

DR. FELIX ANTONIO CAPUTO

Ex-interno da 15.^a enfermaria

Ex-interno da enfermaria Cel. Manuel Py

(Director: Prof. Annes Dias)



APPENDICECTOMIA

(PROCESSO DO PROF. MOYSÉS)

(CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA)

THESE DE DOUTORAMENTO

APPROVADA COM DISTINÇÃO (GRAU 10)

Comissão examinadora:

Prof. Frederico G. Falk (presidente)

„ Guerra Blessmann

„ Octacilio Rosa

nas Graphicas da Escola de Engenharia de Porto Alegre

1925

T 617-089
C 255 a
1925

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

THESE

apresentada á

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

a 30 de Novembro de 1925 e defendida
a 23 de Dezembro do mesmo anno

pelo

DR. FELIX ANTONIO CAPUTO

(Natural do Estado do Rio Grande do Sul)

Filho legitimo de Nicolau Caputo
e de D. Adriana C. Caputo

APPENDICECTOMIA (PROCESSO DO PROF. MOYSÉS)

(Cadeira de Clinica Cirurgica)

APPROVADA COM DISTINCCÃO (GRAU 10)

Commissão examinadora:

Prof. Frederico G. Falk (presidente)
, Guerra Blessmann
„ Octacilio Rosa

Officinas Graphicas da Escola de Engenharia de Porto Alegre
1925



Bib. Fac. Med. UFRGS

T-0206

Appendicectomia (processo do

T 617-089

C 255 a

1925

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

Director : Prof. SARMENTO LEITE — Vice-Director : Prof. SERAPIÃO MARIANTE

Secretario : Prof. SARMENTO LEITE FILHO

DOCENCIA EM 1925

<i>Cadeiras</i>	<i>Professores</i>
Physica Medica	Ney Cabral
Chimica medica	Christiano Fischer
Historia natural medica	Sarmiento Barata
Histologia e embryologia	Marques Pereira
Antomia descriptiva (primeira parte)	Moysés Menezes
Physiologia (primeira parte)	Raul Pilla (Interino)
Anatomia descriptiva (segunda parte)	Sarmiento Leite
Physiologia (segunda parte)	Fabio de Barros
Microbiologia	Pereira Filho
Clinica propedeutica medica	Plinio Gama (Interino)
Clinica propedeutica cirurgica	Guerra Blessmann (Interino)
Pathologia geral	Gonçalves Vianna (Interino)
Anatomia e physiologia pathologicas	Gonçalves Vianna
Pharmacologia e arte de formular	A. Galvão (Interino)
Pathologia cirurgica	Diogo Ferráz
Clinica dermatologica e syphiligraphica	Ulysses de Nonohay
Clinica ophthalmologica	Freire de Figueiredo
Clinica cirurgica	Frederico Falk
Anatomia medico cirurgica e operações	Guerra Blessmann
Therapeutica	Octacilio Rosa
	Paula Esteves
Clinica medica (1)	Annes Dias (Interino)
	Aurelio Py
	Octavio de Sousa
Clinica pedriatica medica e hygiene infantil	Gonçalves Carneiro
Clinica pedriatica cirurgica e orthopedia	Nogueira Flores
Clinica oto-rhino-laryngologica	Alberto de Souza (Interino)
Pathologia medica { (primeira parte) (2)	Sarmiento Leite Filho (Substituto)
	Freitas e Castro (Substituto)
Hygiene (3)	Annes Dias
Medicina legal	Mario Totta
Clinica obstetrica	Martim Gomes
Clinica gynecologica (4)	Luiz Guedes (Interino)
Clinica neurologica	Luiz Guedes
Clinica psychiatrica	Henrique Oliveira (Interino)
Chimica analytica	Carlos Leite (Interino)
Pharmacologia (primeira parte)	Waldemar Castro (Interino)
Hygiene, parte geral	Argymiro Galvão (Interino)
Bromatologia	José Paranhos
Pharmacologia (segunda parte)	Cirne Lima
Clinica odontologica	Freitas e Castro
Prothese	Sarmiento Leite Filho
Substituto da setima secção	Carlos Leite
" " nona secção	Raul Moreira
" " decima quinta secção	Carvalho Freitas e Dias Campos
" " decima sexta secção	Carlos Barbosa, Olinto de Oliveira e Protasio Alves
Professores jubilados	Frós da Fonseca
Professores Honorarios	Mario Bittencourt
Professor cathedratico em disponibilidade ...	
Professor substituto em disponibilidade	

1 E' cathedratico da terceira cadeira o Professor Thomaz Mariente

2 E' cathedratico o Professor Alberto de Souza

3 E' cathedratico o Professor Velho Py, está licenciado

4 E' cathedratico o Professor Serapião Mariente, está licenciado

NOTA. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses por seus autores.

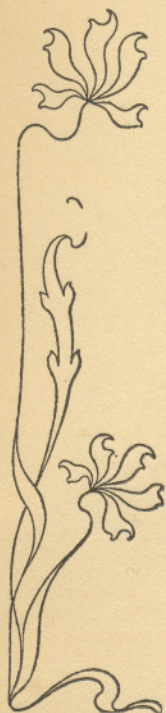
FM - UFRGS

BIBLIOTECA

Reg. n.º T 53

Em 12/07/76

576.89 : 616.33 / .34 : 636.2



As distincto college
S. Huberto Wallau,
lembrança do
autor

A MEUS PAES



A MEUS IRMÃOS E IRMÃS

AO FREDERICO

PREFACIO

Desnecessario é assignalarmos a importancia da appendicectomia. Fundamentada no conceito therapeutico, admittido á unanimidade, de que appendicite = appendicectomia, ella tornou-se, por sua pratica diaria constante, uma das operações mais banaes de cirurgia abdominal.

Todavia, nem por isso sua technica tem, de quando a quando, deixado de soffrer modificações que tendem a simplificar-a e aperfeiçoal-a cada vez mais. Assim, pois, ella não permaneceu indifferente á continua e admiravel evolução da cirurgia moderna, cuja technica, apesar de considerada hoje "adulta", não é de modo algum immutavel.

Pareceu-nos, por isso, assaz interessante, por sua importancia pratica, pormos em merecido destaque a technica usada pelo prof. Moysés Menezes, cuja autoria, certamente, não lhe fallece. Effectivamente, não encontramos na litteratura medica por nós consultada referencia alguma, minima que fosse, sobre tal processo.

Satisfação temos, pois, de sobra em apresental-o aqui, tanto por surdir d'entre nós, como tambem por seu valor real. Por muito bem empregado daremos o

tempo dispendido na tarefa que empreendemos, si alcançarmos seja tomado na devida consideração e justo apreço.

* * *

Comprehende nosso trabalho cinco capitulos; no primeiro tratamos da anatomia do appendice cecal; no segundo mencionamos alguns processos operatorios, em torno dos quaes tecemos breves commentarios; no terceiro descrevemos o processo do Dr. Moysés; o quarto consta de observações; finalmente no quinto, como remate "ad-rem", firmamos algumas conclusões.

* * *

Antes, porém, de iniciarmos nossa dissertação, seja-nos permittido manifestar nosso vivo reconhecimento ao illustrado e provector cirurgião prof. Moysés Menezes pela bõa vontade e prestimoso auxilio que nos dispensou quer nas preparações anatomicas, quer pelas observações que gentilmente nos cedeu.

Outrosim, agradecemos ao Sr. Baerwinkel o cuidado que teve nos desenhos das preparações anatomicas, e a todos quantos directa ou indirectamente contribuíram para a confecção deste trabalho.



CAPITULO I

Anatomia do Appendice Cecal

O appendice cecal ou vermicular está, ordinariamente, implantado sobre a parte infero-interna do cecum, a 2 ou 3 cm. abaixo do angulo ileo-cecal, exactamente no ponto de junção das tres fitas musculares do intestino grosso. Projectada sobre a parede abdominal a base do appendice corresponde, na maioria dos casos, ao ponto de Lanz situado na linha bi-espinhal, na união do seu terço medio com seu terço externo do lado direito.

De fôrma muito variavel o appendice apresenta-se sob o aspecto dum pequeno tubo estreito mais ou menos cylindroide, quasi sempre com sinuosidades, á semelhança de um verme (*avermicularis*, *Vidus Vidius*, 1561.)

Mais do que a fôrma variam as dimensões do appendice; todavia, póde-se assignalar como média 6 a 10 cm. de comprimento por 4 a 8 mm. de diametro, sendo este maior ao nivel da base.

A cavidade appendicular representa, mais frequentemente, um tubo ou canal cylindrico regular que termina em fundo de sacco no apice do appendice; ás vezes apresenta um ou mais estreitamentos e partes intermedias dilatadas. Na extremidade fixa do appendice a cavidade communica com a do cecum por um orificio, ora regularmente circular, ora estreito e pregueado, ora, mais vezes, evasado e infundibuliforme. Este orificio é munido duma dobra valvular, chamada valvula de Gerlach, que o fecha mais ou menos completamente. A existencia dessa valvula foi negada por alguns autores, Lafforgue assignala sua presença em 1% dos casos

A luz do appendice pode se apresentar parcial ou totalmente impermeavel. A obliteração total é menos frequente; Ribbert achou, em 25% de obliterações parciais e totaes, 3, 5% destas ultimas; ella é menos frequente nos individuos jovens.

A situação do appendice offerece grande variabilidade. Implantado como está no cecum, elle tem de acompanhar, necessariamente, este orgão em suas diversas posições na cavidade abdominal. Assim, em sua posição ordinaria se acha alojado com o cecum na fossa iliaca direita; porém, quando está em posição elevada se encontra na fossa lombar direita, por deante do rim e sob o figado; quando em posição baixa, elle penetra na cavidade pelvica; si, finalmente, está em ectopia, póde ser encontrado no hypogastrio, na fossa iliaca esquerda, etc..

Mas não pára ahi a variabilidade das posições que o appendice vermicular póde occupar. Esteja, conjunctamente ao cecum, em posição alta, baixa, ectopica ou na posição ordinaria, elle apresenta, ainda, em

relação ao proprio cecum, uma situação sobremodo inconstante. Assim póde ser ascendente ou retrocecal, descendente ou infra-cecal, latero-cecal externo, latero-cecal interno. Destas diversas posições a mais frequente é a descendente; em 200 individuos de ambos os sexos e differentes edades, Lafforgue achou o appendice descendente em 41, 5 0/0 dos casos; nas outras posições encontrou-o 26 0/0 externo, 17 0/0 interno e 13 0/0 ascendente.

Os meios de fixação do appendice são representados por sua implantação no cecum e dois ligamentos que são, como adeante veremos, o meso-appendice e a dobra ileo-appendicular, esta de importancia menor. Geralmente, porém, o meso fixa apenas sua base ao cecum e á porção final do ileon, deixando ao resto do orgão a possibilidade de deslocar-se facilmente sob a influencia das alças delgadas proximas e do cecum, os quaes compellem-n'o continuamente para esta ou aquella situação, resultando disso a grande variabilidade de sua posição em relação ao cecum. Todavia, normalmente, essa mobilidade póde ser completamete abolida em razão, como adeante veremos, duma disposição especial do peritonio appendicular; ella, póde ainda, mais vezes, ser devida á adherencias pathologicas creadas por occasião dum surto imflamatorio.

As relações do appendice com os orgãos que lhe são vizinhos differem muito, conforme a situação que occupa.

Em sua posição mais frequente, isto é sendo descendente, o appendice colloca-se abaixo do cecum sobre a parte interna da fossa iliaca; sua extremidade livre alcança a borda do estreito superior da pelvis,

na qual, as mais das vezes, não ingressa, quando é de extensão media. Elle põe-se em relação: adeante, com a parede abdominal e, por vezes, com as alças do delgado; atraz, com o musculo psoas, tendo de permeio o peritonio, tecido sub-peritoneal e a fascia iliaca; para dentro, com o intestino delgado; para fóra, com a parte inferior do cecum; sua extremidade livre assenta sobre os vasos espermaticos e iliacos externos (arteria principalmente) cruzando-os mais ou menos obliquamente. Nesta posição, quando o appendice é de comprimento excessivo, penetra na pequena bacia e entra em relação com os órgãos nella existentes, podendo eventualmente contrahir adherencias com a bexiga, o recto, etc..

Quando é externo o appendice colloca-se no angulo diedro constituído pela junção da parede abdominal anterior com a fossa iliaca interna. Ahi põe-se em relação: adeante, com a parede abdominal anterior; atraz, com o musculo iliaco atravez da sua aponeurose; para dentro, com a face externa do cecum; para fóra, com a espinha iliaca antero-superior e as partes proximas da arcada crural e da crista iliaca. Esta situação, bem é de notar-se, tende de qualquer sorte a sequestrar o appendice da grande cavidade peritoneal.

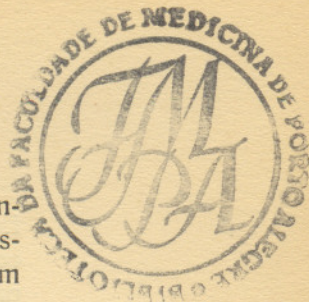
O appendice interno mergulha em plena cavidade abdominal, visando o centro do abdomen; de ordinario acompanha parallelamente a parte final do ileon, outras vezes cruza-a mais ou menos obliquamente, ou, mais raramente, a envolve a maneira duma espiral.

Menos frequente de todos o appendice ascendente ou retrocecal se recurva para cima e para traz

passando por detraz do cecum e do colon ascendente, ora intimamente applicado á sua parede posterior, ora livre e movel, podendo elevar-se até o rim e, por vezes mesmo, até o figado. Relaciona-se: adeante, com a face posterior do cecum e do colon ascendente; atraz, com o peritonio que forra os musculos iliaco e psoas; finalmente por seu apice o appendice póde, ás vezes, entrar em relação com a parede lombar, particularmente com o rim e o tecido perirenal.

Peritonio appendicular. — A folha peritoneal, depois de revestir o appendice em toda sua extensão, excepto sua borda interna, une-se a si mesma ao nivel desta constituindo um verdadeiro meso — meso-appendice — que o mantem preso ao cecum e á porção terminal do mesenterio. O appendice que assim se apresenta, é chamado appedice de meso livre.

Delgado e transparente na creança, mais espesso e opaco no adulto, o meso-appendice affecta em seu conjuncto uma fôrma mais ou menos triangular. A base deste triangulo assenta sobre o cecum e a parte terminal do ileon, continuando-se ahi com o mesenterio, do qual é um simples prolongamento. Seu apice alcança frequentemente o do appendice; não raro, porém, fica aquém delle quando o appendice é mais longo do que seu meso. Das suas duas bordas, uma — borda appendicular — mais ou menos convexa, se insere na borda adherente ou hilo do appendice; a outra — borda livre — é semi-lunar, concava para dentro e contem em sua espessura a arteria appendicular. Seria exactamente esta arteria que, ao dirigir-se directamente ao appendice, alça o peritonio occasionando a formação do meso.



Na mulher existe, ás vezes (20% dos casos, Lafforgue), uma pequena dobra, descripta por Clado com o nome de ligamento appendiculo-ovarico, que prende o meso á borda superior do ligamento largo direito.

Ainda que a disposição do peritonio appendicular formando meso livre seja a mais frequente, não é a unica. Casos ha, com effeito, nos quaes a borda do meso que devera ser livre, nã o é em razão de se ter fixado sobre o peritonio da fossa iliaca mantendo, assim, o appendice preso á parede posterior do abdomen; é o chamado appendice de meso fixo. Outras vezes, porém nem meso mesmo o appendice possúe. O peritonio reveste, então, somente sua face anterior, o resto do orgão é retro-peritoneal e assenta directamente sobre o plano sub-jacente, pondo-se em relação estreita com o tecido sub-peritoneal atravez duma delgada folha cellulosa.

Além do meso-appendice, o peritonio fórma, passando do ileon para o cecum e o appendice, outra dobra denominada ligamento ileo-appendicular. Esta dobra, partindo da borda livre do ileon, chega á parede interna do cecum e á borda superior do appendice e ahi se fixa; ella circumscreve com o meso-appendice a fosseta cecal inferior.

O appendice é constituído por tres tunicas; a de fóra é formada por dois planos de fibras musculares lisas, um superficial de fibras longitudinaes, o outro profundo de fibras circulares; a de dentro é uma mucosa analoga a do intestino grosso, della se distinguindo por numerosos folliculos lymphaticos; estas tunicas estão separadas uma da outra pela submucosa.

A irrigação sanguinea do appendice é assegurada pela arteria appendicular que, de sua origem na mesenterica superior, desce por traz do ileon e alcança o meso, cuja borda livre segue até o apice do appendice. Como vimos atraz, seria ella que, levantando o peritoneo, fórma o meso.

As veias reúnem-se num tronco commum — a veia appendicular — que vae ter ás veias do cecum ladeando a arteria appendicular.

Os lymphaticos affluem a um ou mais ganglios situados no angulo ileo-cecal.

Os nervos emanam do plexo solar por intermedio do plexo mesenterico superior.



CAPITULO II

Processos Operatorios

A technica da appendicectomia que a principio parecera estár definitivamente estabelecida, soffreu nestes ultimos decennios frequentes modificações que a tornaram mais perfeita e precisa. Comtudo, ainda ha bem pouco foi ella, na sociedade de cirurgia de Paris, objecto de interessante e vivo debate, do qual não surgiu a luz necessaria para harmonizar os espiritos, continuando ainda hoje questão aberta.

Não são poucos os processos operatorios preconizados até hoje para a ablação do appendice; alguns, se não estão em completo abandono, para elle seguem; outros, mais recentes, acham-se á porfia da sanccão geral. Descreveremos aqui alguns dos mais conhecidos, apontando, em seguida a cada um, os inconvenientes que por ventura tenham.

- 1.º — Um dos mais antigos é o chamado processo do manguito de Cabot que se exe-

cuta da seguinte maneira: após a ligadura da arteria appendicular e resecção do meso, corta-se circularmente, a um cm. da inserção do appendice, a tunica serosa deste, destaca-se-a da musculosa e arregança-se-a á maneira dum prepucio; depois liga-se, rente á sua inserção cecal, o pequeno tubo musculo-mucoso e secciona-se-o com o thermocauterio. Isto feito, estende-se o manguito de Cabot sobre o côto musculo-mucoso e liga-se-o. Ao redor deste côto seroso passa-se sobre a parede cecal um fio em bolsa, na qual se o invagina.

- 2.º — Outro processo, tambem antigo, é a sutura terminal methodica: ligada a appendicular e feita a resecção do meso, excisa-se o appendice na base, tendo previamente collocado um grampo perto desta na parede cecal. Sutura-se então successivamente, borda á borda, a mucosa, a musculosa e a serosa e, por fim, include-se os tres planos assim formados numa dobra cecal mantida por uma sutura á Lembert.

Estes processos que são, pôde-se dizer, os processos primitivos da appendicectomia, foram pouco a pouco abandonados quando appareceram outros menos complicados e menos laboriosos que conquistaram a preferencia dos cirurgiões, e hoje são rarissimos os que, por amor á velha rotina, ainda continuam a pratical-os.

- 3.º — O processo de Halstedt consiste no seguinte: ligado e cortado o meso, collocam-se, lado a lado, tres pinças de Kocher, ou o grampo de Kelly, na base do appendice; depois, em volta da implantação deste passa-se um fio em bolsa sobre o cecum. Retira-se então a pinça do meio, ou o grampo de Kelly, e na parte esmagada secciona-se o appendice com o thermocauterio. Por ultimo recalca-se para o cecum o côto não ligado, nem suturado, e cerra-se a bolsa, ficando assim invaginado; sobre esta faz-se ainda uma sutura sero-serosa.

Este processo é menos complicado que os precedentes, mas utiliza o thermocauterio, cujos inconvenientes adiante veremos, e exige duas suturas sero-serosas, o que prolonga o acto operatorio.

- 4.º — O processo da invaginação, de Edebohls ou de Brandão Filho, executa-se assim: depois de ligar e cortar o meso, invagina-se o appendice com um estylete longo de extremidade arredondada, ou uma tencanula fina, de modo a evitar a sua perfuração. Segurando o appendice com uma compressa entre o pollegar e o index, recalca-se seu apice com o estylete e faz-se o reviramento até a metade do órgão; verificada assim sua permeabilidade, procede-se á contusão da sua base com uma pinça de Kocher que deve ser fechada a fundo. Depois retira-se-a e

termina-se a invaginação, revirando completamente o appendice na cavidade cecal; finalmente sobre o orificio que resulta da invaginação, dá-se um ponto com catgut fino. Brandão Filho observa que não se deve fazer o esmagamento do appendice, mas sómente uma contusão sufficiente para impedir a circulação.

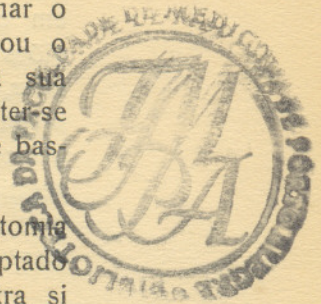
Este processo é frequentemente inexecuvel, por isso que é absolutamente necessaria para a sua execução a permeabilidade da cavidade appendicular e esta em 20 % dos casos, pelo menos, acha-se obliterada. Ella é inapplicavel em appendices turgescen-tes, edemaciados, friaveis ou endurecidos. Sua melhor indicação seria para a «usual» ablação do appendice são por occasião duma intervenção cirurgica qualquer que necessite a abertura da cavidade abdominal.

Outro inconveniente é ser necessario, ás vezes, um verdadeiro esmagamento para se interromper completa e definitivamente a circulação ceco-appendicular; ora, havendo esmagamento o reviramento do appendice no cecum torna-se impraticavel. Além disso, não seria indifferente a permanencia na cavidade cecal dum fóco necrotico eminentemente septico, como é o appendice revirado no cecum; haveria a possibilidade de provocar aquelle phenomenos de typhlite ou outros, o que não seria sem importancia para o paciente.

5.º — O processo habitual empregado pela maioria dos cirurgiões é o seguinte: liga-se com catgut a appendicular na base do

meso e faz-se a resecção deste. Procede-se, depois, á ligadura do appendice na vizinhança de sua implantação; um cm. acima desta ligadura colloca-se uma pinça de Kocher, para impedir o escoamento de algum liquido que por ventura ahí possa existir, e entre esta e a ligadura secciona-se o appendice com a faca do thermocauterio; em seguida mergulha-se a ponta desta na mucosa do côto, queimando-a profundamente. Terminada a cauterização do côto faz-se á sua volta, sobre o cecum, uma sutura em bolsa, na qual se o invagina, ou esconde-se o numa dobra cecal suturada á Lembert. Alguns cirurgiões, antes de seccionar o appendice com o thermocauterio ou o bistori, fazem o esmagamento da sua base, o que traz a vantagem de obter-se um côto quasi puramente seroso e bastante reduzido.

Mas o processo habitual de appendicectomia que é, póde-se dizer, o processo de escolha adoptado pela grande maioria dos cirurgiões, tem contra si alguns inconvenientes. Com effeito, a thermocauterização do côto appendicular é um tempo operatorio bastante delicado para que se possa sempre executar-o cabal e satisfactoriamente. A infecção proveniente da pequena porção de mucosa incompletamente esterilizada é difficilmente evitavel com o emprego do thermocauterio. A destruição da mucosa sendo funcção do grau de cauterização, ella varia essencialmente conforme o grau de incandescencia, a



profundidade e a duração de sua applicação. Ora, uma cauterização um pouco profunda e demorada ameaça attingir a ligadura do côto; sua destruição ignea corre, pois, o risco frequente de ser incompleta (Barthélemy).

Além disso, póde acontecer que na occasião de se abrir a cavidade appendicular com o thermocauterio, este provoque uma irrupção, como que explosiva, de particulas quasi imperceptiveis que são projectadas na vizinhança, contaminando-a (Jalaguiet, Gosset, Témoins, Chevrier, etc.).

A thermocauterização para ser um processo inoffensivo deve ser, pois, praticada muitometiculosamente, o que a torna uma manobra de execução mais delicada do que geralmente se pensa. Tomando em consideração seus inconvenientes, certos cirurgiões (Souligoux, Barthélemy, Fredet, Gosset, Chevrier, etc.) deixaram completa e decididamente de empregar o thermocauterio na appendicectomia e estabeleceram o uso do esmagamento simples do appendice seguido de sua secção á bistori, cujo côto é, depois, tocado, ou não, com tintura de iodo, formol a 40 o/o, etc.

Outro inconveniente, e maior, do processo habitual é a possibilidade, já verificada em não poucos casos, de desenvolver-se um pequeno abcesso no interior da bolsa ou da sutura em que se incluiu o côto appendicular. Por menor que seja a bolsa feita, sempre existe um pequeno espaço morto entre a sutura da bolsa e a ligadura do côto. Ora, não estando este, muitas vezes, como acabamos de vêr, completamente esterilizado, os germens que ainda subsistem encontram em sua porção necrosada um optimo meio

de cultura adrede preparado para seu desenvolvimento, o que traz, como consequencia, a formação, no pequeno sacco assim constituido, dum pequeno abcesso, cuja inconveniencia não é nada desprezível; como veremos no capitulo seguinte, este inconveniente não existe no processo do Dr. Moysés.

- 6.º — Témoins realiza a appendicectomia deste modo: com uma pinça de ramos longos e que não escapa (a de J. L. Faure), collocada ao longo do appendice e parallelamente a elle, prende o meso e sua arteria; puxando um pouco o appendice, destaca-o deste com uma tesourada. Depois, com outra pinça analogá, prende a base do appendice e secciona-o. Então, com um longo fio de catgut n.º 2, liga primeiro o appendice á maneira dum simples vaso, córta o côto rente ao nó e toca-o com tintura de iodo; depois, com o mesmo fio, não cortado, liga o meso. Com um pouco de habito é muito facil, diz elle, proceder de tal sorte que o côto seja recoberto pelo meso que serve, assim, para protegel-o. E Témoins affirma: «je n'ai jamais cauterisé; je n'ai jamais enfoui».

Mas porque, então, encobre o côto appendicular com o meso? De certo para prevenir qualquer accidente proveniente do côto livre. . . Apenas não utiliza os outros processos de invaginação — que outra cousa não é seu methodo.

Tuffier diz que não aconselharia fixar a ligadura do côto do meso, isto é uma ligadura arterial, á ligadura do côto appendicular, tornando-as solidarias, pois o fio hemostático, assim repuxado, afrouxa progressivamente, motivando isso uma hemorragia consecutiva, como viu alhures. E declara: «sans doute une bonne ligature, bien serrée, résiste, mais le méso-appendice est souvent gras et surtout une striction suffisante pour une hémostase dans de bonnes conditions peut devenir insuffisante si elle est tirillée».

A invaginação do côto appendicular, condemnada por De Martel numa comunicação que fez á sociedade de cirurgia de Paris (1922), suscitou nesta uma longa e cerrada discussão que não solveu de todo a questão entre os partidarios da invaginação e seus adversarios.

De Martel firma-se nas seguintes razões para condemnar a invaginação do côto: primeiro, porque corre-se o risco de perfurar a parede cecal, accidente que lhe succedeu; segundo, porque o côto invaginado, septico mau grado a cauterização, póde provocar a formação dum pequeno abcesso na parede mesma do cecum, abcesso este que póde ter consequências mais ou menos graves.

Ora, como diz muito bem Robinau, «perfurar o cecum, ao fazer a invaginação, é um erro operativo» e «une faut opératoire ne saurait justifier la condamnation d'une technique», acrescenta Anselme Schwartz.

Okinczic, em face duma peritonite que acreditou ser devida a um ponto perfurante, não concluiu, como De Martel, que não se deve invaginar o côto,

mas, sim, que deve-se executar a sutura cuidadosamente, prestando a maxima attenção.

Quando o cecum se acha ectasiado e atonico, ordena a prudencia se avalie a espessura de sua parede pinçando-a entre dois dedos.

Mesmo em presença de cecums muito delgados, de tunica muscular escassa, a invaginação póde ainda ser feita, pois que restam as fitas longitudinaes que garantem, pelo menos, a applicação de tres pontos que são bastante sufficientes para fazer-se uma bolsa.

Demais, De Martel mesmo diz que certamente o ponto perforante é raramente mortal, e explica: «si sur le cadavre on pratique une suture á la Lembert en émaillant intentionnellement le surjet séro-séreux de points perforants, il faut une pression d'eau assez élevée pour faire sourdre le liquide à travers les points et sur un intestin vide et vivant, c'est-à-dire ayant une tonicité que n'a plus celui du cadavre, rien ne doit passer et des adhérences protectrices ont le temps de se faire dans la grande majorité des cas».

Mas, certamente, o perigo advindo dum ponto perforante, aliás menos frequente do que se quer fazer crer, é muito menor que o do côto appendicular, de esterilização sempre duvidosa, abandonado livremente na cavidade abdominal.

De Martel affirma que tanto o côto appendicular esmagado, como o profundamente cauterizado é sempre septico, e não receia abandonal-o deliberadamente no peritônio, dizendo que isso não tem nenhuma importancia e que este se encarrega da esterilização, como se fosse possivel saber-se d'antemão

qual o poder esterilizante do peritonio! . . . Não ha duvida que este muitas vezes consegue dominar a infecção; é, mesmo, neste facto que a cirurgia abdominal tem sua maior garantia. Mas, a exaltação da septicidade do côto, ou uma defesa menos efficiente do peritonio, pôde muito bem provocar consequencias perigosas, como o demonstram innumeradas observações.

Segundo o testemunho de Quenu — um dos primeiros preconizadores da peritonisação das superficies desnudas nas operações abdominaes e, em particular, nas operações de appendicectomia — as complicações de oclusão intestinal que não eram muito raras após as laparatomias antes de 1900, tornaram-se excepcionaes após a adopção unanime da peritonisação.

A. Schwartz diz ser-lhe sagrado um principio essencial de cirurgia abdominal, cuja importancia é reconhecida por todo o mundo: «c'est qu'il ne faut abandoner dans la cavité peritonéale aucune surface cruenté quand il est possible de faire autrement».

O côto appendicular deixado livre na cavidade peritoneal representa ahi, de qualquer sorte, um corpo estranho por cuja superficie cruenta pôde adherir facilmente aos orgãos proximos com os quaes estabelece connexões vasculares que mantêm sua vitalidade. De conformidade com o que se sabe respeito as propriedades physio-pathologicas do peritonio, o côto, abandonado assim no abdomen, ver-se-á mui rapidamente coberto por uma superficie serosa proxima, taes a do cecum, do intestino delgado, do mesenterio, do epiplon, da parede, conforme a situação especial occupada pelo appendice. Dest'arte a invagina-

ção, não obstante o desejo do cirurgião de não fazel-a, realizar-se-á por si mesma, espontaneamente. Disso resulta a possibilidade, não evitavel, de formar-se um abcesso quando o côto, septico mau grado a cauterização, não é invaginado.

E', pois, preferivel praticar o proprio cirurgião a invaginação do que deixar o côto soffrer os azares duma peritonisação cega, de efficiencia desconhecida e feita pela primeira superficie serosa que se lhe antepõe, seja a do cecum, do intestino delgado, do mesenterio, do epiplon, ou da parede abdominal. No pensar acertado de Schwartz, é a essa invaginação espontanea e rapida que os cirurgiões, que não invaginam, devem as poucas ou nenhuma complicações post-operatorias.

O fio que liga o côto appendicular póde, bem é de ver, cahir cêdo de mais, principalmente quando soffreu a acção do calor do thermocauterio, podendo então, si não houve invaginação, ser isso uma causa de infecção peritoneal. Em apoio tanto desta, como d'outras complicações post-operatorias foram citadas innumeradas observações (Quenu, Schwartz, Walter, Jalaguier, Gosset, etc.)

Murat Willis (Annals of Surgery, 1908) inquirendo, nos Estados Unidos, 125 cirurgiões sobre o modo de praticar a appendicectomia, obteve delles 105 respostas; relativamente á invaginação 77 praticam-na sempre, 11 habitualmente, 11 nunca, 3 não têm methodo definido, 2 não deixam côto, 1 não responde á questão. Dos 105 cirurgiões, 23 declararam ter obtido resultados defeituosos com a ligadura simples sem invaginação. Os accidentes verificados após a não invaginação do côto appendicular com-

prehendem: 4 casos de oclusão intestinal consecutiva á adherencia do intestino ao côto (Armstrong, Oliver, Mac Laren), diversos casos de fistulas esterco-raes (Bevan, Blake, Bryant, Harris, Monks e outros), 2 casos de peritonite mortal (Blake, Munro), 1 caso de suppuração persistente (Estes), 1 caso de afrouxamento da ligadura (Matas), 1 caso de esphacelo do côto com morte e autopsia (Richford), adherencias frequentes, etc.

Concluindo, Murat Willis refere que, em contradicção frisante com as numerosas complicações resultantes da não invaginação do côto, ficou muito impressionado pelo facto de terem somente 2 cirurgias, entre 105, observado maus resultados após a invaginação, e estes 2 casos (constantes de uma colleção com symptomas de perfuração e um obcesso secundario) não tiveram exito letal.

As complicações occasionadas por um côto não invaginado podem surgir, ás vezes, annos após a intervenção operatoria.

A. Schwartz declara ter operado, por oclusão intestinal aguda grave, uma joven mulher que *dez annos* antes soffrera a ablação dos annexos direitos, por uma gravidez tubaria; pois, após esse longo tempo encontrou dua bridas que do fundo do cecum iam ao corno uterino direito e sob as quaes se estrangulára o intestino; e conclue dizendo que «nada permite affirmar que um côto appendicular não invaginado não será, um dia ou outro, a causa duma brida semelhante».

Uma bella observação de Gosset mostra clara e pertinentemente qual o valor da invaginação do côto

appendicular após o esmagamento: um doente de seu serviço, operado por *appendicite* simples, foi levado, numa crise de depressão, a suicidar-se no quinto dia seccionando as humeraes e a carotida; recolhida a peça anatomica, o resultado verificado foi perfeito; «on croirait», diz elle, «tellement la cicatrice est nette, qu'il s'agit d'un cæcum n'ayant jamais porté d'appendice».

Das razões que demos paginas atraz infere-se que a invaginação é util e, portanto, sempre indicada não só para prevenir qualquer perigo de infecção peritoneal, mas tambem para fazer com que desapareça a superficie cruenta — causa de adherencias entre o côto appendicular e os orgãos vizinhos.

Deixar, pois, systematicamente o côto appendicular livre na cavidade abdominal é arriscar-se a ter accidentes post-operatorios imediatos ou tardios.





CAPITULO III

Processo do Dr. Moysés

Para se praticar a appendicectomia por este processo, além do instrumental corrente (constante de: 4 pinças de campo, 2 bistoris, 10—15 pinças de Kocher, 2 pinças anatomicas, 2 pinças dente de rato, 1 par de afastadores de Farabeuf ou 1 afastador de Gosset, 1 tentacacula, 2 tesouras, 1 agulha fina de Reverdin, agulhas curvas e porta-agulhas, catgut n.ºs 1 e 2, sêda ou agrafes), utiliza-se o esmagador do Dr. Moysés.

Este instrumento (vide estampa) consta de 2 partes: uma servindo para manejar-o, outra tendo por fim esmagar e seccionar. Tanto esta como aquella compõem-se de 2 ramos articulados em X que, por sua vez, se articulam entre si de tal sorte que as 4 articulações formam um losango mais ou menos longo, conforme os 2 ramos da parte esmagadora estão unidos ou separados. Destes 2 ramos, um apresenta na linha mediana uma fenda (vide estampa),

o outro é maciço e possúe uma saliência constituida por uma lamina lisa e larga, de 1 1/2 mm. de espessura; esta lamina preenche exactamente o espaço da fenda na qual se encaixa quando os 2 ramos se aproximam; além disso, a face interna destes apresenta numerosas denteaduras finas que se entrecruzam entre si.

A penetração da lamina na fenda acha-se calculada de tal modo que, ao aproximar-se o fim do esmagamento, ella começa a seccionar. Dest'arte, após a applicação do esmagador, o tecido comprimido entre seus ramos fica seccionado e reduzido mais ou menos á espessura duma folha de papel.

Manual operatorio.

Anesthesiado o paciente em decubito dorsal, effectúa-se a abertura do abdomen como de ordinario. Bastante numerosas são as incisões preconizadas; dentre as mais usuaes destacam-se a de Jalaguier, a de Roux e a de Mac Burney.

A de Jalaguier, de 8—10 cm., faz-se parallelamente á borda externa do musculo recto abdominal sobre o meio da linha ilio-umbilical, de modo que seu terço superior fique acima desta. Recommenda-se-a para as paredes atonicas afim de prevenir sua eventração ulterior.

A de Roux, de 10 cm., ligeiramente curva, practica-se parallelamente á arcada de Fallopio, a um dedo transverso acima della, de sorte que uma metade da incisão fique para dentro e outra para fóra da espinha iliaca antero-superior. E' mais aconselhada para os casos que necessitem ampla drenagem.

A de Mac Burney, tambem de 10 cm., faz-se a 3 cm. para dentro da espinha iliaca antero-superior,

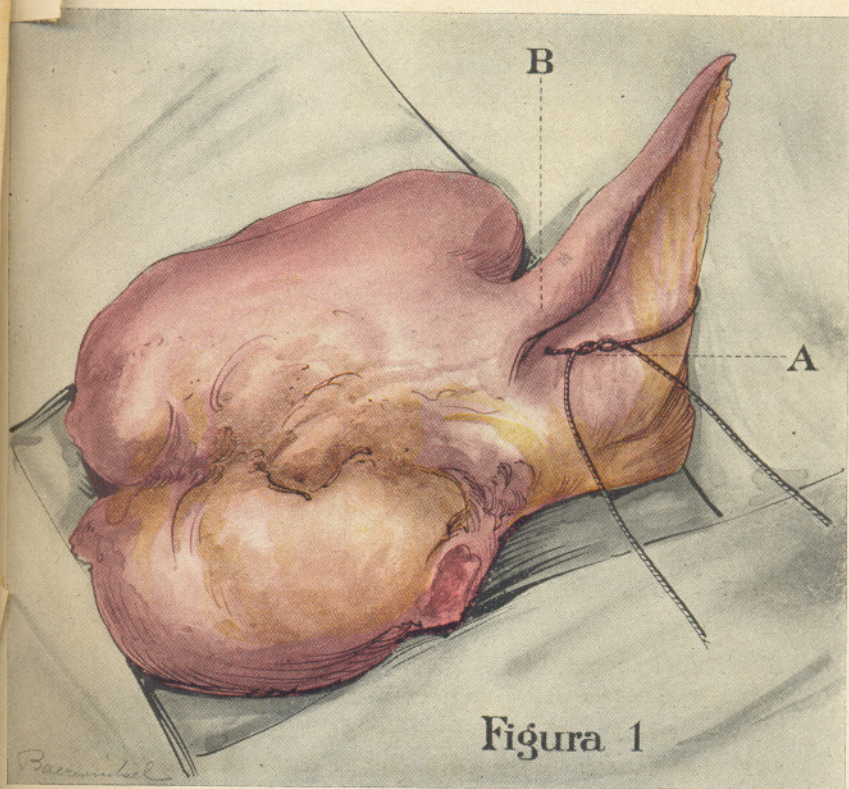


Figura 1

Desenho da preparação anatomica — **A)** Sio passado atravez do meso para effectuar sua ligadura — **B)** Base do appendice.

de maneira que seu meio caia sobre a linha ilio-umbilical; por esta incisão chega-se ao peritônio dissociando as fibras musculares, o que, muita vez, dá um campo exiguo, dificultando a saída do cecum. É muito aconselhada para evitar-se uma eventração consecutiva á intervenção.

Technica. — Aberto que foi o ventre por uma destas incisões, ou outra qualquer, exteriorisa-se o cecum com seu appendice e procede-se a ablação deste realizando-a do seguinte modo:

1.º Tempo. — Com uma pinça ergue-se o appendice por seu apice, pondo-se assim em destaque seu meso; proximo á base appendicular passa-se no meso um fio longo de catgut n.º 1 (vide fig. 1), amarra-se-os bem e faz-se a sua resecção, conservando o fio.

2.º Tempo. — Partindo do extremo opposto ao côto do meso, a 1—1 1/2 da raiz do appendice, com uma agulha fina de Reverdin ponteia-se em semi-circulo a serosa cecal até o côto do meso, junto á sua ligadura; carrega-se a agulha com um dos fios desta e faz-se voltal-a ao ponto de partida. Procede-se do mesmo modo com o outro lado, buscando-se o outro fio e tem-se desta maneira a sutura para a bolsa (vide fig. 2).

3.º Tempo. — Colloca-se então a base do appendice entre os 2 ramos do esmagador, preme-se-o a fundo e retira-se-o.

O appendice, a um tempo esmagado e seccionado, é removido com a pinça que o fixava; sua base ficou reduzida a um côto minuscuro e muito achatado (vide fig. 2) que se tóca com tintura de iodo.

4.º Tempo. — O auxiliar recalca com uma pinça o côto appendicular não ligado, enquanto o operador corre o fio da bolsa, amarrando-o solidamente; o côto fica, assim, invaginado restando em seu logar apenas um minuscuro “umbigo“ (vide fig. 3).

Terminada a extirpação do appendice, repõe-se o cecum na cavidade abdominal e procede-se a sutura da parede. Na maioria dos casos não ha necessidade de drenagem; quando, porém, ha suspeita de contaminação do peritonio sutura-se parcialmente a parede, deixando-se um dreño na parte inferior da incisão.

Considerações.

Este processo, além de sua simplicidade e rapidez, offerece, entre outras, duas vantagens incontestaveis que o tornam tão ou mais recommendavel do que os descriptos no capitulo anterior. A primeira é que não utiliza o thermocauterio para seccionar o appendice depois de ligado, mas a simples esmagadura e secção num só tempo, como as realiza o esmagador do Dr. Moysés, invaginando-se depois o côto assim obtido; a segunda está na particularidade de empregar um unico fio para a ligadura do meso e a sutura da bolsa.

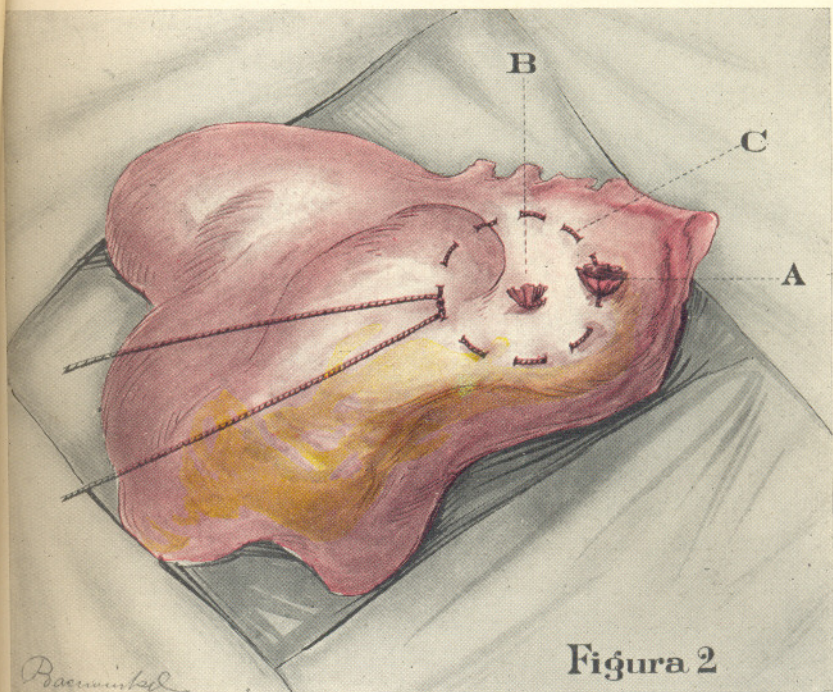


Figura 2

Desenho da preparação anatomica — **A)** Meso ligado e reseccado —
B) Coto não ligado do appendice, mas a um tempo esmagado e seccionado — **C)** Sutura para formar a bolsa praticada com as duas pontas do fio que serviu para ligar o meso.

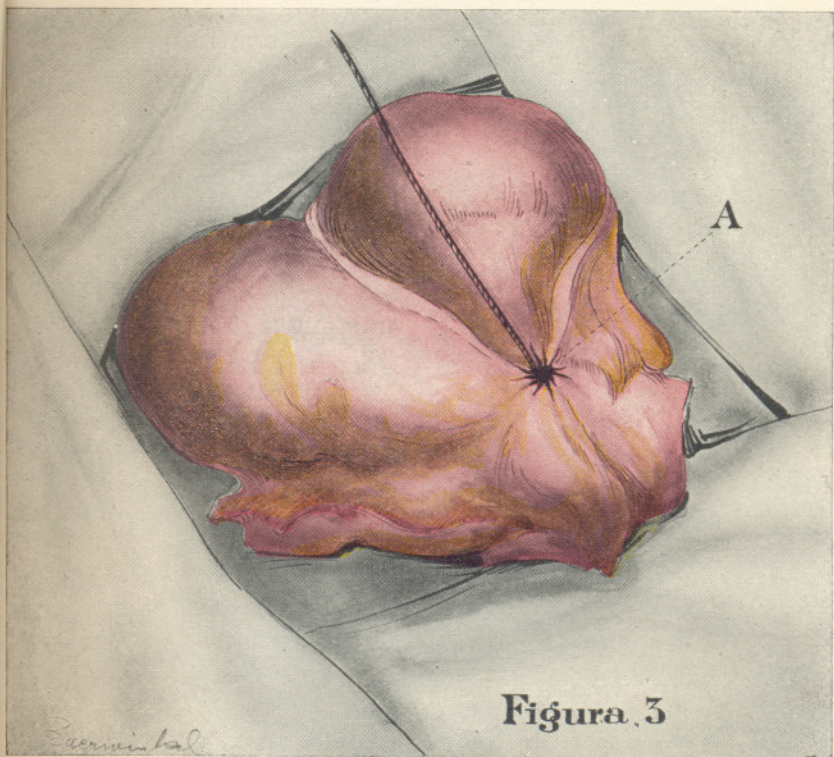


Figura 3

Desenho da preparação anatomica — **A)** „Umbigo“ resultante do fechamento da bolsa após invaginação do côto apendicular.

E' verdade que o processo de Halstedt emprega tambem o esmagamento e invagina o côto não ligado, porém esse esmagamento não é completo. Demais, este processo utiliza o thermocauterio que, além de complicar o acto operatorio, tem seus inconvenientes, como vimos no capitulo anterior.

Témoin tambem emprega um fio só, mas, como vimos, elle não effectua a sutura em bolsa, nem inclue o côto numa dobra cecal.

Considerando que, após a secção da arteria appendicular e de seu meso, o fundo do cecum perdeu seu melhor meio de suspensão e que, muita vez, um fundo de sacco notavel tende a formar-se, Gosset, afim de impedir a formação deste fundo de sacco, utiliza uma manobra do prof. Chutro (de Buenos Ayres), que consiste em amarrar os fios da bolsa com os da ligadura do meso.

Bem é de vêr que a ligadura do meso e a sutura da bolsa effectuadas, como na technica que acabamos de descrever, com um fio unico — que o Dr. Moysés vem empregando ha varios annos — realiza esse objectivo melhor e mais seguramente.

A ligadura do meso fixando-se na sutura da bolsa e esta firmando-se naquella, tem-se como resultado um verdadeiro "monobloco" que dá grande solidez ao todo e assegura a perfeita estabilidade do conjuncto, tornando-o duma firmeza inalteravel.

Outra vantagem auferida com este processo é a suppressão do côto appendicular na bolsa; o fundo desta fica constituido, não por um sulco em volta do côto como no processo habitual, mas simplesmente pela minuscula extremidade do côto, represen-

tada apenas pela tunica serosa fortemente comprimida.

O esmagador do Dr. Moysés tem por effeito, no primeiro tempo de sua acção, uma verdadeira secção da mucosa — que se retrae para um e outro lado — e a esmagadura das outras tunicas do appendice; no segundo tempo, dá-se a secção da serosa, reduzida que foi a uma simples fita.

Assim, depois de esmagado e seccionado o appendice duma só vez e invaginado seu côto, a parte septica deste, isto é sua mucosa, acha-se completamente revirada no cecum, para o qual será drenado naturalmente qualquer producto septico que della se tenha originado. Fica, portanto, afastada deste modo, a possibilidade de desenvolver-se um abcesso na bolsa, ou de haver uma infecção peritoneal.

Nenhum accidente imputavel ao methodo foi até hoje observado em dezenas e dezenas de casos operados pelo Dr. Moysés e outros cirurgiões que têm utilizado seu processo.

Mais do que por sua simplicidade e rapidez, este processo — que não deixa de ter certa elegancia — merece, pois, recommendado pela garantia de asepsia, e portanto de segurança, que offerece ao cirurgião.

Indicações — Este processo tem as mesmas indicações ordinarias dos outros que descrevemos no capitulo anterior.

O esmagamento póde offerecer inconvenientes sómente quando applicado em appendices cysticos ou hydropicos — que, aliás, são felizmente bastante raros.

A sutura da bolsa com o fio que serviu para ligar o meso deixará de ser levada a effeito sómente quando, por uma causa qualquer, fôr absolutamente impossivel effectuar a invaginação do côto appen-
dicular.



CAPITULO IV

OBSERVAÇÕES

I

(Operador: Dr. Moysés)

M. F., com 19 annos de idade, de côr mixta, brasileira, solteira, domestica, baixou á enfermaria Dr. Mariante na Santa Casa em 21-IV-925 com papeleta n. 2212.

Diagnostico: — Appendicite chronica.

Intervenção em 30-IV-925: appendicectomia pelo processo do operador.

Alta, curada, em 12-V-925.

II

(Operador: Dr. Moysés)

A. M. B., com 41 annos de idade, branca, italiana, viuva, de profissão domestica, baixou á enf. Dr. Mariante em 23-IV-925 com papeleta nº. 2258.

Diagnostico: fibroma uterino, annexite dupla; appendicite chronica.

Intervenção em 19-V-925: hysterectomia sub-total com oophoro-salpingectomia dupla; appendicectomia pelo processo do operador.

Alta, curada, em 6-VI-925.

III

(Operador: Dr. Huberto Wallau)

J. S., com 23 annos de idade, de côr mixta, brasileira, casada, baixou á enfermaria Dr. Mariante em 25-IV-925. sob papeleta nº. 2288.

Diagnostico: annexite dupla; appendicite chronica.

Intervenção em 12-V-925: hysterectomia sub-total com oophoro-salpingectomia dupla; appendicectomia pelo processo do Dr. Moysés.

Alta, curada. em 8-VI-925.

IV

(Operador: Dr. Moysés)

I. S., 33 annos de idade, branca, brasileira, casada, baixou á enf. Dr. Mariante em 7-V-925 sob papeleta nº. 2493.

Diagnostico: metrite chronica, annexite dupla; appendicite chronica.

Intervenção em 5-VI-925: hysterectomia sub-total com oophoro-salpingectomia dupla; appendicectomia pelo processo do operador.

Alta, curada, em 20-VI-925.

V

(Operador: Dr. Moysés)

C. S., com 42 annos de idade, branca, brasileira, casada, baixou á enf. Dr. Mariante em 11-V-925 sob papeleta nº. 2562.

Diagnostico: metrite chronica, annexite dupla; appendicite chronica.

Intervenção em 26-V-925: hysterectomia sub-total com oophoro-salpingectomia dupla; appendicectomia pelo processo do operador.

Alta, curada, em 18-VI-925.

VI

(Operador: Dr. Moysés)

G. S., com 26 annos, branca, brasileira, solteira, de profissão domestica, baixou á enfermaria Dr. Mariante em 2-VI-925 sob papeleta nº. 2972.

Diagnostico: metrite chronica, annexite á direita; appendicite chronica.

Operação em 20-VI-925; hysterectomia sub-total, oophoro-salpingectomia direita; appendicectomia pelo processo do operador.

Alta, curada, em 10-VII-925.

VII

(Operador: Dr. Mario Totta)

M.G., 29 annos, branca, brasileira, casada, baixou á enf. Dr. Mariante em 8-VII-925 sob papeleta nº. 3624.

Diagnostico: annexite á esquerda; appendicite chronica.

Operação feita em 15-VII-925: oophoro-salpingectomia esquerda; appendicectomy pelo processo do Dr. Moysés.

Alta, curada, em 25-VII-925.

VIII

(Operador: Dr. Moysés)

A. F., 35 annos, de côr mixta brasileira, viuva, de profissão domestica, deu baixa á enf. Dr. Mariante em 26-VI-925 com papeleta nº. 4022.

Diagnostico: fibroma uterino; prenhez de 2 1/2 mezes.

Intervenção em 1-VIII-925: hysterectomy abdominal supra-vaginal; appendicectomy "usual" pelo processo do operador.

Alta, curada, em 20-VIII-925.

IX

(Operador: Dr. Huberto Wallau)

M. R., 27 annos de idade, branca, brasileira, casada, deu entrada na enf. Dr. Mariante no dia 3-VIII-925 com papeleta nº. 4133.

Diagnostico: fibroma uterino, annexite á esquerda; appendicite chronica.

Intervenção no dia 11-VIII-925: hysterectomy sub-total com oophoro-salpingectomia esquerda, ablação da trompa direita; appendicectomy pelo processo do Dr. Moysés.

Alta, curada, em 27-VIII-925.

X

(Operador Dr. Huberto Wallau)

A. B., 33 annos de idade, brasileira, branca, casada, baixou á enf. Dr. Mariante no dia 5-VIII-925 sob papeleta nº. 4177.

Diagnostico: appendicite chronica.

Intervenção em 19-VIII-925: appendicectomy pelo processo do Dr. Moysés.

Alta, curada, em 6-IX-925.

XI

(Operador: Dr. Moysés)

W. S., 34 annos de idade, branca, brasileira, casada, deu entrada na enf. Dr. Mariante no dia 17-VIII-925 sob papeleta n.º 4365.

Diagnostico: salpingo-ovarite direita; appendicite chronica.

Intervenção feita no dia 21 do mesmo mez: oophoro-salpingectomy direita, ablação da trompa esquerda; appendicectomy pelo processo do operador.

Alta, curada, em 5-IX-925.

XII

(Operador: Dr. Moysés)

A. B., 47 annos, branca, brasileira, casada, baixou á enf. Dr. Mariante em 22-VIII-925 sob papeleta nº. 4455.

Diagnostico: appendicite sub-aguda.

Operação em 15-IX-925: appendicectomy pelo processo do operador.

Alta, curada, em 30-IX-925.

XIII

(Operador: Dr. Huberto Wallau)

T. D., 25 annos, branca, brasileira, solteira, baixou á enf. Dr. Mariante em 24-VIII-925 sob papeleta nº. 4464.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação em 5-IX-925: appendicectomia pelo processo do Dr. Moysés.

Alta, curada, em 21-IX-925.

XIV

(Operador: Dr. Mario Totta)

I. B. T., 38 annos de idade, branca, brasileira, casada, baixou á enf. Dr. Mariante no dia 1-IX-925 sob papeleta nº. 4630.

Diagnostico: fibroma uterino, annexite dupla.

Intervenção em 5-IX-925: hysterectomia sub-total com oophoro-salpingectomia "usual" pelo processo do Dr. Moysés.

Alta, curada, em 17-IX-925.

XV

(Operador: Dr. Moysés)

O. G., 18 annos de idade, branca, solteira, brasileira, deu baixa á enf. Dr. Mariante em 21-IX-925 sob papeleta nº. 4997.

Diagnostico: appendicite chronica.

Intervensão em 25-IX-925: appendicectomia pelo processo do operador.

Alta, curada, em 8-X-925.

XVI

(Operador: Dr. Moysés)

G. S., 15 annos de idade, branca, solteira, brasileira, baixou á enf. Dr. Mariante no dia 24-IX-925, sob papeleta n.º 5053.

Diagnostico: appendicite chronica.

Intervenção em 26-IX-925: appendicectomia pelo methodo do operador.

Alta, curada, em 4-X-925.

XVII

(Operador: Dr. Moysés)

R. P., 36 annos, branca, brasileira, viuva, de profissão domestica, baixou á enf. Dr. Mariante em 3-X-925 sob papeleta n.º 5197.

Diagnostico: metrite chronica, annexite dupla; appendicite chronica.

Operação em 8-X-925: hysterectomia sub-total com oophoro-salpingectomia dupla. Appendicectomia pelo processo do operador.

Alta, curada, em 29-X-925.

XVIII

(Operador: Dr. Mario Totta)

A. C. G., 21 annos de idade, branca, brasileira, casada, deu entrada na enf. Dr. Mariante em 12-X-925 sob papeleta n.º 5347.

Diagnostico: appendicite chronica.

Intervenção em 13-X-925; appendicectomia pelo processo do Dr. Moysés.

Alta, curada, em 23-X-925.

XIX

(Operador: Dr. Moysés)

G. M., 31 annos, de côr mixta, brasileira, casada, deu entrada na enf. Dr. Mariante em 8-X-925 sob papeleta n.º 5280.

Diagnostico: fibroma pediculado do ligamento largo direito; annexite dupla.

Operação em 24-X-925: extirpação do fibroma e dos annexos; appendicectomia "de uso" pelo processo do operador.

Alta, curada, em 4-XI-925.

XX

(Operador: Dr. Moysés)

E. F. O., 33 annos, branca, brasileira, casada, baixou á enf. Dr. Mariante em 28-X-925 sob papeleta n.º 5678.

Diagnostico: gravidez tubaria rompida, á esquerda.

Operação no dia 31-X-925: hysterectomia sub-total com oophoro-salpingectomia dupla. Appendicectomia "de uso" pelo processo do operador.

Alta, curada, em 20-XI-925.

As observações seguintes, gentilmente cedidas pelo Dr. Moysés, são de doentes de sua clinica particular, operados pelo seu processo; a cicatrização deu-se sempre "per primam".

XXI

R. G., 20 annos de idade, branca, natural da Russia, casada, deu entrada na Casa de Saude Dr. Dias Fernandes no dia 6-I-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no dia da entrada.

Teve alta, curada, em 11-I-925.

XXII

M. B. G., 31 annos de idade, branca, brasileira, casada, deu entrada na C. S. Dr. D. Fernandes no dia 16-III-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no dia 18.

Alta, curada, em 27-III-925.

XXIII

M. H. F., 45 annos, branca, brasileira, religiosa, professora, entrou para a Casa de Saude em 19-III-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no dia 22.

Alta, curada, em 9-IV-925.

XXIV

A. P., 27 annos de idade, branco, brasileiro, solteiro, pedreiro, baixou á Casa de Saude no dia 23-III-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no dia immediato ao da entrada.

Alta curado, em 3-IV-925.

XXV

A. A., 30 annos, de idade, branca, brasileira, solteira. Baixou á Casa de Saude no dia 24-III-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no dia seguinte ao da entrada.

Alta, curada, em 3-IV-925.

XXVI

A. M., 43 annos, branca, brasileira, casada, entrou para a Ç. S. Dr. Dias Fernandes em 2-V-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no dia da entrada.

Alta, curada, em 10-V-925.

XXVII

P. M., 26 annos, branco, brasileiro, solteiro, violinista de profissão, deu entrada na Casa de Saude Dr. Dias Fernandes em 12-V-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no segundo dia após a entrada.

Alta, curado, em 25-V-925.

XXVIII

L. Z., 51 annos de idade, branca, italiana, casada, entrou para a Casa de Saude no dia 15-V-925.

Diagnostico: metrite chronica, annexite dupla; appendicite chronica.

Intervenção no dia seguinte ao da entrada: hysterectomy sub-total, oophoro-salpingectomy dupla. Appendicectomy.

Alta, curada, em 8-VI-925.

XXIX

P. V., 35 annos de idade, branca, italiana, casada, deu baixa á Casa de Saude D. Fernandes no dia 16-V-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operada no segundo dia após a entrada.

Alta, curada, em 1-VI-925.

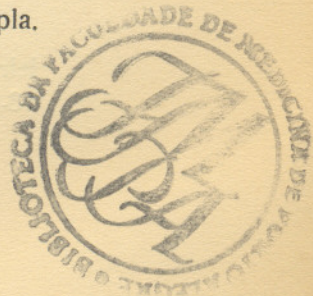
XXX

M. R., 34 annos, branca, italiana, casada, entrou para a Casa de Saude no dia 3-VI-925.

Diagnostico: annexite dupla; appendicite chronica.

Operação no dia seguinte ao da entrada: hysterectomy sub-total com oophoro-salpingectomy dupla. Appendicectomy.

Alta, curada, no dia 22-VI-925.



XXXI

A. B., 30 annos, de côr mixta, brasileira, casada, entrou para a Casa de Saude Dias Fernandes em 22-VII-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no segundo dia após a entrada.

Alta, curada, em 10-VIII-925.

XXXII

U. R., 34 annos, branca, brasileira, religiosa, professora, entrou para a Casa de Saude no dia 19-VIII-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operada no dia seguinte ao da entrada.

Teve alta, curada, em 7-IX-925.

XXXIII

O. V., 22 annos de idade, branco, brasileiro solteiro, guarda-livros, deu entrada na C. S. Dr. Dias Fernandes no dia 7-IX-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Intervenção no dia 10.

Alta, curado, no dia 24-IX-925.

XXXIV

M. C. P. G., 21 annos de idade, branca, brasileira, solteira, deu entrada na Casa de Saude no dia 18-IX-925.

Diagnostico: appendicite chronica.
Intervenção no dia seguinte ao da entrada.
Alta, curada, em 28-IX-925.

XXXV

D. S. S., 18 annos de idade, branco, brasileiro, solteiro, estudante de medicina, deu entrada na Casa de Saude Dr. Dias Fernandes em 19-IX-925.
Diagnostico: appendicite chronica.
Intervenção no dia immediato ao da entrada.
Teve alta, curado, em 28-IX-925.

XXXVI

C. P. P., 39 annos de idade, branco, brasileiro, casado, entrou para a Casa de Saude no dia 13-X-925.
Diagnostico: appendicite chronica.
Operação no dia immediato ao da entrada.
Alta, curado, no dia 24-X-925.

XXXVII

A. A. B., 33 annos de idade, branca, brasileira, casada, deu entrada na Casa de Saude no dia 22-X-925.
Diagnostico: appendicite chronica.
Operação no segundo dia após a entrada.
Alta, curada, em 6-XI-925.

XXXVIII

~~XXXIII~~

J. R., G. 28 annos de idade, branca, brasileira, casada, entrou para a C. S. Dr. Dias Fernandes no dia 6-XI-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Intervenção no dia immediato ao da entrada.

Teve alta, curada, em 17-XI-925.

XXXIX

J. L. P., 26 annos de idade, branca, brasileira, casada, deu entrada na Casa de Saude no dia 9-XI-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no dia immediato ao da entrada.

Alta, curada, em 19-XI-925.

XL

E. K., 33 annos de idade, branca, natural da Russia, casada, deu entrada na Casa de Saude Dr. Dias Fernandes no dia 9-XI-925.

Diagnostico: appendicite chronica.

Operação no segundo dia após a entrada.

Alta, curada, em 21-XI-925.

As observações infra nol-as forneceu o Dr. Elyseu Paglioli — a quem somos gratos pela fineza — e são de pacientes de sua clinica privada nos quaes praticou a appendicectomia pelo processo do Dr. Moysés, tendo havido em todas cicatrização “per primam”.

XLI

A. R., 28 annos de idade, branco, brasileiro, casado, de profissão barbeiro.

Diagnostico: appendicite chronica.

A appendicectomia praticada em janeiro deste anno deu resultado clinico completo.

XLII

M. R. C., 17 annos, branco, brasileiro, solteiro, estudante.

Diagnostico: appendicite aguda com reacção peritoneal.

A appendicectomia a quente feita em janeiro deste anno foi seguida de cura completa.

XLIII

M. R., 24 annos, branca, brasileira, casada.

Diagnostico: appendicite chronica.

Foi appendicectomizada em janeiro de 1925 tendo obtido cura completa.

XLIV

H. M. A., 25 annos, de côr mixta, brasileira, casada.

Diagnostico: appendicite chronica.

Praticada a appendicectomia em fevereiro de 1925, o resultado clinico foi completo.

XLV

L. M., 26 annos, branca, brasileira, casada.

Diagnostico : appendicite chronica.

Foi operada em fev. de 1925 com resultado clinico completo.

XLVI

G. D., 16 annos de idade, branca, brasileira, solteira.

Diagnostico : appendicite chronica.

Foi praticada a appendicectomia em fev. deste anno com optimo resultado.

XLVII

A. S., 20 annos, branco, brasileiro, solteiro, dactylographo.

Diagnostico : appendicite chronica.

Em março deste anno foi appendicectomizado, havendo cura completa.

XLVIII

F. O., 30 annos, branco, brasileiro, solteiro, guarda-livros de profissão.

Diagnostico : appendicite chronica.

A appendicectomia praticada em março deste anno foi succedida de optimo resultado clinico.





CAPITULO V

CONCLUSÕES

E' de toda a oportunidade fazermos, ao fim deste trabalho, uma summula expressa pelas seguintes conclusões:

I

A invaginação do côto appendicular é de grande utilidade.

II

E' um meio racional de pôr o peritonio ao abrigo duma infecção proveniente do côto.

III

Além disso, supprime a superficie cruenta, "ipso facto" a possibilidade de adherencias entre o côto appendicular e os órgãos que o vizinham.

IV

Praticando-a não se corre o risco de ter accidentes post-operatorios mais ou menos graves, immediatos ou tardios.

V

Deve-se, por isso, fazel-a sempre que possivel fôr.

VI

A esmagadura e secção do appendice num só tempo — tal como as realiza o esmagador do Dr. Moysés — é o melhor meio de extirpação do appendice.

VII

O processo do Dr. Moysés previne a formação dum abcesso na bolsa e, portanto, livra o peritonio duma infecção.

VII

E' um processo aseptico, seguro, de execução facil, simples e rapida.

IX

Suas vantagens o tornam tão bom ou melhor do que os outros processos.

X

Os resultados com elle colhidos até agora autorizam-no a entrar na pratica corrente.