

APENDICITE AGUDA SUPURADA GANGRENOSA "USO DA LUZ DE WOOD"

Por **Lauro Juliano**

Trabalho realizado na 18.^a enfermaria

"Serviço de Cirurgia Geral de Homens" — Prof. Guerra Blessmann

INTRODUÇÃO

Motiva o presente trabalho o fato de ter sido instituído pelo Prof. Secco Eichenberg, atual diretor da 18.^a enfermaria, um prêmio para ser disputado entre internos e externos do serviço, com o fim de incentivar e estimular os que se iniciam na vida profissional.

Com o único objetivo de contribuir com uma pequena parcela e dentro das poucas possibilidades de êxito de um "primeiro trabalho", escolhi como assunto, um "caso de Apendicite Aguda Supurada Gangrenosa" em que não foi usada a drenagem. Apesar da gravidade do caso o post-operatório foi dos melhores e a cura se processou num espaço de tempo relativamente pequeno em virtude da terapêutica e da conduta adotada por ocasião da intervenção cirúrgica, como também do comportamento post-operatório.

RESENHA HISTÓRICA:

Da observação superficial dos serviços do Pronto Socorro e principalmente dos serviços da Portaria da Santa Casa, onde são operados vários casos de urgência de "Apendicite Aguda" tenho visto com relativa frequência a drenagem sistemática da cavidade peritoneal tôda a vez que exista supuração e gangrena, sendo esta com maior razão.

Da observação dos casos da enfermaria tenho notado que todos os processos infecciosos, comprometendo o peritônio são irradiados pela luz de Wood, por intermédio do "Laparophos" e o resultado tem sido de veras surpreendente.

Sou dos que preconizam o uso com maior frequência das irradiações da luz de Wood, uma vez que, os resultados obtidos com esta última técnica superam nitidamente os que se obtém com a drenagem da cavidade peritoneal.

HAVLICEK (1) — cirurgião tcheco — comunica em 1933 seus resultados e expõe 108 casos de peritonite difusa por perfuração apendicular, com 108 curas ou sejam 0 % de mortalidade e justifica êsses resultados pelo emprêgo dos raios ultra-violetas invisíveis e explica a ação deles em virtude de uma nítida melhora dos fenômenos circulatórios.

Como técnica indica e aconselha êste outro na peritonite difusa: Laparotomia sob anestesia local, tratamento operatório da lesão que a determinou, não enxugar, nem aspirar o exudato purulento.

Durante a intervenção, com a lâmpada Laparophos à 30 ou 35 cms. de distância expor, uma ou duas alças intestinais com os respectivos meso e epiplon, de ambos os lados, à luz de Wood em tempo variável de cinco a trinta e cinco minutos, conforme a gravidade do caso. Fechamento completo, sem drenagem da cavidade peritoneal e um pequeno dreno sub-cutâneo. Levantar precoce.

Na maioria dos casos obteve sempre cicatrização por primeira intenção.

BREITNER, em outubro de 1934 apresenta uma estatística de 10 casos de peritonite difusa por perfuração apendicular onde empregou a irradiação da luz de Wood com dois casos fatais.

PASCHOUD, relata em 1934 um caso de peritonite generalizado "devido a uma úlcera perfurada da face anterior do piloro"; sendo que obteve sucesso absoluto com irradiação da luz ultra-violeta, num pequeno espaço de tempo, 6 minutos.

Também outro caso de "Peritonite por apendicite aguda" no qual foi feita apendicectomia, irradiação pela Laparophoslampe, do mesentério numa alça ileal durante 8 minutos em cada face. Sutura primária, sem drenagem da parede abdominal; e dois

drenos subcutâneos nas extremidades da ferida operatória.

HEUSSER — 1934, declara ter aplicado o processo de HAVLICEK em nove casos de peritonite supurada difusa, tendo tido três mortes em casos operados já em más condições, praticamente sem esperanças.

PETERMANN — 1935, apresenta 15 casos dos quais cinco por êle mesmo operados, os restantes dez por seus assistentes. Dois pacientes morreram.

PETERMANN chama a atenção para um período post-operatório normal, para a euforia dos pacientes, para as dôres que são insignificantes e para o precoce restabelecimento do peristaltismo.

NICOLLE da clínica do PROF. HENSCHEN (Basiléa), apresenta observações sobre 44 casos, dos quais 8 perfurações gástricas, 14 apendicites perfuradas e 22 apendicites agudas, das quais a metade de forma gangrenosa e a outra metade de forma flegmonosa.

Nos 14 apendicites perfuradas não houve nenhum caso de morte. Em 10 apendicites gangrenosas, onde não raramente surgem complicações, como abscessos locais, paralisia intestinal e abscessos da parede, a evolução se fez sem o menor acidente. Todos tiveram alta do 7.º ao 9.º dia, com cicatrização por primeira intenção. As 12 apendicites flegmonosas também tiveram um curso post-operatório muito bom.

WICKE de Viena, apresenta uma estatística de 85 casos. Dos 85 casos, 48 reconheciam indicação perfeita e nestes WICKE teve três casos de morte, dos quais dois autopsiados; um de úlcera duodenal perfurada, morreu no 12.º dia após a operação com uma pneumonia lobar, outro um caso de apendicite perfurada, o indivíduo contava 84 anos, como causa mortis, demonstrou a autópsia uma broncopneumonia.

Em nosso meio o PROF. GUERRA BLESSMANN foi um dos preconizadores dêste método, assim como seu iniciador.

A enfermaria 18.ª tem a seu serviço um aparelho "Laparophos" o qual tem prestado serviços inestimáveis. O atual diretor da enfermaria, PROF. SECCO EICHENBERG, (2-3) tem empregado sempre a mesma técnica e os resultados têm sido os mais

satisfatórios, como podemos comprovar através dos seus trabalhos "Abdomen Agudo" (conduta cirúrgica — 1947) e "Obstrução Intestinal — Cancer do Colon transverso" (considerações sobre um caso clínico), nos quais preconiza a terapêutica da luz de Wood ou dos raios ultra-violetas totais, como um de seus grandes auxiliares na terapêutica das peritonites.

O meu propósito era de apresentar uma verdadeira e criteriosa verificação bibliográfica dos casos até agora já publicados no Brasil, mas infelizmente não pôde ser feita.

ETIOPATOGENIA: (4)

A apendicite aguda resulta uma afecção rara antes dos dois anos, assim como é pouco frequente na idade avançada. É mais frequente dos 5 aos 40 anos, mas é na juventude onde a encontramos em maior número.

A predisposição pela juventude, parece estar de acôrdo com o desenvolvimento e hiperatividade do tecido linfóide. Quanto ao sexo, existe maior frequência no sexo masculino, isto porém, sob o ponto de vista das "apendicites agudas", ao passo que as apendicites crônicas com surtos sub-agudos são mais frequentes no sexo feminino.

A apendicite familiar de DIEULAFOY também é muito frequente e é devida a estados linfóides; aceita-se a existência de apendicites familiares ou melhor "famílias de apendiculares".

A **constipação** representa inegavelmente um grande fator que se deve ter muito em conta como predisponente, sobretudo, quando o constipado tem concomitantemente ectasia cólicecal.

A **infecção** é também uma das causas da apendicite, sendo que a maneira como se infecta pode ser. ou por propagação de infecções vizinhas, ou em forma direta (por sua luz), ou por via linfática ou sanguínea, sendo esta última em maior acôrdo e mais compreensiva.

"Os germens", como uma continuação das enterocolites, colites, anexites e perianexites rebeldes, no decurso de uma gripe, angina ou uma infecção sendo então aqui, a via sanguínea a responsável.

Como germens podemos citar: colibacilos, estrepto, estafilo e pneumo. Não deixando de recordar os anaeróbios, que quando são iniciais se associam àqueles tradu-

zindo um caso clínico de rápida evolução e extrema gravidade. Por último a infecção polimicrobiana e o meio em que atua, representa o fator que mais se deve ter em conta para conceber a tão comum e grave evolução desta infecção.

O papel da cavidade fechada tem sido relegado a um plano secundário. Era como uma causa imprescindível para que o apêndice ficasse doente. Inflamado o apêndice, fechava-se a luz de sua cavidade e o seu conteúdo que havia ficado assim aprisionado, rico em germens, aumentava sua virulência, corroía a mucosa, e as zonas linfáticas eram rapidamente vítimas da infecção. A apendicite estava assim constituída.

Resulta que, si bem que a cavidade fechada é uma consequência da inflamação da mucosa, não é sempre a sua causa, o que indica que nem sempre a luz se obstrue. Apesar disto o processo anátomopatológico da apendicite segue seu curso, sem ter-se assistido em nenhum momento, à clássica cavidade fechada. Não obstante deve-se recordar que o apêndice pode obstruir sua luz, sem ter chegado a produzir a infecção; assim encontramos posições anormais anatômicas (torções, angulações), ou então, a introdução de corpo estranho ou coprólito.

A ação dos corpos estranhos durante tanto tempo reconhecida como uma causa de predisposição, é a afecção mais constante, hoje, entretanto deixada a um plano secundário. Em verdade os corpos estranhos são encontrados cada dia com menor frequência e isto possivelmente porque o apêndice os expulsa com grande facilidade.

Assim, sem negar "ao coprólito", grãos de uva e outros parasitos, estes causadores de infecções deixamo-los num plano secundário.

Concluimos que para se efetivar, a infecção deve chegar a danificar a parede da mucosa, seja por escavamento ou obstrução e só então, uma vez fraccionada, permite a ação microbiana.

A via sanguínea tem cada vez mais, maiores adeptos.

A ela deve-se a quase totalidade das apendicites congestivas e gangrenosas, por tromboses sépticas, das quais nos ocuparemos em seguida. Em conclusão, chega-se à concepção de que o apêndice se infecta por propagação de um processo local e que a obstrução, origem das cavidades fechadas, é uma consequência não muito constante.

Se a via sanguínea vai sendo cada dia mais aceita, deve à rica constituição em tecido linfóide que possui esse órgão e sua vascularização, que desde sua mucosa até o peritônio tem tudo para consentir à poluição e à exaltação dos germens que vivem em sua luz e que chegam pelas vias já por nós enunciadas.

SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO (5)

A apendicite aguda apresenta habitualmente uma sintomatologia clássica, mas, com muita frequência, nos afastamos dela, seja por ausência de sintomas ou porque o quadro clínico adquire caracteres tão particulares que é necessário conhecê-los para não cair em erros de diagnóstico. Em verdade a dor que é o mais frequente sintoma parece corresponder à sensibilidade de outros órgãos; por outro lado a qualidade e a virulência dos germens que a determinam, as variáveis posições do órgão, a idade do enfermo, a constipação... etc., imprimem características especiais que devem ser observadas com muito cuidado.

Sendo por demais conhecida a sintomatologia, permitir-me-ei assinalar de forma esquemática; sintomas iniciais:

MURPHY.

- 1 — Epigastralgia
- 2 — Vômitos
- 3 — Dor na F. I. D.

Enumerando ainda: dor, temperatura, pulso, vômitos, parestesia intestinal e alterações sanguíneas.

Para abreviar escolhi um quadro clínico típico da apendicite aguda, que me parece ser dos mais fáceis de reter na memória, assim como o mais elucidativo:

APENDICITE AGUDA (6)

Começa, sem causa externa, com dores inicialmente agudas e mais tarde em forma de cólicas, nos primeiros momentos na região epigástrica, irradiando-se em seguida lentamente para o quadrante inferior D.

À estas dores associam-se náuseas e frequentemente um ou mais vômitos. Prisão de ventre e retenção de gases. Às vezes uns calefrios leves. O paciente tem que guardar o leito. O exame clínico revela dor no quadrante inferior D, com contração

muscular reflexa. A temperatura axilar é quase normal, entretanto a retal é elevada. Muitas vêzes existe uma taquicardia relativa. A lingua dispéptica é frequente.

- 1 — dôr abdominal e contratura da parede abdominal.
- 2 — náuseas e vômitos.
- 3 — taquicardia e febre retal.

A contratura da parede abdominal, os pontos dolorosos, a dôr e a descompressão formam o complexo local, ao qual se associam os sintomas gerais de irritação peritonial. O estudo do processo apendicular poderá ser concluído com a localização, a forma e a extensão do achado local. Hiperleucocitose, urina sem sangue e sem hecímias.

Recordando os sinais e pontos dolorosos citaremos os seguintes: (7)

Mc. Burney
Lanz
Sinal de Blumberg
Sinal de Rovsing
Sinal de Berthomier
Sinal de Tegerina Fotheringham
Sinal de Meltzer
Sinal de Cope Zachary
Sinal de Jarowsky — Lapinsky
Sinal de Chutro e Manobra de Sammartino.

Não citarei a técnica por ser por demais conhecida e indispensável para um bom diagnóstico.

ANATOMIA PATOLÓGICA (8)

Inflamação	{	agudas	{	catarral	{	em focos
		crônicas		supurativa		flegmonosa
		específicas				gangrena

Citarei apenas as inflamações agudas:

Na catarral, também chamada, "apendicite superficial", temos macroscopicamente apenas uma vaso-dilatação dos "vasos da serosa".

Abrindo o apêndice, vemos a mucosa espessada e recoberta de catarro. São processos passageiros.

A forma **supurativa** é importante, pois, é a que causa o maior mal. Inicia-se, em geral, em uma das criptas do apêndice; na profundidade das criptas temos um processo supurativo inicial, representando pela presença de neutrófilos e necrose mais ou menos intensa: é a lesão primária de Aschoff. Daí o processo pode propagar-se de 2 modos: um vai dar metastases, dando outros focos no carion e na sub-mucosa, podendo dar também na muscular; no outro tipo, entretanto, o processo inicial (lesão primária) se propaga difusamente a todo o apêndice e vamos verificar que o processo supurativo atinge tôdas as camadas do apêndice, inclusive a serosa.

Macroscopicamente, temos o aumento de volume do apêndice e congestão da serosa. Com o progredir do processo, podem aparecer pequenos focos de peritonite nas

proximidades dos focos apendiculares; esta peritonite é fibrinosa e resulta da passagem de toxinas ao peritônio, porém, não há ainda, germens na serosa peritonial.

Na forma **flegmonosa**, o aumento de volume do apêndice é muito maior. A congestão sanguínea nem sempre é muito aparente, pois, existem alterações na serosa que atingem tôda a periferia do apêndice. Por transparência, vê-se a côr amarela do puz, que existe na parede do apêndice.

A peritonite se localiza somente na serosa do apêndice. Porém, podemos ter uma peritonite com germens, quando a apendicite chega a perfurar o apêndice. A perfuração pode ser dos focos ou da parede do apêndice. Pequenos abscessos podem se romper e eliminar germens que vão ao peritônio, determinando a peritonite.

Vamos ter um processo supurativo flegmonoso, uma parede, na qual, a circulação sanguínea não é boa e quando esta é insuficiente aparece a necrose com ou sem putrefação: é a forma gangrenosa, porém, só às vêzes é que é verdadeiramente gangrenosa, pois, no mais das vêzes, não passa de necrose e seria melhor dizer "apendicite necrosante".

Os germens do conteúdo da apendicite se espalham, então, na cavidade abdominal, com grande tendência à generalização.

Nem sempre, porém, temos a peritonite com germens, porque se o processo apendicular se fizer lentamente, o epiploon vai envolvendo a víscera inflamada; ora, pode acontecer então, que quando se forma a peritonite toxêmica o epiploon é também atin-

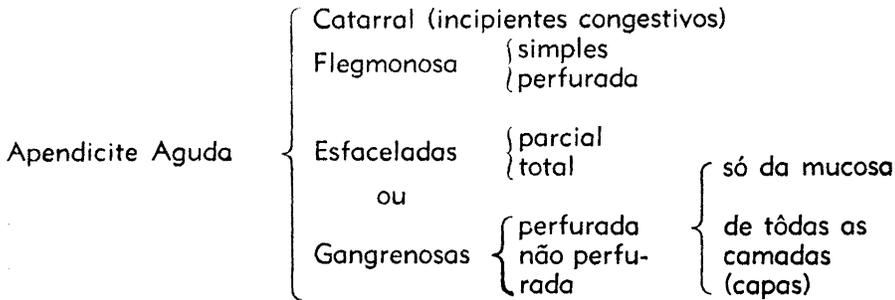
gido pelo mesmo processo e dá-se uma organização com aderência do epiploon ao apêndice.

— Na **supuração** vamos ter a formação de um foco supurativo de peri-apendicite! Mas é uma eventualidade que só acontece quando o decurso da apendicite é lento.

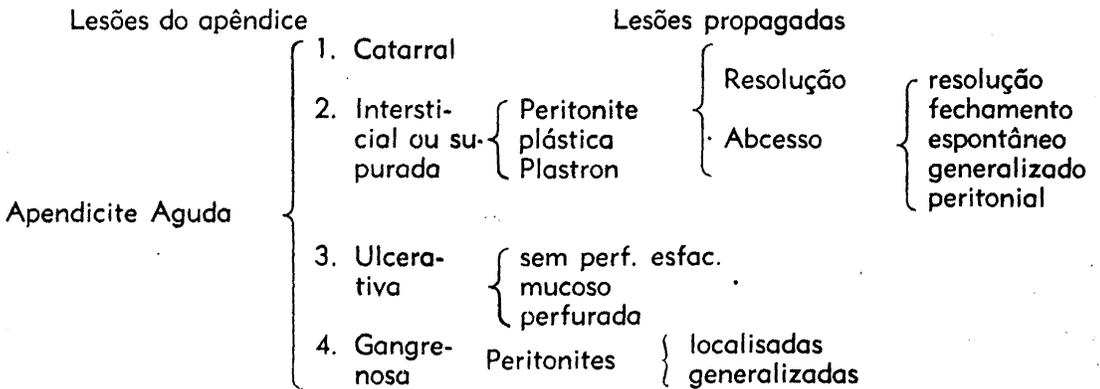
As causas já foram citadas quando me referi à etiopatogenia.

CLASSIFICAÇÃO (9)

CLASSIFICAÇÃO DE MURPHY.



CLASSIFICAÇÃO DE CRISTMANN.



OBSERVAÇÃO

1) Identidade civil e profissional

O. P. B., 38 anos, masculino, branco, casado, verdureiro, natural de Pôrto Alegre, brasileiro, baixado em 1-8-49, na enfermaria 18.º leito 35.

2) Anamnese próxima (histórico da doença atual)

Há uma semana começou a sentir fortes dores na F. I. D., com irradiações para a perna D, ao mesmo tempo, cefaléia, náuseas, vômitos e prisão de ventre.

Seus padecimentos aumentaram e a cefaléia que era discreta tornou-se intensa, ao mesmo tempo, prostração e febre intercorrida por calefrios (sic). Informa o paciente que teve muita febre, cêrca de 40º graus. Seus padecimentos agravaram-se e como não tivesse melhora com medicação caseira, resolveu baixar a êste serviço.

Quando baixou e foi examinado, o doente continuava com intensa cefaléia, náuseas, dôres na F. I. D. com irradiações para a perna D. Prisão de ventre de 6 dias, inapetência e facies febril.

Informa o paciente que suas dôres não se modificam sendo sempre contínuas.

3) Antecedentes mórbidos pessoais.

Doenças próprias da infância. Nega passado venéreo.

4) Anamnese familiar e hereditária.

Esposa viva e com boa saúde. Tem 1 filho com boa saúde. Pai vivo e com saúde.

Mãe falecida de causa ignorada.

INSPECÇÃO GERAL

- 1) Atitude no leito: Em pé, em marcha, o doente não pode se locomover devido as dores e estado de intensa prostração.
- 2) Facies: febril.
- 3) Psiquismo: lúcido.
- 4) Biotipo: normolineo astênico (sendo PENDE)
- 5) Estado de nutrição: regular.
- 6) Altura e peso: 1,68 e 66 kgs.
- 7) Musculatura: tonus normal.
- 8) Ossos: integridade normal. Não há externalgia, nem tibialgia.
- 9) Articulações: mobilidade e sensibilidade normais.
- 10) Pele e mucosa visíveis: Pele seca e pouco elástica, mucosas um pouco descoradas.
- 11) Fâneros: normalmente implantados e distribuídos.
- 12) Tecido celular sub-cutâneo: não infiltrado.
- 13) Ganglios: inguinais palpáveis.
- 14) Temperatura:

EXAME DA REGIÃO DOENTE**INSPECÇÃO**

Espessura e nutrição da parede abdominal normais.

Não há sinais e vergões na pele. Cicatriz umbelical normal. Não existe circulação colateral.

MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS

Não existe proeminência, nem retrações do abdomen. APALPAÇÃO superficial, consistência endurecida, espessura grossa e tensão da parede abdominal ao nível da fossa ilíaca D.

Apalpação profunda: região F.I.D. empastada e gargarejo. Hiperestesia cutânea.

Pontos de Mc. Burney, Lanz, dolorosos. Temperatura retal: 38,7.

APARELHO RESPIRATÓRIO

Murmúrio vesicular normal. Não há sopros, ruidos, atritos, crepitação ou estertores.

APARELHO CIRCULATÓRIO

Bulhas normais. Ictus cordis no 4.º espaço intercostal.

CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Tratava-se de um paciente com uma história clínica característica de uma apendicite aguda, possuindo um nítido quadro abdominal agudo, cujo início de 6 dias foi aos poucos se agravando.

Os dados encontrados na anamnese e exame da região doente, são características do quadro que acima referi.

Contrastava um pouco a sintomatologia aguda local do abdomen, com o estado geral pouco ou quase nada comprometido. Não havia sinais nítidos de auto-intoxicação.

A zona apendicular mostrava-se muito dolorosa, empastada com hiperestesia e pontos clássicos de MC. BURNEY e LANZ dolorosos à palpação.

Em face deste quadro típico, foi dispensável o diagnóstico diferencial, pois nenhuma outra hipótese foi formulada na ocasião, a não ser a de uma Apendicite Aguda.

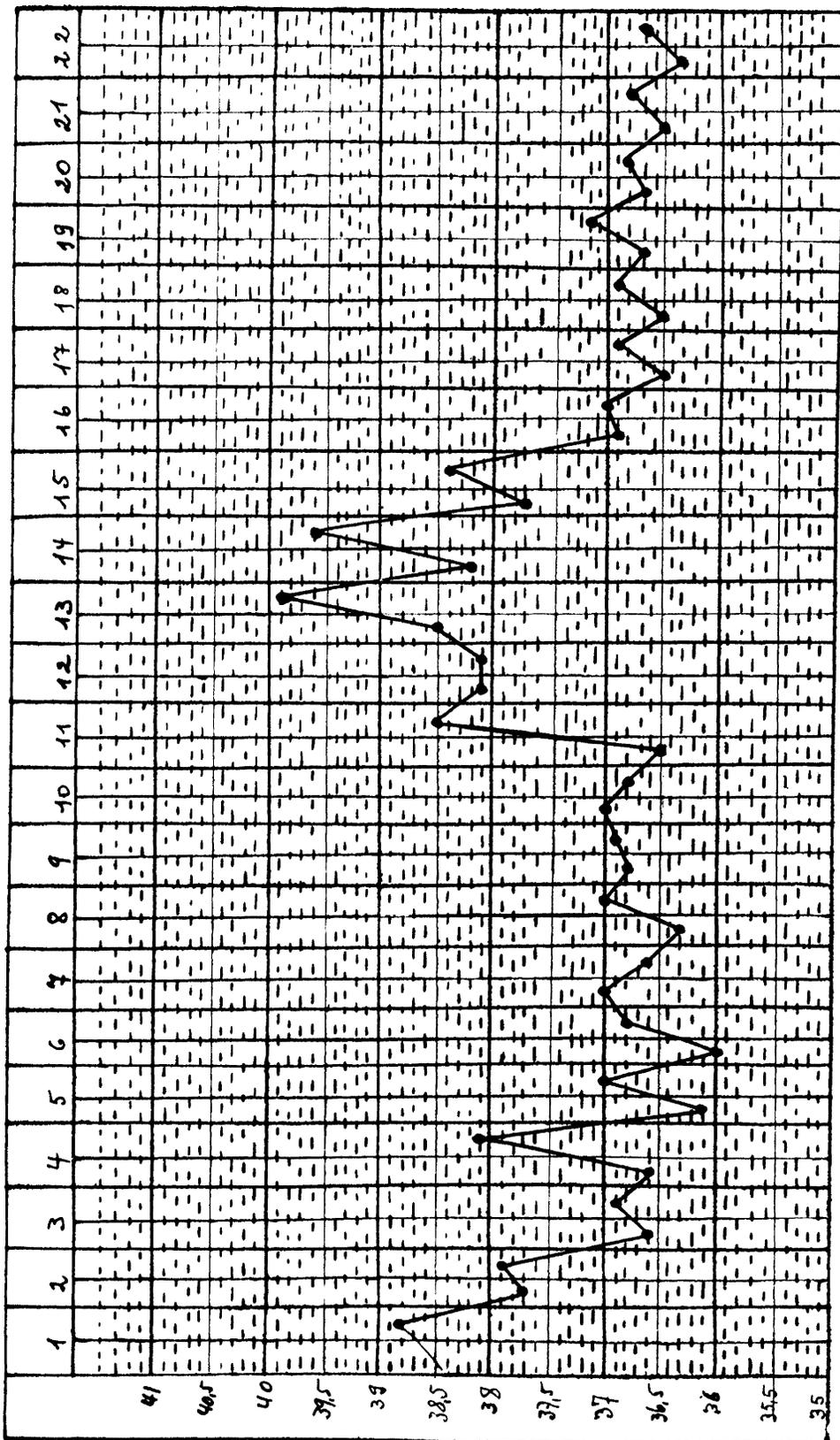
Foi iniciada a intervenção cirúrgica, e os exames de rotina foram dispensados em vista da gravidade do caso, e da impossibilidade de consegui-los com urgência.

FICHA OPERATÓRIA

Enfermaria 18.ª Santa Casa de Misericórdia — Porto Alegre.

ANESTESIA: iniciada às 8,40, foi usada novocaina a 1 % mais uma ampola de adrenalina, para uso local, anestesia para a incisão de Jalaguier. Durante a intervenção cirúrgica e devido a gravidade e o estado de excitação do paciente, foi o mesmo anestesiado com gases (Protóxido de Azoto + Eter) que foi feito pelo Ddo. Maya.

QUADRO TÉRMICO



OPERAÇÃO PRÒPRIAMENTE DITA:

Iniciada às 9,00 horas e terminada às 9,40 horas.

Operador: Prof. Eichenberg.

Auxiliar: Ddo. Juliano.

Incisão de Jalaguier — Abertura dos planos. Encontrado na cavidade puz com cheiro fétido. Placas de fibrina com cecum e alças adjacentes. Apêndice supurado e de aspecto gangrenoso desde sua base. Localização retro-cecal. Foi retirado o apêndice, confeccionada a bolsa. Exposição das vísceras ao Laparophos durante 6 minutos. Foi colocado 250.000 U.O., de penicilina e mais 0,50 de Streptomina na cavidade. Suturado o peritônio e aponevrose. Colocado um pequeno dreno de borracha (pedaço de dedo de luva) no tecido sub-cutâneo.

Fios usados de algodão.

Curativo.

Durante o trans-operatório foi administrado ao paciente:

Penicilina 100.000 U.O. de 3 em 3 horas durante 3 dias que decorreram da intervenção. Streptomina 1 gr. diàriamente, durante 2 dias. Sulfaguanidina 1 comp. 4/4 horas.

Cortexon — 1 ampola diàriamente durante 6 dias.

Coaguleno e Botropase: 1 amp. de cada no dia em que foi operado.

Gêlo no ventre.

Sôro fisiológico — 2.000 cc.

Sôro glicosado — 2.000 cc.

Foram feitas 3 transfusões de sangue sendo de 250 cc., 200 cc. e 300 cc. nos 3 dias que se seguiram à intervenção.

Do terceiro dia até o 10.º dia o paciente esteve bem, tendo melhorado bastante, voltando o apetite e desaparecendo tôda a sintomatologia para o lado do aparelho digestivo. No 11.º dia aumentou a temperatura ao mesmo tempo que apresentou diarreia, sendo feito então, sôro glicosado e fisiológico, ao mesmo tempo, sulfaguanidina, 1 amp. de 4/4 horas, fermento láctico em comprimidos e penicilina 50.000 de 3/3 horas.

Quatro dias após desapareceu êste quadro e o doente desde aí ficou completamente restabelecido, sendo que o quadro térmico se normalizou; voltou o apetite e o doente teve alta no dia 23-8-49 completamente restabelecido.

Voltou o paciente 30 dias após, quando veio visitar êsse serviço, ao mesmo tempo, submeteu-se a contrôle clínico e encontrava-se da melhor forma possível, tendo engordado alguns quilos segundo sua própria informação.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — PROF. GUERRA BLESSMANN — Novos Horizontes Anátomo Fisiológicos da Circulação (Conferência realizada no curso de extensão universitária em novembro de 1936).
- 2 — DR. SECCO EICHENBERG — Abdomen Agudo — Revista "Medicina e Cirurgia" Ano IX Nº 2 — tomo 9.
- 3 — DR. SECCO EICHENBERG — Obstrução intestinal por câncer do colon transverso — Revista "Medicina e Cirurgia" Ano IX N.º1 — tomo 9.
- 4 — IGARZABAL — tomo IV pág. 3245.
- 5 — ALEJANDRO DUSSAUT — Patologia do Abdomen Agudo Cirurgico (apendicite aguda).
- 6 — VITOR ORATOR — Patologia Cirurgica — pg. 145.
- 7 — IGARZABAL — Tratado de Patologia Quirurgica — Tomo IV
- 8 — PROF. TIBIRIÇA — Pontos de Anatomia Patológica — Patologia do apêndice (inflamação).
- 9 — A. DUSSAUT — Patologia del Abdomen Agudo Quirurgico — pag. 227 (Apencite aguda — classificação).