

## A APENDICITE NA SÍNDROME DE ABDOMEN AGUDO (\*)

DR. FRANCISCO CERRUTI

Livre-Docente de Clínica Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina

A apendicite aguda é a afecção que mais frequentemente determina a eclosão da síndrome de abdomen agudo de tal forma que o clínico em presença de um paciente com dores abdominais deve, em primeiro lugar, pensar na possibilidade de inflamação aguda do apêndice.

Parece-nos supérfluo encarecer a importância do estudo da apendicite aguda, pois já são de conhecimento geral as funestas consequências do diagnóstico tardio — principal fator responsável pela morte dos doentes acometidos por esta afecção.

A grande incidência da apendicite aguda e a imperiosa necessidade do diagnóstico precoce são razões que obrigam todo o médico a conhecer detalhadamente esse setor da patologia e manter seu espírito sempre alerta sobre a possibilidade de tal eventualidade diagnóstica.

De fato, na apendicite aguda a responsabilidade do médico é enorme, um descuido, uma prorrogação fará evoluir as lesões de tal maneira que, decorrido certo lapso de tempo, a intervenção finalmente realizada será por demais tardia com o inevitável êxito letal.

É por isso indispensável que todos saibam não só reconhecer uma apendicite aguda mas diagnosticá-la dentro das primeiras horas a fim de ser possível a intervenção cirúrgica ainda benigna que curará o paciente em poucos dias. E, não obstante se tratar de problema cirúrgico, deve ser bem conhecido pelos clínicos pois sendo estes facultativos quem primeiramente socorrem o doente, são também os que têm maior oportunidade em estabelecer o diagnóstico com a devida precocidade.

Compreendendo, assim, o grande valor do diagnóstico precoce e falando a futuros médicos, insistiremos principalmente sobre o quadro clínico da moléstia, fazendo também algumas considerações sobre anatomia, etiopatogenia, anatomia-patológica e indicações terapêuticas que tenham imediata aplicação prática.

---

(\*) Conferência realizada em 7 de agosto de 1941, a convite do Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

## ANATOMIA

O apêndice vermicular é um cilindro de 3 a 20 cms. de comprimento por 3 a 15 mms. de espessura, com diferentes curvaturas, em S, em U, em espiral, apresentando as mais variadas posições em relação ao ceco (Fig. 1). Por isso, o apêndice pode ser encontrado lateral-

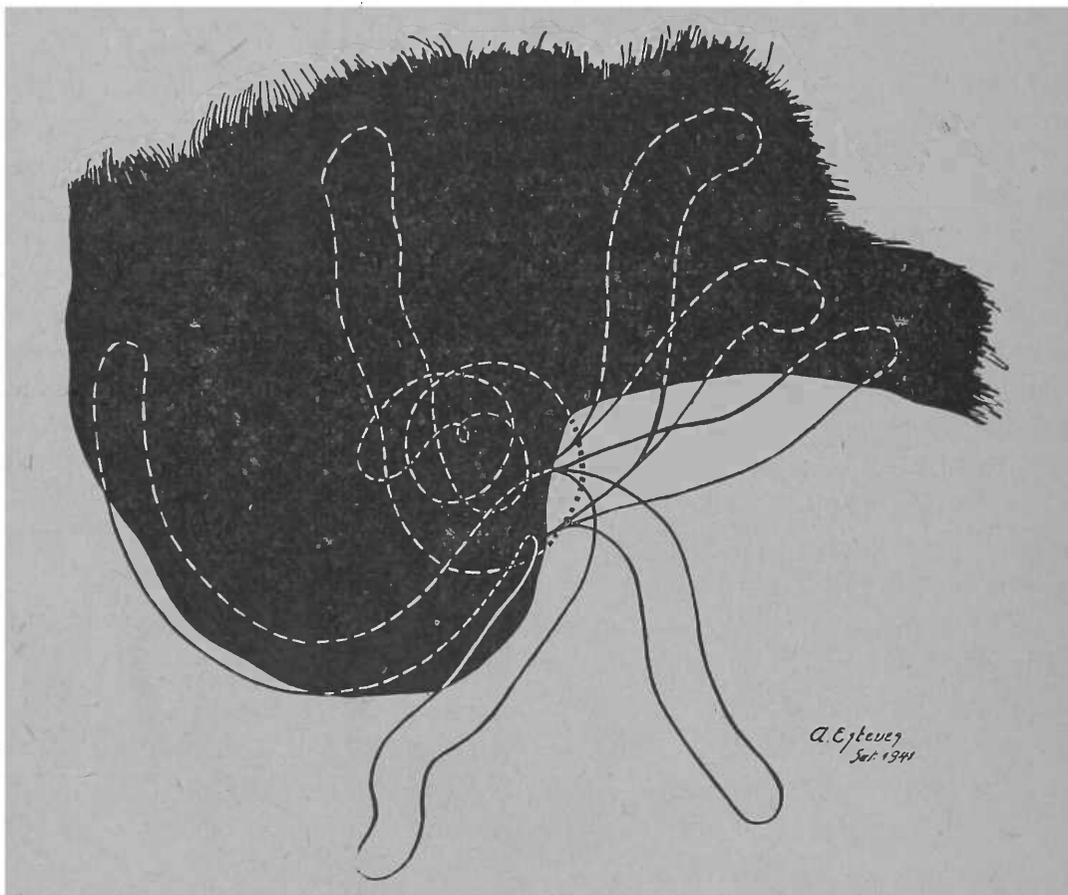


FIG. 1  
Diferentes posições do apêndice em relação ao ceco.  
(Esquemático de Kelly).

mente ao ceco (ascendente externo), na fossa ilíaca direita, ao longo dos vasos ilíacos (descendente externo), na pequena bacia, em direção ao promontório (descendente interno), entre as alças do intestino delgado, medialmente ao ceco, anterior ou posteriormente ao íleo (ascendente interno), na face posterior do ceco (retrocecal) ou mesmo por trás da válvula íleo-cecal. Além disso, pode estar recoberto total e parcialmente por dobras peritoniais congênicas ou adquiridas e quando retrocecal ser ainda extraperitonal.

Ao lado destas variações de posição entre o apêndice e o ceco devemos considerar as alterações de situação deste último segmento intestinal que, naturalmente, modificam a posição normal do apêndice.

Ainda dentro do campo da normalidade podemos encontrar o ceco em diferentes posições se tivermos em conta o tipo morfológico dos indivíduos. Assim, nos brevilínios o ceco relativamente alto pode estar na altura da crista ilíaca enquanto que nos longilínios é característica

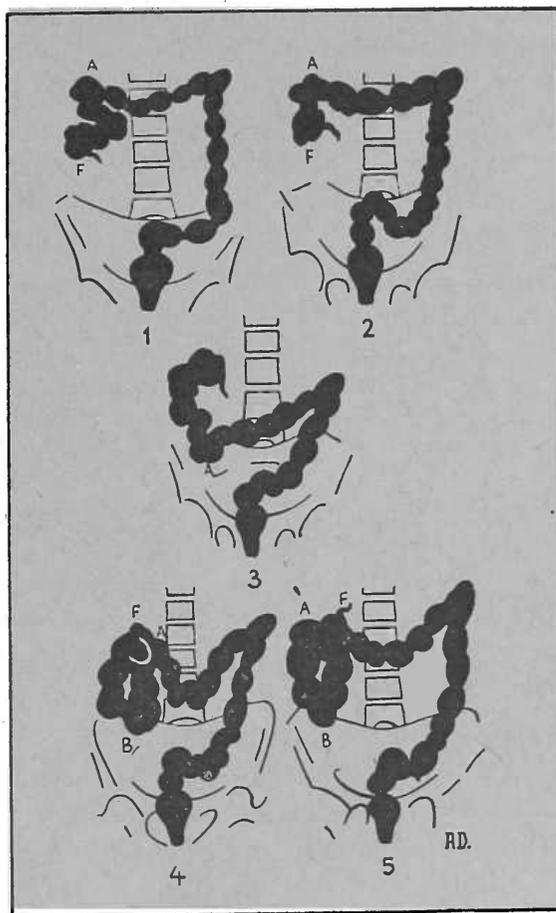
sua posição baixa, achando-se frequentemente, mergulhado na pequena bacia.

No "situs inversus" encontramos o ceco na fossa ilíaca esquerda e nas distopias consequentes a perturbação de torção ou acolamento da alça intestinal primitiva podemos ter diferentes anomalias congêntas como: ceco alto normocólico, ceco alto braquicólico, ceco invertido simples, ceco invertido lateral, ceco invertido medial (fig. 2).

É útil lembrar ainda que o ceco invertido não é muito raro (LOCCHI -2,3%; LOVISATTI -2,4%); não devendo, por isso, o cirurgião se desorientar quando o ceco não for encontrado em sua posição habitual.

Todas essas variações de tamanho e posição do apêndice e ceco tem grande importância no quadro clínico da apendicite pois é obvio que a sintomatologia deverá ser diferente desde que, por exemplo, o apêndice inflamado se localize na pequena bacia ou se trate de um apêndice em ceco alto subhepático. Essas distopias anatômicas determinam sintomatologia diversa. Sabe-se que as apendicites retrocecais são de difícil diagnóstico devido à situação do órgão que, estando apartado da cavidade abdominal, não pode fornecer os sinais clássicos evidentes como os que estão situados em outra posição.

FIG. 2  
Anomalias congêntas do ceco.  
A — Flexura hepática do ceco.  
B — Dobra do colo ascendente.  
F — Fundo cecal.  
1 — Ceco alto normocólico  
2 — Ceco alto braquicólico.  
3 — Ceco invertido simples.  
4 — Ceco invertido lateral.  
5 — Ceco invertido medial (A. Delmanto).



Essas noções de anatomia tem valor ainda quanto à técnica cirúrgica pois é de todos conhecida a dificuldade de extirpação dos apêndices retrocecais, principalmente dos retrocecais extraperitoniais.

A mucosa do apêndice caracteriza-se pela abundância em tecido linfático pelo que pode ser comparado a um gânglio linfático ou a uma amígdala dobrada em dedo de luva. Para alguns essa semelhança histológica explicaria os casos clínicos de concomitância de amigdalite e apendicite agudas no mesmo paciente.

Quanto à fisiologia do apêndice, lembraremos apenas que se a maioria dos autores consideram-no como órgão em involução, alguns querem atribuir-lhe uma função excitadora da motilidade intestinal e mesmo endócrina, à custa, principalmente, de suas células argemontinas.

É ponto pacífico a questão da motilidade do apêndice, tendo, recentemente, von Bergmann chamado a atenção para casos de cólicas típicas do apêndice sem lesão anátomo-patológica. Seriam, segundo esse A., verdadeiras discinésias relacionadas a perturbações de inervação do apêndice, determinando ora estados de hipertônismo com contrações violentas e dolorosas, ora estados de hipotônismo com distensão dolorosa do órgão.

#### ANATOMIA-PATOLÓGICA

A inflamação aguda do apêndice determina lesões que a princípio simples, tornam-se, em poucas horas, progressivamente mais graves, fornecendo diferentes tipos anátomo-patológicos que nada mais são do que a sucessão dos estádios da inflamação do órgão.

Segundo ASCHOFF a lesão inicial (primaerdefetke) localiza-se numa cripta ou dobra profunda da mucosa do apêndice. Através desta erosão há invasão da parede do órgão por um processo inflamatório que se estende, em forma de cunha, mais na camada muscular e serosa do que propriamente na mucosa e submucosa. Tal alteração microscópica corresponde macroscopicamente a um apêndice apenas hiperemiado ou mesmo de aspeto normal. Esta é a apendicite catarral.

Com o progredir do processo há generalização da inflamação com acometimento de outras criptas e das diversas túnicas do apêndice que, inteiramente infiltrado por um exsudato de polinucleares neutrófilos, constitui o quadro da apendicite flegmonosa. Nesta fase o apêndice apresenta-se tumefeito, eretil, de paredes espessadas, túrgidas e como há passagem de germes para a cavidade peritoneal desenvolve-se a providencial periapendicite que procura isolar o processo infeccioso do resto do abdômen. A periapendicite não só é a determinante da sintomatologia dolorosa como, pelo exsudato fibrinoso, acolamento das alças adjacentes e do epiploon, tenta encapsular o apêndice inflamado e evitar a difusão da infecção em toda a cavidade abdominal.

A inflamação tornando-se ainda mais intensa as erosões transformam-se em úlceras da mucosa que aumentando em extensão e profundidade, facilitam a penetração do germe e caracterizam o quadro da apendicite úlcero-flegmonosa.

Em fases mais adeantadas aparecem as formas complicadas de apendicite aguda. Há, então, fluidificação purulenta com formação de abscessos na parede do apêndice que se podem abrir na sua luz ou através da serosa e, à custa de perfurações muito pequenas, contaminar amplamente o peritônio. É a apendicite supurada perfurada.

Outras vezes são as úlceras da mucosa que se aprofundam rapidamente através de todas as camadas determinando as apendicites ulcerativas perfuradas com soluções de continuidade mais ou menos extensas.

Por fim, em certos casos há edema e inflamação do mesoapêndice, trombose da artéria apendicular que sendo terminal ocasiona a gangrena do apêndice em extensão variável. É a apendicite gangrenosa com perfuração do órgão. Constitue esta, a modalidade mais grave de apendicite, porque se na forma flegmonosa observamos o aparecimento da periapendicite que, clinicamente, se traduz por dor intensa; na trombose da artéria apendicular não há inflamação da parede apendicular nem periapendicite e conseqüentemente nestes casos manifesta-se dor pouco intensa e bloqueio de infecção apenas esboçado. Após alguns dias cai a placa de esfacelo do apêndice e derrama-se seu conteúdo na cavidade abdominal inteiramente livre. Compreende-se, assim, como estas formas de apendicite sejam traiçoeiras, pois, clinicamente, traduzem-se por um período doloroso inicial, seguido de pausa enganadora e abruptamente terminam por uma peritonite generalizada gravíssima. Outra forma traiçoeira de apendicite é ocasionada pelo coprólito que exercendo compressão da parede apendicular determina necrose e perfuração localizada sem que haja manifestação clínica de reação peritonial. São casos mais frequentes em crianças e velhos.

Recapitulando, temos as lesões anátomo-patológicas seguintes:

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| Apendicite aguda simples    | { | apendicite catarral;<br>apendicite flegmonosa;<br>apendicite úlcero-flegmonosa.    |
| Apendicite aguda complicada | { | apendicite supurada;<br>apendicite ulcerativa perfurada;<br>apendicite gangrenosa. |

Essa classificação anátomo-patológica tem real valor clínico porque agrupa lesões apendiculares progressivamente mais avançadas, fornecendo um quadro mórbido sempre mais grave e uma adequada indicação de intervenção cirúrgica.

Devemos, ainda, observar que nem sempre a apendicite aguda passa pelos estádios assim referidos. Muitas vezes o processo inflamatório detêm-se em qualquer dos três períodos iniciais (forma catarral, flegmonosa ou úlcero-flegmonosa), entra numa fase de resolução com tendência à cura clínica e transforma-se, assim, na apendicite crônica. Nesta vamos encontrar ao lado da fibrose (cicatrizes, bridas, estenoses, etc.) um processo inflamatório produtivo que não

só constitue foco de infecção prejudicial para o organismo como constante ameaça à vida do paciente, por estar sujeito a uma exacerbação aguda em qualquer época. Por essas razões aconselha-se na apendicite crônica a apendicectomia sistemática.

### ETIOPATOGENIA

Para a explicação da patogenia da apendicite aguda, há duas tendências opostas: uns recorrem a causas endógenas e outros a causas exógenas; apelam, de um lado para um mecanismo enterógeno, de outro lado para um mecanismo hematógeno.

Aqueles que se filiam à patogênese endógena reconhecem como fator determinante da exaltação da flora microbiana a estase ou perturbação no esvaziamento da apêndice. Esta estase seria condicionada, nos apêndices hígidos, às próprias curvaturas e acotovelamentos anatômicos, às bridas congênitas, ao enfraquecimento do sistema neuro-muscular ou mesmo a uma discinésia (VON BERGMANN). Nos casos de exacerbação aguda em apendicites crônicas teríamos ainda, as deformações (cicatrizes, bridas etc.) determinadas pelos processos inflamatórios anteriores.

Hoje em dia, não mais se admite como responsáveis pelo primeiro acesso de apendicite aguda, os corpos estranhos, helmintos e, principalmente, os coprólitos. Ao contrario, considera-se a coprolitíase como sequela das lesões inflamatórias do apêndice e não a causa primordial do processo patológico. Assim, em apêndices extirpados logo após o primeiro ataque, raramente, encontram-se coprólitos enquanto que é grande a frequência destas formações em apêndices que sofreram diversos acessos recorrentes. Entretanto, se por um lado o coprólito não tem grande valor como elemento etiológico exclusivo da apendicite aguda, por outro lado, como consequência de surtos inflamatórios anteriores, tem papel importante no mecanismo de estase obstruindo a luz do apêndice e mesmo perfurando sua parede por compressão. Esta explicação enterógena da apendicite aguda que admite a passagem dos germes através de erosões do epitélio apendicular não é admitida pelos autores favoráveis à infecção por via hematógena.

Assim, já há muitos anos, SANARELLI e outros demonstraram que a mucosa do intestino dificilmente permite a penetração de germes e que as infecções intestinais são sempre de origem hematógena. Seriam os germes circulantes no sangue que ao serem eliminados pela mucosa de certas porções do intestino determinariam sua lesão.

E' sabido que o apêndice do coelho constitui um órgão excretor de microorganismos e ROSENOW aponta sua particular afinidade pelo estreptococo e colibacilo observando, ainda, que esses germes injetados na veia determinam lesões graves do apêndice e podem, mesmo, ser identificados nos seus folículos linfóides.

São numerosos os exemplos clínicos que corroboram a possibilidade da infecção se fazer por via sanguínea. Dentre eles lembraremos a febre ganglionar de PFEIFFER, cujo agente infeccioso pode determinar uma reação do sistema retículo-endotelial do apêndice com surtos típicos de apendicite aguda.

E', ainda, conhecida a correlação entre as infecções buco-faríngeas e o apêndice e KRETZ, HILGERMANN e POHL demonstraram a identidade entre os germes das paredes apendiculares e os das amígdalas.

Esses fatos conduziram muitos autores a considerarem as apendicites agudas como dependentes de invasões hematógenas, com ponto de partida num foco afastado (amígdala, foco dentário etc.) e assim ter-se-ia a explicação de alguns fatos conhecidos, como o aumento de incidência das apendicites em epidemias de gripe e a concomitância de amigdalite e apendicite.

Ainda dentro desta ordem de idéias o acesso agudo de apendicite que se exterioriza de forma fulminante deve ser considerado como uma manifestação alérgica, um verdadeiro "ictus" apendicular reproduzindo no homem, o conhecido fenômeno de SANARELLI-SCHWARZMANN. Assim, SANARELLI, após sensibilizar as paredes de apêndices de coelhos, desencadeia, por injeção intravenosa de germes, um ataque alérgico mortal que se revela à necrópsia por um apêndice fortemente avermelhado, tumefeito, edemaciado, salpicado de manchas hemorrágicas e cheio de secreção gelatinosa e sangrenta. E' o mesmo quadro que encontramos em muitos casos de apendicites agudas no homem.

Esta noção de alergia na apendicite poderia explicar a observação de RANDOLPH de que numerosos militares após a vacinação antitífica foram acometidos por acesso de apendicite aguda. Tratava-se de indivíduos cujos apêndices sensibilizados por inflamações anteriores reagiram aos protides tíficos injetados para fins imunitários.

E, SANARELLI assim conclue seu trabalho: "O apêndice, órgão linfático excretor de germes, habitualmente infestado de micróbios e, atacado com frequência enorme por inflamações crônicas, deve ser considerado como víscera permanentemente sensibilizada e sempre disposta a reagir através de síndromes alérgicas, repentinas"

Para corroborar esta interessante questão da apendicite alérgica, deparamos às vezes com casos clínicos sugestivos e a esse respeito temos em mão, um deles, gentilmente, cedido pelo prof. ALÍPIO CORREIA NETO.

Eis o resumo desta observação:

"N. S. — 39 anos, militar.

Refere na sua história progressa acessos periodicos de edema labial repentino (edema de QUINCKE). Atendido pelo prof. CORREIA NETO, às 3 horas da madrugada de 28-12-1940 informa que 24 horas antes fora acordado por violenta cólica em todo o abdomen. Tais cólicas, menos intensas, persistem acompanhadas de ligeira diarréia. Não há vômitos. Temperatura 38° e às 4 horas: 41°. À palpação: dor generalizada no abdomen,

porem, mais forte na fossa ilíaca direita onde, por isso, não permite que se faça uma palpação profunda.

Operado pela manhã (cerca de 30 horas após o início da dor) encontra-se um apêndice ascendente interno de cor vermelha escura, quase negro e com uma perfuração na ponta por onde sai serosidade com mau cheiro”.

Apezar de não coexistir o edema labial com a sintomatologia abdominal, é muito provável que se trate de um ataque alérgico apendicular em indivíduo sensibilizado.

Considerando essas noções de patogenia expostas verificam-se que se os fatores enterógenos tem grande importância na explicação da apendicite aguda, as causas hematógenas e as noções de alergia devem também ser levadas em grande conta pois são fundamentadas não só na experimentação como na observação clínica.

#### QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da apendicite aguda pode variar enormemente não só pelas diferentes localizações do ceco e apêndice como pela frequente possibilidade de existirem graves lesões apendiculares sem serem acompanhadas de sintomatologia correspondente.

Muitas vezes, uma apendicite gangrenosa ameaçando a vida de um paciente, manifesta-se por ligeira dor, pequena elevação de temperatura, com estado geral bom, para repentinamente, transformar-se em gravíssima peritonite generalizada. Outras vezes, trata-se de profunda lesão de apêndice retrocecal que, por sua localização extraperitonial, fornece sinais tão atenuados que, dificilmente, orientam o diagnóstico. Por isso, o médico em presença dos primeiros sintomas de apendicite aguda, por mais leve que pareça, nunca estará autorizado a considerá-la uma afecção benigna e estabelecer, com segurança, um prognóstico favorável. Deverá sempre ter em mente que em muitos casos essa benignidade inicial é só aparente e que em poucas horas o quadro pode agravar-se e acarretar a morte do paciente.

Portanto, desde que unicamente o diagnóstico precoce seguido de extirpação imediata do apêndice põe o médico a coberto de grave responsabilidade ele deverá aperfeiçoar o mais possível os recursos semiológicos que lhe fornece a clínica, afim de obter esse “desideratum”

Para se avaliarem as dificuldades no diagnóstico desta entidade mórbida basta observar a mortalidade por intervenção tardia ainda registrada diariamente e lembrar o caso do grande cirurgião MAURITY SANTOS, falecido, há alguns anos, por apendicite aguda não obstante todos os recursos diagnósticos e terapêuticos que lhe permitiam o ambiente onde vivia.

Faremos, a seguir, por ordem de importância, uma exposição dos diferentes sintomas da apendicite aguda procurando atribuir a cada um deles seu valor relativo.

**Dor espontânea** — É o sintoma clínico mais importante por ser o mais constante. Todos os outros podem estar ausentes, entretanto, sempre existe a dor com suas diferentes características.

Em geral, a apendicite aguda surpreende o paciente em plena saúde, com dor de intensidade média, iniciando-se no epigástrico, região umbelical ou mesmo em todo o ventre e que após algumas horas localiza-se na região da fossa ilíaca direita. Esse detalhe tem muita importância porque se o clínico tiver a noção corrente e errônea de que a apendicite aguda caracteriza-se pela localização exclusiva da dor na fossa ilíaca direita, em presença de um paciente com epigastralgia ou dor difusa no abdomen, não lhe ocorrerá a hipótese de apendicite aguda na sua fase inicial e perderá, assim, a oportunidade de estabelecer o diagnóstico precoce dessa afecção.

Tem tanto valor esta localização inicial da dor no epigástrico que para ROVE ela está sempre presente no início das apendicitas graves devendo ser denominada de síndrome epigástrica para o diagnóstico precoce da apendicite aguda. A associação da dor espontânea epigastrica à dor à palpação da fossa ilíaca direita constitui a síndrome mínima para o diagnóstico de apendicite aguda, bem estudada por IVANISSEVICH e FERRARI.

Segundo HERTZLER a epigastralgia seria dor simpática enquanto que a dor localizada na fossa ilíaca direita, estaria subordinada ao sistema nervoso cerebro-espinhal, como a de qualquer peritonite. Assim, no início da infecção o espasmo ou edema das paredes apendiculares determinaria, por distensão, uma excitação do plexo simpático intramural que transmitida ao ganglio semilunar se traduziria pela dor no epigástro. A inflamação apendicular progredindo ocasionaria a periapendicite com dor na fossa ilíaca por excitação dos filetes do sistema nervoso cerebro-espinhal.

Às vezes a dor não se transfere para a fossa ilíaca direita, mas permanece no epigástrico durante toda a evolução da moléstia e tivemos ocasião de operar um paciente com apendicite flegmonosa apresentando tal sintomatologia.

Eis o resumo da observação:

A. F. — 17 anos, comerciário, solteiro, brasileiro.

Há 12 horas, subitamente, dores violentas e difusas em todo o abdomen, que após algum tempo localizaram-se no epigástrico.

Prisão de ventre habitual. Não há vômitos.

Exame físico: estado geral bom. Temperatura: 36°,8. Pulso: 72. Abdomen flácido, ceco e psoas direitos ligeiramente dolorosos. Sinais de Blumberg e Rovsing negativos.

Após 5 horas observamos: persistência da dor no epigástrico. Temperatura: 37°,2. Pulso: 82. O abdomen apresenta-se, ainda flácido, entretanto o ceco e o psoas direito mais dolorosos que no exame anterior. Dor à palpação da parte inferior da região lombar direita. Sinais de Blumberg e Rovsing negativos.

Exame hematológico: 9.000 leucócitos e 85 % de polimorfonucleares neutrófilos.

A intervenção imediata revelou uma apendicite retrocecal flegmonosa.

Repetindo noções já assinaladas, insistiremos sobre as gravíssimas apendicites gangrenosas por trombose da artéria apendicular ou as perfuradas por contato direto do coprólito, onde o período de acalmia que se segue à perfuração do apêndice conduz, facilmente, o médico a erro de diagnóstico.

**Temperatura** — A elevação da temperatura é moderada, atingindo 37°,5 a 38°,5; temperatura acima de 39° deve por em dúvida o diagnóstico de apendicite aguda, salvo raras exceções como foi o caso de apendicite alérgica perfurada de N. S., citado acima, no qual a temperatura atingiu 41°.

Ao contrario, não devemos esquecer que algumas apendicites gangrenosas ou mesmo flegmonosas podem-se apresentar, nas primeiras horas, quase que apiréticas e com o pulso de frequência normal. Nesses casos de lesões graves com temperatura baixa, um recurso recomendado por muitos autores é a dissociação entre a temperatura axilar e a retal. Esta diferença de temperatura que normalmente é de meio grau, nos casos patológicos pode atingir 2 graus. De fato, esse sinal poderá ter valor nos casos de apendicite aguda com temperatura axilar baixa ou no diagnóstico diferencial com afecções que não determinam inflamação do peritônio tais como a enterocolite, calculose ureteral, torção de cisto ovariano etc. Esse sinal perde valor no diagnóstico diferencial entre apendicite aguda e entidades mórbidas com inflamação do peritônio porque à semelhança da apendicite aguda determinam elevação de temperatura retal. PAVLOVSKY que dá grande valor a essa dissociação axilo-retal da temperatura, assim escreve: "... às vezes trata-se de apendicites agudas com sintomatologia bem atenuada (apendicites sem sintomas) e onde a ausência de temperatura axilar pode levar-nos a erro diagnóstico. Nestas apendicites, às vezes graves, encontraremos temperatura retal alta e este fato nos obrigará a operar pacientes cuja temperatura axilar baixa não nos teria decidido à intervenção. A elevação pode atingir até 2 graus e na intervenção cirúrgica temos encontrado apêndices bem alterados, às vezes perfurados ou gangrenados, onde a temperatura axilar apenas atingira 37°. Estudando nossa estatística ver-se-á a frequência desta dissociação que pesquisamos sistematicamente quando a temperatura axilar é baixa. Quando esta é alta, a diferença com a temperatura retal é sempre maior do que a normal, porem, neste caso o sintoma não tem tanta importância".

O calafrio intenso e repetido é mau sinal quando aparece durante a evolução da apendicite porque indica grave complicação: a pileflebite. É a infecção apendicular que se propaga às veias apendiculares, ileocólica, mesentérica superior atingindo a veia porta e mesmo suas ramificações intrahepáticas. É importante o diagnóstico precoce desta complicação porque BRAUN e outros recomendam a ligadura da veia ileocólica para evitar que a infecção atinja a mesentérica superior e a veia porta.

**Dor à palpação** — Nos casos típicos de apendicite aguda vamos encontrar uma dor mais ou menos intensa na região da fossa

ilíaca (direita, principalmente, em torno do ponto de MAC BURNEY. Entretanto a pesquisa da dor não deve ser feita só na fossa ilíaca mas é indispensável proceder-se sempre a um exame metódico seguindo os ensinamentos que a semiologia de palpação do abdomen indica e nada mais condenável que se calcar, mais ou menos violentamente, o indicador no ponto de MAC BURNEY e estabelecer o diagnóstico de apendicite aguda.

Em alguns casos só se consegue determinar dor pela palpação do 1/3 inferior do psoas.

Há 2 sinais a considerar: o sinal de Blumberg e o sinal de Rovsing.

O sinal de Blumberg manifesta-se por dor aguda da fossa ilíaca direita quando se retira bruscamente a mão, após se ter exercido uma pressão lenta e progressiva nesta região.

Esta dor viva tem sua explicação no deslocamento rápido do peritônio parietal que se tornou muito sensível por qualquer processo inflamatório agudo e daí o sinal de Blumberg indicar sempre reação flogística do peritônio parietal.

Pesquisa-se o sinal de ROVSING, comprimindo o colon descendente e o sigmoide de baixo para cima, em direção contrária ao curso das matérias fecais. Desta forma, o deslocamento retrógrado dos gases determina distensão brusca do ceco e no caso de apendicite aguda o paciente acusa forte dor na fossa ilíaca direita.

Esses dois sinais tem valor relativo porque podem estar ausentes em apendicites agudas e ainda o sinal de Blumberg manifestar-se em qualquer processo de peritonite aguda.

A intensidade da dor à palpação depende do grau de acometimento peritônioal de tal forma que nas inflamações de apêndices retrocecais, mesmo nos gangrenados, esse sintoma pode faltar. Nestes casos costuma haver maior sensibilidade na região lombar junto da crista ilíaca e por isso deve-se sempre pesquisar a dor nesta região desde que não haja sintomas muito nitidos na fossa ilíaca direita.

De fato, as apendicites agudas retrocecais, principalmente as formas retrocecais, extraperitônioais são as que dão maior porcentagem de mortalidade pois a sintomatologia muito discreta dificulta sobremaneira o diagnóstico.

**Defesa muscular** — Há grande correlação entre a dor à palpação e a defesa muscular; pois ambas traduzem acometimento peritônioal. A defesa muscular é sintoma de grande importância no reconhecimento da apendicite e frequentemente constitui elemento fundamental na síntese diagnóstica. Entretanto, ao lado dos casos típicos nos quais esse sintoma se identifica com grande facilidade há casos com defesa muscular muito discreta que só poderá ser posta em evidência à custa de muito cuidado e experiência por parte do médico.

A defesa muscular está intimamente ligada à topografia do apêndice e vemos que nas apendicites pélvicas ela é muito atenuada, predominando no quadro clínico o tenesmo vesical que traduz a irritação da bexiga por vizinhança do apêndice inflamado.

Igualmente na localização retrocecal a defesa abdominal é muito discreta.

A esse respeito temos o resumo de uma observação que nos parece muito interessante.

J. S. — 17 anos, brasileiro, pedreiro.

Há 24 horas dor violenta na região da fossa ilíaca direita e diarreia. Temperatura: 37.º Pulso: 70. Ventre flácido com ligeira dor à palpação da região ínguido-abdominal direita. Psoas direito doloroso à palpação. Ausência de dor na região lombar direita. Por palpação cuidadosa conseguimos verificar ligeira defesa na região da fossa ilíaca direita.

Submetido o paciente à intervenção extirpamos um apêndice retrocecal intra-peritoneal gangrenado.

E' por isso, aconselhável que cada um se exercite o mais possível na técnica da palpação abdominal, especialmente, no reconhecimento da defesa muscular, porque, mesmo discreta, sua presença contribue muito para se firmar o diagnóstico nos casos difíceis de apendicite aguda.

Nas formas retrocecais é importante pesquisar-se a tonicidade do psoas e para isto recorre-se à manobra de COPE que coloca o paciente em decúbito lateral esquerdo. Observa-se, então, uma limitação da extensão da coxa sobre a bacia determinada pela contração reflexa do psoas.

O sinal de CHUTRO consiste no desvio da cicatriz umbilical para direita, aproximando-a da espinha ilíaca anterior superior direita. E' consequência da contratura muscular e é útil nos pacientes gordos.

**Pulso** — Na apendicite aguda observa-se, em geral, taquicardia e quanto mais rápido for o pulso pior será o prognóstico. Entretanto, sem se chegar ao exagero de KAHN que considera a bradicardia como sinal constante de apendicite gangrenosa, está fora de dúvida que podem existir graves lesões no apêndice com pulso lento. Desta forma, a bradicardia por si só não deve constituir justificativas para temporizar a intervenção cirúrgica de casos com outros sintomas de apendicite aguda.

**Hiperestesia cutânea** — LIVINGSTON no seu interessante trabalho "A clinical study of the abdominal cavity and peritoneum", apoiando-se no conceito das zonas de HEAD, dá grande importância à pesquisa da hiperestesia cutânea, desde que seja subordinada a uma técnica semiológica adequada. Condenando a excitação leve, correntemente usada, considera indispensável que tal excitação se faça pinçando e levantando a pele entre o polegar e o indicador obtendo-se, assim, uma compressão relativamente forte do tegumento e evitando, ainda, a excitação dos planos profundos (músculos e peritônio).

A apendicite aguda caracteriza-se por uma zona de hiperestesia correspondente a um triângulo formado por um lado superior que vai da cicatriz umbilical ao meio da crista ilíaca direita, outro lado externo que se dirige deste ponto à espinha pubiana direita e o terceiro que une esta espinha à cicatriz umbilical. O máximo da sensibilidade cutânea corresponde ao centro dêste triângulo. (Fig. 3-2).

Estas zonas de hiperestesia são de grande valor no diagnóstico diferencial pois para a colescistite LEVINGSTON descreve outro triângulo cujos ângulos correspondem aos seguintes pontos: base do apêndice xifoide, cicatriz umbilical, ponto de cruzamento da horizontal médio gástrica com a linha axilar média (Fig. 3-1) Para a cólica pielo-ureteral indica o triângulo subinguinal assim formado: lado externo iniciando-se no meio da arcada de Poupert e desce paralelamente ao músculo costureiro, até encontrar a borda interna da coxa; o lado interno constituído por esta borda interna da coxa e o lado superior pela metade interna da arcada de POUPART (Fig. 3-3) A intensidade maxima da dor objetiva coincide sempre com o centro do triângulo.

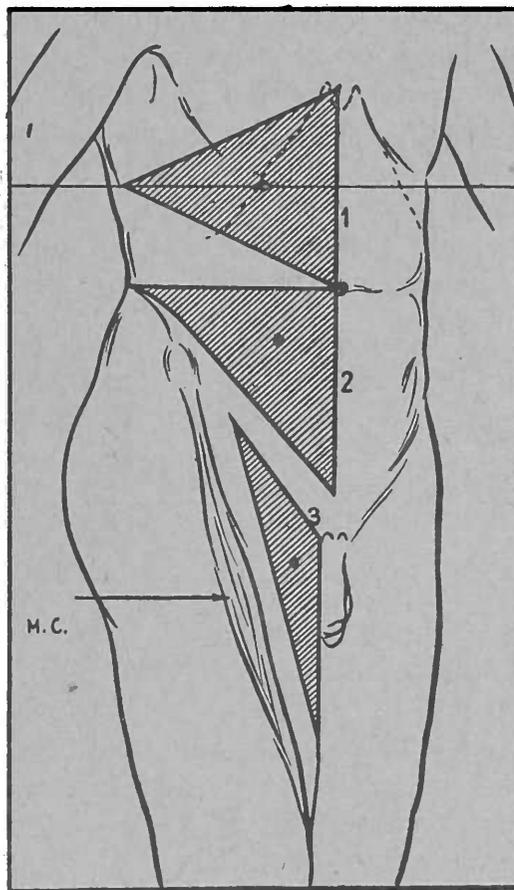


FIG. 3

Zonas de hiperestesia cutânea com um ponto central de sensibilidade máxima. (Segundo Levingston).

- 1 — Triângulo das afecções dolorosas da vesícula biliar.
- 2 — Triângulo da apendicite aguda.
- 3 — Triângulo da cólica pielo-ureteral.

Pela grande experiência de LIVINGSTON pode-se concluir que a hiperestesia cutânea, pesquisada com a devida técnica, é de grande auxílio no diagnóstico, pois, frequentemente, esta hipersensibilidade se circunscreve às diferentes zonas descritas, traduzindo, nitidamente, afecções dolorosas do apêndice, da vesícula biliar e do sistema pielo-ureteral.

Por fim, deve-se observar que na gangrena ou perfuração do apêndice desaparece a zona de hiperestesia porque havendo destruição das paredes apendiculares e de seus filetes nervosos não se estabelece o arco reflexo que condiciona a hiperestesia.

**Perturbações gastro-intestinais** — Os vômitos constituem sintoma variável na apendicite aguda. A diarreia aparece nas formas muito tóxicas, podendo fazer confusão com a disenteria. A esse respeito é interessante a estatística de TREVES sobre 50 pacientes de apendicite aguda, onde se verifica que a motilidade do intestino não constitui elemento importante para o diagnóstico.

|              |   |  |
|--------------|---|--|
| 50 pacientes | { | 26 — constipação de ventre;            |
|              |   | 13 — diarreia;                         |
|              |   | 8 — função normal;                     |
|              |   | 1 — constipação alternada de diarreia. |

**Tenesmo** — Vimos que, nas apendicites pélvicas, pela sua localização não há defesa muscular nítida mas apresentam como manifestação clínica predominante, o tenesmo vesical. Este detalhe de anamnese deve ser, cuidadosamente, pesquisado nas crianças não só porque a localização pélvica do apêndice é nesta idade relativamente frequente, como os outros sintomas são, muitas vezes, pouco evidentes.

Veremos adiante que, o tenesmo vesical e retal constitui importante sintoma de uma complicação da apendicite aguda: o abscesso pélvico dos fundos de saco reto-vesical ou reto-uterino.

**Toque retal** — O toque retal nunca deve ser esquecido por ser de grande valor no diagnóstico diferencial, com outras moléstias (retite estenosante, tumores malignos, invaginação intestinal, etc.). Por esse meio de exploração, através da parede anterior do reto, atinge-se o fundo de saco vesico-retal e nos casos de peritonite provoca-se dor nesse nível. Na apendicite pélvica o toque retal pode revelar dor mais intensa que a palpação do abdômen.

**Toque vaginal** — É outro meio semiológico que também não deve ser omitido por fornecer dados de orientação segura no diagnóstico.

Constitui descuido frequente a omissão do toque retal ou vaginal na síndrome de abdômen agudo e não raro o cirurgião leva à mesa de operação um paciente com apendicite aguda sem ter praticado um toque retal. É falha de propedêutica condenável porque se em alguns casos tais toques em nada contribuem para identificar as entidades mórbidas, outras vezes muito auxiliam e indicando o erro, permitem ao médico estabelecer o verdadeiro diagnóstico.

Está vivo em nossa mente um paciente com dores abdominais; pronto para ser apendicetomizado, quando o toque retal, sem justificativa aparente, revelou uma estenose de reto por carcinoma.

E', pois, indispensavel praticar-se sistematicamente, o toque retal e o vaginal.

**Exame hematológico** — Tratando-se de infecção aguda, encontra-se leucocitose e neutrofilia com desvio para a esquerda; entretanto, é preciso considerar que a pesquisa da leucocitose para o diagnóstico da apendicite aguda nem sempre é coroada de êxito exigindo muita prudência na interpretação dos resultados de exame de sangue. Assim, para se dar a reação leucocitária, às vezes são necessárias horas e mesmo dias, obrigando a uma espera que vem prejudicar a exigida precocidade de diagnóstico. Sabe-se, além disso, que a maneira do organismo reagir através do meio sanguíneo varia muito com os indivíduos e há casos de apendicites gangrenosas sem hiperleucocitose apreciavel e mesmo com ausência de resposta leucocitaria.

Há pouco citamos o resumo da observação de A. F com apendicite flegmonosa sem hiperleucocitose.

Assim sendo, o exame hematológico tem valor no diagnóstico precoce da apendicite aguda quando houver leucocitose e tenham sido eliminadas todas as outras causas que determinem esse aumento de leucócitos. Por outro lado a ausência de leucocitose não infirma o diagnóstico de apendicite aguda.

Esse exame presta muito auxílio nas formas adeantadas com abcesso apendicular já constituído ou mesmo quando essa complicação aparece no posoperatório.

**Hemosedimentação** — O aumento de velocidade de sedimentação dos eritrocitos (reação de FAHRAEUS) é característico dos processos infecciosos e é um exame complementar que sem apresentar as mesmas vantagens do exame hematológico, auxilia o diagnóstico de apendicite.

**Exame radiológico** — O exame radiológico tem valor escasso para o diagnóstico de apendicite aguda, não só pela demora como pelas dificuldades técnicas em realizá-lo. Entretanto, em caso de dúvida, poderá ser util indiretamente, mostrando o pneumoperitônio em úlcera perfurada, a sombra de cálculo do ureter, o defeito de enchimento da invaginação intestinal, etc. Evitar o exame com contraste pois alguns autores consideram o bário contraindicado e perigoso na obstrução intestinal e peritonite.

\* \* \*

Pelo estudo feito verifica-se que só a experiência e o raciocínio do médico poderão dar o relativo valor aos diferentes sintomas afim de estabelecer precocemente o difícil diagnóstico de certas formas graves de apendicite aguda com sintomatologia escassa. De uma maneira geral, pode-se concluir que os sintomas mais constantes capazes de melhor orientar o clínico são: a dor espontânea nas suas

diferentes modalidades, a temperatura, a dor à palpação, a hiperestesia cutânea e especialmente a defesa muscular.

Como os casos de diagnóstico difícil são constituídos, na sua maioria, por apendicites retrocecais é indispensável a pesquisa da sintomatologia na região lombar direita, principalmente, quando não se encontrarem sinais evidentes na região da fossa ilíaca direita.

E por fim, é preciso sempre que na apendicite aguda, como em qualquer outra afecção, o clínico não se oriente por um só sintoma ou sinal, ao contrário, estabeleça o diagnóstico pelo conjunto dos antecedentes, sintomas e sinais obtidos à custa de exame metuculoso e, às vezes, repetido.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Há diversas entidades mórbidas que se podem confundir com a apendicite aguda e com as quais é preciso fazer o diagnóstico diferencial, especialmente nos casos atípicos.

Veremos alguns pontos de contato com afecções que, com mais frequência podem levar a erro diagnóstico.

**Embaraço gástrico** — Os embaraços gástricos por desvio alimentar, com dores abdominais, vômitos e febre, deixam, muitas vezes, o clínico em dúvida por apresentarem-se com sintomatologia muito semelhante com a da apendicite e muito bem diz Ameline que 2/3 dos casos de apendicite aguda, nas primeiras horas, têm o aspeto de indigestão.

O mesmo se diga quanto às dispepsias de fermentação, putrefação, enterocolites e disenterias.

Entretanto, com um exame e anamnese cuidadosa e, principalmente, à custa de vigilância constante da sintomatologia, consegue-se, muitas vezes, estabelecer o diagnóstico.

**Cólica renal** — Caracteriza-se por cólica violentíssima que se inicia na região lombar e irradia-se para os órgãos genitais externos. Pelo exame provoca-se dor à percussão da região lombar e não há defesa para o lado do abdomen. Entretanto, frequentemente, esta sintomatologia não se apresenta tão característica e o paciente com cólica renal pode sofrer de dor localizada na região da fossa ilíaca direita sem irradiação, acompanhada de defesa, vômitos e mesmo um pouco de febre. Por outro lado, o quadro clínico da apendicite retrocecal pode ser muito semelhante ao da cólica renal direita. Nessas condições o médico encontra-se em sério embaraço, pois se na apendicite aguda deve-se intervir com urgência, na calculose pielo-ureteral o tratamento será, no momento, conservador. Para orientar o diagnóstico deverá, então, recorrer a certos detalhes semiológicos como: maior intensidade da dor na cólica renal, defesa mais nitida na região da fossa ilíaca direita, bem como temperatura mais

elevada e mesmo dissociação axilo-retal na apendicite, as zonas de hiperestesia cutânea etc.

Além disso há dois meios que auxiliam muito o diagnóstico, a presença de sangue na urina e o exame radiológico que põe em evidência uma sombra calculosa no trajeto do ureter direito.

Assim, quando houver a menor dúvida entre o diagnóstico de colica renal direita e apendicite aguda será indispensável colher-se a urina durante e após a cólica.

Muitas vezes, a presença de sangue é evidente a olho nú, outras vezes basta um simples exame microscópico do sedimento urinário para constatar a presença de numerosos eritrocitos. Não obstante haver raríssimos casos de infecções de apêndices em contato com o ureter e que podem determinar a presença de sangue na urina, via de regra, a hematúria fala a favor da calculose pieloureteral.

O resumo da seguinte observação é a de um nosso paciente cujo diagnóstico foi estabelecido à custa deste recurso.

J. F. — 25 anos, brasileiro, solteiro, encanador.

Há 6 horas sentiu, de repente, violenta dor no abdomen, principalmente na metade direita. Vomitou quatro vezes. Exame: Temp.: 37°,5. Pulso: 100. Dor à palpação e defesa nas regiões lombar e inguino-abdominal direitas, não se conseguindo palpar o psoas direito. O sinal de Blumberg não pode ser pesquisado. Sinal de Rovsing negativo.

O exame microscópico feito na urina emitida no momento revelou a presença de numerosíssimos eritrocitos e o exame radiológico feito no dia seguinte mostrou um pequeno cálculo no ureter direito.

O paciente expeliu espontaneamente o cálculo após 15 dias.

**Pielite** — E' ainda uma afecção que pode simular a apendicite aguda e se manifestar, clinicamente, por dor espontânea, temperatura elevada, calafrio, percussão lombar dolorosa.

A presença de pus na urina é típica em pacientes com pielite e desta forma, vemos, mais uma vez, como o exame de urina é importante na elucidação diagnóstica da apendicite aguda.

Nunca esquecer que na mulher a urina deve ser colhida por sonda, afim de que não se misture o corrimento vaginal e simule uma piúria.

E' principalmente na mulher grávida que se deve pensar na possibilidade de pielite direita, pois essa complicação é relativamente frequente durante a gestação.

A este respeito, o resumo da observação seguinte, mostra um nosso erro de diagnóstico muito instrutivo:

G. B. — 17 anos, brasileira, casada.

Trata-se de uma primigesta de 2 meses que há 24 horas se queixa de dores abdominais, predominantemente, na região da fossa ilíaca e vômitos. Temp.: 37°,4. Pulso: 98. Dor à palpação na fossa ilíaca e no psoas direito, ligeira defesa. Sinais de BLUMBERG e ROVSING negativos.

Juntamente com um clínico diagnosticamos apendicite aguda e submetida a paciente a operação, extirpamos um apêndice livre, sem lesões que justificassem a sintomatologia.

Praticado, a seguir, um exame de urina e cultura, identificou-se uma piúria por bacilo coli.

À custa de um tratamento adequado a paciente curou-se da pielite e a gestação prosseguiu.

**Perfuração por úlcera gastro-duodenal** — Caracteriza-se por violenta pontada no abdomen de indivíduo com passado gastrico e o exame físico revela defesa generalizada, "ventre de pau", desaparecimento da macicez hepática etc. Em alguns casos, entretanto, pode o quadro confundir-se com o da apendicite aguda, principalmente, quando o conteúdo do estomago e duodeno corre para o recesso paracólico direito.

E', mesmo, regra que ao se operar um paciente com diagnóstico de apendicite aguda e se encontrar o apêndice com lesões que não estejam em relação com a sintomatologia clínica, lembrar-se da possibilidade de perfuração por úlcera gastro-duodenal.

Aliás, o exame radiológico presta grande auxilio mostrando um pneumoperitônio no caso de úlcera perfurada.

**Colecistite aguda** — A sintomatologia da colecistite aguda é mesmo da cólica por litíase biliar, por vezes, assemelha-se muito à da apendicite aguda. Assim, pode haver dificuldade de diagnóstico no caso de um fígado aumentado com vesícula biliar quase na fossa ilíaca direita ou de apêndice retrocecal com a ponta tocando a superfície inferior do fígado ou mesmo no ceco alto subhepático. Nesses casos difíceis, o médico deverá recorrer à pesquisa das zonas de hiperestesia cutânea e a pequenos elementos diagnósticos tais como a anamnese que informa passado hepático, irradiação da dor para o ombro, a dor mais violenta e de menor duração na cólica hepática bem como a presença de urobilinogênio na urina e hiperbilirubinemia mais ou menos pronunciada.

Dentre as moléstias infecciosas convem não esquecer a febre tifoide, a pneumonia e a febre ganglionar de PFEIFFER. Um erro de diagnóstico com tais afecções que não necessitam de intervenção cirúrgica, traz consequências desagradáveis.

Na *febre tifoide* as lesões localizam-se no íleo e podem dar sintomatologia semelhante a de apendicite aguda.

Na *pneumonia*, principalmente na criança, a pontada pode manifestar-se no abdomen e desorientar o cirurgião que submete a uma operação uma criança com pneumonia.

Na *febre ganglionar de Pfeiffer*, além da angina, enfartamento ganglionar, aumento de baço e monocitose, pode haver como referimos, dor na região inguino-abdominal direita.

Daí a necessidade de se proceder, sistematicamente, a exame geral cuidadoso de todos os pacientes candidatos à intervenção cirúrgica.

Na mulher o diagnóstico diferencial torna-se ainda mais difícil, pois há algumas afecções dos órgãos genitais femininos que simulam a apendicite aguda, necessitando, muitas vezes, da colaboração do ginecologista para sua elucidação.

**Anexite aguda direita** — Por vezes o quadro clínico dessa entidade mórbida assemelha-se muito ao da apendicite aguda: dor na região ínguino-abdominal direita acompanhada de defesa e moderada elevação de temperatura.

Recorre-se, então, ao toque vaginal que nos casos facis revela tumor doloroso do anexo direito e pode-se despertar dor intensa mobilizando o colo uterino. Mas, quando não fôr possível praticar-se o toque em boas condições, o cirurgião estará no seguinte dilema: ou apendicite aguda exigindo intervenção imediata, ou anexite que deve ser submetida a tratamento conservador.

Nestas condições deverá atender a certos elementos de probabilidade afim de tomar uma orientação diagnóstica. Recorrerá ao sinal de Halban que se obtém palpando a região ínguino-abdominal de cima para baixo; na apendicite a dor é mais intensa em torno do ponto de Mac Burney enquanto que se o acme da dor estiver mais próximo da dobra da virilha o diagnóstico penderá mais para anexite. Colocando-se a paciente em posição de Trendelenburg a dor não se desloca na anexite enquanto que na apendicite pode haver deslocamento da zona dolorosa. Por fim, se houver referência de infecções genitais e se o exame de pureza vaginal for de 3.º ou 4.º grau, será mais provável uma anexite.

Convém se tenha em conta que em certos casos, esses elementos são relativos para separar nitidamente uma apendicite aguda de uma anexite aguda direita e por isso, muitas vezes, tal diagnóstico diferencial, põe em cheque a argúcia do médico.

**Prenhez ectópica** — A prenhez ectópica apresenta-se ao clínico, em três estádios: prenhez ectópica intata inicial, prenhez ectópica rota e aborto tubário.

Na prenhez ectópica intata há os sinais de gravidez mais ou menos evidentes e ao toque vaginal pode-se identificar um tumor no anexo. Para confirmar a hipótese de gravidez recorre-se às reações biológicas de ASCHHEIM-ZONDEK e de FRIEDMANN-THALES MARTINS. Mas esta eventualidade, raramente se apresenta no diagnóstico diferencial com a apendicite aguda porque, de regra, a prenhez ectópica intata não é dolorosa e evolue sorrateiramente para a rotura ou para o aborto tubário.

Mesmo a prenhez ectópica rota caracterizada por violenta pontada no abdomen; pela síndrome de hemorragia interna e anemia aguda, não se presta, habitualmente, à confusão com apendicite aguda.

Entretanto, quando a prenhez ectópica evolue para o aborto tubário, o diagnóstico diferencial, pode tornar-se difícil pois o quadro clínico é muito semelhante ao da apendicite aguda. Assim, naquela

afecção, a paciente com estado geral relativamente bom, queixa-se de cólicas mais ou menos intensas na região ínguino-abdominal direita acompanhadas muitas vezes, de defesa, pequena elevação febril e mesmo leucocitose.

O toque vaginal, revelador de tumor no anexo direito ou do fundo de saco de Douglas, nem sempre é exequível, por razões alheias à vontade do médico, tais como adiposidade e mesmo exagerada sensibilidade da paciente. A eliminação da caduca uterina, frequentemente, passa despercebida. As reações de ASCHHEIM-ZONDEK e de FRIEDMANN-THALES MARTINS, podem ser negativas desde que não haja mais relação vascular com o ovo.

Entretanto na anamnese vamos encontrar informações interessantes: a amenorréia de dias, semanas ou meses é seguida de metrorragia característica com pequenas perdas diárias, cor de chocolate que, por vezes, se prolongam durante duas ou três semanas. Pode mesmo acontecer que não haja amenorréia, mas, ao contrário, uma antecipação menstrual que é porém seguida deste tipo de metrorragia peculiar à prenhez extrauterina.

Portanto, numa mulher com dores no baixo ventre acompanhadas de pequenas e persistentes metrorragias; mesmo sem referir amenorréia na sua história, deve-se sempre pensar na possibilidade de prenhez ectópica.

Para confirmar este diagnóstico podemos ainda, recorrer à hemossedimentação e à punção exploradora do fundo de saco de DOUGLAS. Por um lado há aumento da velocidade de sedimentação na apendicite aguda e por outro lado, pela punção em Douglas, obtemos sangue no caso de aborto tubário ou mesmo na prenhez ectópica rota.

**Ovulação dolorosa** — Às vezes a rotura do folículo ovariano direito pode ser, fisiologicamente, dolorosa e simular uma apendicite aguda, pois a paciente acusa dores na região ínguino-abdominal direita, vômitos, pequena elevação de temperatura e mesmo leucocitose. Entretanto, o diagnóstico orienta-se para o lado da ovulação dolorosa pelo aparecimento da dor, exatamente após 14 ou 16 dias do início da menstruação (“mittelschmerz”) dos alemães. Essas perturbações são determinadas não só pela rotura do folículo ovariano em si, como pela hemorragia intra-abdominal mais ou menos abundante que tal rotura determina.

O diagnóstico de ovulação dolorosa é muito importante porque o tratamento desta afecção é inteiramente conservador.

A esse respeito, desejamos referir o resumo de uma nossa observação.

F. A. — 20 anos, solteira, brasileira.

Há 7 horas queixa-se de dores na região ínguino-abdominal direita acompanhadas de náuseas. Vomitou uma vez. Ciclo menstrual eumenorréico, cada 28 dias, durando 3 dias. Última menstruação há 14 dias.

Exame físico: Temperatura 37°,2. Pulso: 100. Paciente adiposa, rebelde ao exame, permitindo só a verificação de dor à palpação da metade direita do hipogástrio e ausência de defesa. A adiposidade e a indocilidade da paciente, impedem a palpação de ambos os psoas e a pesquisa dos sinais de Blumberg e Rovsing.

Estabelecido o diagnóstico de ovulação dolorosa observamos a paciente de perto e após 2 dias todos os sintomas desapareceram. Decorridos 3 meses, a paciente sofre cólica idêntica que evolue da mesma forma.

Estas são as entidades mórbidas que, com maior frequência podem levar à confusão com a apendicite aguda. Existem outras afecções tais como: torsão de cisto do ovário, rotura de cisto luteínico, torsão de apêndice epiplóico, torsão de epiploon, tuberculose peritonial, ptose renal, pancreatite aguda, diverticulite de Meckel, peritonite pneumocócica, orquiepididimite com deferentite direita, etc., que mais raramente devem ser tomadas em consideração no diagnóstico diferencial.

Antes de terminar, vamos expor um interessante resumo de uma observação:

R. T. — 16 anos, estudante, brasileiro, solteiro.

Fomos chamado por um clínico para operar este paciente de apendicite aguda. Ao exame conseguimos apurar que 8 horas antes sentira forte dor na região ínguino-abdominal direita acompanhada de náuseas.

Exame físico: Temperatura: 38°,7. Pulso: 102. Pela palpação da região ínguino-abdominal direita identifica-se defesa e dor muito viva que impede a palpação do ceco e psoas direitos. O restante do abdomen flácido, palpando-se perfeitamente o psoas esquerdo. Sinal de BLUMBERG: positivo. Sinal de ROVSING: negativo. Tivemos impressão nítida de apendicite aguda, porém, completando o exame físico geral depáramos com uma orqui-epididimite direita, complicação de uretrite blenorragica aguda que o paciente, cuidadosamente escondia da família e do médico. Então, o aumento de volume e a dor do cordão espermático direito confirmaram o diagnóstico de deferentite simulando apendicite aguda. O erro do clínico explica-se por ter procedido a exame incompleto em presença da família o que reforçou a intenção do doente em esconder a moléstia venérea contraída.

Do estudo feito sobre o diagnóstico diferencial decorre a dificuldade que, por vezes, existe em distinguir a apendicite aguda de outras entidades mórbidas e a importância de sua identificação exata afim de não submeter a desnecessária intervenção cirúrgica entidades mórbidas que exigem terapêutica clínica.

Constitue erro ministrarem-se sedativos antes de se estabelecer o diagnóstico, pois o entorpecente mascara a sintomatologia e dificulta ainda mais a tarefa do médico.

Em alguns casos duvidosos de apendicite aguda convem esperar algumas horas e mesmo dias, pois podem aparecer sintomas que orientem seguramente o cirurgião. Entretanto, é indispensável que esta contemporização seja feita com muito cuidado, sob vigilância estrita

do paciente, examinando-o, mesmo, duas ou três vezes ao dia afim de que a operação se realize, incontinenti, ao menor sinal de piora. Só nessas condições admite-se protelação dos casos suspeitos de apendicite aguda. Deve-se assim aprimorar o mais possível o diagnóstico, mas, se, não obstante, permanecer a simples dúvida de apendicite aguda, será preferível a intervenção cirúrgica imediata pois, na alternativa, é melhor arriscar a extirpação de um apêndice normal do que deixar a sua sorte uma apendicite aguda..

### EVOLUÇÃO

Desde que a apendicite aguda não tenha sido operada precocemente evolue de três maneiras: para a peritonite generalizada, para a forma localizada com periapendicite hiperplástica e para o abscesso apendicular.

Às vezes, a infecção do apêndice não pode ser circunscrita, espalha-se pelo abdomen e ocasiona uma peritonite generalizada cuja evolução muito grave, tem mortalidade elevadíssima.

Outras vezes, o organismo consegue delimitar a infecção à custa de uma aglutinação do epiploon e alças intestinais em torno do foco apendicular constituindo a periapendicite hiperplástica. Esse aglomerado se traduz à palpação por um tumor duro, mais ou menos sensível que os franceses denominam "plastron", "gâteau", "blindage" etc. Nesses casos, após o acesso de apendicite aguda, palpa-se, na fossa ilíaca direita, um tumor com os caracteres referidos em pacientes de estado geral bom. Nesse período é indispensável estrita vigilância pois, trata-se de um processo que tanto pode evoluir para a cura espontânea, para o abscesso apendicular como para a peritonite generalizada.

Os abscessos apendiculares apresentam o quadro clínico geral dos outros abscessos: dor localizada, elevação vespertina de temperatura, leucocitose pronunciada etc.. Deve-se notar que, às vezes, o abscesso apendicular desenvolve-se quasi que apirético e nesse caso o exame exame hematológico adquire muito valor. Entretanto, conforme a topografia do ceco e apêndice observam-se diferentes localizações com caracteres clínicos peculiares. Assim podemos ter: abscessos anteriores, lombares, retroceais, subhepáticos, mesocelíacos, pélvicos e subfrênicos (fig. 4). Estes dois últimos são mais frequentes no posoperatório. A sintomatologia do abscesso pélvico do fundo de saco de DOUGLAS é típica: o paciente apresenta tenesmo vesical e retal, ano entreaberto (paralisia do esfíncter), eliminação de geléia cristalina. Pelo toque retal ou vaginal percebe-se um abaulamento doloroso da parede anterior do reto ou do fundo de saco posterior da vagina. A punção exploradora do reto ou vagina pode confirmar o diagnóstico.

O abscesso subfrênico tem sintomatologia pouco intensa e traduz-se, quasi que exclusivamente, pela febre e dor à palpação dos

espaços intercostais do hipocôndrio direito. Quando em pacientes com antecedentes de processo infeccioso abdominal, a febre persiste ou reaparece sem se encontrar justificativa clínica para tal, nunca se es-

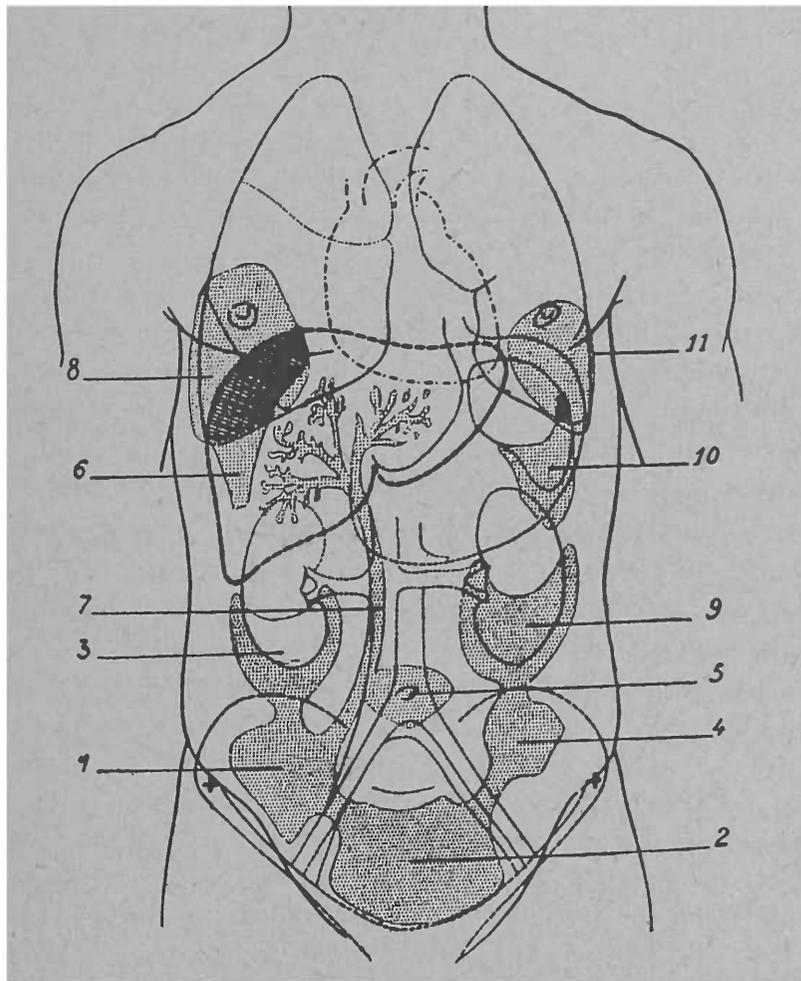


FIG. 4

Topografia dos abscessos apendiculares por ordem de frequência decrescente. (Segundo Kelly).

quecer da possibilidade de abscesso subfrênico. O exame radiológico confirma o diagnóstico pela imobilidade e ascensão do hemidiafragma direito com pequeno derrame no fundo de saco pleural correspondente.

Uma complicação da apendicite aguda, relativamente rara mas de grande gravidade é a pileflebite ou tromboflebite da veia porta com abscessos hepáticos consequentes. Como referimos, nada mais é que a propagação da infecção apendicular às veias apendiculares, ileocólicas, mesentérica superior, porta e mesmo ramos intrahepáticos desta veia. Afim de se diminuir a probabilidade dessa complicação, aconselha-se, durante a apendicectomia, colocar a ligadura o mais afastada possível do apêndice para extirpar a maior parte do mesoapêndice.

A pileflebite caracteriza-se, clinicamente, por calafrios sucessivos que podem aparecer mesmo após a apendicectomia. Desde que

apareçam tais sintomas, Braun aconselha a ligadura do tronco venoso íleo-cólico afim de sustar a progressão da infecção.

### TRATAMENTO

Com inteira razão CORACHÁN GARCÍA afirma: “toda a apendicite implica, desde o início, um perigo de morte” — e de fato não são raras as apendicites gangrenosas quase sem sintomas e as falsas calmas apendiculares que em poucas horas levam o paciente à morte, por peritonite.

A cura do doente está tão intimamente ligada à precocidade da intervenção que, como vimos, não se deve esperar pela manifestação de todo o quadro clínico mas a dúvida de diagnóstico justifica a apendicectomia imediata. Dissemos, mesmo, ser preferível extirpar, algumas vezes, um apêndice normal que deixar no abdomen uma apendicite gangrenada à espera da sintomatologia clássica.

Segundo CORACHÁN GARCÍA, a mortalidade é, praticamente, nula nos pacientes operados nas primeiras 6 horas, atinge 1% nos operados dentro das primeiras 24 horas e 5 a 10% nas apendicites submetidas a tratamento médico.

A clássica estatística de BURGESS sobre 500 casos é muito elucidativa.

|  |        |
|--|--------|
| Intervenção antes de 24 horas da crise ..... | 3,03%  |
| Intervenção entre 24 e 48 horas .....        | 3,08%  |
| Intervenção no 3.º dia após a crise .....    | 6,2 %  |
| Intervenção no 4.º dia após a crise .....    | 9,09%  |
| Intervenção no 5.º dia após a crise .....    | 19,05% |
| Intervenção no 6.º dia após a crise .....    | 23,08% |

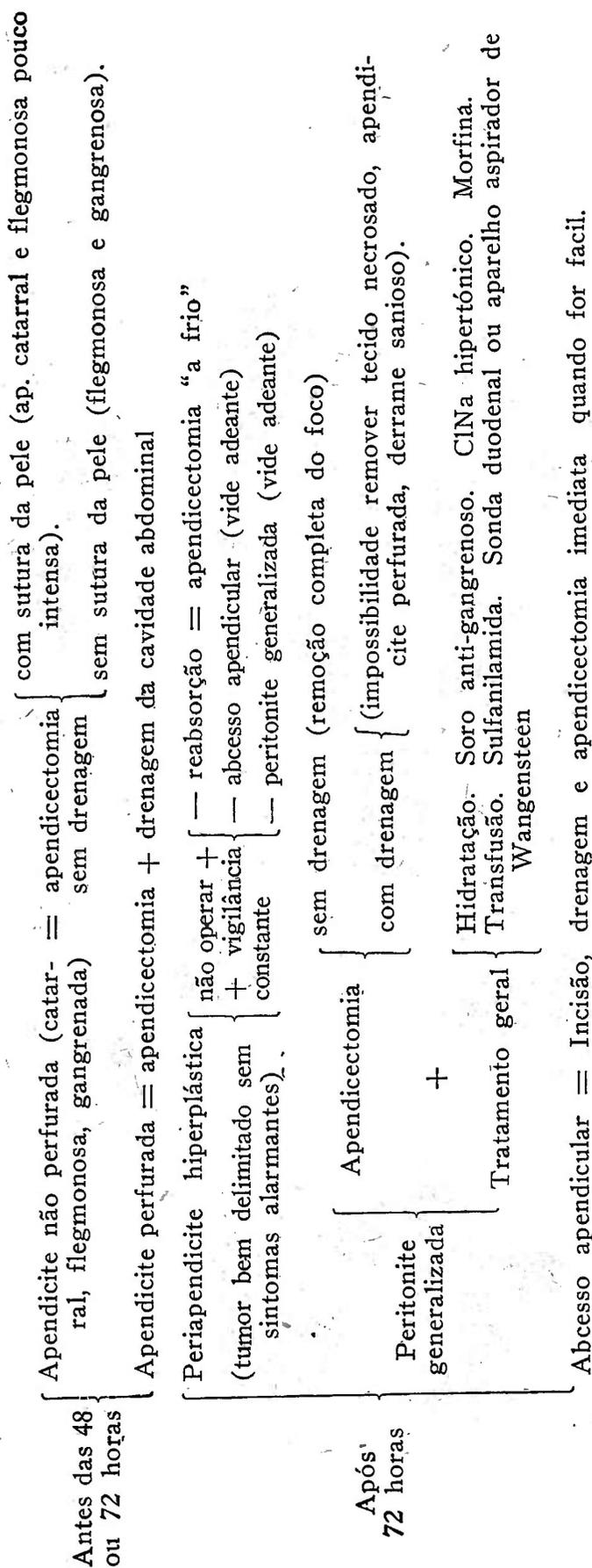
THOMPSON, BRABSON e WALTER em 471 pacientes operados de 1935 a 1939, obtiveram uma mortalidade de 0,53% na apendicite aguda simples e de 11,2% na apendicite aguda perfurada.

E' por isso que nesse assunto não há discrepância e todos os autores admitem para o tratamento da apendicite aguda, a apendicectomia mais precoce possível.

Entretanto, se esta é a orientação terapêutica geral, veremos que em casos particulares, tanto a indicação como certos detalhes de técnica variarão de acordo com os estádios das lesões subordinadas sempre ao tempo de aparecimento.

Como nesse assunto há muito disparidade de orientação resolvemos organizar um esquema que, naturalmente, como todo o esquema, é muito rígido para se adaptar às manifestações clínicas variáveis com os diferentes pacientes. Não obstante, parece-nos útil não só para ordenar o estudo como para servir de diretriz geral, sendo a experiência de cada um o complemento indispensável para resolver cada caso de per si.

TRATAMENTO DA APENDICITE AGUDA



N. Recentemente, nas intervenções para qualquer tipo de apêndice aguda, usa-se a sulfanilamida localmente.

Quando o paciente for apendicectomizado nas primeiras horas por apendicite catarral, flegmonosa ou gangrenada mas não perfurada torna-se desnecessária a drenagem da cavidade abdominal, mesmo existindo derrame peritonial sero-purulento. Se a lesão do apêndice for muito grave (flegmonosa ou gangrenosa) é aconselhável drenar-se o tecido celular subcutâneo ou mesmo não se suturar a pele afim de se evitarem graves flegmões da parede porque é sabido que a parede abdominal apresenta menor resistência à infecção do que o peritônio.

Entretanto, quando houver perfuração do apêndice ou o mesmo se romper nas manobras cirúrgicas, deve-se drenar a cavidade e não suturar a parede abdominal.

De qualquer forma é importantíssima a extirpação do apêndice e muitos cirurgiões seguem uma prática condenável quando, à menor dificuldade, drenam simplesmente e abandonam, na cavidade abdominal, uma apendicite flegmonosa ou gangrenada para a qual a drenagem não traz a menor vantagem e que certamente mantém um estado de intoxicação responsável por posoperatórios acidentadíssimos. Por isso mesmo, nos casos difíceis, a apendicectomia deve sempre ser praticada e frequentemente o operador consegue retirar com cuidado e delicadeza, apêndices que, a principio, pareciam inextirpáveis. Essas apendicectomias difíceis só podem ser executadas, sem grandes maléficos, por bons cirurgiões, pois, um operador sem recursos técnicos contenta-se em deixar o apêndice para não determinar graves lesões de vísceras.

Um erro de técnica que muitos incidem, é em praticarem tais apendicectomias através de incisões pequenas. Só a custa de intenso traumatismo pode-se conseguir extirpar apêndices retrocecais inflamados ou mesmo com ceco fixo, por um campo operatório acanhado e muito bem escreve PAVLOVSKY "não é má técnica ampliar a incisão; má técnica é querer tirar um apêndice por uma pequena incisão". Assim, ao se deparar com um apêndice dificilmente extirpável deve-se logo, aumentar o campo operatório, prolongando a incisão cutânea, ampliando, medialmente, a brecha do pequeno oblíquo e seccionando, mesmo, os folhetos da bainha do reto anterior (fig. 5). Quando se encontrar um ceco alto, subhepático, além desse prolongamento incisa-se, longitudinalmente, a aponevrose do pequeno oblíquo antes que esta se subdivida nos dois folhetos da bainha do reto (fig. 6) e por fim se se encontrar um ceco pélvico fixo prolonga-se a incisão da bainha do réto, sob forma de vírgula, como aconselha MAINETTI (fig. 7). Enfim, nos casos difíceis do ceco pouco exteriorizável, o cirurgião nunca deverá puxar pelas vísceras, mas ampliará a incisão de tal forma a expor claramente a região ceco-apendicular e proceder uma apendicectomia verdadeiramente a céu aberto.

Decorridas 48 ou 72 horas não se pode mais falar em operação precoce e vamos encontrar:

- a) apendicites, com nítida tendência à limitação

b) apendicites com tendência à generalização ou, mesmo, com peritonite generalizada.

AMPLIAÇÃO DE INCISÃO DE MAC BURNEY  
(esquemático de Mainetti)

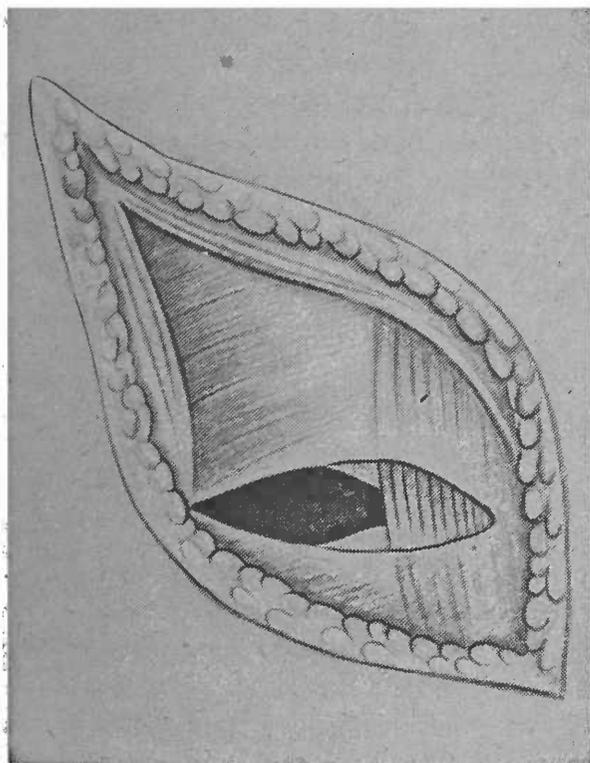


FIG. 5 — Prolongamento mediano da brecha do pequeno obliquo.

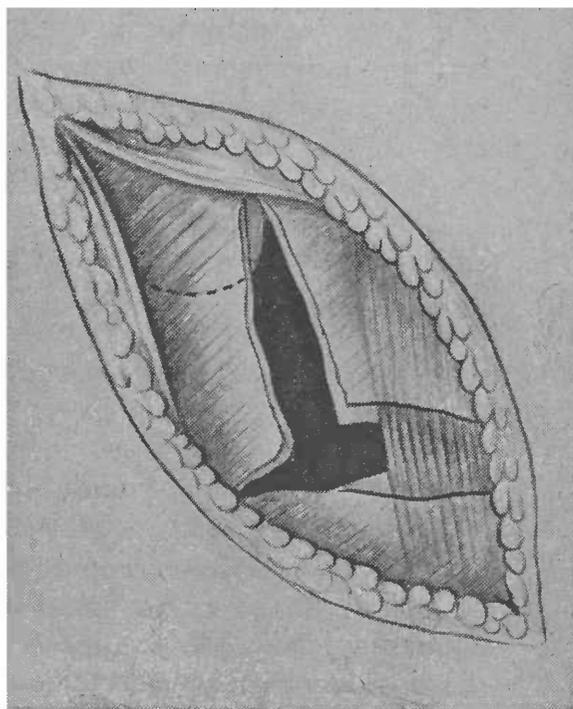


Fig. 6 — Prolongamento longitudinal ascendente.

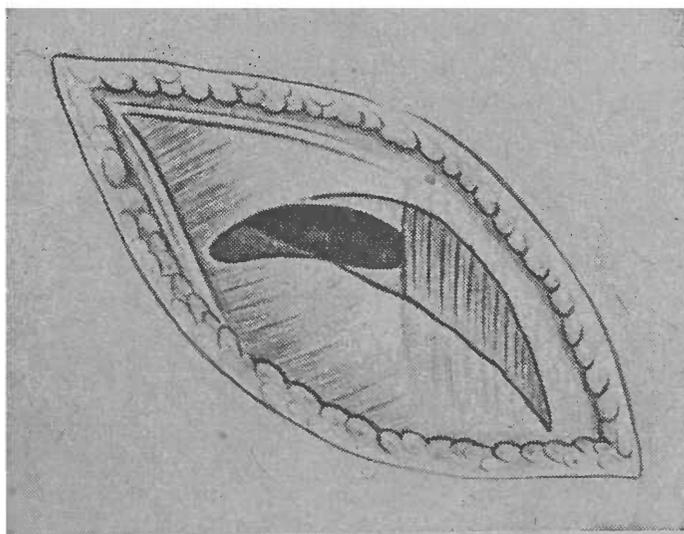


Fig. 7 — Prolongamento descendente.

Esses casos tardios de apendicite aguda são, muitas vezes, de difícil solução, porque encontram-se num período muito bem clas-

sificado pelos antigos cirurgiões ingleses de "too late for an early operation and too soon for a late operation" (muito tardio para uma operação precoce e muito precoce para uma operação tardia).

Assim, em alguns doentes, decorridas as primeiras 48 horas ou 72 horas palpa-se, na fossa ilíaca direita, um tumor inflamatório, bem delimitado, o resto do abdomen depressível, pulso bom, temperatura com tendência a declinar. Nestes casos, a intervenção cirúrgica pode trazer o inconveniente de generalizar a infecção na tentativa de se desfazerem as aderências que circundam o foco infeccioso com a possibilidade de se lesar o intestino friável pela congestão inflamatória. Se, por um lado, estes pacientes não devem ser operados, por outro lado, necessitam de observação continua porque podem sofrer três tipos de evolução: a) para a reabsorção do exsudato permitindo, posteriormente, a simples apendicectomia "a frio"; b) abscesso apendicular que deve ser incisado e drenado; c) peritonite generalizada que, não obstante se tratar de eventualidade rara, necessita de diagnóstico e operação imediata.

E' claro que deve haver abstenção operatória só nos pacientes com tumor bem delimitado e sem sinal alarmante algum (taquicardia, temperatura elevada, vômito etc.), em caso contrário, torna-se necessária a intervenção não obstante sua complexidade.

Nestas condições, compreende-se quanta sagacidade clínica é necessária para se evitar uma intervenção prejudicial e estemporânea e quanta habilidade técnica é exigida para executá-la nos casos indicados de molde a acarretar o menor sacrifício possível. Daí, HERTZLER afirmar que estas operações só devem ser praticadas por bons cirurgiões, capazes de não ultrapassar a mortalidade de 10% pois 90% das peritonites localizadas curam-se espontaneamente. E' preferível deixar o paciente correr o risco menor da cura espontânea do que entregá-lo ao risco maior de um mau cirurgião!..

O tratamento da peritonite generalizada tem como tempo primordial a apendicectomia acompanhada do tratamento clássico da peritonite aguda que passaremos a estudar.

Na intervenção cirúrgica por peritonite devem-se evitar excesso de manipulação, tentativas de evacuação completa do exsudato, lavagens da cavidade abdominal etc., pois são todas manobras traumatizantes para as visceras e que pelas lesões que produzem aumentam a absorção de substâncias tóxicas, prejudicando o estado geral do paciente. E' também ilusório pretender obter-se a esterilização da cavidade peritoneal pelo eter, prata coloidal, pepsina clorídrica, etc. A drenagem vem sendo abandonada porque não consegue esvaziar, inteiramente, a cavidade abdominal devido às suas anfratuosidades e recessos naturais. Além disso, após 12 ou 24 horas o dreno perde sua função porque as aderências que se formam em torno, delimitam pequena região inteiramente separada do restante da cavidade e por fim, a presença do dreno, como corpo estranho, perturba a defesa do peritônio. A esse respeito, não podemos deixar de citar as clássicas experiências de FRIEDRICH. Esse autor introduzia, na

cavidade abdominal de cães, sacos com terra que retirados antes de 8 horas não determinavam a morte dos animais. Porém, desde que esses sacos infectados fossem abandonados além desse tempo, não obstante a drenagem do peritônio, sobrevinha a morte dos animais.

Desta forma, tende-se a restringir cada vez mais a drenagem abdominal, considerando-se, porém, primordial a extirpação do foco infeccioso e SAUVÉ, categoricamente afirma: “o importante não é drenar a peritonite, mas suprimir, radicalmente, a causa. E’ preferível extirpar a causa de uma peritonite e não drenar do que se fizerem múltiplas drenagens e deixar o foco de infecção no abdomen”.

Não obstante esta restrição geral à drenagem abdominal, há casos que ela deve ser admitida. São eles: a) nas apendicites gangrenadas que, apesar da apendicectomia, não se consegue extirpar todo o tecido mortificado, estando o epiploon, ceco e peritônio atingidos pelo processo necrótico.

b) quando se encontra o apêndice esfacelado no centro de verdadeira magma gangrenosa.

c) em apendicites gangrenosas com derrames de mau aspeto.

d) apendicites perfuradas.

e) quando em apendicites sem lesões graves aparentes, o exsudato peritonial for de mau aspeto, mal ligado, de cor avermelhada.

Para combater a paralisia intestinal das peritonites graves alguns praticam a drenagem externa do intestino, principalmente à custa da cecostomia. Entretanto, a maioria dos autores, não teem obtido os resultados esperados e a drenagem por sucção do duodeno (sonda, aparelho de WANGENSTEEN) vem suprimindo, eficientemente, a drenagem externa do intestino.

Para a explicação patogênica da paralisia intestinal nos casos de peritonite nem todos admitem o conceito local da lei de STOKES pela qual a inflamação do peritônio determinaria, por via reflexa, a paralisia da camada muscular subjacente. As observações clínicas de WAGNER e os estudos experimentais de DOMÉNECH-ALSINA demonstraram que, não obstante a inflamação da serosa, o intestino pode contrair-se energeticamente por efeito da raquianestesia. Daí, conclue-se que a inflamação do peritônio excitaria as terminações do esplâncnico e esta predominância da ação do simpático condicionaria a paralisia intestinal. A raqui, anestesiando as fibras preganglionares simpáticas, interrompe o arco reflexo, impede a excitação do simpático e faz desaparecer a paralisia intestinal. E’ por isso que a raquianestesia constitue mais um recurso para combater a distensão intestinal da peritonite e é a anestesia aconselhada nestes casos, desde que o estado geral do paciente o permita. Não esquecer que para paralisar o esplâncnico, a raquianestesia deve atingir pelo menos a altura da cicatriz umbilical e de nada valem as anestésias abaixo desse nível para combater estas paralisias intestinais reflexas.

Recentemente tem-se recorrido a um medicamento que parece de grande valor no tratamento da peritonite aguda. E’ a aplicação

intraperitoneal da sulfanilamida em pó, na dose de 8 a 12 grs. Não obstante, os primeiros trabalhos (ROSENBERG, WALL, THOMPSON, BRABSON, WALKER) terem sido publicados no início deste ano, o entusiasmo torna-se cada vez maior pela evidente baixa de mortalidade obtida com esse novo recurso terapêutico. Nossa experiência é pequena pois empregamos o sal só em alguns casos de peritonite por apendicite e perfuração intestinal mas temos a impressão de que o uso local da sulfanilamida melhora, consideravelmente, o prognóstico dessa grave afecção.

Ao lado do tratamento local da peritonite é indispensável o tratamento geral que visa: hidratação, cloreto de sódio hipertônico, soro antigangrenoso polivalente, morfina, transfusão, sulfanilamida e drenagem intestinal.

A hidratação é importantíssima e deve ser feita a custa de soro fisiológico ou glicosado isotônico na dose de 2.000 a 3.000 c.c. diários. Habitualmente usa-se a via subcutânea, mas recomenda-se de preferência por via intra-venosa (60 gotas por minuto) desde que o soro seja bem preparado, isento de pirogênio e não determine calafrios.

A solução hipertônica de cloreto de sódio que combate a hipocloremia e excita o peristaltismo intestinal é usada por via intravenosa na dose diária de 50 a 100 c.c. a 20% ou 500 c.c. a 5%.

O soro antigangrenoso polivalente tem dado bons resultados e emprega-se na dose de 20 a 40 c.c. na cavidade abdominal e mesmo injetados na parede e 60 a 80 c.c. por via subcutânea.

Deve-se abandonar a antiga noção de que a morfina deprime o coração e paralisa o intestino pois são numerosos os trabalhos (RODNEY MAINGOT, OLOF SJÖQUIST) demonstrando o aumento do tono intestinal e mesmo início de peristaltismo à custa da morfina. Desde que o diagnóstico esteja estabelecido o uso da morfina na peritonite está perfeitamente indicado, aconselhando-se, mesmo, doses fortes nos casos gravíssimos. Pode-se obter bons resultados nos casos adiantados de peritonite com o tratamento de OCHSNER-SHERER que consiste na abstenção operatória, aspiração duodenal, venoclise (3.000 ou 5.000 c.c. diários) e morfina na dose de 0,02 a 0,03 gr. diários.

As transfusões e sulfanilamida (vias bucal, subcutânea e intravenosa) empregam-se nas doses habituais.

A simples sonda duodenal que drena o conteúdo intestinal ou melhor o aparelho aspirador de WANGENSTEEN é de grande utilidade, especialmente quando o paciente apresenta o ventre muito distendido, vômitos repetidos e intoxicação profunda. Deve ser empregada precocemente.

Os abscessos apendiculares devem ser cuidados como abscessos comuns: incisão e drenagem. Tratando-se de formações purulentas bem delimitadas é desaconselhável toda manipulação que possa destruir as barreiras naturais e transformar assim, uma peritonite localizada benigna em peritonite generalizada gravíssima. Por esta

razão, nestes casos, o cirurgião não deve teimar em extirpar o apêndice. Só fará sua ablação quando o mesmo aparecer no campo operatório.

Os abscessos pélvicos do fundo de saco de Douglas devem ser incisados através da parede anterior do reto.

Os abscessos subfrênicos, conforme sua localização, exigem via de acesso especial.

\* \* \*

Aí ficam os princípios fundamentais e as noções orientadoras capazes de guiar o médico no diagnóstico e tratamento da apendicite aguda. Lembraremos, entretanto, que tais conhecimentos devem sempre estar aliados a uma boa experiência clínica, pois a capacidade de identificar com precisão e cuidar proveitosamente das diferentes moléstias não se adquire em palestras, mas pelo contato continuo e observação racional dos doentes.

## **C A R D I O S C L E R O L**

**TONICO CARDIACO ATOXICO**

**HIPERTENÇÃO ARTERIAL — MIOCARDITES — ARTERIOESCLEROSE**

*A base de Viscum album — Cactus grandiflora — Cratoegus — Kola — Scila Rodanato de Potassa*

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Medicos

CAIXA, 4500 **INSTITUTO CHIMORGAN** SÃO PAULO

*O departamento de*

## **ADMINISTRAÇÃO PREDIAL**

DA

## **Caixa Geral de Emprestimos**

**REGULARIZARÁ E AUGMENTARÁ O RENDIMENTO  
DOS PREDIOS DE V. S.**

**IDONEIDADE ABSOLUTA**

**PRESTAÇÃO RIGOROSA DE CONTAS**

## **CAIXA GERAL DE EMPRESTIMOS**

**Caisse Générale de Prêts Fonciers et Industriels**

**Rua Tabatinguera, 164 — Fone 2-4722 — SÃO PAULO**

# P Y O R R H É A

Gengivas sangrentas, dentes abalados e mau halito:  
Resultados positivos em 8 dias, com o específico

## PYORRHON

CONSULTAS: 30\$000.

DEMONSTRAÇÕES PRÁTICAS AOS SENHORES MÉDICOS  
E DENTISTAS

### Dr. Clineo Paim

R. Barão de Itapetininga, 120 — 5.º andar — Salas, 505 e 506  
(CASA GUATAPARÁ)

TELEFONE: 4-4050 — SÃO PAULO

## RÁDIOS 1942 PHILIPS

Não decida a sua compra sem conhecer os 8 extraordinários modelos das Fabricas PHILIPS da U. S. A. e Argentina, desde 1:150\$000 e em prestações.

### NOVA CRIAÇÃO

RADIOGRAMOFONE PHILIPS 1942 MODELO 924 AN

O conjunto de grande potencia mais perfeito no genero, maravilhosamente construido pela Fabrica PHILIPS, de U. S. A., 9 valvulas (4 duplas) com rendimento de 13. Cambiador automatico para 12 discos. FAIXA AMPLIADA de ondas curtas. ALTOFALANTE tipo Concerto de 12 polegadas, etc.

DURANTE O MEZ DE ABRIL OFERTAS ESPECIAIS AOS  
COMPRADORES DIRETOS

## RADIO-SERVIÇO

LOJA: RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 251

FONE: 4-3056 — CAIXA POSTAL 4.364 — SÃO PAULO