

Acute appendicitis in childhood — A statistical study of 848 cases from the children's Hospital, Boston (Apendicite aguda na infancia — Estudo estatístico de 848 casos) — Henry W. Hudson e John W. Chamberlain — The Journ. of Pediatrics, Vol. 15, n.º 3 — September, 1939 — pags. 408 a 425.

Os AA. apresentam uma análise sobre 848 crianças sofrendo de apendicite aguda e complicações. De tal numero, 460 (54,2%) eram do sexo masculino e 388 (45,8%) do feminino, acreditando os AA. que a leve predominancia do sexo masculino seja mais devido ao acaso.

Têm também a impressão de que pode haver mais que uma relação de coincidência entre infeções respiratorias e apendicite, porem a prova de correção estatística, representando a admissão mensal de 120 mezes, não é demonstrativa a respeito. Assim, em 716 casos com antecedentes morbidos precisos, 553 duas semanas antes do ataque de apendicite aguda nada apresentaram, ao passo que em 107 houve infeção respiratoria nas 2 semanas precedentes ao ataque; em 56 casos se encontraram molestias outras que as respiratorias. Historia de previos ataques de apendicite, baseada em evidencia presumtiva, é de pouca significação diagnostica; em 211 casos não houve dados sobre ataques precedentes, havendo em 194 casos queixas de molestias que poderiam ter sido apendicite.

Encontraram-se concreções fecaes na luz apendicular em 315 de 723 apêndices examinados (43,5%). Apesar de parecer pelos dados dos AA. que um apêndice com concreções desenvolva inflamação mais intensa que um apêndice livre delas, havendo mesmo a assignalar ruturas em 58% dos 315 apêndices, acreditam contudo que a concreção não é necessariamente a causa do processo inflamatório.

A infestação por *Oxyuris vermicularis* como causa de inflamação aguda não é frequente, sendo reconhecidos taes vermes ou seus ovos somente em 26 (3,5%) dos 723 apêndices examinados.

A dificuldade do diagnostico de apendicite na infancia, reconhecida na literatura cirurgica, diminue marcadamente quando a criança é internada, pelo facto que a apendicite se torna mais aparente com o tempo, de modo que exames frequentes feitos nas primeiras 12 horas de molestia corroboram ou desprovam o diagnostico. Os sintomas, sinais e quadros sanguineos são suficientes para fazer diagnostico antes de uma perturbação possivel. Pode-se considerar a triade, dor abdominal, vomitos e leve febre, como evidencia presumtiva de apendicite aguda nas primeiras horas. A dor é o mais constante dos sintomas e foi encontrada em 839 (99%) dos casos, no quadrante direito, umbelical ou generalizada. Vomitos foram descritos em 827 pacientes (82,8%) sendo os vomitos precedendo a dor mais frequentes em crianças abaixo de 4 anos. Constipação foi assinalada em 134 (15,8%) dos casos, diarreia em 74 (8,7%). Espasmo muscular, o seguinte sinal mais comum, principalmente do quadrante superior direito, estava ausente em somente 98 pacientes (11,8%). Temos a impressão que a contagem das celulas brancas do sangue periferico é muito variavel para ser de ajuda diagnostica.

O tratamento empregado foi o seguinte: 1) imediata operação (com raras excepções) ou retardo somente quando a administração parenteral de fluidos era absolutamente necessaria. 2) apendicectomia primaria em 95% dos casos. 3) incisão com retração rectal ou separação muscular. 4) introdução de um ou mais drenos em presença de peritonite ou ás vezes de fluidos não definitivamente purulentos. 5) uso liberal de morfina. 6) na presença de distensão alta atmosfera de oxigenio. 7) posição de Fowler. 8) aplicação de calor no abdomen.

A mortalidade foi favoravel (3,06%). Fatores afetando a mortalidade são, na ordem de importancia: 1) o tipo de apendicite presente no momento da admissão, que por seu turno depende da duração do ataque antes do diagnostico e da idade do paciente. 2) o tratamento empregado. 3) molestias adjuntas e 4) da idade do paciente.