência?

Pellat na sua tese (1908-1909) estudando o assunto, encontra uma influência recíproca destas duas afecções.

Assim a gravidez extra-uterina provoca a congestão apendicular já pelas ligações vasculares, já pela peri-apendicite consecutiva a uma peritonite resultante da irupção da trompa, já pelo agravamento da litíase intestinal. A apendicite pode predispôr à gravidez extra-uterina pela peri-apendicite a qual determina em muitos casos uma peri-anexite donde pode resultar uma deformação da trompa.

Variedades topográficas. — *Apendicite antero-cæcal.* — O processo peri-apendicular pode seguir a parte anterior do *cæcum,* colon ascendente e transverso, chegar até ao umbigo ou mesmo até ao lado esquerdo.

Apendicite retro-cæcal. — Os sinais físicos só se notam quando a tumefacção é considerável.

Registemos como sintomas particulares a dor sub-hepática ou lombar, a ictericia, o ruido de vaso rachado, a psoite.

Segundo Rivarola (1917) a localização posterior dos abcessos apendiculares é mais freqüente nas crianças (29 %) do que no adulto (9 %). A via de acesso que êle recomenda é a lombar.

Apendicite pélvica. — É bastante freqüente, atenta a relativa freqüência da posição descendente do apêndice. A peri-

apendicite pode determinar a supuração dos hematocelos retro-uterinos e das anexites; toma por via de regra conexões íntimas com o recto e o doente queixa-se de tenesmo rectal e de rectite. Ao toque rectal sente-se uma tumefacção que pode abranger a pequena bacia, sendo comtudo mais pronunciada à direita.

Esta tumefacção pode ser dura e resistente nas formas plástica ou mole e depressível, com sinais evidentes de fluctuação, nos processos supurativos.

A abertura no recto é uma grande probabilidade de cura.

A rutura na bexiga é mais rara e mais grave, sendo precedida de disúria e tenesmo vesical. A drenagem expontânea vaginal é absolutamente excepcional.

Citemos de passagem as variedades *interna, externa* e *intra-mesentérica* visto que a sua sintomatologia não oferece nada digno de menção especial.

Formas anómalas. — *Apendicite à esquerda.* — Pode dar-se em casos de inversão de vísceras; de posição esquerda do *cæcum,* devida ao grande desenvolvimento do colon ascendente; de direcção para a esquerda do *cæcum* ou do comprimento anómalo do apêndice. Há por vezes apendicite à direita cujos fenómenos reacionais são mais acentuados à esquerda — ou por peritonite generalizada com predominância à esquerda — ou por um foco purulento neste lado.

Apendicite sub-hepática. — A dor é mais acentuada numa linha transversal passando pelo umbigo. É freqüente a psoite e a ictericia.

Apendicite herniária intra-peritonial. — É mais freqüentemente inguinal direita. Teem-se citado casos de crural direita, inguinal e crural esquerda e até de obturadora. Estas três ultimas são excepcionais.

Umas vezes está todo o apêndice contido no saco herniário, outras vezes só parcialmente.

Pode estar acompanhado, e esta hipótese é a que mais freqùentemente se realisa, ou estar isolado.

No primeiro caso a sintomatologia é a da peritonite herniária com ou sem estrangulamento intestinal. A operação é o único meio de evitar uma peritonite generalizada.

No segundo caso — a sintomatologia é a dum *fleimão estercoral,* com todas as suas conseqùências.

Apendicite herniária extra-peritonial. — O apendicócelo extra-peritonial é por via de regra inguinal.

Pode dar-se nos casos anómalos em que o peritoneu passa por sôbre o *cæcum* e o apêndice, sem os envolver.

As reacções inflamatórias são benignas mas, por relação de contiguidade, o peritoneu pode ser atingido. Assim: Pollosson cita um caso de hernia inguinal irredutivel com peritonite generalizada.

A indicação da operação era formal.

Intervem; não há estrangulamento, mas fora do saco encontra um abcesso no qual estava o apêndice extra-peritonial.

Hematologia

Hayem previu a utilidade da hematologia no diagnóstico das supurações abdominais; é porêm, Curschmann que, pela contagem sistemática dos glóbulos brancos, formula conclusões precisas de acordo com a observação clínica.

Leucocitose pouco intensa (8.000 a 20.000). — Crise curta e benigna.

Leucocitose pouco elevada ou com elevação notável mas de curta duração (20.000 a 25.000). — Resolução em via de dar-se não obstante a permanência da temperatura elevada.

Leucocitose intensa e permanente. — Supuração.

A falácia da queda da temperatura a que Dieulafoy tanto alude, deixa de actuar sôbre o nosso espírito, desde que nós constatemos uma hiperleucocitóse persistente, oscilando à volta de 20.000. Neste caso há probabilidade bem fundamentada dum processo supurativo, e a probabilidade passa a certeza quando a hiperleucocitose sobe a 30.000 ou 40.000 e mesmo 45.000.

A baixa rápida da hiperleucocitose é indício da toxi-infecção e peritonite generalizada mortal. Bem assim, a diminuição da hemoglobina a 50, 40 ou 30 % é uma prova de enfraquecimento dos meios de defeza e a manifestação duma infecção grave.

Complicações

Hematemese. — Para Dieulafoy ela é devida a uma *gastrite ulcerosa apendicular hemorrágica* ou à *úlcera perfurante apendicular,* formando juntamente com a albuminúria, urobilinúria, icterícia, oligúria, uremia e hemorragias diversas, o sindroma da *toxidade apendicular,* pela primeira vez apresentado por êle à Academia de Medicina em 1898.

Segundo Broca e Weil, as hematemeses são devidas a alterações do fígado.

Segundo Gilbert e Lereboublet tratar-se-ia da rutura de varizes gástricas sob a influência da hipertensão portal.

Enterorragias. — São pouco freqüentes nos casos agudos. A maior parte das vezes são complicações post-operatórias nas apendicectomias a frio. Independentemente de qualquer êrro cirúrgico, elas teem um significado de relativa benignidade, curando espontâneamente as ulcerações que as motivaram.

Além das diferentes explicações que foram expostas a respeito da hematemese, podemos citar, como alguns querem, a embólia venosa retrógrada.

Diarreia. — É uma complicação bastante freqüente. Sendo, na opinião de Dieulafoy, uma manifestação de defesa, ela tem por vezes um significado bastante sombrio, principalmente em casos de peritonite generalizada.

Estrangulamento intestinal. — Os sintomas da oclusão são patentes. O estrangulamento pode ser feito já pelo próprio apêndice, que forma um anel constrictor quer por enrolamento quer pela aderência da sua extremidade ao *cæcum* ou à parede abdominal, etc., já por bridas resultantes dos exsudatos plásticos.

É freqüente encontrar-se na apendicectomia, bridas mais ou menos resistentes que partindo do *meso* para a parte anterior do *cæcum* e do *colon* os deformam e retraem tanto mais quanto maior é a sua consistência. Constituem sempre um embaraço grande para o esvasiamento intestinal, manifestando-se a maior parte das vezes por sintomas vários, como sejam prisão de ventre ou diarreia, dores localizadas, febre. Sempre que se procede à apendicectomia, devem extirpar-se estas aderências.

Não há dúvida que na quási totalidade dos casos, estes elementos de retracção cólica são a resultante duma *pericolite cicatricial,* na expressão de Tavel; e eu várias vezes a tenho observado em apendicectomias a frio. Há, porêm, umas pregas cólicas, sem indício macroscópico de tecido inflamatório, parecendo mais um vício de constituição, elementos deformantes de origem congénita, o que não repugna também a alguns auctores como Lane e Mathieu.

— Uma senhora, actualmente residente no Porto, E. S., sofria desde criança, e ainda hoje sofre, duma pertinaz prisão de ventre, a qual não tem cedido a mèsinhas, a purgantes e laxantes, a *douches,* massagens manuais, massagem vibratória, tratamentos eléctricos, com ou sem regímen dietético apropriado.

A princípio o clister produziu resultado, ultimamente não. Foi observada radioscopicamente em Lisboa e no Porto, tendo-se encontrado uma ptose cólica, ficando a curvatura do colon transverso no plano de nível da sínfise púbica.

A porção justa-cæcal do *ileon* apresentava uma forma irregular, dando o aspecto duma série de tubos em U. O colon apresentava-se franjado, parecendo repuxado por uma série de prégas que partissem aproximadamente da inserção ileo-cæcal.

Aventou-se a existência possível de prégas de Lane. A palpa-

ção na fossa ilíaca direita revelava gargolejo, marulhar, com dilatação gazosa cæcal. A côr amarelo-terrosa, o aspecto dum deprimido, o visível depauperamento orgânico, a idade (então 60 anos), levaram alguem a criar a hipótese dum processo neoplásico ou até tuberculoso. Os antecedentes familiares acusam casos de tuberculose. O exame pulmonar revela respiração rude, expiração soprada, estalidos com ligeira submacissez e aumento de vibrações vocais no segundo espaço intercostal direito. A curva térmica não acusa nada. De resto estes sintomas pulmonares evidenceiam-se quando a doente se constipa, para se desvanecerem depois quási completamente. A tensão máxima medida com o oscilametro de Pachon é de 12,5 c., a mínima é de 7 c. Trata-se evidentemente duma hipotensa.

Nem pela análise laboratorial nem pelo exame clínico se reconhece qualquer lesão renal. É-lhe proposta uma laparotomia exploradora, o que aceitou.

Incisão na linha média. Apêndice levemente congestionado, apresentando à inspecção um ponteado hemorrágico; pequenas erosões da mucosa, saindo da cavidade apendicular um líquido turvo bastante espesso. Do meso partem fortes prégas para a face anterior do *cæcum*, *colon* ascendente e transverso até à parte média, de côr perfeitamente igual à das bandículas longitudinais. Toda esta parte do intestino grosso se encontra como que amarrotada. Faz-se a excisão. Resultado: a doente teve uma única dejecção espontânea; a prisão de ventre persiste, embora ceda mais facilmente aos agentes medicamentosos. O aspecto é melhor; a doente sente mais forças, principalmente depois duma série de massagens vibratórias, que teve depois da operação.

Á palpação abdominal, surpreendem-se, em diferentes pontos, dilatações gazosas que cedem com a massagem manual, dando-nos a impressão que a lesão intestinal tem nuns pontos a forma espasmódica, noutros a atónica. Ter-se-iam reproduzido as prégas de Lane? Já lá vão dois anos mas as melhoras post-operatórias são tam pouco diferentes das que hoje sente que parece-me ousadia demasiada invocar essa causa. Provavelmente lesões nervosas que não se corrigem.

Pileflebite. — Quási sempre se trata duma trombo-flebite purulenta.

Icterícia. — A icterícia catarral benigna não é a mais freqùente.

A ictericia grave pode ser, na opinião de Dieulafoy: — *Infecciosa,* sintomática dos abcessos do fígado; e *tóxica,* sintomática de lesões generalizadas de degenerescência gordurosa do fígado e necrose celular.

Devemos confessar que apareceram casos registados por Dieulafoy em que houve steatose aguda do fígado sem icterícia nem albuminúria.

Abcessos do fígado. — Pode tratar-se dum grande abcesso único, ou de abcessos múltiplos, areolares e miliares.

Abcessos intra-hepáticos constituem uma complicação gravíssima pela dificuldade de diagnóstico e de acesso.

Abcessos sub-hepáticos. — Sucedem nas apendicites de tipo ascendente.

Sobreveem mesmo depois da apendicectomia.

Podem coexistir com pequenos abcessos hepáticos e dêste modo passar despercebidos. Tal é o caso de Lapointe que faz o diagnóstico na autópsia.

Tinha puncionado a face convexa do fígado e retirado pus, a incisão do parenquima, porêm, deu apenas sangue.

A colecção purulenta era sub-hepática.

Abcessos sub-frénicos. — Ou sejam devidos à propagação retro-peritonial ou intra-peritonial ascendente ou à propagação por entre os dois folhetos do mesocolon ascendente ou pela veia porta, o seu início é desconcertante no atinente a diagnóstico:

Dores no hipocôndrio direito e no lado direito do torax, com irradiação para a omoplata, espádua e braço, vómitos, arripios e febre.

Podem estes abcessos coexistir com os abcessos hepáticos e o empiema, mas, quando isolados, o diagnóstico diferencial torna-se embaraçador: a radioscopia muita luz traz à clínica neste particular mas nem sempre define a questão.

Pleurisias. — Nas pequenas infecções pleurais pode notar-se uma pleurisia sêca ou sero-fibrinosa, mesmo post-operatória. A pleurisia purulenta ou se produz por continuidade ou contiguidade (quer por via linfática quer por qualquer efracção diafragmática) ou é o resultado por metastase da infecção generalizada.

Uma vómica determina o pio-pneumotorax que só muito excepcionalmente se nota surgir sem ela.

Complicações pulmonares. — *Simples congestão pulmonar, spleno-pneumonia, bronco-pneumonia, abcessos metastáticos, embólia pulmonar* tais são as complicações do aparelho respiratório.

Complicações renais. — A albuminúria é um incidente freqùente na apendicite.

A nefrite tóxica apendicular de Dieulafoy pode revestir duas formas: *a forma ligeira* que se manifesta tam sómente pela albuminúria que desaparece de ordinário com o foco de supuração; *a forma grave*, caracterizada clínica e laboratorialmente por oligúria, albuminúria, cilíndros granulosos, glóbulos rubros, leucocitos e pigmentos biliares na urina, e anátomo-patologicamente pela descamação epitelial, degenerescência grânulo-gordurosa, necrose de coagulação.

A pielonefrite é umas vezes a resultante da posição posterior e ascendente do apêndice, outras vezes é a conseqùência duma compressão do ureter por aderências.

Complicações vesicais. — Estas surgem na apendicite pélvica.

A *disúria* pode ser de origem reflexa ou inflamatória.

A hematúria e piúria com tenesmo são manifestações de *cistite* ou *peri-cistite.*

Um abcesso ilíaco pode abrir-se na bexiga e a urina torna-se então turva, fecaloide, extremamente fétida, podendo vir acompanhada de gazes e tecidos gangrenados. As fístulas apên-

dico-vesicais por comunicação directa são muito raras; elas resultam em regra da abertura na bexiga de abcessos peri-apendiculares.

Complicações anexiais. — A apendicite não induz necessáriamente a lesão anexial nem tam pouco implica, como conseqüência necessária, o agravamento de lesões anexiais coexistentes.

São contudo da nossa observação diária os casos de apendicite crónica complicando com ooforo-salpingites, e do dominio da literatura médica os casos de quistos ováricos supurados por infecção de origem apendicular, de fistulas apêndico-anexiais, de parametrites apendiculares, etc.

Abcessos para-apendiculares. — Há três variedades topográficas:

Abcessos lombares, — que simulam os abcessos perinefreticos;

Abcessos pélvicos, — confundidos com a peri-apendicite pélvica.

Abcessos crurais, — que seguem a bainha dos vasos femurais, saindo na parte superior do triângulo de Scarpa.

Psoite. — Pode sobrevir *por contiguidade*, passando a inflamação do peritoneu à camada conjuntiva sub-aponevrótica, constituindo o fleimão da bainha muscular cuja sintomatologia é precedida da sintomatologia apendicular; ou *por continuidade*, na posição retro-cæcal do apêndice com uma parte supra ou sub-aponevrótica, participando o psoas directamente da inflamação. É então a psoite a primeira a manifestar-se e a posição do doente com a coxa direita em flexão e rotação externa, mantida pelas mãos, é tudo o que há de mais elucidativo; a mobilisação é extremamente dolorosa. Esta forma é particularmente grave e exige intervenção cirúrgica imediata.

Complicações cárdio-vasculares. — Foi citada a miocardite e bem assim a endocardite e pericardite.

As flebites intra-pélvicas escapam sempre à nossa observação. As dos membros inferiores podem sobrevir antes da operação ou depois; neste caso parece que não devem imputar-se à apendicite, visto que elas aparecem em qualquer intervenção abdominal com a mesma freqüência sem que muitas vezes se trate de doença infecciosa (fibromas, úlceras gástricas, etc.). — Citam-se casos de abertura na artéria ilíaca de abcessos peri-apendiculares.

Os abcessos da parede abdominal e *da fossa ilíaca externa*, são, também complicações eventuais na apendicite e de fácil diagnóstico.

Complicações nervosas. — Citam-se casos de abcessos do cérebro, bolbo e medula.

Ao lado do sindroma meningítico existe o sindroma nervoso tóxico caracterizado por fixidez do olhar, gritos, excitação seguida de imobilidade e coma.

Observam-se por vezes nevrites principalmente no membro inferior, principiando por dores vivas seguidas de hipoestesia, impotência funcional, atrofia muscular e diminuição do reflexo rotuliano.

São por via de regra de cura muito demorada.

Diagnóstico

Podem confundir-se com a apendicite todas as afecções acompanhadas de dores abdominais cólicas, vómitos... ou que se manifestem por uma tumefacção da fossa ilíaca direita. Daqui resulta no trabalho mental da elaboração do diagnóstico, a divisão do conjunto de afecções que possam simular a apendicite, em dois grupos:

I. *Doenças com dores, cólicas, vómitos...* A *cólica hepática* pode simular a apendicite; há, porêm, diferenças que convem frisar. Assim: mesmo que o sindroma peritonial seja completo como na apendicite, a *facies* abdominal não é tam inquietante como nesta. Temperatura por via de regra não existe. O início é brusco, vivas dores irradiam para o cavado epigástrico, umbigo, hipocôndrio direito e omoplata. Há sobretudo um sintoma, a agitação constante, que contrasta com a imobilidade absoluta dos doentes de apendicite.

Inversamente uma apendicite nos casos de tipo ascendente pode simular uma cólica hepática mas procurando bem o sindroma apendicular, a dúvida não subsiste.

A apendicite pode aparecer sob a forma duma *cólica nefrética*. Tal é o caso citado por Dieulafoy: o doente tinha dores abdominais, febre, vómitos. As dores irradiavam para o umbigo, coxa direita e testículo direito, causando às vezes retracção testicular. A região lombar correspondente, porêm, não era dolorosa, o que é constante na cólica renal. Demais existia a

tríade sintomática apendicular. É a agitação também um sintoma característico da cólica renal. A irradiação dolorosa para a coxa e testículo com retracção dêste, explica-a Dieulafoy no caso citado pela conexão do tumor apendicular com o nervo génito-crural.

A *cólica saturnina* com localização das nevralgias na fossa ilíaca direita é por vezes dum grande embaraço para a diferenciação clínica. Os antecedentes pessoais, o listrado saturnino, a ausência de febre, a difusão da dor pelo ventre, quando ela existe, tais os elementos que nos servem para orientarmos o espírito. Mais desconcertante é a coexistência das duas afecções: tal é o caso de Sergent: um saturnino apirético era portador duma apendicite que só foi reconhecida na autópsia.

A *apendicalgia histérica* deve distinguir-se da apendicite com peritonismo histérico. Aquela é a apendicite fantasma, criada pela imaginação da histérica em que o sindroma apendicular é por vezes completo.

A nevrose térmica é rara mas existe, como no caso citado por Galliard: uma histérica com o sindroma apendicular tem um acesso de febre que atinge 41°. Monod intervem e o exame histológico revela um apêndice são.

As *enterocolites agudas ou crónicas* carecem de reacção peritonial; a séde da dor não se limita ao ponto apendicular; nas dejecções há falsas membranas, mucosidades, etc. Ligado porêm à enterocolite, encontra-se por vezes o *enterospasmo* que, situado no cæcum pode simular uma apendicite pelo tumor da fossa ilíaca direita a que dá origem.

Os *vermes intestinais* podem determinar acidentes que revestem o quadro clínico da apendicite grave. Só a sua constatação nas fezes, e o exame do sangue é que permitem fazer o diagnóstico.

A *oclusão intestinal* ou seja por corpos estranhos ou fezes, ou seja pelo cancro do intestino é por vezes de difícil diferenciação.

O *estrangulamento interno*, à parte a temperatura, simula

uma apendicite perfurante. Assim também uma apendicite pode passar despercebida em casos de hernia direita reductivel com manifestações de estrangulamento (o que faz suspeitar uma redução em massa). Nos factos clínicos registados neste particular, havia supuração do saco herniario causada pela apendicite.

As *perfurações gástricas e duodenais* falsamente tomadas como apendicite teem características precisas:

A subitanidade e intensidade da dor, incisivamente descrita por Dieulafoy como *punhalada peritonial* e a sua localização na zona de Chauffard.

O quadro sintomático das peritonites circunscritas ou peritonites tuberculosas por vezes confunde-se de tal modo com a sintomatologia apendicular, que o diagnóstico diferencial é impossível, pelo menos nas peritonites circunscritas.

Nas crianças a *pneumonia* apresenta freqüentemente a pontada de lado abdominal e pode revestir a forma típica da apendicite; no adulto a pontada de lado abdominal é sempre inferior à pontada de lado torácica mas tanto naquelas como neste existem, além da falsa sintomatologia apendicular, tosse, espectoração, sinais estetoscópicos, etc., súbita ascensão térmica que não deixam dúvidas no espírito do clínico. É, comtudo, de notar-se que pode dar-se a coexistência das duas afecções.

A *febre tifoide* apresenta algumas vezes uma confusão absoluta com a apendicite e os casos de êrro de diagnóstico são freqüentes.

É a sero-reacção de Widal e a hematologia que vem lançar um pouco de luz na observação clínica. Na febre tifoide não há hiperleucocitose, o número de glóbulos rubros diminui, a percentagem da hemoglobina não.

A apendicite pode ser, porêm, uma complicação da febre tifoide.

II. *Doenças que se manifestam por uma tumefacção da fossa ilíaca direita.*

Os *abcessos perinefréticos* não se confundem com a apen-

dicite, se atendermos aos antecedentes renais, às perturbações urinárias e à dor lombar. Mais difícil é a diferenciação no caso de *psoite* de causa extra-apendicular.

Em regra a psoite é causada pela apendicite, de maneira que a existência daquela faz supôr esta.

Os abcessos de marcha crónica como sejam as *colecções tuberculosas* de origem ilíaca, sacro-ilíaca ou vertebral e bem assim as *adenopatias bacilares* diferem da apendicite na sua forma e evolução: ausência de crise, apirexia e ausência de reacção peritonial.

O *hematocelo* devido à rutura da trompa na gravidez extra-uterina embora tenha sinais próprios — dor súbita e violenta palidez extrema, arrefecimento das extremidades com tendência à lipotímia e síncope, oferece por vezes confusão.

O *rim móvel*, os *quistos do ovário* de pedículo torcido e as *afecções da vesicula biliar* não se podem confundir com a apendicite, desde que a observação clínica seja perfeita. Outro tanto não sucede com a *dismenorreia* acompanhada de *enterospasmo*, com certas *salpingo-ovarites* (1).

Nas virgens devemos até em casos de salpingo-ovarite averiguada, suspeitar da lesão apendicular que por via de regra é a causa das perturbações anexiais.

---

(1) Platero na *Revista medica de Uruguay* (1917) num artigo intitulado — *O sindroma apendicular na menstruação*, — apresenta dois casos de anexite bilateral exacerbada com a menstruação, em duas virgens, uma de 16 anos, outra de 18, com o sindroma apendicular: dor intensa na fossa ilíaca direita, vómitos, prisão de ventre, temperatura elevada e taquicardia.

A primeira foi operada: apêndice levemente congestionado, líquido seroso na cavidade peritonial, ovários muito congestionados e aumentados de volume.

Uma terceira, virgem, de 48 anos, apresentou numa menstruação um ligeiro sindroma apendicular; uma ascensão brusca da temperatura impoz a intervenção: constata-se uma apendicite gangrenosa e um abcesso pélvico.

O *osteo-sarcoma* da fossa ilíaca constitui uma massa dura, indolor, sem febre, com crescimento progressivo de maneira que a confusão parece impossivel. Existem, porêm, formas *larvadas* de apendicite que podem simular osteo-sarcoma.

O exemplo de Tufier é frisante. Uma doente de 47 anos, apresentava na fossa ilíaca direita uma massa dura, indolor e de crescimento progressivo, havia oito meses. Antecedentes nada revelavam. Apirexia, hiperleucocitose e hiperglobulia. Não parecia, pois, sarcoma nem epitelioma. Á operação revela-se um abcesso de origem apendicular.

Com *a apendicite crónica* podem confundir-se *certas gastropatias* e *afecções genitais*, a *enterocolite muco-membranosa* e *a prisão de ventre habitual.*

É a apendicalgia espontânea ou provocada um sintoma tam constante na apendicite que a sua constatação é o meio mais eficaz de evitar um êrro de diagnóstico.

Ultimamente bastante se tem escrito sôbre a apendicite crónica que ocupou sempre, nos tratados de clínica, um logar meramente secundário.

Devemos, porêm, confessar que as descrições clínicas ainda não são absolutamente concordes. Vejamos dois exemplos. — O Dr. A. Pereira estabelecendo um minucioso paralelo entre a apendicite crónica e a prisão de ventre habitual faz o seguinte diagnóstico diferencial:

Dor — na apendicite é constante, costumando irradiar-se, aumenta com a menstruação, a cefalalgia só existe quando há febre; *a dor — na estase fecal* não é constante excepto no ataque agudo, a menstruação não influi sôbre ela, as cefalalgias são freqùentes e independentes da febre.

Perturbações gastro-intestinais. — Na primeira, náuseas, vómitos espontâneos, freqùentes ordináriamente alimentícios, icterícia catarral rara, feses duras com membranas alternando com feses diarreicas fétidas — *na segunda* vómitos, muito raros fòra do ataque agudo, e quási sempre aqùosos, côr subictérica freqùente, feses duras constantes.

Alterações gerais — na apendicite face esverdeada, contraida, palidez da pele, emaciação moderada, integridade muscular, atrofia tiroidea rara, debilidade e conservação do apetite sensual; — *na estase fecal* face ictérica, não contraida, afivelada, pele de galinha, cianoses locais, emaciação extrema, atrofia muscular, atrofia glandular (supra-renal e tiroidea), debilidade acentuada e anafrodisia.

Perturbações nervosas — na primeira — pseudo-neurastenia não constante; *na segunda* neurastenia: melancolia.

Dados obtidos por exploração — na apendicite dor local podendo provocar náuseas ou vómitos, hiperestesia cutánea; o toque rectal ou vaginal podem revelar a lesão; — *na estase fecal* a dor é mais difusa, não provocando náuseas e geralmente mais acentuada na região umbilical, ausência de hiperestesia cutánea; o toque rectal ou vaginal não dão indicações sôbre a lesão (Higia, Novembro de 1917).

Eis as conclusões de Griffin (1917) no seu estudo sôbre apendicite crónica:

A hipersensibilidade apendicular é o sintoma mais importante e constante; é perceptivel à palpação suave. As perturbações gastro-intestinais são várias: — sintomas dispépticos — falta de apetite, afrontamento e mal estar após as refeições, acentuada hipocloridria com insuficiência motora; — prisão de ventre, *fezes sêcas, raras vezes diarreia;* — sinais de fermentação, flatulência, distenção gazosa, eructações. *A perda de pêso é tam constante que os doentes apresentam-se muito magros.*

Uma dor de cabeça não intensa e angustiante mas importuna e depressiva.

. . . . . .

Resta falar dum elemento de diagnóstico ao qual se tem ligado ultimamente grande valor no estudo das apendicites crónicas: *Os raios Roëntgen.*

Segundo A. George e Gerber de Boston podemos diagnosticar uma apendicite crónica, pela constatação radiográfica ou

radioscópica da conjugação da estase ileal com a existência de flexuosidades ou aderências apendiculares.

Normalmente, seis horas após a ingestão da pasta bismutada, esta deve ter transposto o *ileon*. Se passadas 24 horas, ainda existe bismuto no *ileon*, pronunciamo-nos pela *estase*. Se passadas 48 horas, o apêndice ainda se nota no *écran*, cheio de bismuto, o apêndice está doente.

Igualmente se pode observar a pericolite membranosa ou membrana de Jakson que se manifesta por estase ileal, cæcal e cólica, pelas manipulações sôbre radioscopia e pela constatação seguinte: ao passo que o *colon* ascendente se vai enchendo de pasta bismutada, o *colon* transverso, na sua primeira parte, sofre uma tracção, unindo-se os dois como os dois canos duma espingarda; isto, porêm, não se realisa em casos de atonia cæcal.

Quimby de New-York, partindo do princípio admitido pelos fisiologistas que a contracção do colon nasce normalmente num apêndice são, conclui que o apêndice normal nas suas funções fisiológicas é capaz de receber e evacuar as feses com um rítmo igual ao da evacuação do *colon;* por conseguinte um retardamento na evacuação do apêndice, constatada pelos Raios, Roëntgen, é indício de lesão apendicular.

*
* *

O diagnóstico da forma super-aguda, aguda e crónica, resulta do estado analítico dos sintomas.

O exame clínico da natureza da apendicite quer se trate duma apendicite calculosa, ou perfurante ou simplesmente inflamatória quer de apendicite tuberculosa ou provocada por qualquer doença geral, nem sempre oferece a luz de diagnóstico que era para desejar.

Evolução

As formas agudas se não teem um termo fatal ou não são debeladas pela intervenção cirúrgica, passam ao estado crónico, não sendo raras as recidivas graves.

A terapêutica médica pode tam sómente debelar a crise pois que *tratamento médico da apendicite não existe.*

As formas crónicas podem dum momento para o outro exacerbar-se.

A morte súbita é um acidente raro na evolução da doença e, se em certos casos pode ser aduzida como causa a embolia pulmonar, em outros há que recorrer ao coração ou ao bolbo para reconhecer a causa da morte.

Prognóstico. — As formas super-agudas, para as quais há apenas o tratamento cirúrgico, são particularmente graves; as agudas, quando tratadas médicamente, são de prognóstico reservado, quando tratadas cirurgicamente, o prognóstico depende da precocidade da intervenção: benigno nas 36 primeiras horas da lesão, reservado depois das 48 horas; as formas crónicas são benignas.

As estatísticas médicas parecem oferecer mais vantagem que as estatísticas cirúrgicas, mas esta superioridade é aparente. É que a maior parte das vezes são tratados médicamente os casos benignos ou aqueles em que o diagnóstico foi feito demasiado tarde para que o cirurgião possa intervir com alguma probabilidade de êxito.

Tratamento

Principiemos pelas fórmulas absolutas:

Nas formas super-agudas e nas agudas com peritonite supurada generalizada, há uma única indicação formal — a intervenção cirúrgica urgente, imediata.

É êste o único meio de salvar o doente.

A incisão de Roux parece a preferível pela rapidez da intervenção; a invaginação peritonial do coto apendicular pode escusar-se; basta a termo-cauterização. A brevidade da operação é neste caso um factor importantissimo. As incisões múltiplas e drenagem do abdómen são indicadas e bem assim a drenagem de fundo de saco posterior da vagina na mulher; a drenagem parasagrada no homem é sem dúvida uma complicação na operação.

Nas formas agudas com peritonite supurada circunscrita, a indicação é óbvia — abrir e evacuar o abcesso. Esta operação é duma benignidade extraordinária mas a recidiva é possível, embora não freqüente, se o apêndice permanece. Parece que neste assunto a conducta deve ser pautada pelo estado da lesão: se o apêndice é facilmente extirpavel, a sua ablação é um dever; se para tirarmos o apêndice, corremos risco de abertura e inoculação da cavidade peritonial, a abstenção é a regra, pois que periga com mais probabilidade a vida do doente neste caso, do que com a possibilidade duma recidiva após a simples abertura e evacuação do abcesso.

Nas outras variedades clínicas da forma aguda, se o es-

tado é grave ou se agrava, as indicações estão na dependência da precisão cronológica do início da lesão (1). Nas primeiras 36 horas a intervenção está absolutamente indicada. As estatísticas cirúrgicas modernas apresentam uma mortalidade que oscila entre 0,5 a 0,9 %, nas operações feitas dentro das primeiras 24 horas isto é, um número muito inferior ao das estatísticas médicas alemãs 1,7 % (Rötter); 5 a 7 % nas realizadas dentro das 48 horas; 15 a 18 % nas dum período ulterior. Passadas as 36 horas, a intervenção será, pois, imposta pelo agravamento progressivo e inquietante do estado do doente; se, porêm, a doença estaciona, se a análise cuidada e meticulosa de todos os elementos de ordem clínica e laboratorial não nos fazem prever uma intensificação do processo infeccioso, a expectação armada, aliada aos cuidados médicos, será a conducta do clínico.

Debelada a crise, a apendicectomia deve fazer-se, tal é a opinião da quási totalidade dos médicos franceses, alemães, americanos e ingleses.

O período de arrefecimento que se impõe, segundo Jalaguier, é, nas formas mais graves, de sete semanas após a queda da temperatura e o desaparecimento da febre, nas formas ligeiras, metade dêste período: há, porêm, cirurgiões audazes que não levam tão longe a sua expectação.

O tratamento da apendicite crónica tem sido nos ultimos anos um ponto de grandes discrepâncias. Até 1912, podemos

---

(1) Indica-nos gravidade ou agravamento, a constatação ou aparição de alguns dos sintomas seguintes: modificação rápida do aspecto do doente; intensidade e duração da dor inicial, (20 horas segundo Nelaton), ascensão térmica, dissociação do pulso e temperatura, hipotermia; alterações do pulso — variações no ritmo, instabilidade na freqüência, taquicardia (120) ou bradicardia, intermitências; perturbações hepáticas — ictericia ou subictericia; perturbações renais — albuminúria, hematúria e anúria; perturbações respiratoriais — dispneia e polipneia; perturbações gastro-intestinais — meteorismo, vómitos, diarreia; variações quantitativas dos leucocitos — hiper-leucocitose e hipo-leucocitose...

dizer que a maioria dos médicos opinava pela intervenção, já por que se destruia um foco, que era uma ameaça constante à vida do doente pelas reacções peritoniais que podia originar, já porque a ablação do apêndice arrastava comsigo o desaparecimento do cortejo sintomático da apendicite crónica.

Ultimamente teem aparecido, nas revistas e jornais médicos, a combater a resecção apendicular, uns, considerando o apêndice como um orgão secretor de hormonas com uma possível acção favorável ao peristaltismo e conseguintemente à evacuação intestinal; outros, como Brosch, reconhecendo no apêndice a existência dum muco muito viscoso, destinado a lubrificar as feses impedindo a sua desidratação e conseqüente estase; outros, ao lado de Keetley, por preferir à resecção, mesmo em casos de cálculos ou de pequenas inflamações repetidas, a fistulização apendicular ou apendicostomia, já porque esta operação transforma o apêndice num tubo de descarga do *cæcum* para gazes e matérias fecais bem como abre uma porta aos agentes medicamentosos que podem ir actuar sôbre uma colite, uma enterite, uma oclusão parcial, ou uma prisão de ventre habitual que por acaso acompanhem a apendicite e para as quais outra via de acesso é ineficaz, já porque esta fístula de breve se oblitera, ficando o apêndice pronto a servir para uma nova apendicostomia caso a ela haja mister recorrer-se.

Sou, porêm, a dizer que a existência de hormonas apendiculares e a sua acção fisiológica não receberam ainda, que eu o saiba, o *veredictum* da publicidade em anais de fisiologia ou biologia.

Segundo Brosch, a ablação ou obliteração do apêndice favorece a estase fecal; ora esta afirmação vai de encontro a muitos factos da minha observação clínica, nos quais eu tenho constatado suceder, após a apendicectomia, uma regularidade de dejecções a uma pertinaz prisão de ventre.

Eis algumas observações

—E. da E. B. B. S. era uma doente de 35 anos, virgem, residente no Pôrto, natural de Vila Real.

Os seus antecedentes familiares não apresentam nada digno de nota; como antecedentes pessoais há a registar crises apendiculares desde os catorze anos e uma albuminúria, aos vinte e cinco. Dum histerismo exagerado, apresentava, ao exame do aparelho respiratório, uma expiração soprada nos vértices e uma diminuição global do murmúrio vesicular.

A tensão máxima, pelo oscilómetro de Pachon, media 12, a mínima 7, o pulso batia 72 por minuto, tratava-se pois, duma hipotensa.

Já de longa data vinha sofrendo de crises intestinais, iniciando-se por violenta gastralgia, seguida de dores intestinais mais acentuadas na região periumbilical mas irradiando por todo o abdómen e terminando por descargas de mucosidades e algumas fezes diarreicas. Após a crise, sobrevinha uma prisão de ventre renitente que não obedecia nem a laxantes nem a clisteres simples, cedendo um pouco ao clister oleoso ou ichtiolado.

Apetite caprichoso. Vómitos freqüentes.

O exame clínico e laboratorial não revelam lesão renal.

As suas crises apendiculares eram caracterizadas por: dores na fossa ilíaca direita, ascensão térmica a 39º, muito raras vezes a 40º, enjôos, vómitos, gastralgias e prisão de ventre; no período de defervescência, descargas de pús pelo recto.

As crises repetiram-se quatro vezes, com uma certa intensidade, até aos 18 anos.

Afora umas pequenas crises de ligeira reacção febril e grande excitação nervosa, a doente passou regularmente dos seus incómodos apendiculares até aos 30 anos.

A menstruação que, até esta data, tinha produzido tam sómente uma ligeira exacerbação da crise apendicular, começou, desde então, a influir extraordinariamente sôbre a apendicite e a pequena crise apendicular sucedia-se mensalmente com a regularidade do fluxo catamenial. Sobrevieram depois crises mais intensas que levaram a doente a um grande depauperamento orgânico. A meados de Novembro de 1917, teve uma crise aguda de apendicite a qual lhe principiara por uma violenta gastralgia com vómitos, tremuras, arripios, *trismus* masseterino.

A temperatura subiu progressivamente de forma que ao ter-

ceiro dia o termómetro marcava 39°. A prisão de ventre era absoluta, a apendicalgia manifesta, com meteorismo, hiperestesia cutânea e defesa muscular. Grande excitação nervosa, obrigando a doente a mover-se na cama, o que mais lhe exacerbava as dores.

O clínico assistente procedeu à imobilização e tratamento médico tendente à debelação da crise.

Quando fui chamado para vêr a doente, esta apresentava na fossa ilíaca direita uma zona de empastamento com hipersensibilidade à pressão mas já sem dor espontânea, a temperatura não passava de 37°,5. Só a 10 de Dezembro tinha desaparecido à palpação a zona de empastamento peri-apendicular. Ao toque rectal, notei o ovário direito muito doloroso e caido no fundo de saco de Douglas, suspeitando de ovarite quística com salpingite catarral. Propuz a apendicectomia e a possível ablação do ovário e trompa direitos, o que foi aceite.

A 19 de Dezembro era a doente por mim operada no hospital da Lapa, sob anestesia pelo eter. Processo de Battle. Apêndice muito congestionado, com ponteado seroso hemorrágico, triplicado de volume, com ligeiras aderências cæcais, tendo de comprimento dez centímetros.

Verificada a existência da ovarite quística e salpingite catarral procedi à salpingo-ovariectomia.

O canal apendicular apresentava varios apertos cicatriciais, mas permeavel em toda a sua extensão. Líquido muito espêsso e turvo.

Após a operação, teve a doente uma injecção de pantopon (0gr.,02) e gêlo sôbre o estómago para debelar os vómitos que eram um pouco freqùentes. A temperatura no dia seguinte era de 37°,8; estado nauseoso, excitação nervosa.

Ao 2.° dia, temperatura 37°,3; disposição regular. Ao 3.° dia, temperatura 36°,6, boa disposição, gazes que sairam mediante clister.

No quinto dia, 20 gr. de sulfato de sodio seguidos de clister simples. A alimentação que era apenas de leite, caldos engrossados com farinha, e fruta, passou gradualmente ao regímen ordinário. Ao fim de doze dias, a doente regressava a sua casa, curada.

Tenho-a observado varias vezes: apetite normal, funcções digestivas perfeitamente normalizadas. Aumentou de pêso, restabeleceu-se por completo do depauperamento extraordinário em que se encontrava.

É interessante registar que as perturbações gástricas simulavam o sindroma pilórico do *ulcus:* Dores após a ingestão dos ali-

mentos, com hipercloridria; o bicarbonato calmava um pouco as dores que terminavam completamente com os vómitos alimentares; sinais de fermentação — flatulência, eructações e distensão gazosa; estase gástrica.

— M. F. de 36 anos, casado, residente no Pôrto, natural das Caldas da Felgueira, entrou no Hospital da Lapa para ser operado.

Antecedentes familiares — pais saudáveis.

Antecedentes pessoais — varicela e gripe.

TM. = 13, Tm. = 9, P. = 56; bradicárdico, eutenso, hiposistólico. Estado gástrico nauseoso, prisão de ventre.

Pontos renais (lombares) dolorosos, urinas sem elementos anormais (o exame do sedimento não foi feito).

Refere o doente que as crises apendiculares iniciavam-se pela apendicalgia, seguida de vómitos; a dor era muito intensa, obrigando-o à imobilidade absoluta.

Empastamento abdominal peri-apendicular. Era curioso que a dor passados três dias desaparecia. Ascensão térmica ligeira, não ultrapassando 38°,5. Ao fim de 15 dias tudo estava debelado, podendo o doente retomar o seu trabalho de *chauffeur*.

Ultimamente estas crises amiudaram-se e o repouso, dieta e compressas quentes que debelavam a crise, começaram a tornar-se ineficazes. Foi operado, sob anestesia pelo eter; processo de Battle: pregas de Lane, apêndice congestionado e ligeiramente hipertrofiado, ponteado hemorrágico da mucosa, canal apendicular perfeitamente livre. Fez-se a resecção das pregas de Lane. A temperatura não passou de 36°,9.

Levantou-se o doente ao quinto dia e ao nono saia do hospital, curado. A função do aparelho digestivo é normal.

— E. L. A. L. C., de 19 anos, virgem, entrou no Hospital da Lapa a 23 de Fevereiro para ser operada de apendicite crónica.

Antecedentes familiares — o pai, velho prostático, morreu duma infecção urinosa; a mãe é saudável; irmã tuberculosa.

Antecedentes pessoais — icterícia aos três anos, prisão de ventre desde criança, cólicas hepáticas (?), sarampo, epistaxis e insuficiência ovárica.

Grande emotividade.

TM. = 14, Tm. = 9, P. = 95; taquicárdica.

Ultimamente entero-colite muco-membranosa com largo período de prisão de ventre, alternando com crises diarreicas.

Função renal normal.

Ha três meses, dor apendicular, ligeira ascensão térmica, náuseas e vómitos, empastamento peri-apendicular. Tudo cedeu rapidamente com a imobilização e dieta, persistindo o ponto doloroso de Mac-Burney. Em Janeiro nova crise, pequena também.

Êste caso clínico encasa perfeitamente no quadro da auto-infecção de Gilbert e Lereboullet.

Operação sob anestesia pelo eter, processo de Mac-Burney. Apêndice flexuoso, congestionado e varicoso. Ovarite quística e salpingite catarral direitas. Complicações post-operatórias: epistaxis rebeldes e menstruação. Ao fim de doze dias, a doente saiu curada.

O uso da ovarina tem modificado e atenuado muito a insuficiência ovárica.

Aparelho digestivo normal.

— M. P. M., de 22 anos, virgem, natural de Baião, residente em Teixeiró, entrou no Hospital da Lapa a 23 de Agosto de 1917.

Antecedentes familiares — nada digno de menção.

Antecedentes pessoais — sarampo quando criança e uma angina aos sete anos.

TM. = 14, Tm. = 9, P. = 66.

Prisão de ventre.

Há um ano dor apendicular com irradiação para a côxa direita, empastamento local, dor espontânea e à pressão, hiperestesia cutânea, defeza muscular. Ligeira hipertermia.

Em Abril novo acesso que se veio repetindo mensalmente com a menstruação, se bem que a crise fosse de curta duração. Pontos de Morris positivos.

Apendicite crónica com possível ovarite quística e salpingite catarral.

Apendicectomia, sob anestesia pelo eter, processo de Battle, salpingo-ovariectomia direita. Apêndice congestionado, mucosa edemaciada e equimótica, canal apendicular perfeitamente livre. Ovarite quística e salpingite catarral.

O período post-operatório decorreu normalmente.

Curada. Aparelho digestivo normal.

— C. F., de 23 anos, virgem, entrou no Hospital da Lapa a 6 de Outubro de 1917.

Antecedentes familiares — pae reumático.

Antecedentes pessoais — anemia.

Grande emotividade, crises histéricas.

Fraca amplitude da excursão respiratória.

Taquicardia emotiva. TM.=17, Tm.=11; hipertensa e hiposistólica.

Colite sêca, alternando com crises diarreicas. Cólicas freqüentes nas horas mais afastadas da actividade digestiva.

Ha três anos, apendicalgia violenta com empastamento periapendicular, hiperestesia cutânea e defeza muscular. As dores irradiavam para a região hepática e pelve. Debelada a crise, a apendicalgia persistiu, e bem assim gargolejo e marulhar da fossa ilíaca direita; colon ascendente muito sensível e timpanizado. Exacerbações mensais da dor apendicular.

Apendicectomia, sob anestesia pelo eter, processo de Mac-Burney. Resecção de prégas de Lane; salpingo-ovariectomia por ovarite quística e salpingite catarral. Estado congestivo cæco-cólico.

Apêndice flexuoso com apertos cicatriciais reduzindo o lume do canal apendicular, donde sai líquido purulento; varicosidades.

Hipertermia durante 8 dias, ascensão máxima a 38°,1.

Saiu curada. Aparelho digestivo normal.

Quanto à apendicostomia, o seu valor no tratamento da apendicite crónica parece-me bastante precário, pois que, se as lesões intestinais que podem constituir motivo para que essa operação seja o processo de escolha, são de data recente, a apendicectomia é bastante para restabelecer a normalidade, como vimos das observações anteriores e como eu poderia comprovar com muitos outros factos da minha observação; se são antigas, por via de regra, as alterações apendiculares são profundas, de maneira que a conservação do apêndice é impossível.

É bem verdade que há perturbações de origem apendicular que não desaparecem com a apendicectomia, mas isto não importa falência da operação mas sim da indicação clínica.

Assim: Uma apendicite crónica com pericolite membranosa requer ou a resecção da membrana de Jackson ou a colectomia, seguida de anastomose ileo-cólica que, no dizer de Lane, é mais inofensiva que a resecção.

A existência de pregas de Lane, de aderências epiploicas

impõe, como complemento, a resecção das pregas e aderências ou a ileocolostomia.

A apendicite crónica de origem tuberculosa impõe a cæctomia e subseqüente ileocolostomia.

Uma apendicite crónica com colite antiga — colons deformados por apertos cicatriciais e aderências múltiplas, impõe, como complemento da apendicectomia, a ileocolostomia inferior, ou ileosigmoidostomia.

Eis por que a apendicectomia pura e simples no caso citado a pag. 43, não deu resultado.

Vejamos ainda alguns casos em que a operação teve um efeito precário.

— J. B. B., de 28 anos; casado, natural do Pôrto, sofria desde longa data de entero-colite mucomembranosa, com dilatação cæcal, marulhar, gargolejo e timpanismo; dor à pressão no *cæcum* e *colon* ascendente até ao ângulo hépato-cólico.

Teve duas crises violentas de apendicite com ascensão térmica a 40º, apendicalgia violenta, hiperestesia cutânea e defeza muscular, vómitos alimentares e biliosos e pertinaz prisão de ventre com meteorismo.

As crises foram debeladas médicamente.

Entrou no Hospital da Lapa para ser operado.

Incisão de Jalaguier; constata-se uma pericolite membranosa: o estado inflamatório fez adiar ao operador a intervenção.

Passados 40 dias de arrefecimento e repouso, nova intervenção: apêndice muito congestionado, canal ulcerado, quási obliterado, e gânglio ileo-cæcal hipertrofiado e que, estudado histologicamente sob o caracter tuberculoso da lesão, deu resultado negativo.

O doente saiu do Hospital um pouco melhorado da sua prisão de ventre que voltou a exacerbar-se.

De vez em quando uma febre intestinal com crise diarreica.

— Em Outubro de 1917, entrou na enfermaria do Hospital da Lapa a doente A. F. H. de 27 anos, virgem, residente no Porto, tecedeira. Queixava-se de dores abdominais, náuseas, vómitos e gastralgias.

Antecedentes familiares — o pai morreu de tuberculose larín-

gia e pulmonar; a mãe sofre de tuberculose óssea; os irmãos morreram todos de pouca idade.

Antecedentes pessoais — fraqueza geral, amenorreia durante seis meses, gastralgias e prisão de ventre.

Grande emotividade, crises nervosas.

Sindroma hiposfíxico, pontadas de lado mais acentuadas à esquerda, dor à pressão nos espaços intercostais, expiração soprada.

TM. = 16, Tm. = 11, P. = 68, hipertensa hiposistólica. Desdobramento do 1.º ruído.

Dor violenta, provocada, no ponto de Mac-Burney, empastamento, muito doloroso, periapendicular, dilatação cæcal, ausência de temperatura.

Debelada a crise, anorexia, vómitos e dores abdominais, crise diarreica, alternando com pertinaz prisão de ventre, e distensão gazosa.

Propoz-se-lhe em Janeiro de 1917 a intervenção. Incisão de Mac-Burney: — apêndice hipertrofiado, de canal quási obliterado, congestionado, equimótico, ligeiras aderências do *meso* ao *cæcum* que estava muito aumentado de volume e congestionado.

Estado apirético post-operatório.

Passados 15 dias apareceu uma tumefacção na zona cicatricial com dor, rubor e temperatura local, o que cedeu a revoluções locais.

A prisão de ventre continua e bem assim as cólicas intestinais devidas aos gazes; dilatação cæcal mais acentuada, com gargolejo, marulhar e dor à pressão.

Em Dezembro de 1917 voltava ao Hospital com uns nódulos indolores na zona cicatricial, superficiais, que se abriram espontaneamente, deixando sair um líquido sero-purulento. A cicatrização fazia-se muito irregularmente e o aspecto da ferida e renitência ao tratamento fazia supôr um processo tuberculoso.

O estado intestinal peorou.

— R. J. P. de 14 anos, natural de Braga, entrou a 16 de Outubro de 1917, no Hospital da Lapa para ser operada de apendicite crónica.

Antecedentes familiares — nada digno de menção.

Antecedentes pessoais — sarampo em pequena, insuficiência ovárica. Sindroma hiposfíxico.

TM. = 15, Tm. = 9, P. = 70, eutensa, eusistólica.

Dejecções diárias.

Sofre de apendicite desde os nove anos de idade. Em 1916

teve uma grave crise apendicular com reacção térmica muito acentuada, terminando por uma grande descarga de pús pelo recto. A doente ficou num estado de adinámia profunda.

Presentemente apresenta uma ligeira apendicalgia, massa tumoral movendo-se na fossa ilíaca; à pressão, gargolejo e marulhar com o despertar duma dor importuna.

Operação, sob anestesia pelo éter; processo de Jalaguier: pericolite membranosa e aderências epiploicas, envolvendo o apêndice. A operação foi considerada como concluida.

O período post-operatório decorreu sem incidente; estado apirético.

A percentagem da mortalidade nas apendicectomias a frio é ultimamente de o $^0/_0$, em diversas e numerosas estatísticas alemãs, francesas e americanas.

Tratamento médico (1)

Êste é diferente, consoante os períodos da doença.

No início — imobilidade absoluta, gêlo permanentemente no abdómen; contra a dor, a injecção de morfina; contra o colapso o sôro fisiológico, o éter, a cafeina, o óleo canforado.

A morfina não é só um analgésico, é também um imobilisante. Jalaguier propunha o uso do extracto tebaico, na dose diária de $0^{gr},15$ para o adulto. Esta prática tem, porêm, o inconveniente de paralisar os movimentos epiploicos que miram a limitar a infecção.

O sôro é um diurético, é um estimulante da fagocitose, e, aumentando a massa sanguínea, dilui as toxinas. Pode ser administrado por via sub-cutânea, intra-venosa ou por via rectal, quer *gota-a-gota;* quer em clister com umas xx ou xxx gôtas de láudano para aumentar a tolerância. A via intra-ve-

(1) A indicação da intervenção cirúrgica não exclui o tratamento médico concomitante, muito de contrário exige-o.

nosa reserva-se aos casos de grande urgência: hemorragias, estados adinámicos...

A aplicação do sôro *gota-a-gota* é duma extrema simplicidade e muito cómoda para o doente.

Tenho aplicado, por êsse processo, três litros de sôro nas 24 horas, manifestando todos os doentes uma tolerância absoluta. As doses variam com os casos clínicos. Assim: ao passo que, na apendicite catarral com peritonismo, nós aplicamos 250 c.c. a 500 c.c. diários de sôro, nas formas septicémicas, nas peritonites generalizadas, tem-se levado o uso do sôro até 5 e 8 litros diários. É claro que, alêm de 5 litros, a injecção subcutânea não é muito bem tolerada.

— Proscrição formal de purgantes e clisteres. Os movimentos intestinais contrariam a peritonite plástica limitante. A êste respeito o acôrdo não é absoluto. Citarei apenas dois nomes.

— Albert Robin, abstencionista e o cirurgião Sonnenburg de Berlim.

Robin orienta o tratamento dêste modo: Repouso na cama, dieta hídrica e purgantes que podem ser os calomelanos em quatro doses de 10 centigramas, ou o óleo de rícino, 30 gr. com uma ou duas gotas de tintura tebaica ou um centigrama de extracto de beladona.

Contra a distensão e sensibilidade gástrica com marulhar, pós de grande saturação (1) que serão tomados sempre que apareça êsse mal estar gástrico.

---

(1) Hidrato de magnésio 1gr.,50
Bicarbonato de sódio . . . . . 1gr.
Assucar branco . . . . . 2gr.
Codeina 0gr.,005
Carbonato de cálcio precipitado. } ãã 0gr.,30
Sub-nitrato de bismuto. . . . . }
Num papel. N.º 10.

Logo que o purgante produza efeito, unta-se o flanco direito com uma pomada mercurial beladonada (1) e aplica-se o gêlo.

Para combater a dor, duas ou três pilulas de codeina e genciana (0gr.,02 da 1.ª e 0gr.,10 da 2.ª para cada pilula).

Á noite clister a 38º de um litro de água fervida, adicionado de duas ou três colheres de azeite. Se o líquido vem com feses duras ou estas se percebem por palpação abdominal, novo purgante e subseqüente clister.

O repouso, dieta hídrica e o gêlo no ventre serão conservados até à desaparição da dor apendicular espontânea ou provocada.

Sonnenburg, a não ser nos casos muito graves e de indicação cirúrgica imediata, administra, no princípio da crise, uma purga de óleo de rícino, a qual tem, segundo afirma, a vantagem de ser um excelente tratamento nas crises benignas e um fácil meio de diagnóstico das crises graves e que careçam de intervenção cirúrgica.

Estes dois modos de vêr são isolados.

No período de estado, se a intervenção não se fez, o tratamento consiste na abstenção alimentar absoluta, com a permissão de algumas colheres de líquido, durante o dia, para combater a secura.

A sêde será debelada pela administração de sôro.

Passadas 24 horas, após a queda da temperatura, prescrição facultativa do purgante e do clister; alimentação láctea du-

---

(1) Unguento mercurial duplo . . . . 40gr.
Extracto de beladona . . . . . 10gr.
F. S. A.

rante uns quinze dias; gêlo no abdómen, imobilização durante um mês (1).

Uma recaida que não se debela nas primeiras 36 horas impõe a intervenção. A mesma indicação na recrudescência.

*

* *

Dois caminhos pode seguir a infecção, após o periodo de estado, ou o do abcesso, ou do arrefecimento, os quais teem uma indicação — a intervenção cirúrgica.

Tratamento cirúrgico

Apendicectomia. — Diferentes processos teem sido preconisados mas, em verdade, eles, à excepção da via lombar, só diferem na incisão da parede abdominal e procura do apêndice.

Vejamos os principais:

Processo de Mac-Burney. — Incisão de 7 a 10 centímetros de comprimento, na direcção do grande oblíquo, a dois dedos travessos da espinha ilíaca antero-superior que é o ponto de referência para o meio da incisão. O músculo grande oblíquo é dividido e não seccionado; o mesmo sucede ao pequeno oblíquo e transverso de modo que a divisão sucessiva das fibras musculares determina duas aberturas quási perpendiculares entre si.

Com êste processo não há eventrações post-operatórias, poisque não há diminuição de resistência da parede abdominal. No caso, porêm, de aderências o campo é muito exíguo.

---

(1) *Est modus in rebus;* é evidente que êste rigor não é aplicável às pequenas crises apendiculares de duração máxima de oito dias.

Harrington, para obviar a êsse inconveniente, propoz o alargamento pela incisão da bainha do grande de recto.

Processo de Roux de Lausanne. — Incisão côncava para cima e para dentro, paralela à arcada de Falópio, a dois dedos travessos da espinha ilíaca antero-superior, ficando metade acima deste ponto de referência.

Dá acesso rápido e é o que mais directamente leva ao apêndice mas tem o inconveniente da secção das fibras musculares, pelo que caiu em desuso.

Processo de Battle, preconisado por Jalaguier. — Incisão vertical sôbre o grande recto do abdómen, de 6 a 8 centímetros de comprimento, cujo meio coincide com o ponto de Mac-Burney.

O grande recto é libertado da sua bainha por ligeiros golpes de bisturí ou de tesoura e afastado para a linha média.

É o mais usual.

Citemos ainda, a titulo de documentação, — a via mediana sub-umbical, e a via lombar com incisão da nefrectomia, a qual em casos de rim móvel ou qualquer lesão renal concomitante com a apendicite, tem as suas indicações.

A incisão de Chaput, segundo uma linha horisontal indo da espinha ilíaca antero-superior ao bordo externo do grande recto, parece que só teve um único defensor: Chaput.

Qualquer que seja o processo que se escolha, chegando ao peritoneu, secciona-se, entrando dêste modo na cavidade peritonial. O grande ponto de referência é o *cæcum* com as suas bandículas longitudinais que se vem reunir precisamente na inserção cæcal do apêndice.

Êste nem sempre é fácil encontrar-se; quando é retro-cæcal, a sua pesquisa torna-se quási sempre muito difícil. Por vezes o dedo encontra uma tumescência constituida por tecido inflamatório no meio do qual está o apêndice; consegue-se a maior parte das vezes atingi-lo, por pontos de clivagem obti-

dos pelo dedo simples ou envolvido numa compressa fina de gase.

A libertação do apêndice deve fazer-se até à sua inserção cæcal, para evitar a permanência dum coto apendicular que pode dar origem a perturbações análogas às que determinaram a operação.

A libertação é muito difícil quando o apêndice se encontra aderente à parede pélvica, ao útero ou ovário, ou à fossa retro-cólica. Ás vezes encontram-se, como eu já tive ocasião de observar, apêndice, *cæcum* e intestino delgado constituindo um novêlo de aderências que poem à prova a paciência e a perícia do cirurgião.

Deve laquear-se a artéria apendicular na base do *meso*, passando a agulha na área avascular junto ao apêndice, pois que a artéria está situada entre esta área e a extremidade livre do meso-apêndice.

Após a laqueação, secciona-se o meso-apêndice, restando sómente a inserção cæcal onde se passa um fio de catgut.

Moynihan recomenda o cuidado de laquear uma pequena artéria que corre ao longo do próprio apêndice e que expõe ao precalço da hemorragia post-operatória, contando-se já dois casos de morte por hemorragia devida a êsse pequeno vaso.

A secção do apêndice pode fazer-se pelo termocautério que oferece a vantagem de cortar, esterilisando, ou pelo bisturi. Resta enterrar o cotoapendicular numa prega da parede cæcal por uma sutura em bolsa ou por sutura elíptica.

Por vezes encontra-se um abcesso ántigo no qual se encontra um pús cremoso que é esteril ou pús líquido mas antigo que muito provavelmente é esteril também. Devemos contudo frisar que, não obstante estas considerações, sempre que haja abcesso e que o líquido se tenha extravasado na cavidade peritonial, a drenagem deve fazer-se como medida de prudência ou como meio necessário de defesa.

As aderências epiploicas, as pregas de Lane, a membrana de Jackson devem merecer a atenção do operador para que

êste proceda ou à sua resecção ou a qualquer outra intervenção que as circunstâncias indiquem.

A rutura da parede far-se há, procurando tanto quanto possível a reconstituição anatómica.

*

* *

A intervenção cirúrgica nos abcessos peri-apendiculares importa o cumprimento de dois preceitos:

1.º — a incisão deve ser feita na parte mais superficial e acessível do abcesso;

2.º — a drenagem da parte inferior da cavidade deve ser absolutamente garantida.

Nos abcessos pélvicos de origem apendicular, dois processos disputam a primasia: O processo inglês da abertura e drenagem rectal e o processo preconisado por Galliard — abertura e conseqüente drenagem por via prerectal (incisão da talha de Nélaton).

Anestesia

Quando a operação fôr feita, sob anestesia geral, o anestésico a preferir é o éter, visto tratar-se duma operação abdominal.

Devemos dizer que a anestesia raquidiana pela stovaina dá um resultado perfeito.

Ultimamente tem sido apregoada a novocaina local, como o anestésico preferível, pela diminuição do choque operatório.

Uns anestesiam o peritoneu com o cloridrato duplo de quinino e ureia, outros, como Wiener, injectam mesmo o meso-apêndice com a novocaina adrenalinada.

Tratamento post-operatório

Nas apendicectomias a frio, dieta absoluta nas primeiras 24 horas, dieta líquida no 2.º, 3.º e 4.º dia; no quinto dia, farinhas, clister de limpesa ou purgante ligeiro se o exame clínico o indicar.

Depois, transição progressiva para o regimen comum. Em regra, porêm, devemos observar, nos primeiros dois meses o regímen será tanto quanto possível lacto-vegetariano.

Nas peritonites apendiculares — colocar o doente na posição de Fowler para garantir uma boa drenagem, combater o *ileus* paralítico, assegurando a evacuação intestinal; combater a septicemia, administrando o sôro fisiológico, procedendo à lavagem do estómago; levantar o estado geral pelo clister alimentar, pela injecção de azeite lavado e esterilizado até 40 gr. diários, procurando tanto quanto possível poupar a via gástrica.

No caso de abcesso de origem apendicular — a lavagem antiséptica diária constitue a indicação especial.

Complicações post-operatórias

Dores na fossa ilíaca direita. — Aparecem ordináriamente dois ou três meses após a operação.

Umas vezes trata-se dum acesso de epiploite, outras vezes de aderências que se teem formado, ou porque o côto apendicular não tenha sido invaginado na parede cæcal ou porque tenha originado reacção peritonial ou porque tenha havido uma supuração do plano profundo da parede com formação de membranas que embaraçam o esvasiamento intestinal.

Ás vezes tratar-se há mesmo duma ablação incompleta do apêndice como num caso citado por Moynihan.

Estas dores são em alguns casos tam rebeldes que só uma intervenção é o remedio eficaz para as debelar.

Hemorragias. — Umas são devidas a faltas operatórias; outras à infecção, principalmente nas apendicectomia a quente. A laqueação põe termo ao acidente.

Outras há que são devidas a ulceração gástrica ou intestinal que muitos atribuem a embolia venosa, outros a trombose arterial, terminando pela ulceração da artéria por necrose.

Por via de regra, felizmente, esta hemorragia é passageira.

Fístulas estercorais. — São bastante freqùentes na abertura a quente dos abcessos apendiculares. A sua existência é cabalmente explicada pela ulceração do intestino banhado, por assim dizer, permanentemente em pús durante alguns dias. Devemos, porêm, notar, que a cura espontânea em regra não se fará esperar, procedendo-se à lavagem com a água oxigenada.

As fístulas que aparecem tardiamente, após uma cicatrização aparentemente perfeita, são muitas vezes de origem tuberculosa e, neste caso, a sua cura é muito problemática.

Eventração. — É uma complicação freqùente na intervenção a quente pelo processo de Roux e principalmente nos abcessos apendiculares. A sua cura é muito difícil, na maior parte dos casos.

Oclusão intestinal. — O *ileus* paralítico é uma complicação da apendicectomia a quente. A oclusão por aderências ao intestino ou sejam pregas epiploicas ou pericolite membranosa ou cicatricial, é um acidente da operação a quente bem como algumas vezes também da apendicectomia a frio.

Hawkes aconselha, para evitar esta complicação, a interposição do epiploon entre a parte sangrenta e as ansas do intestino delgado.

A oclusão manifesta-se por vezes tam violentamente que impõe uma intervenção urgente.

Abcessos da parede e abcessos secundários do fundo de saco de Douglas. — São uma complicação da operação a quente. Os primeiros são muito raros. Os segundos são uma conseqüência da posição de maior declive do fundo de saco, favorecendo a acumulação de líquidos scépticos. É por isso que na dúvida da limitação perfeita de abcessos extra-pélvicos a drenagem rectal ou vaginal deve fazer-se como medida de prudência.

Conclusões

1.ª O elemento etiológico mais importánte na eclosão da apendicite é o abuso alimentar e o excesso da alimentação carnea.

2.ª A apendicite é uma doença cujos caracteres anatomo-patológicos vão da simples congestão à ulceração, perfuração e gangrena e cujos caracteres clínicos vão da simples apendicalgia ao abcesso periapendicular, à peritonite generalizada, à septicemia.

3.ª No estado crónico, o prognóstico sôbre a evolução futura da doença é impossível

4.ª O tratamento médico nos casos favoráveis debela tam sómente a crise, não cura a apendicite.

5.ª A radioscopia na apendicite crónica não é sómente um elemento auxiliar de diagnóstico, é muitas vezes um meio seguro de definir e orientar as indicações clínicas.

6.ª A apendicostomia não é uma operação definitiva, por conseguinte, no caso de obliteração da fístula, um novo acesso de apendicite pode ameaçar a vida do doente.

7.ª A apendicectomia é extremamente benigna na apendicite a frio, é benigna nas apendicectomias a quente nas primeiras 36 horas, é muitas vezes o único meio de procurar salvar o doente.

8.ª O resultado operatório, quando as indicações clínicas são exactas, é bom.

Proposições

Histologia. — O apêndice é por excelência um orgão linfoide.

Anatomia. — A noção anatómica do apêndice, considerando-o como *reliquat* que tende a desaparecer, é contrária à noção histológica.

Patologia geral. — A hematologia nas infecções agudas é o pulso de resistência orgânica.

Fisiologia. — A acção tóxica do éter sôbre o organismo, na anestesia, caracteriza-se quási exclusivamente pelo sindroma asfíxico.

Matéria médica. — Dos três anestésicos gerais — clorofórmio, protóxido de azoto e éter, é êste o menos tóxico.

Medicina operatória. — A pilorectomia é preferível à gastro-enterostomia.

Clínica médica. — O tratamento da sífilis nervosa consiste essencialmente na medicação arsenicada intensiva, principalmente no uso do arseno-benzol.

Clínica cirúrgica. — A gastro-enterostomia nas ulceras da pequena curvatura é dum resultado muito precário para não dizer nulo.

Higiene. — A profilaxia na apendicite consiste, na sua essência, na higiene elementar.

Obstectrícia. — A eclosão da apendicite, durante a gravidez, não implica termo da gestação.

Medicina legal. — O exame toxicológico tardio, no envenenamento pelo clorofórmio, deve fazer-se nos ossos e na gordura.

Visto.

Teixeira Bastos,

Presidente.

Pode imprimir-se.

Maximiano de Lemos,

Director.

Erratas mais importantes

A pag. 13 — Linhas 29 e 31, onde se lê — imunidade, imunes, leia-se — estado refractário, refractários

A pag. 16 — Linha 8 onde se lê — um papel, leia-se — um papel importante,

A pag. 22 — Linha 11, onde se lê — apêndice como são, leia-se — apêndice são como

A pag. 22 — Linha 22, onde se lê — dão origem, leia-se — dá origem

A pag. 23 — Linha 13, onde se lê — LESÓES ANATÓMICAS, leia-se — LESÕES ANÁTOMO-PATOLÓGICAS.

A pag. 24 — Linha 4, onde se lê — que se trombosam, leia-se — que se obliteram por trombose.

A pag. 24 — Linha 10, onde se lê — pode ser o resultado, leia-se — esta variedade anátomo-patológica pode ser o resultado

A pag. 28 — Linha 16 e seguintes onde se lê — no apêndice da cavidade fechada.

Dieulafoy defendendo a teoria dá, leia-se — no apêndice.

Dieulafoy, defendendo a teoria da cavidade fechada dá

A pag. 33 — Linha 3, onde se lê — prisão renitente, leia-se — prisão de ventre renitente.

A pag. 34 — Linha 11, onde se lê — revelando, leia-se — revelam

A pag. 34 — Linha 17 e pag. 35 linha 3, onde se lê — o *facies*, leia-se — a *facies*

A pag. 42 — Linha 6, onde se lê — *toxidade*, leia-se — *toxicidade*

A pag. 65 — Linha 3, onde se lê — cæctomia, leia-se — cæcectomia

A pag. 73 — Linha 3, onde se lê — rutura, leia-se — sutura

NOTA. — Aparecem no texto acentuações erradas como *periféria* e *embólia*, etc., e bem assim pequenas faltas que o leitor indulgente desculpará.