

**DR. SECCO EICHENBERG**

CHEFE DE CLINICA DA 2.<sup>a</sup> CAD. DE CLINICA CIRURGICA

## **APENDICECTOMIA PELO METODO DE LEXER**

DO SERVIÇO DA 2.<sup>a</sup> CAD. DE CLINICA CIRURGICA: PROF. GUERRA BLESSMANN

SEPARATA DA REVISTA DOS CURSOS  
DA FACULDADE DE MEDICINA DE  
PORTO ALEGRE, - N.º 22 - ANO II



1936 - REV. CURSOS F.M. POA - 'APENDICECTOMIA  
MÉTODODO LEXER'

1936

Officinas Gráficas da LIVRARIA DO GLOBO  
PORTO ALEGRE

## APENDICECTOMIA PELO METODO DE LEXER

Do serviço da 2.<sup>a</sup> cad. de Clínica Cirurgica: Prof. GUERRA BLESSMANN

pelo

Dr. SECCO EICHENBERG

Chefe de Clínica da 2.<sup>a</sup> cad. de Clínica Cirurgica.

É comum verificarmos no quadro terminal de pacientes submetidos a apendicectomia por apendicite crônica, ou operados a frio, uma elevação de temperatura, nos primeiros dias após a intervenção, acompanhada dum certo numero de perturbações geraes e locais.

Esta hipertermia, que não reconhece como causa, na maioria dos casos, origem pulmonar, nem depende dum processo inflamatório local da ferida operatoria, é relacionada por muitos autores, entre eles Lexer, a um abcesso do côto apendicular,

Em vista da observação de alguns casos nestas condições, o Prof. Guerra Blessmann iniciou entre nós a pratica da tecnica de Lexer que tem por fim evitar as condições que favorecem o aparecimento deste abcesso. É o resultado das intervenções executadas com esta tecnica que vamos descrever em rapida resenha.

Afirmam, dum modo geral, Lexer e seus partidarios que no proceso classico de apendicectomia, no qual, após esmagamento, ligadura e secção do apêndice, se invagina o côto por meio duma sutura sero-serosa em

bolsa no côco, forma-se um abcesso neste fundo de sacco, á custa dos tecidos esmagados do côto apendicular que se necrosam e constituem otimo meio de cultura para o desenvolvimento microbiano.

Ora, é facil compreender o acima exposto, pois a parte esmagada do côto apendicular, por falta de irrigação, e portanto sem nutrição, tende invariavelmente á necrose.

Esta necrose, no espaço morto formado pela sutura em bolsa do côco, vae constituir um excelente meio de cultura para a variada flora microbiana intestinal.

Desta associação microbiana e em face dos fenomenos de inflamação aguda que a se localisam, processa-se a supuração e consequente formação dum abcesso no referido espaço, denominado abcesso do côto apendicular.

Este abcesso, cuja etiologia dum modo rapido viemos de descrever, é o responsavel pela hipertermia apresentada frequentemente pelos pacientes apendicectomizados por apendicite crônica ou operados a frio.

O abcesso do côto apendicular tem duas

formas de resolução, ou perfura para a luz do intestino, o que é mais favorável para o paciente, pois assim constitue-se a drenagem pelo intestino, e consequente cura, sem maiores complicações; ou ele rompe para a cavidade abdominal, e então instala-se o sombrio quadro da peritonite, podendo ir desde a peritonite localizada até a generalizada, que pode terminar frequentemente pela morte.

A elevação de temperatura, que denuncia a presença dum abcesso do coto apendicular, resalvados os casos de complicações post-operatórias de outra natureza, varia segundo os casos, não só quanto ao gráo, como também quanto ao tempo de sua permanencia.

No geral traduz-se pelo aumento de meio a um gráo da temperatura normal, sendo que em certos casos ultrapassa 38.°, com o ritmo característico das temperaturas de supuração.

Quanto ao tempo de permanencia, no geral de 2 a 3 dias, depende da evolução local do abcesso.

A secção do apêndice pelo termocautério de Paquelin ou pela electrocoagulação, e a cauterisação química, muitas vezes empregada quando se secciona a bísturi, contribuem para a formação deste processo inflamatório acima descrito.

Por localizado que seja, este processo pôde ser o ponto irritativo para a eclosão dum certo numero de outras perturbações, entre elas do ileus paralítico, que conforme o gráo de intensidade pôde ser bastante desagradavel para os pacientes e até acarretar consequencias funestas.

Estas perturbações foram a causa dos diversos estudos praticados em torno do assunto do tratamento do coto apendicular, e estabeleceram a luta entre as duas escolas que invaginavam ou não o coto apendicular.

De Martel, em 1920, fazia uma comunicação á Sociedade de Cirurgia de Paris, relatando tres casos de morte por peritonite, após apendicectomia, acusando a sutura sero-serosal do céco, de ter dado saída a con-

teudo intestinal e consequente peritonite; mas já anteriormente pelas mesmas razões Ricard e Routier não invaginavam o coto apendicular.

De Martel desde aí, qualquer que seja o caso de apendicite, aguda ou crónica, a frio ou a quente, não mais invagina o coto: baseia esta atitude não só nas suas observações, como nas de Seeling, publicadas em 1904.

Na grande maioria dos casos, a razão apresentada por De Martel não pôde ser aceita, pois se praticarmos a sutura sero-serosa invaginante no céco com agulhas finas e redondas, e com catgut ou seda fina, não podemos temer a perfuração da parede do céco por esta sutura, a não ser em casos excepcionaes de parede extremamente delgada ou friavel.

A perfuração só é de temer, quando o cirurgião, em vez de usar o material indicado, limita-se a fazer a sutura em bolsa com um Reverdin, ou com agulhas triangulares, que mais serviriam para sutura da pele.

Entretanto, as perturbações e complicações observadas por De Martel podem ter sido a consequencia do abcesso do coto apendicular, conforme já descrevemos adiante.

Hortolomei, de Bucarest, partidario do não invaginamento de coto, cita, num seu trabalho (Zblt. f. Chrg. 1931 — n.º 38 pag. 2379), um caso de abcesso de coto apendicular, terminando com peritonite localizada, e descreve seu processo de apendicectomia, semelhante ao de De Martel, com o qual observou excelentes resultados em 621 casos de apendicectomias a frio.

Diz Hortolomei que o coto apendicular desaparece em poucos dias e que não dá origem a adherencias, como poude observar em 13 casos, que mais tarde operou por outras afecções, praticando laparotomia, com o que poude verificar o estado do céco, ao nível da base de implantação do apêndice.

Macdonald (Huelva), Patterson, Short, Bendle, Taylor (os tres ultimos ingleses) e Schelton e Horsley (americanos) são

contrários ao invaginamento do côto apendicular.

A estatística de De Martel apresenta os seguintes resultados:

Em 30 anos operou 1356 apendicites, sendo 315 com invaginação e 1041 sem; nos casos de apendicectomia sem invaginação (1041) só observou um abcesso de parede e uma flebite, mas nos casos de invaginação observou 5 abscessos profundos e 4 flebites. Em 61 casos de apendicectomia sem invaginação, e depois laparotomizados por outras afecções, não encontrou aderencia alguma.

Entretanto, em pouco tempo, levantaram-se varios autores contrários á tecnica de De Martel, de Hortolomei e seus partidarios do não invaginamento do côto, afirmando que estes não davam o devido valor á questão da possível formação de adherencias ao nível do côto não invaginado.

Torek, de Nova York, ataca neste sentido e cita dois casos de adherencias do côto apendicular, trazendo perturbações ao trafego intestinal.

Afirma que sempre invagina o côto, mas evita deixar um espaço morto fechado debaixo da sutura no ceco. Ele não esmaga nem liga o apendice, simplesmente o liberta e depois dum pinçamento provisório junto á base, para evitar a saída de possível conteúdo do apendice, secciona o mesmo. Revira os bordos do côto apendicular e o invagina, fechando depois a sutura em bolsa.

Tambem usa um processo mui semelhante ao processo classico, só que a zona de esmagamento é muito estreita e o esmagamento é feito de tal forma por um instrumento especial (construido pela firma Klopfer em Berna) que deixa uma lamina tenuissima de serosa, e a ligadura é feita com catgut 00, de maneira que depois de soturado o ceco em bolsa, dentro de poucas horas o côto abre para a cavidade intestinal.

Não ha duvida que o processo de De Martel e outros não é o indicado, pois o não invaginamento do apendice póde trazer suas complicações, mas o processo de Torek não exclue por completo o espaço morto, se bem que o reduz muitissimo e facilita o caminho menos perigoso, isto é, facilita o abcesso romper para a luz do intestino.

Para conciliar ambas as situações, em 1932, Buerckle de la Camp, Chefe de Clinica do Serviço do Professor E. Lexer, de Muenchen, resolveu relembrar o processo de apendicectomia do Prof. Lexer, descrito pela primeira vez por Ebner em 1910. Esta tecnica foi novamente descrita por B. Koehler em 1926 e Graser a cita no Tratado de Cirurgia de Bier, Braun e Kuemmel, edição de 1923.

Afirma Buerckle de la Camp, que nas clinicas dirigidas por Lexer, nos ultimos 12 anos até 1932, foram praticadas 3200 apendicectomias com esta tecnica, em casos mais variados, desde a mais leve apendicite cronica até as apendicites agudas, supuradas e gangrenosas, acompanhadas de fleimões das paredes do ceco.

Vejamos pois em que consiste o processo de Lexer, executado pela primeira vez em nosso Estado e possivelmente no Brasil pelo Prof. Guerra Blessmann a 19 de novembro de 1932, e que desde essa data vem sendo empregado com os melhores resultados no serviço da 2.ª cadeira de Clinica Cirurgica, tomando como base a descrição do referido metodo feita por Buerckle de la Camp em seu trabalho (Zblt. f. Chrg. 1932 n.º 35 — pag. 2082):

Uma vez exteriorizado o apendice, liga-se e secciona-se o meso-apendice. Livre o apendice, é o mesmo ligado na base, ou se suas paredes estiverem friaveis, como em caso de apendicite aguda, usa-se em lugar da ligadura uma pinça qualquer. Por meio da ligadura ou desta pinça, coloca-se o apendice em posição vertical.





Fig. n.º 1

Colocado o apendice nesta posição, ficando então ao cargo do auxiliar, começa o cirurgião a sutura propriamente dita de Lexer.

Inicialmente com fio de seda, pratica-se uma sutura continua por sobre a ligadura do meso-appendice, sutura com tres pontos, interessando a serosa e a camada muscular. Esta sutura tem por fim não só fechar cuidadosamente o canal a formar, como também fazer a hemostasia de algum vaso subseroso da parede do ceco.

A sutura de Lexer vem inicialmente da base do apendice, e depois de ter atingido o ponto da ligadura inicial do meso-appendice volta para a base do apendice com uma sutura continua de pontos mais aproximados e sómente interessando a serosa. Ao aproximar-se da base do apendice, pela ação invaginante desta sutura, a base do apendice tende a invaginar-se, formando-se em torno da mesma uma dobra circundante de serosa.

Neste ponto, por meio da ligadura ou da pinça, faz-se quanto possível a tração vertical do apendice, que é seccionado abaixo da ligadura ou da pinça. O côto apendicular retrae-se por si proprio, invaginando-se, e então terminamos a sutura serosa com um ou dois pontos.

Para um maior descanso, podemos fazer uma terceira camada de sutura, sero-serosa, que entretanto não é estrictamente necessaria.

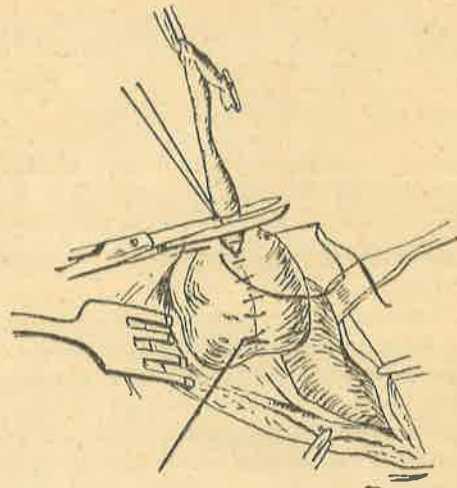
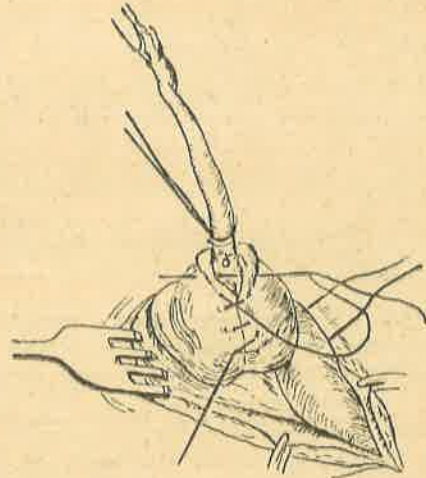


Fig. ns. 2 e 3

Deste modo, não teremos tecido esmagado no côto apendicular, que se encontra

aberto na luz do intestino, nem teremos espaço morto fechado como no caso da sutura em bolsa, de maneira que não existe terreno para se estabelecerem as manifestações que levam á formação do abcesso do côto apendicular.

O processo idealizado pela primeira vez por Heile em 1915, e depois melhorado em 1922, apresenta as mesmas vantagens do processo de Lexer. Buerckle de la Camp afirma que a posição de decubito lateral esquerdo, introduzida na tecnica de Lexer por Schlange, auxilia em muito a execução da apendicectomia.

Buerckle de la Camp realizou interessantes estudos em macacos sobre o tratamento do côto apendicular, praticando uma serie de apendicectomias pelo metodo de Lexer e outra pelo processo classico.

Observou depois que nos casos de invaginação aberta (metodo de Lexer) não se formava necrose, exsudato debaixo da sutura serosa, nem infiltração inflamatória na visinhança. Nas apendicectomias pelo metodo classico, com esmagamento, ligadura e invaginação do côto por sutura em bolsa, encontrou: forte exsudação no espaço morto, depositos de fibrina, forte migração de leucocitos; a parede do céco estava edemaciada por processo inflamatório e infiltrada por elementos celulares, demonstrando a formação dum abcesso.

Como já dissemos, desde fins de 1932 usamos com frequencia o metodo de Lexer, no serviço da 2.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, sempre com os melhores resultados. Desconhecemos até este momento o emprego deste processo por outro qualquer serviço ou cirurgião no nosso meio antes da data acima mencionada.

Nada observamos que viesse contraindicar a continuação de emprego deste metodo.

Até agora nos temos limitado a usar o processo de Lexer nos casos de apendicitis crônicas, ou apendicitis agudas operadas a frio, se bem que Lexer afirma que não exis-

te contra-indicação nos casos mais graves de apendicite aguda.

Assim pois, em face do exposto e das nossas observações, nos permitimos recomendar o processo de Lexer, como ideal nas apendicectomias, pois se bem que demore mais alguns minutos que o metodo classico, sobre ele tem reacs vantagens; este pequeno retardamento do ato operatorio não pôde cientificamente representar desvantagem para o metodo de Lexer, principalmente quando a apendicectomia fôr executada como pôde ser em grande numero dos casos, sob anestesia local, ou com pequena adição dum anestésico geral, o que faz desprezar o fator tempo.

#### RESUMO

A pratica da invaginação, após esmagamento e ligadura na apendicectomia, com uma sutura em bolsa, pôde favorecer em alguns casos o aparecimento de abcesso do côto apendicular, conforme é da observação de inumeros autores.

Estes abcessos podem irromper para a luz do intestino (casos benignos) ou para a cavidade peritonial (casos graves na hipotese de possível peritonite geral.)

A tecnica de De Martel, inicialmente por ele e seus discipulos considerada isenta de complicações, pôde levar com certa frequencia a adherencias post-operatorias, que poderão ser a causa de disturbios graves do trafego intestinal.

A tecnica de Lexer evita a formação do abcesso do côto apendicular, proporciona um ótimo revestimento peritonial, e é completamente destituída de perigo.

#### OBSERVAÇÕES DE APENDICECTOMIAS PRATICADAS PELO PROCESSO DE LEXER

1932

19/11 — A. B. — 26 a. — br. — pap.  
8517 — Apendicite sub-aguda — Eter.

1933

- 10/1 — F. W. — 24 a. — br. pap. 217  
— Apendicite sub-aguda — Eter.  
14/2 — R. M. — 23 a. — br. — pap. 1145  
— Apendicite cronica — Eter.  
21/2 — L. W. — 29 a. — br. — pap. 1398  
— Apendicite cronica — Eter.  
11/7 — M. F. — 37 a. — pap. 4581 —  
Apendicite cronica — Eter.

1934

- 3/3 — S. P. — 30 a. — br. pap. 1345 —  
Apendicite cronica — Local  
6/3 — J. A. — 23 a. — pr. — pap. 1618  
— Apendicite cronica — Local.  
17/4 — A. C. — 25 a. — br. — pap. 2982  
— Apendicite sub-aguda — Local.  
21/4 — R. D. — 24 a. — br. pap. 3021  
— Apendicite sub-aguda — Local.  
25/8 — M. W. — 34 a. — br. — pap.  
6401 — Apendicite cronica — Local.  
1.º/9 — A. S. — 24 a. — br. — pap. 6616  
— Apendicite cronica — Local.  
6/11 — N. G. — 21 a. — br. — pap 8438  
— Apendicite cronica — Local.  
1.º/12 — A. P. — 18 a. — br. pap. 9150  
— Apendicite cronica — Local.

1935

- 19/1 — P. R. — 28 a. — br. pap. 484 —  
Apendicite cronica — Local.  
9/2 — D. P. — 31 a. — br. — pap 1182  
— Apendicite cronica — Eter.  
31/3 — A. S. — 31 a. br. — pap. 2833 —  
Apendicite cronica — Local.  
1.º/6 — J. N. — 46 a. — br. — pap. 4181  
— Apendicite cronica — Eter.  
25/6 — O. P. — 41 a. — br. — pap. 4538  
— Apendicite cronica — Local.

- 24/8 — O. L. — 18 a. — br. — pap. 7121  
— Apendicite cronica — Local.  
5/11 — M. L. — 17 a. — br. — pap. 9321  
— Apendicite cronica — Local.  
24/12 — E. M. — 30 a. — br. — pap.  
9901 — Apendicite cronica — Local.

1936

- 24/3 — H. B. — 15 a. — br. — pap. 2726  
— Apendicite cronica — Local.

NB. — A anestesia local foi praticada de  
1934 em diante com neototocaina e ante-  
riormente com novocaina.

BIBLIOGRAFIA

- BUERCKLE DE LA CAMP H. — Zur Ver-  
sorgung des Appendixstumpfes.  
Zblt. f. Chrg. 1932 — n.º 35 — pag.  
2082.  
HORTOLOMEI N. — Soll man den Appen-  
dixstumpf nach Appendiktomie versen-  
ken oder nicht?  
Zblt. f. Chrg. 1931 — n.º 38 — pag.  
2379.  
KLEINSCHMIDT O. — Chirurgische Ope-  
rationslehre.  
Berlin — 1927 — Verlag Julius Sprin-  
ger.  
KIRSCHNER M. — Tratado de Tecnica  
Operatoria general y especial.  
Tomo V. — Operaciones en la cavidad  
abdominal.  
Barcelona — 1936 — Editorial Labor  
S. A.  
TOREK F. — Zur Frage der Versenkung  
des Appendixstumpfes.  
Zblt. f. Chrg. 1932 — n.º 4 — pag. 204