

12
2940
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

900
THESE 900

APRESENTADA POR

JAMES LIONEL DOWNING

APPENDICITE

(CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA COM OPERAÇÕES
E APPARELHOS)

BAHIA
IMPrensa OFFICIAL DO ESTADO
Rua da Misericórdia, n. 1

1916





Appendicite

900

A appendicite pode ser definida: a inflamação aguda ou chronica do appendice vermiforme, com as suas complicações e productos pathologicos.

Devido ao progresso e desenvolvimento da sciencia medico-cirurgica nestes ultimos annos, a diagnose e o tratamento d'esta molestia formidavel têm sido reduzidos á base scientifica e racional.

No estudo d'este assumpto é necessario começar com a vista clara da anatomia regional do appendice vermiforme e os órgãos contiguos ou proximos que com elle tem importantes relações, isto é, o cecum e a extremidade inferior do intestino pequeno, o ileon, com as suas reduplicações mesentericas, e a valvula iléo-cecal, unindo o canal do ileon com a cavidade do cecum. A posição normal d'estes órgãos na cavidade abdominal é quasi inteiramente dentro da região iliaca direita, mas, devido ao tecido elastico do mesenterio, e ás diversas complicações intestinaes, ás vezes achamos estes órgãos um pouco fóra de suas posições normaes.

O cecum, o maior d'estes órgãos, é collocado quasi inteiramente dentro da região iliaca direita, e immediatamente em cima da metade latero-superior do ligamento inguinal.

A sua extremidade inferior projecta-se na direcção para o meio da cavidade abdominal e toca a região hypogastrica. O seu comprimento normal quando distendido, é cerca de 60 mm. e a sua largura 75 mm. Como nas outras divisões da via intestinal, a estrutura do cecum é composta d'uma tunica sorosa, camada muscular, e tunica mucosa, com os seus nervos e vasos sanguineos e os vasos lymphaticos em abundancia, formando redes complexas collocadas na camada de tecido muscular.

No seu aspecto posterior, o cecum está em relação com o musculo psoas iliaco. No seu aspecto anterior está em relação com o epiploon e a parede abdominal anterior. O seu aspecto lateral é collocado immediatamente em cima da metade latero-superior do ligamento inguinal. O aspecto medio toca a terminação do ileon. No seu aspecto medio-posterior, o canal do ileon une-se com a cavidade cecal por meio da valvula ileo-cecal, composta de dois labios de tecido mucoso, submucoso e a lamina de fibras circulares da camada muscular. O ileon penetra a parede cecal numa direcção obliqua, dirigindo-se para cima, e é suspenso á parede abdominal posterior pelo mesenterio, e, assim, é mantido seguramente no seu lugar.

O cecum é, em regra geral, completamente coberto pela tunica sorosa, e devido ao facto que elle não tem mesenterio, é suspenso pela sua união com o colon ascendente, de modo livre na cavidade abdominal. É geralmente facil distinguir entre o cecum e o ileon pelos fasciculos ou filetes de tecido muscular,

começando na base do appendice vermiforme e correndo longitudinalmente na superficie do cecum.

O appendice vermiforme tem a sua origem na parte medio-posterior do cecum 2,5 ou 3 cm. abaixo da valvula ilio-cecal.

A respeito da sua posição normal, podemos dizer que é variavel. Pode estender-se para baixo sobre a margem superior do pelvis; ou para cima atraz do cecum; ou para cima-esquerda, na direcção do baço. Alem d'essas posições, podemos achal-o em outras diversas regiões da cavidade abdominal, as suas posições anormaes sendo limitadas só pelo seu comprimento e seu mesenterio. Em todo o caso, o filete ou fasciculo muscular anterior do cecum, que é sempre visivel, nos fornece o melhor guia, esse começando na base do appendice.

O seu tamanho é tambem variavel. O comprimento normal, podemos dizer, é cerca de 90 mm, e o seu diametro, cerca de 6 mm. A cavidade do appendice é tambem variavel no seu tamanho, e ás vezes é unida á cavidade cecal por meio d'uma valvula pequena em forma crescente. É completamente coberto pelo peritoneo, e tem o mesenterio que se estende, em regra geral, até a extremidade distal, ligando-o ao mesenterio da parte terminal do ileon.

A tunica muscular tem duas laminas, uma composta de fibras circulares, e a outra de fibras longitudinaes, as quaes continuam-se alem do appendice propriamente, unindo-se com as fibras dos filetes longitudinaes do cecum. A tunica mucosa tem os mesmos caracte-

ísticos geraes da mesma membrana no intestino grande. O tecido submucoso é quasi inteiramente occupado d'estructuras lymphaticas,—glandulas, vasos pequenos, e espaços lymphaticos.

O cecum e o appendice vermiforme recebem o seu sangue pela arteria ileo-colica, esta arteria separando-se em tres ramos: *a*) a arteria cecal anterior; *b*) a arteria cecal posterior,—as quaes por meio dos seus ramos pequenos fornecem sangue para aquellas areas respectivas; e *c*) a arteria do appendice vermiforme. Esta ultima passa para baixo atraz do ileon, entrando no mesenterio do appendice, continua n'este tecido perto da sua margem livre até a extremidade. No seu curso esta arteria manda alguns ramos pequenos para as diversas partes do orgão, sendo a unica arteria do appendice.

Os nervos do cecum e do appendice vermiforme vem do plexo mesenterico superior, e do plexo mesenterico inferior, formando dois plexos, um na camada muscular, e o outro no tecido submucoso.

As estruturas lymphaticas são especialmente abundantes no tecido submucoso do appendice.

Notando os factos que este orgão tem uma grande quantidade de tecido lymphatico; a sua posição normal, pendente; sempre cheio de bacterias; o sangue fornecido por meio d'uma só arteria; a sua cavidade facilmente bloqueada pela inchação da membrana mucosa; a sua resistencia fraca; é facil ver então como a infecção, com todas as suas complicações inflammatorias, póde achar entrada franca n'estes tecidos. A circulação sanguinea

sendo fraca e mais ou menos defectiva, causas triviaes podem produzir ulceras ou a gangrena do membro inteiro.

Factores etiologicos e pathologicos

Nas crianças de menos de cinco annos de idade, a appendicite é muita rara. Nos idosos é tambem rara. E' uma molestia da mocidade e do adulto. E' quatro vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres. A appendicite é uma molestia bacteriana sem excepção alguma. Ás vezes achamos os streptococcus ou os staphylococcus fazendo o papel de causa principal da inflammação do appendice. Mas, muito mais frequentemente, é o *Bacilo coli communis* que achamos como culpado. Nas circumstancias ordinarias este bacillo é innocente, mas nos tecidos enfraquecidos do appendice vermiforme, pode tornar-se pathogenico quando a resistencia destes tecidos esteja enfraquecida, por qualquer causa trivial. Com o apparecimento d'uma tal inflammação, a membrana mucosa immediatamente começa a inchar-se e a bocca da cavidade appendicular pode ser tapada, a cavidade sendo dilatada e cheia de fluido muco-purulento. Nestas condições pathologicas, ulcerações podem manifestar-se atacando a membrana mucosa, ou penetrando nos tecidos mais fundos, ou, ás vezes, perfurando o parede appendicular assim produzindo a infecção geral do peritoneo. A oclusão parcial é frequentemente causada pelos calculos compostos de materia estercoral misturada com os saes de cal e

magnesia e multidões de bacterias. Estes calculos são formados na cavidade appendicular. A obstrucção pode acontecer como o resultado d'uma infecção local n'alguia area catarrhal, ou pela formação d'um estreitamento fibroso na cavidade appendicular. Uma concreção é sempre perigosa. É frequentemente associada á ulceração, como a causa, ou como o effeito do processo ulceroso da obstrucção. A presença d'uma concreção pode ser a causa d'uma perfuração, ou fazendo pressão sobre as estruturas arteriaes, pode causar a gangrena. Corpos extranhos, taes como sementes d'uvas, alfinetes, pedaços de ossos de peixe, etc., podem entrar na cavidade do appendice, e ferindo a membrana mucosa tornarem-se causas de complicações n'estes tecidos.

Si houver uma occupação da cavidade appendicular pelo corpo extranho, ou pela concreção, então, o orificio da cavidade será fechado, a circulação nos vasos sanguineos e nos lymphaticos é logo interrompida ou destruida, as secreções são detidas, os diversos tecidos são congestionados, o appendice augmento assumindo tamanho enorme, os microbios multiplicam-se rapidamente, as paredes do appendice congestionado, logo ficam inflammas, então podem manifestar-se as complicações de gangrena, ulceração, ou da perfuração.

Nas mulheres, ás vezes, a appendicite aguda póde ser secundaria, seguida após as molestias tubo-ovarianas, a infecção entrando por meio do ligamento appendiculo-ovariano.

Complicações catarrhaes nos intestinos, a prisão de ventre habitual, a indigestão com flatulencia são con-

dições que diminuem o vigor e a resistencia nos tecidos do appendice, e assim favorecem a entrada da infecção.

Quando a appendicite vae progredindo até a perfuração, achamos sempre a peritonite nalguma forma.

Si acontecer que o processo inflammatorio seja gradual, e o bacillus coli communis seja a causa da inflamação, então a peritonite póde ser local, devido ao facto que, nestas condições, as adherencias formão-se antes da perfuração, prohibindo a entrada da materia infectada para dentro da cavidade do peritoneo. Quando a perfuração vem subitamente como resultado da inflamação virulenta e do progresso rapido, então a peritonite é inevitavel. Quando o organismo causador é o streptococco, a peritonite geral é a consequencia provavel, as secreções e productos inflammatorios desta inflamação sendo de character fluido, praticamente faltando a faculdade de coagular-se para formar adherencias.

O appendice infectado póde tornar-se grangrenoso rapidamente, ou a gangrena póde proceder de vagar e pelo modo mais ou menos gradual. No anno 1913 fui chamado para operar no quarto dia depois da manifestação dos primeiros symptomas da molestia. Achei na operação o corpo inteiro do appendice numa condição gangrenosa. O doente curou-se com convalescença prolongada.

Em certos casos com perfuração pequena, e os tecidos do appendice bem saturados de fluido lymphoide, achamos que a pequena quantidade de materia infectada é completamente encapsulada pelos coagulações lym-

phoides e adherencias, de modo que o processo inflammatorio póde ser reduzido pelo processo natural.

A appendicite que se cura sem intervenção cirurgica póde voltar a qualquer hora na forma dum assalto agudo repetido, a vida da pessôa correndo sempre em perigo.

No seu relatorio de 500 autopsias, Toft demonstrou as lesões positivas, ou as cicatrizes de lesões curadas, em 36 por cento dellas, mostrando claramente a frequencia desta molestia na raça humana.

Variedades clinicas

Á vista do facto que num orgão do tamanho e da estructura como achamos no appendice vermiforme, uma inflammção qualquer se manifesta de alguma forma ou outra, em todos os diversos tecidos do orgão, ainda que o assalto principal seja dirigido para uma região limitada. Por conseguinte não vale a pena fazer classificações complexas para esclarecer o campo de nosso estudo. Basta uma classificação simples e pratica.

A colica appendicular—é causada pela obstrucção temporaria da bocca da cavidade, devido á congestão mucosa ou d'um processo inflammatorio transitorio da mucosa, o conteúdo estercoral sendo retido—«a prisão do appendice» (Fergusson). Si a condição não fôr logo alliviada, a inflammção tomará a forma de appendicite verdadeira.

Appendicite catarrhal—começa, como o seu nome

indica, na membrana mucosa do appendice, mas não se limita a esta estrutura. Os vasos sanguineos são dilatados e cheios de sangue; a bocca da cavidade fica parcialmente ou totalmente fechada; ha descamação do epithelio da superficie das glandulas numerosas; as ulcerações se manifestão na mucosa; e a cavidade se enche com a mistura de fluido mucoso, bacterias, e materia organica. Os microbios passam por meio dos espaços lymphaticos para os tecidos muculares e sub-sorosos, chegando depois de mais ou menos vinte e quatro horas, na membrana sorosa. A inflamação pôde tomar a forma de resolução, o doente curando-se rapidamente; ou pôde avançar com resultados desastrosos para o doente; ou pôde tomar a *forma chronica*, fornecendo as toxinas para produzir as dores rheumaticas etc. nas diversas partes do corpo. Nestas condições pathologicas se manifestam diversas complicações taes como a suppuração, a gangrena, a perfuração, ou a pyemia com abcesso no figado.

Appendicite gangrenosa—é uma forma septica, na qual a circulação está bloqueada e os tecidos estragados pelos micro-organismos virulentos. O appendice, apodrecido, pôde separar-se da parede cecal, ficando como corpo extranho na cavidade abdominal.

Symptomas

Às vezes o assalto vem subitamente, os symptomas graves manifestando-se no proprio principio do processo inflammatorio. Mas geralmente na appendicite

aguda temos certos symptomas premonitorios, taes como a prisão do ventre, ou diarrhéa, a flatulencia, a nausea, o fastio, a dyspepsia, a fraqueza, a irritação geral da via gastro-intestinal, a lingua branco-amarellada, as dôres colicas em redor do umbigo, e logo mais, uma area dolorosa na fossa iliaca direita. Estes symptomas premonitorios podem manifestar-se pelo espaço de algumas horas, ou ás vezes por um ou dois dias, antes de apparecer os symptomas agudos. Geralmente o primeiro symptoma definido é a dôr colica e intensa.

A lingua fica amarellada e secca. O doente soffre de sêde intensa. O facies mostra as marcas de soffrimento e dôr, até ás vezes a *facies Hippocratica* quando o assalto é virulento. O doente prefere deitar-se ás costas, ou no seu lado direito, com a coxa e o joelho da perna direita na posição de flexão parcial. As respirações são thoracicas.

A dôr póde ser o mais importante symptoma, como é geralmente o mais accentuado. No principio é limitada á região umbilical, e é da qualidade colica; mais tarde manifestando-se pela forma generalizada correspondendo ás regiões governadas pela distribuição do plexo mesenterico superior. Á vista do facto de que o grupo de nervos espinhaes do oitavo até o undecimo, da secção dorsal, tem anastomoses com o plexo de nervos governando a região appendicular, ás vezes notamos as dores reflexas manifestando-se nas regiões governadas por aquelle grupo. No fim do primeiro dia ou no principio do segundo, achamos a dôr loca-

lizada na fossa iliaca direita, e associada com a hyperesthesia da pelle na região proxima. Nos casos em que tem uma posição anormal, a dôr está geralmente na região onde está o appendice. A nausea é um symptoma que apparece cedo no assalto, a causa da nausea e do vomito sendo a distensão da cavidade appendicular pelos productos da inflammação.

Si o vomito persiste é provavel que haja tambem a peritonite ou obstrucção intestinal. Geralmente achamos uma febre ligeira de 38.^o ou 39.^o c. Mas as complicações, taes como a gangrena, e a perfuração etc, podem modificar o curso da febre de tal modo que este symptoma seja de pouco valor na diagnose.

A rigidez dos musculos abdominaes se manifesta, e especialmente no *rectus abdominis* do lado direito, no qual a rigidez é de forma persistente, symptoma quasi sem excepção alguma.

Ha uma area dolorosa limitada,—às vezes diffusa, mas geralmente localizada na fossa iliaca direita, o ponto mais agudo na linha omphalospinosa cerca de 5 centimetros distante da espinha iliaca superior,—ponto de Mc. Burney.

O pulso é rapido em regra geral, chegando até 90 ou 100 por minuto, e o sangue mostra uma leucocytose ligeira. Se o ataque de appendicite continua mais do que 6 dias devemos suspeitar de pus, e especialmente si os symptomas desaparecerem e de repente voltarem dentro do sexto dia e do decimo.

Prognostico

Nesta molestia devemos ter muita cautela a respeito da probabilidade futura. Suspensos sobre o futuro de todo o caso de appendicite estão as nuvens escuras da incerteza e a duvida. O doente póde curar-se perfeitamente no espaço de poucos dias; ou o primeiro assalto póde ser fatal dentro duma semana. Curando-se do primeiro assalto agudo, a inflamação póde assumir a forma chronica com assaltos agudos repetidos, ou tomando a forma fibroide com as suas diversas e numerosas complicações, taes como adherencias, ulcerações, dores persistentes na fossa iliaca direita, diversas perturbações dyspepticas, dores rheumaticas, etc.

Tenho visto tres casos de rheumatismo persistente completamente curados do seu rheumatismo pela amputação do appendice, o mesmo manifestando condições fibroides chronicas, assim demonstrando o facto que o appendice chronicamente inflammado pode ser o foco da infecção, gerando toxinas irritantes e espalhando-as pela circulação para diversas regiões do corpo.

A's vezes as adherencias são tão densas e grossas que ellas tomão a forma de membranas falsas, e, contrahindo e ficando fibroides, podem causar a oclusão completa ou parcial da via intestinal.

Operei no anno 1913 num caso destes com oclusão completa, achando, membrana grossa e dura composta de adherencias e completamente fechando o colon ascendente, começando na sua união cecal

e extendendo-se para cima cerca de 4 centímetros. O doente tinha 52 annos de idade. A convalescença foi normal.

A materia infectada póde ser levada pelos vasos lymphaticos para o figado ou para a diaphragma causando abcessos nestas regiões. Nesta molestia traidora é necessario estar sempre cuidadoso e diligente para descobrir as primeiras evidencias do perigo, e executar as providencias indicadas.

Diagnose

Quando a appendicite é do typo simples, e o doente é magro, podemos fazer a diagnose facilmente. Mas si houver complicações diversas, e o doente fôr gordo, então a diagnose póde ser difficil ou impossivel, senão pela incisão exploradora.

A regra de J. B. Murphy é suggestiva, isto é,—«si a dor se manifesta como o primeiro symptoma, a nausea, o vomito, a febre, e a area dolorosa limitada, seguindo-se após a dor, a condição é da appendicite. Mas si o vomito, ou a febre se manifestam antes da dor, é então provavel que a condição não é da appendicite».

A palpação póde nos fornecer informação de grande valor.

Tenho tido os melhores resultados pelo methodo de palpação de R. T. Morris, de Nova York:—O operador toma a sua posição ao lado direito do doente, collocando as pontas dos tres dedos da mão direita, sobre a margem

exterior do musculo rectus abdominis ao nível do umbigo; então, com os dedos da outra mão collocados em cima dos dedos da mão direita, faça-se pressão ligeira com a mão esquerda, usando as pontas dos dedos da mão direita só para receber as sensações tactis; puxando as mãos assim collocadas devagarzinho na direcção da espinha iliaca superior, repetindo este movimento indo cada vez mais para baixo, deste modo palpando cuidadosamente o cecum e o appendice.

Este modo de palpação tem valor especial nas formas de appendicite chronica. Toda a palpação deve ser feita com cuidado extraordinario nos casos de appendicite aguda, devido ao facto de que qualquer manifestação de força nas manipulações da palpação pôde causar a rotura d'um abcesso, ou a perfuração d'uma ulceração, si houver taes complicações presentes.

Às vezes os symptomas de febre typhoide nos primeiros dias do curso dessa molestia simulam os de appendicite aguda, mas a condição da parede abdominal é geralmente guia sufficiente para distinguir entre as duas molestias, na febre typhoide os musculos abdominaes sendo molles, na appendicite aguda são rigidos. As duas condições pathologicas podem existir na mesma pessôa ao mesmo tempo. Tenho operado um caso destes achando o appendice ulcerado e quasi perfurado. O doente, homem de 41 annos, curou-se com convalescenca prolongada.

Às vezes os symptomas de certas lesões do rim direito confundem-se com os de appendicite aguda. Mas, as dôres na colica renal geralmente seguem a linha

do ureter apparecendo na virilha ou na região testicular, ou até no aspecto medio-anterior da coxa. Além disso achamos na urina indicações de lesões pathologicas dos rins, ou pelos raios X, descobrimos calculos renaes na bexiga.

Às vezes é muito difficil distinguir entre a cholecystite e a appendicite. Si a vesicula biliar é puxada para baixo, ou si o appendice estende-se um pouco para cima, é ainda mais difficil, ás vezes até impossivel distinguir entre as duas condições.

O unico recurso então é a incisão exploradora, — procedimento legitimo n'estas condições.

Na colica hepatica ordinaria as dores se manifestam subitamente, e mais na região epigastrica extendendo-se para as regiões da omoplata e do hombro, finalmente localizando-se na região da vesicula biliar. Geralmente na cholecystite o vomito é mais violento e mais continuo do que na appendicite.

A perfuração d'uma ulcera gastrica ou duodenal pôde ser diagnosticada como appendicite aguda. Mas uma tal perfuração geralmente vem subitamente, e as dores mais intensas e a rigidez muscular se manifestam mais na região epigastrica.

A pneumonia na base do pulmão direito com pleurite, pôde causar dores na região iliaca, especialmente se o undecimo nervo thoracico fôr irritado. Achamos estas dores reflexas nas regiões abdominaes especialmente accentuadas na pneumonia das crianças. Mas os symptomas da pneumonia apparecendo logo nos ajudam a fazer a diagnose differencial.

Nas crianças de 5 ou 6 annos em diante a appendicite é commum. Nestes casos o exame digital pelo recto é importantissimo, e deve ser sempre executado.

Nestes casos a intervenção cirurgica, sem demora, é quasi sempre indicada.

A appendicite nas mulheres gravidas é, felizmente, cõmplicação rara, mas quando existe é bastante grave.

Pode acontecer em qualquer phase da gravidez.

É geralmente do typo virulento, de progresso rapido e acompanhada por vomito intenso. Muitas abortão como resultado desta complicação.

No anno 1912 fui chamado para attender a uma mulher no sexto mez de gravidez, achando um abcesso grande na região appendicular. Recommendei a intervenção cirurgica sem demora. A doente aceitou. Na operação achei o appendice gangrenado e completamente separado da parede cecal, boiando na cavidade em meio litro de pus. Deixei a ferida aberta com boa drenagem. A convalescença foi um pouco prolongada, mas sem novidade, a gravidez continuando no seu curso normal até o fim, quando ella deu luz a uma criança forte e robusta com um parto normal. Não acho razão alguma para que não devamos tomar as mesmas providencias n'estes casos de appendicite aguda como nos outros.

A appendicite complicando o parto no seu tempo normal, e no estado puerperal, é muito mais grave, a resistencia sendo enfraquecida pelo trabalho, perda de sangue etc. n'esta crise normal.

O appendice pode ser atacado pelos tumores mali-

gnos, o sarcoma ou carcinoma, estes neoplasmas fornecendo a materia e a occasião para a inflammação secundaria do appendice. E' geralmente impossivel reconhecê-los na clinica geral antes do apparecimento do processo inflammatorio com os seus symptomas.

Tratamento

A applicação do calor é muito melhor do que a do frio. Um vaso de borracha com agua quente applicado sobre a região appendicular é remedio que favorece a limitação do processo inflammatorio. O calor allivia a estase da circulação, favorece a diapedese dos leucocytos na parte inflammada estimulando a sua actividade, favorece a formação duma camada de cellulas phagocyticas em redor da parte inflammada, e auxilia a proliferação cellular necessaria á formação de adherencias. Devemos usar os remedios purgativos com muito cuidado. Qualquer augmento no movimento peristaltico favorece o adeantamento do processo inflammatorio. A lavagem colonica pelas injeções rectaes é o modo preferivel de evacuar a via intestinal. Não devemos usar o opio nestes casos. Se a dôr fôr tão violenta que o opio seja indicado para allivial-a, então a coneição é tão grave que devemos operar sem demora. A respeito da demora nos casos de appendicite aguda, a regra de Mc. Burney é suggestiva:—«Examinando o doente 6 horas depois da primeira visita, se achamos o doente peor, então devemos operar sem demora. Se elle não está peor então não ha perigo urgente».

Nos casos com assaltos agudos repetidos, é sempre preferível operar no intervallo, o perigo sendo muito menos quando não temos de lutar com a inflammação aguda e os seus productos infectados.

Devemos operar sem demora nas condições seguintes:—«Si o pulso estiver fino e rapido, as pulsações marcando mais de 100 por minuto; si o vomito fôr persistente; si houver delirio; si houver a obstrução intestinal; si a dôr e a rigidez forem muito accentuadas; si houver uma massa na fossa iliaca direita, palpavel do exterior, ou pelo exame rectal; si houver distensão abdominal accentuada; si houver evidencias indubitaveis da formação de pus; si o doente estiver peorando; si houver manifestações de choque; ou si a dôr cessar subitamente com os symptomas da gangrena»,—(Da Costa).

Intervenção cirurgica

Na grande maioria dos casos a incisão pôde ser perpendicular á linha omphalospinosa, distante da espinha iliaca superior cerca de 5 ou 6 centimetros, uma terça parte da incisão em cima da linha. O comprimento da incisão deve ser bastante para facilitar bem o trabalho do operador—a mais curta possivel é sempre indicada.

Quando fôr possivel devemos separar as fibras dos musculos abdominaes em vez de cortal-a, assim evitando a injuria aos nervos com as suas consequencias serias de atrophia muscular em torno da cicatriz, e a hernia post-operatoria. Esta é a *incisão obliqua*.

Alguns operadores preferem a incisão paralela com o rectus abdominis contigua á sua margem externa — a incisão de Battle. É incisão conveniente.

Outros preferem a *incisão transversa de Davis*. O centro desta incisão é collocado sobre o ponto de Mc. Burney na linha omphalospinosa.

Feita a incisão o operador bota dois dedos na cavidade abdominal cuidadosamente explorando em pesquisa das adherencias; então seguindo a parede abdominal, elle busca o mesenterio colonico.

Achando o colon ascendente, reconhecido pelo filete longitudinal de fasciculos musculares, então póde seguir o filete fascicular anterior para baixo até o seu fim na base do appendice.

Levantando com cuidado, o appendice e o cecum para fóra da incisão, e collocando a gaze simples, bem esterilizada, em torno destas partes para proteger a cavidade abdominal da infecção, o operador então deve separar e ligar bem o mesenterio appendicular. A respeito da amputação do appendice proprio, temos diversos modos de proceder. Podemos escolher o modo indicado pelas condições presentes.

Alguns preferem fazer dissecção da tunica sorosa cerca de 1 centimetro distante da união appendiculo-cecal dobrando-a para traz como um punho; então puxando o tecido musculo-mucoso para fóra um pouco, elles botão atadura de seda ou catgut em torno destes tecidos, então completando a amputação, o musculo-mucoso retrahindo-se para dentro da tunica sorosa.

O punho da sorosa é ajustado sobre o coto e fechado de ataduras á moda de Lembert.

Outros preferem pegar o appendice com o forceps hemostatico mais ou menos 1 centimetro distante da sua base, e com pressão machucar bem o tecido musculo-mucoso, até a separação d'elle dentro da tunica sorosa, então ligando-o com atadura de seda ou catgut no sulco da sorosa machucado pelo forceps, e fazer a amputação, desinfectando a extremidade do coto-appendicular com uma gotta de acido phenico puro. Uma atadura circular é collocada em torno da base do coto-appendicular distante pouco menos de 1 centimetro, e passando só para dentro da tunica sorosa. O coto é invertido para dentro da cavidade cecal e a atadura circular atada seguramente, assim completamente sepultando o coto-appendicular invertido dentro da cavidade cecal.

Alguns preferem uma incisão elliptica em torno da base do appendice, fechando a ferida com ataduras de Lembert. Este methodo tem a vantagem de tirar o appendice inteiro duma vez.

Outros preferem o modo de Dawbarn:—collocando a atadura circular em torno da base do appendice distante cerca de 1 centimetro, faz-se a amputação deixando o coto de um centimetro, então faz-se a inversão do coto aberto, para dentro da cavidade cecal, e fechando o orificio por meio da atadura circular.

Este methodo tem a vantagem de obter drenagem perfeita do coto appendicular com sua bocca aberta dentro da cavidade cecal. (Foi este methodo que eu segui no operação do meu collega no Collegio

Americano Egydio, no mez de Dezembro de 1914, associado na operação por meu estimado amigo Doutor Fernando Luz. O doente curou-se rapidamente e sem novidade alguma).

Nos casos complicados de pus, o nosso procedimento deve ser conforme as condições manifestadas em cada caso, a regra geral sendo fazer a incisão no ponto mais declive do abcesso, o doente deitando-se no lado direito, evacuando o pus, e tratando-o como ferida aberta, com boa drenagem. Nalguns casos destes é melhor buscar o appendice e tiral-o. Em outros, não,—deixe ficar a apodrecer e sahir com o fluxo de pus.

Na appendicite das mulheres devemos sempre lembrarmo-nos da probabilidade de complicações tubo-ovarianas e explorar bem estes órgãos applicando o tratamento indicado pelas condições pathologicas presentes.



Intervenções cirurgicas nos primeiros tres
mezes de gestação ectopica