

A proposito de alguns casos de appendicite, operados na Enfermaria Dr. Wallau

Aula de Clinica Cirurgica

pelo

Prof. FREDERICO G. FALK

Meus senhores. Nestas ultimas semanas tivemos oportunidade de operar varios casos de appendicite, cada qual offerecendo particularidades interessantes que bem merecem um estudo mais detalhado. Conheceis os doentes, desde que deram entrada em nosso serviço, de modo que me julgo dispensado de uma descripção mais minuciosa, e ainda mais, por terem sido examinados em aula, antes das respectivas intervenções.

Hoje apenas desejo realçar os pontos que despertaram a nossa curiosidade, deduzindo d'ahi ensinamentos valiosos para a vida pratica.

R. A., de côr branca, com 15 annos de idade, natural deste Estado, seminarista. Ha um anno fôra-lhe diagnosticada uma appendicite chronica, entrecortada, de vez em quando, por crises agudas de pouca intensidade.

Foi no decurso de um desses accessos que elle me procurou no consultorio, mostrando desejos de operar-se sómente nas férias do proximo verão. Como se tratasse de um ataque mais pronunciado do que

os antecedentes, aconselhei-lhe a intervenção immediata.

Houve alguma demora por parte do doente, de modo que, ao baixar á enfermaria, o processo agudo estava quasi extincto. Mal se desenhava a triade de Dieulafoy.

O que nos intrigou, durante a operação, foi a extrema difficuldade com que lutámos para encontrar o appendice. Aberto o ventre, por incisão para-rectal, e após uma série de pesquisas infructiferas, fomos exteriorizando mais ou menos todo o intestino delgado, alça por alça, sem encontrarmos o ceco. A posição de Trendelenburg, igualmente, não nos conduziu ao exito desejado.

Já nos inclinavamos para admittir uma transposição de visceras, quando mais uma tentativa, com o paciente em posição horizontal, mostrou o appendice sobre a linha mediana e acima do umbigo, em plena região epigastrica. Lembrei-me, então, das palavras do saudoso mestre Oscar Bulhões que, ha 30 annos, já dizia ser o appendice um verdadeiro vagabundo na cavidade abdominal.

«Ora», dirá talvez algum de vós, «como é que, com séde tão extravagante, o paciente podia accusar dôres no ponto de Mac Burney? — Não seria mais logico que elle as apresentasse na região epigástrica?»

Vejamos primeiro a significação do ponto de Mac Burney. Contrariamente ao que, em geral, se pensa, elle, via de regra, não corresponde, nem á séde do appendice, nem á inserção deste sobre o ceco.

Em condições normaes, isto é, quando o verme, de facto, occupa a fossa iliaca, sua base corresponde ao ponto de Lanz que marca o limite entre o terço médio e o direito de uma recta que une as duas espinhas aliadas antero-superiores. Como vêdes, no nosso paciente, a distancia, entre os dois pontos em questão, é de 3 cm.

A dôr no ponto de Mac Burney carece de outra explicação.

Segundo Mackenzie, as visceras são insensíveis. A dôr de viscera lezada manifesta-se na zona de distribuição dos nervos periphericos, oriundos dos segmentos medullares, com os quaes a viscera está em relação por sua innervação sympathica. Por esta via, os órgãos abdominaes se acham em connexão com os seis ultimos pares dos nervos dorsaes.

Resulta desta disposição que a dôr, no começo de uma crise abdominal aguda, é puramente reflexa. Mais tarde, quando o peritoneo parietal tiver sido attingido, pôde ella corresponder á séde do mal.

Vejamos o que se dá nas lesões do appendice. Este órgão está em relação com o 10º e o 11º nervos dorsaes, cuja distribuição se faz na zona peri-umbelical. E' ahí que, no inicio da appendicite, se localizam as dôres, principalmente, quando se trata do primeiro ataque. Ao depois, e sobretudo nas crises subseqüentes, as dôres fixam-se no ponto de Mac Burney e em seus arredores. A dôr reflexa de inicio é, então, substituída por uma dôr, indicando alteração do peritoneo parietal.

E' esta a theoria que explica o caso, em geral, mas não serve para o nosso, pois,

do contrario, o doente devia ter accusado suas dôres justamente na região epigástrica. Tenho que o nosso operado soffre de ceco movel, talvez mesmo de uma ptose geral das visceras abdominaes, de maneira que, pela posição de Trendelenburg, ceco e verme foram desalojados para a região epigástrica, quando, em posição erecta do paciente, elles occupavam posição mais baixa. Tenho esta suspeita, porque, em pé, elle apresenta grande abahulamento da metade inferior do ventre, ao passo que a superior mostra certa retracção. Um exame radioscopico poderia esclarecer a situação.

Balanceando as opiniões dos diversos autores, devo dizer-vos não haver, ainda hoje, accordo para interpretar as dôres naquella ponto. Sómente para citar mais uma theoria, transmitto-vos a opinião de Murphy que admite corresponderem as dôres aos ganglios lymphaticos do meso-appendice, situados no angulo ileo-cecal, theoria esta que já fez epocha, mas que é insustentavel, porque então a séde das dôres deveria mudar, de accordo com a situação do appendice.

Longe de querer desfazer o valor semiológico do ponto de Mac Burney, chamo, no entanto, a vossa atenção para duas grandes verdades: Nem sempre a appendicite determina dôres nesse ponto, nem as dôres, ahí assestadas, indicam infallivelmente uma appendicite.

Apenas um exemplo para cada caso. Quantas vezes um doente não é tratado, longos annos afóra, de suas crises gastricas, como soffreado de ulcera do estomago ou do duodeno, de lithiase biliar, talvez mesmo de tabes, quando um bello dia alguem se lembra do appendice? — Feita a extirpação do malfeitor, as crises cessam como por encanto.

Agora o inverso. Penso não poder fazel-o melhor do que repetir as palavras do grande pediatra Czerny, de Berlim, cujas aulas tive o prazer do assistir em 1913: «Quando uma creança se queixar de dôres no ventre, lembrem-se sempre do pulmão; em

logar de appendicite, é mais provavel que encontrem uma pneumonia.

A creança, mesmo em affecções as mais variadas, gosta de localizar suas dores no ventre, ou então realmente as sente ali. Mas, que é que vemos com tanta frequencia? ... Em vez de examinarem em cima, operam em baixo. D'ahi o fiasco (*textual*). Dois ou tres dias depois estabelecem o verdadeiro diagnostico e, por cumulo, ainda rotulam o caso de pneumonia post-operatoria.»

Nunca me esquecerei das palavras do illustrado mestre, podendo dizer que, d'ahi por diante, tive a sua confirmação, na maioria dos meus doentinhos de pneumonia. Por vezes, as dores eram tão pronunciadas e tão limitadas á região ileo-cecal que um medico menos advertido, no primeiro momento, realmente se teria inclinado ao diagnostico de appendicite.

Passemos a outro doente. H. W. G., de côr branca, com 17 annos, natural deste Estado, operario, baixou em 30 de Abril.

Sua ficha reza o seguinte: Ha uns 40 dias, sentiu, pela primeira vez, dores pouco accentuadas do lado direito do ventre, quando se entregava ao exercicio do remo. As dores cederam no dia seguinte, mas reappareciam, quando o paciente andava depressa.

Ha dois dias, outra dôr muito forte, com febre alta e vomitos, razão por que se conservou no leito. Não obtendo melhoras, dirige-se, apesar de seu estado, ao consultorio do Dr. Enck que immediatamente o remette ao hospital, onde é operado, no mesmo dia, pelo Prof. Octacilio Rosa, com assistencia do proprio Dr. Enck.

Symptomas principaes antes da intervenção: Triade de Dieulafoy bem patente, tympanismo, temperatura em 39°, 4, pulso 98.

Encontra-se um appendice retro-cecal, muito adherente. Grande difficuldade para conseguir-se uma boa hemostasia. Tubo de drenagem, posição de Fowler.

O verme apresentava o comprimento pouco vulgar de 15 cm, tendo a extremi-

dade distal bem dilatada, em fôrma de ampola, pois havia empyema. A peça foi remetida ao laboratorio do Prof. Pereira Fº., afim de ser incluida em gelatina.

Não é de suppôr que o empyema se tivesse formado apenas durante os dois dias de crise aguda. Sua evolução deveria ter sido mais lenta, portanto silenciosa por algum tempo.

Sequencias operatorias as mais favoraveis. No 3º dia o doente apresentava-se apyretico, obtendo alta 12 dias após a intervenção.

O terceiro caso é um exemplo typico de que a appendicite deve ser operada, assim que o diagnostico estiver firmado. Nem sempre o estado local ou geral fornece criterio sufficiente para formar juizo seguro sobre o prognostico.

E' preciso não nos deixarmos illudir pelo periodo de acalmia que, tão frequentemente, se segue a um inicio, por vezes alarmante. A applicação da classica bolsa de gelo e a administração do opio ou da morphina podem transformar o quadro morbido, de tal fôrma, que o medico inexperienced poderia ser tentado a considerar o seu doente fôra de perigo. Mas, as apparencias são enganadoras, diz o brocardo, e ainda mais, na appendicite. Debaixo daquella acalmia, por vezes traidora, com um estado geral excellente, pôde o processo local progredir, até que, quando menos esperada, a catastrophe se patenteia.

Eis o doente. Fr. L., de côr branca, solteiro, de 21 annos, natural deste Estado, operario. Antecedentes sem importancia.

A 7 de Maio, no meio do trabalho, foi elle subitamente acommettido de uma dôr generalizada por todo o ventre. Não teve vomitos, nem diarrhéa. Ignora, si houve febre.

Recolhe-se, então, á sua residencia, tomando um vidro de oleo de ricino que produz abundante effeito. Abrandam as dores, para reapparecerem no dia seguinte, com mais intensidade, fixando-se no quadrante inferior direito. Applicação de

compressas quentes que, aos poucos, vão produzindo allivio.

Como até o 3º dia as melhores não fossem muito manifestas, recolhe-se à Enfermaria Dr. Octavio, ahi permanecendo tres dias, sendo depois transferido para o nosso serviço, com o diagnostico de appendicite aguda.

Estado presente: temperatura 36º,5, pulso 74, facies muito boa. Apenas dôr provocada, no ponto de Mac Burney, e leve tympanismo. Ausencia de defeza muscular e de hyperesthesia cutanea.

Dadas as optimas condições do paciente e achando-se marcadas diversas outras operações que nos pareciam mais urgentes, não hesitámos em adiar a intervenção para a sessão seguinte.

Assim, o doente é operado em 14 de Maio, no setimo dia de sua molestia. Tanto o estado geral, como o local, se mantinham lisongeiros, a ponto do paciente duvidar da necessidade da intervenção.

Aberto o ventre, deparam-se-nos immediatamente, sobre a base do verme, duas placas fibrinosas, denotando um processo local de peritonite, Appendice curto e grosso, meso muito curto e retrahido, dispensando ligadura. Adherencia de uma lamina estreita de epiplon ao ceco, com a ponta fixada á base do verme.

Ligado e seccionado o epiplon, apprehendemos o appendice com uma pinça fórma de coração, e, apezar da diminuta tracção por nós exercida, rompe-se esse órgão. Do seu interior destaca-se um corpo pardacento que se retira com facilidade. E' a mucosa descollada, coberta de detritos e de pús, apresentando o aspecto de um cordão torcido, de 5 cm de comprimento.

Immediatamente pelo mesmo orificio sahe um calculo fecal, bem resistente, do volume de uma pequena azeitona e muito leve.

Em consequencia da ruptura do appendice, resta apenas um côto de 2 1/2 cm, de bordos irregulares, sangrando bastante. A hemostasia pela ligadura directa dos

vasos é impossivel, visto os fijos seccionarem os tecidos.

Resolvemos, por isto, applicar simplesmente uma sutura em bolsa, visando dois fins: a hemostasia e a invaginação do côto. Nem tentamos a ligadura directa da base do verme, por causa de sua fraca resistencia, pois, de ha muito, nos convençemos estarmos em face de um processo gangrenoso.

Ao iniciarmos a sutura, verificamos uma placa gangrenosa sobre a propria parede do ceco, proxima á implantação do appendice, passando então o fio por fóra della. A hemostasia é perfeita, não se podendo dizer o mesmo da invaginação que é incompleta. Outra sutura, por fóra da primeira, dá o resultado almejado. Esperamos que as partes mortificadas e as mais comprometidas se eliminem pelo intestino.

Sutura da parede, collocação de dois drenos, posição de Fowler. Sequencias operatorias muito boas, até o 16º dia, quando o paciente subitamente apresenta violentas dôres na região ileo-cecal acompanhadas de ascensão thermica que chega a 40º, 2. Dois dias após, acalmia perfeita, repetindo-se a crise, ao cabo de mais tres dias, desta vez, porém, menos accentuada.

D'ahi por diante, o operado entra em franca convalescença, tendo obtido alta, curado, ha poucos dias.

Respiguemos os pontos mais importantes desse caso. Tratava-se de uma appendicite gangrenosa, operada no setimo dia de sua evolução. Nada fazia suspeitar a sua gravidade. E' mais uma confirmação do preceito moderno em favor da intervenção precoce, conforme já fiz vêr, no começo desta observação.

Devo chamar a vossa attenção para dois erros praticados pelo paciente: a ingestão de um purgativo e a entrada tardia para o hospital. A administração de um purgativo, no decurso de uma appendicite aguda, constitue sempre grave erro, infelizmente commettido, não raro, até por medicos que se deixam levar pelo preceito popular de combater colicas por meio de purgativos.

Não resta duvida que, bastantes vezes, tal therapeutica é de resultados milagrosos, mas, em se tratando de crises abdominaes agudas, pôde ella produzir uma perfuração, tal seja o caso.

Quanto á entrada tardia para o hospital, parece-me que o doente o fez, exactamente na occasião em que se iniciava o periodo de acalmia, do contrario não teria permanecido tres dias numa enfermaria de medicina, onde os diagnosticos e as transferencias para as de cirurgia são feitos com a necessaria presteza. Parece, pois, que ahí as melhoras apparentes ainda mais se patentearam, de modo que, quando o paciente appareceu em nosso serviço, tivemos a impressão de um processo quasi que completamente *esfriado*. Si elle, pelo contrario, tivesse baixado dentro dos primeiros tres dias, a impressão teria sido outra e não se teria feito esperar o tratamento cirurgico.

Resta-nos a interpretação daquellas duas ascensões thermicas, precedidas e acompanhadas de fortes colicas na fossa iliaca. Fazendo um estudo retrospectivo, cumpre declarar com toda a lealdade que me parece ter havido um ponto fraco na technica operatoria por nós usada, e cujas consequencias não nos fôra dado prevêr. Quero referir-me áquellas duas suturas em bolsa, concentricas.

Si algum dia estiver em face de caso semelhante, em que uma primeira sutura fôr insufficiente á invaginação, applicarei outra, mas retirando a primeira. A meu vêr, entre as duas suturas formou-se um espaço morto. A esperada eliminação do côto e da placa gangrenosa do ceco não se realizou, talvez por existir ainda vitalidade sufficiente daquelles tecidos para voltarem á normalidade. Em compensação, o espaço morto encheu-se de detritos e de particulas mortificadas; houve suppuração, formando-se dois abcessos que, com intervallo de alguns dias, se romperam para o ceco. A formação e a ruptura dos abcessos explicam a febre alta e as dôres.

Em nossa defeza tenho a dizer que os

classicos pontos de Lambert tambem têm sido accusados de favorecerem a constituição de espaços mortos, tanto que Lexer e seus discipulos regeitam o esmagamento e a ligadura da base do verme, deixando assim uma porta de sahida ao pús que, por ventura, possa apparecer.

Passemos a outro doente. O leito n. 7 é occupado por O. B., de côr branca, com 37 annos de idade, casado, natural da Allemanha, de profissão pintor. E' alcoolista inveterado.

Conta que, ha mais ou menos um mez, fôra acommettido de forte diarrhéa, sem catarrho, nem tenesmos; que suas fêzes são bem liquidas, por vezes contendo sangue vivo; que a defecação é sempre precedida de colicas, mais intensas para o quadrante inferior direito; que a passagem de gazes por essa região sempre provoca dôres; que ultimamente a diarrhéa e as dôres abrandaram; e finalmente que o motivo de sua entrada no hospital. é um tumor que se manifestou na fossa iliaca D.

Estado presente: individuo muito emagrecido, pois perdêra 14 kilos em um mez, sub-icterico, pelle secca e enrugada, figado augmentado. temperatura oscillando entre 37 e 37°, 8, pulso 96, pouco tenso. Ausencia de calefrios e de suores nocturnos. inappetencia, mais tarde completa anorexia. Em resumo, estado geral precario.

Pela inspecção e palpação depara-se-nos um tumor da fossa iliaca D, de fórmula ovoide, superficie irregular, quasi indolor. Ausencia de fluctuação, motivo pelo qual alguns de vós se lembraram de um tumor solido (tuberculoma, neoplasma maligno).

Tomando, porém, em conta a precedencia da diarrhéa, acompanhada de colicas, mais pronunciadas na fossa illiaca D, o apparecimento temporario de sangue nas fêzes, o desenvolvimento rapido do tumor e finalmente a curva thermica, si bem que pouco caracteristica, inclinâmo-nos ao diagnostico de abcesso da fossa, provavelmente de origem appendicular.

Operado pelo Prof. Octacilio Rosa, com minha assistencia, o diagnostico se confirma.

Incisão classica parallela á arcada, para fóra da epigastrica. Ao separarmos as fibras do transverso, o pús já se apresenta, espesso e escuro, sem cheiro fecaleide. Cavidade pequena, communicando, por um tracto curto e estreito, com outra loja, mais profundamente situada. Drenagem.

Após quatro dias, a ferida operatoria dá sahida a fêzes pastosas, amarellas, abundantes. Por conseguinte, existe uma perfuração do intestino delgado ou do appendice, sendo esta ultima hypothese a mais acceptavel.

Falta-nos uma anamnese fidedigna, principalmente sobre o começo do mal, mas de um individuo que, segundo declaração do proprio pae, quasi diariamente se embriagava, pouco se pôde colher. Em todo caso, as dôres para o quadrante inferior D, a diarrhéa e o sangue que, por vezes, se apresentava nas fêzes, falam em favor da appendicite.

Deve ter-se formado um abcesso periaappendicular, com diversas lojas, tanto que na operação já encontrámos duas que se communicavam. Dias após deu-se a ruptura da ultima que se achava em relação com o appendice perfurado. Tambem podiamos admittir o apparecimento successivo de diversos abcessos, facto aliás comprovado em outro caso, de que me occuparei em breve.

O doente não vae bem. O estado geral cada vez mais se agrava, apesar de ter diminuido consideravelmente a eliminação de fêzes pela ferida operatoria e de ter quasi cessado a diarrhéa. De nada têm valido as injectões de sôro, de oleo camphorado, de strychnina etc. Ha dias vomita tudo quanto ingere.

Chamo a vossa attenção para as colicas, com seu maximo na região ileo-cecal, para a diarrhéa e o sangue nas fêzes.

Sempre que estiverdes em face dessa symptomatologia, na ausencia de colite, deveis voltar vossas vistas para o appendice. Sobretudo a appendicite chronica, não raras vezes, sóe manifestar-se daquelle

modo, sendo, então, muito communs e mesmo prolongados os periodos de acalmia.

Supponhamos agora que o nosso paciente, contra toda expectativa, se restabeleça e que não lhe resulte uma fistula estercoral, outra hypothese pouco provavel. Este individuo, para sempre, estará ao abrigo de nova crise aguda? Em outras palavras, para maior clareza: Appendicite suppurada é synonymo de appendicite curada, como diziam nossos mestres?

Ha tempos um jovem collega, com vasta clinica cirurgica na zona colonial, consultou-me a respeito de dois casos de abcessos appendiculares, em que elle se limitára á simples incisão e drenagem, no que aliás andára muito bem. Desejava agora saber, si seus operados estavam ao abrigo de crises futuras.

Respondi-lhe pela negativa. De facto, si em um ou outro caso realmente pôde haver cura, talvez pela destruição ou atrophia do verme ou mesmo pela obliteração completa do canal, cousas aliás problematicas, na maioria dos casos o appendice continuará em condições de soffrer novo insulto inflammatorio.

A destruição, a chamada auto-amputação do appendice, em geral, terá como consequencia uma fistula estercoral, mas nem sempre esta fistula indicará destruição do órgão, visto uma perfuração da ponta poder apresentar o mesmo phenomeno. Outras vezes, quando existe obliteração parcial do canal, poderá haver destruição apenas da parte além da obliteração (a parte correspondente á cavidade fechada), podendo permanecer um côto bastante longo e, portanto, susceptivel de novos ataques agudos.

Cumpre salientar que a suppuração absolutamente não implica perfuração, avultando mesmo os casos em que ella não se realiza. Nessas condições, como fiz vêr ainda ha pouco, pôde o appendice continuar em condições sensivelmente normaes, si abstrahirmos de certos vestigios que attestam seu passado inflammatorio (adherencias, tecido cicatricial).

Para illustrar o facto, vou relatar-vos um caso que transitou pela nossa enfermaria, e ao qual ha pouco alludi.

Ha 3 annos, com o auxilio do Prof. Octacilio, operei um abcesso appendicular de grandes dimensões. Simples abertura e drenagem. Na semana seguinte, forma-se novo abcesso, mais para baixo e para a linha mediana, attingindo o Douglas. Esperavamos abri-lo pelo recto, mas ainda não havia fluctuação. Retenção completa de fêzes e de gases. Ventre estufado.

Ainda estavamos em expectativa, quando o abcesso rompe-se espontaneamente pela ferida operatoria já existente. Grande quantidade de pús e de fêzes.

Era esse o doente de quem já vos falei uma vez, por ter tomado conta da irmã, commettendo os maiores desatinos. Assim, um dia, ao levantar o curativo, encontrei, no meio daquella pasta que todas as manhãs se costumava apresentar, meia duzia de *fiões* de aipim, pois, em sua voragem, o paciente não se dera ao trabalho de separal-os. Quasi superfluo será dizer que ninguém lhe dera licença de comer aipim.

Finalmente, para corôar a obra, fuge do hospital, informando mais tarde que assim procedera, para não morrer de fome, e que se curára, sem assistencia medica, comendo muito tomate. Em estado quasi cachetico encontrei-o guiando um auto.

No anno passado reaparece elle na nossa enfermaria, com fistula estercoral e eventração, muito emmagrecido e toxi-maniaco. Confessa gastar diariamente 24 ampolas de morphina a 2 centigrammos e 2 grammas de cocaina. Grande remorso, maiores promessas de regeneração.

Supporta bem a suppressão da cocaina e a redução da morphina a 10 centigrammos, que gradualmente são reduzidos e finalmente supprimidos.

De proposito, protelamos a operação, para observar, si realmente a regeneração persiste, o que, de facto, se verifica.

Finalmente é elle operado pelo Prof. Blessmann, com meu auxilio e o do Dr. Presser. Encontra-se um appendice longo, per-

feitamente permeavel, com perfuração na ponta, a qual está adherente á pelle.

Apezar da perfuração, o appendice estava integro. Si não fossem a fistula e a eventração, esse paciente nunca se teria lembrado de nova intervenção, portanto teria estado exposto a novos accessos.

Cura completa, não só das affecções cirurgicas, como tambem da toxi-mania, cura que hoje, quasi um anno depois, ainda perdura.

Para terminar, desejo ainda frizar um ponto de certa relevancia: os cinco pacientes, cujos historicos acabo de relatar, eram todos de côr branca. Poucos são os casos de appendicite em pardos ou indiatcos, e ainda mais raros em negros.

Ha uns 15 annos, um professor da Universidade de Breslau remetteu ao Prof. Wallau e a mim um questionario sobre appendicite. Lá figurava a pergunta, si conheciamos casos, em negros e pardos. Fomos aos registros da Santa Casa e, com surpresa, verificámos que ella, até então, só tinha sido observada em brancos.

Curiosa coincidência, pouco tempo depois registrava-se, no nosso serviço, o primeiro caso de abcesso appendicular, num mulatinho de 10 a 11 annos de idade.

D'ahi por diante, o facto tem-se repetido, mas quasi que excepcionalmente. Assim, durante o ultimo decennio, a Enfermaria Dr. Wallau hospedou 75 doentes de appendicite aguda e chronica. Quanto á côr, havia entre elles 69 brancos, 5 pardos e apenas um negro. Consta-me que na 17.^a enfermaria houve, ha pouco, outro caso em negro. O Professor Sarmento lembra-se de dois apenas.

Ainda outro ensinamento fui buscar no nosso registro: a molestia cada vez se apresenta com maior frequencia. No começo do decennio, contavam-se de 2 a 4 casos por anno, sendo que em 1919 não houve nenhum. Em compensação, no anno atrasado, elles se elevaram a 14, e no passado, a 18.

Admirei-me do pequeno coeffericiente de mortalidade, principalmente, em se tratando

de um hospital, onde se acolhem os doentes, em qualquer periodo de sua molestia, ás vezes *in entremis*. A mortalidade sobre os 75 casos foi de 8 % (6 obitos).

A questão da appendicite, entre nós, constituiria assumpto grato para uma the-

se inaugural, sendo de recommendar que se façam pesquisas em todas as enfermarias de cirurgia, a começar pelo primeiro caso aqui diagnosticado. Os registros estão á vossa disposição.

