

Como se deve tratar o coto apendicular

pele Dr. Alfeu Bicca de Medeiros

A muitos cirurgiões pode parecer que essa questão está resolvida, que não mais se a discute, que já foi aprovada pelo consenso geral dos operadores. Entretanto, tal não sucede, como mostraremos, e, apesar da frequência com que a apendicectomia é executada em toda parte, dois métodos disputam a preferência dos mais ilustres cirurgiões do mundo. A' guisa de rápido histórico diremos como surgiu a idéa de proteger o coto apendicular por uma dobra de serosa e quaes os diferentes processos que mais voga tiveram desde que essa operação começou a ser praticada. Jalaguier, cirurgião francês, que se popularizou com a apendicectomia, conta-nos que, no inicio, em época já distante (1891), nenhum cirurgião cogitava de proteger o coto do apêndice. Era o apêndice cortado pelo termocautério ou por qualquer outro meio, a mucosa destruída, tanto quanto possível, e, por cima desta, suturada a túnica serosa. Não tardou, porém, a nascer a idéa de peritonizar o coto apendicular. Desde que a cirurgia abdominal fez tam grandes progressos com a peritonização de qualquer superficie cruenta, ocorreu logo, por analogia, a necessidade de aplicar ao apêndice o mesmo processo. E a peritonização do coto apendicular passou a ser um caso particular de um método geral. Sucessivamente adotam essa técnica Jalaguier, Quenu, Tuffier e muitos outros em França, Murat Willis, Blake, Monks, nos Estados Unidos. Dos primitivos processos de oclusão do apêndice citaremos a invaginação directa, a sutura terminal em varios planos, o processo do manguito seroso e o da ligadura que, apesar da opposição de Roux, de Lausanne, tornou-se habitual. Taes eram os principaes métodos usados ha 25 annos; os tres primeiros deles foram quasi abandonados em nossos dias. Ouvimos de um colega do Rio que, varias vezes, empregára, com bons resultados, a invaginação directa. Esta não é mais do que uma applicação do método de Lembert, aconselhado, ha cem annos, para fechar o intestino. Conhecido pelo nome de processo de Halstedt, consiste na invaginação directa do coto que, sem ser ligado, é mantido nesta posição por uma ou mais suturas em bolsa. Como mínimo inconveniente dessa técnica pode ser apontado o começo de invaginação, intuscepção, que se pode propagar ao cécum, ao côlo ascendente, etc. com funestas consequências.

Passemos a ver como procedem os cirurgiões presentemente. Ha dois métodos para o tratamento do coto apendicular. Em ambos o apêndice é ligado em sua base antes de ser seccionado. Um dos métodos, o que chamaremos clássico, por isso que é adotado pela grande maioria dos cirurgiões, protege o coto, occultando-o sob uma sutura serosa feita em sua base. Os que assim fazem não se afastam da regra geral das operações abdominaes. O outro método tem a seu favor maior simplicidade e a maior rapidez. Por ele o coto, depois de bem esterilizado, é abandonado no ventre. Do que sabemos de fisiologia patológica do peritônio podemos afirmar que esse coto não fica livre no ventre; vae aderir ao epiploo, á parede ou a qualquer porção do delgado. Segue-se, pois, que podem sobrevir graves distúrbios e é, aliás, o que atestam Quenu, Walther,

Jalaguier, etc., que foram obrigados a operar oclusões agudas, provocadas por essas aderências. Bem avisados andam os que seguem a regra clássica, porque, por ela, escolhem e limitam a zona de aderência que é a parede do proprio cécum. Pensamos que o método seguido pela minoria excepcionalmente deve ser applicado, tendo as suas indicações bem claras, ao passo que o outro, o da peritonização, deve ser o de escolha. Mas a questão do tratamento do coto apendicular continuará a ser debatida por muitos annos.

Já disse Murat Willis que é um assunto de discussão que, invariavelmente, surge desde que se encontrem dois ou mais cirurgiões. Para prova desse asserto de Martel, em fins de Dezembro do anno passado, apresentou á Sociedade de Medicina de Paris, uma communicação, propondo uma radical modificação nesse tempo operatorio. Vencedoras suas idéias, veriamos a substituição do método clássico pelo método de excepção, como classificámos acima. Essa communicação tornou-se muito interessante, não só pelo renome do autor, que é um famoso cirurgião, conhecidissimo pelos seus notaveis trabalhos sobre cirurgia nervosa, como pela contrariedade á pratica generalizada e adotada por quasi todos os cirurgiões. Em torno dela girou a discussão na Sociedade de cirurgia durante tres longos mezes; no debate tomaram parte os maiores cirurgiões francezes, pelo menos, os de maior autoridade na matéria; no decorrer da discussão foram citados reputados cirurgiões norte-americanos. Convém adiantar que se não fez accordo entre os membros da notável assembléa, ficando a maioria com o método clássico e uma selecta minoria, representada por de Martel, Temonin, Routier, que abandona na cavidade abdominal o pequeno coto, depois de convenientemente tratado.

Posto que de Martel não nos tenha convertido a não peritonizar o coto do apêndice, achamos que ele fez um grande bem aos cirurgiões, demonstrando a facilidade com que, até nas mãos dos mais hábeis, pôde a agulha perfurar o cécum na sutura da serosa.

O grande risco da perfuração podendo ser evitado, graças a certos detalhes técnicos, perde de Martel a mais poderosa razão que motivou a sua communicação.

Para se fazer impunemente a peritonização é preciso prestar muita atenção na introdução e tracto da agulha, que deve ser uma Reverdin pequena e bem cortante, modelo curvo, ou uma agulha de costureira com a mesma forma. E' indispensável com uma pinça, tal como a de Duval, fazer uma prega na serosa antes de introduzir a agulha. Fazemos sempre a sutura com seda n.º 0; fio mais grosso corre difficilmente e não fecha bem a bolsa. Desde que ficámos ao corrente dos notáveis trabalhos de Okinczyc sobre anatomia médico-cirúrgica do grosso intestino, temos sempre presente a possibilidade de perfurar o cécum ao peritonizar o apêndice. Tanto nos tem bastado para fugir desse grave accidente que ainda não registamos. Ha occasiões em que nenhum cirurgião pensará em complicar a operação pela peritonização. Um cécum, cuja grossura não é maior que a de uma folha de papel, não admite em sua espessura uma agulha, por fina que seja, sem ser perfurado. Para conhecer esse caso basta tomar a perede entre dois dedos. O mesmo acontece quando ha grande ditensão do órgão, como se observa nas velhas apendicites crónicas. A friabilidade das tunicas intestinaes na apendicite aguda não

constitue menor contra-indicação á peritonização. Nesta categoria estão as apendicitis de gravidade extrema (apêndice gangrenado e perfurado) em que a operação deve ser feita o mais rapidamente possível. São essas as poucas excepções que admitimos para não fazer a peritonização.

Doze vezes fomos obrigados a assim proceder e não colhemos os resultados a que estamos habituados com o método clássico. Ainda ha poucos dias operámos, na 7.ª secção, uma doente portadora de um apêndice. A friabilidade do apêndice envolto em múltiplas adherências, não permitia a menor tração — rompia-se e dilacerava-se com a maior facilidade. Ligada a base com seda n.º 2, depois de bem desinfectado com tintura de iodo, foi o coto abandonado no ventre. No quinto dia, uma elevação de temperatura obrigou-nos a levantar o aparelho. Retirámos um ponto e escotou-se um pus fétido de cheiro fecaloide. Pensámos que ia surgir uma fistula estercoral, o que, felizmente, não se verificou. Estavamos diante de um flegmão de pus fétido da parede, provavelmente de origem apendicular.

O abcesso curou-se em tres semanas, não tendo havido a menor reacção peritoneal. Bem que chegasse á cura, sem outro inconveniente que a demora referida, vimos, nesse caso, uma complicação ainda não encontrada nos nossos peritonizados. Possivelmente afrouxou ou eliminou-se a ligadura que não fôra mantida pela falta de sutura da serosa. Vejamos quaes as consequências longínquas dos dois métodos rivaes, conforme o que temos observado em nossa prática. Na casa de saúde Dias Fernandes, praticámos uma colecistectomia num doente que ha um ano sujeitára-se a uma apendicectomia, também por nós efectuada. Pela incisão transversal de Mayo, pudemos verificar o estado perfeito do cécum ou, melhor, da região ilio-cecal.

Na mesma casa de saúde, abrimos o ventre de uma senhora para uma operação ginecológica. Já se passavam dois anos que a havíamos sujeitado a uma apendicectomia. Não subsistia o menor sinal da existência do apêndice; não constatámos a mais leve adherência e do divertículo de Bunts não havia sequer esboço. Temos certeza de que assim devem ser, em regra, todos os resultados e que, quando são máus, devemos ver sempre um defeito de técnica, fácil de evitar, desde que se não esqueça o cirurgião dos cuidados a que aludimos.

Temos visto o menosprezo com que muitos cirurgiões fazem a peritonização. Empregam qualquer agulha, uma Reverdin recta, própria para a parede, servelhes para esse myster delicado; fazem trações sobre o intestino com pinças de Kocher e levantam a serosa com largas pinças dentadas. Em taes casos a perfuração é freqüente. Felizmente este acidente é menos mortal do que pode parecer á primeira vista. A tonicidade do intestino, a falta de uma enorme pressão em seu interior, e as adherências protectoras, rapidamente estabelecidas, concorrem para salvar o doente na mór parte das vezes.

Outro ponto de igual valor no tratamento do coto apendicular é a sua esterilização.

Sobre essa necessidade todos os cirurgiões estão de acordo, variando apenas os meios para esse fim empregados. Supomos que só por essa esterilização cuidadosa explicam-se os óptimos resultados alcançados pelos adversários do método clássico. Desde muito, abandonámos o uso do termocautério. Este instru-

mento deu-nos sempre a impressão de que fazia obra incompleta. Por mais profunda que seja a destruição da mucosa notámos que debaixo do fio persiste uma pequena porção que não pode ser atingida pela faca incandescente sem que a ligadura seja destruída.

O termocautério tem ainda outro inconveniente — ao abrir a cavidade do apêndice, o ferro quente projecta no campo operatório partículas diversas do conteúdo, contaminando assim a vizinhança.

Verdade é que protegendo largamente a zona operatória, esvasiando minuciosamente a cavidade do apêndice antes de cortar, seccionando lentamente com uma faca aquecida até o vermelho sombrio, pode ser conjurado esse perigo.

Mas, como esse instrumento não é indispensável, é mais prático abandona-lo e substitui-lo por meio mais garantido. Preferimos esmagar o apêndice como ensina Souligoux, o creador desse processo, com uma larga e poderosa pinça e ainda tocamos com tintura de iodo o reduzidissimo coto. É uma técnica de absoluta segurança. Resulta das experiencias de Souligoux, Mathieu e Topous Khan que, pelo esmagamento do apêndice, a mucosa é seccionada, resistindo as outras túnicas. Resta então um cilindro seroso que é ligado e cortado sem abrir a cavidade apendicular que já estava fechada pela retração da mucosa.

Infelizmente nem em toda a apendicectomia o esmagamento pôde ser empregado com igual efficácia. Quando, p. ex., o órgão é transformado em tubo fibroso, ou nos apêndices císticos, hidrópicos, polposos, esponjoides o esmagamento é pouco prático.

Resumindo estas considerações sobre assunto de tanta relevancia por ser de emprego diário, diremos como se nos afigura mais seguro o tratamento do coto apendicular. Depois de ligado e desinserido o meso apendicular, a base do apêndice é circunscrita por uma sutura da serosa de forma a fazer bolsa. Em seguida é esmagado por uma pinça larga, ligado com catgut e cortado a bisturi entre a ligadura e uma Kocher que, colocada a um centimetro da ligadura, impediria qualquer refluio do conteúdo do apêndice.

O coto minúsculo é tocado com iodo e escondido dentro da bolsa serosa que é fechada.

Convencido como estamos das vantagens da peritonização, podemos fazer nossas as palavras de J. L. Faure, quando, na sociedade de cirurgia, expunha o seu modo de tratar o coto apendicular:

Se algum dos meus colegas for chamado a tirar o meu apêndice pedir-lhe-ei que m'o peritonize cuidadosamente.

Coprostase coecal

pele prof. Plinio Gama

Não podendo fugir ao pesado encargo que me incumbistes, não que deixasse de fazer diligencias para isso, venho desempenhar-me com os fracos recursos que em mim reconheceis.

Venho conversar comvosco sobre um assumpto sem duvida vosso conhecido por isso peço-vos a benevolencia duvida vosso conhecido, ainda que novo, por iso peço-vos a benevolencia de aturar-me por alguns instantes.

* Conferencia realisada na Sociedade de Medicina de Porto Alegre em Outubro de 1915.