

“A MEDICINA TEM ONDAS”: A APENDICECTOMIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

Rita de Cássia Marques - UFMG

“A medicina tem ondas” é uma frase do médico Hilton Rocha, um dos maiores expoentes da oftalmologia mineira, e se aplica perfeitamente a apendicectomia, a cirurgia de retirada do apêndice nos casos agudos ou não. Atualmente, apendicite aguda é a doença mais freqüente do apêndice e a operação é o procedimento indicado para o seu tratamento. Sua incidência é mais freqüente em jovens em idade escolar e adolescentes, predominando no sexo masculino. O diagnóstico de apendicite aguda é eminentemente clínico, sendo feito com base nos sintomas e sinais clínicos mais freqüentes, tais como: diferença de temperatura axilar e retal, náuseas e/ou vômitos, dor na fossa ilíaca direita, febre, flexão da perna direita, e sinal de Blumberg (apalpação progressiva e profunda da barriga acompanhado de respiração profunda), entre outros¹.

Realizada pela primeira vez em 1889², nos Estados Unidos, por J.B. Murphy, a apendicectomia tornou-se uma febre cirúrgica. O próprio Murphy, quatro anos depois da primeira, já realizara mais de 250 cirurgias. Surgida da necessidade de resolver o problema de um paciente com fortes dores no abdômen e febre alta, em pouco tempo se tornou uma das cirurgias mais realizadas nos hospitais. A vulgarização do procedimento contou com a pregação do Dr. Murphy de que “diagnosticada apendicite, deve ser operada imediatamente, ou seja, apendicite=operação”³. Com essa recomendação, o diagnóstico passou a ser cada vez mais precoce.

Temendo a apendicite aguda, desenvolveu-se o que poderia chamar-se uma campanha cirúrgica profilática. Em depoimentos de médicos que viveram nos anos 40 e

50 é freqüente ouvir referências às cirurgias profiláticas que aconteciam às freiras⁴ e militares⁵. Sabia-se naquela época que a qualquer momento o apêndice poderia dar problema e o melhor era aproveitar todas as oportunidades cirúrgicas de abdômen aberto para extirpa-lo, independente ou não de estar apresentando os sintomas da doença.

A descoberta da responsabilidade do apêndice nos processos infecciosos do lado direito do abdômen, até então chamados de "peritiflite", despertou no início do século XX um súbito interesse pela remoção do apêndice, fazendo surgir a discutida entidade da "apendicite crônica" como causa de todos os males, sendo necessário a realização da apendicectomia sistemática em todo paciente com queixas abdominais⁶. A necessidade de detectar, o mais precocemente a doença fez com que crescesse o diagnóstico de apendicite crônica e apendicite aguda. Quanto à apendicite aguda, não havia dúvidas em estabelecer o quadro, claramente configurado pela febre alta e local dolorido e endurecido, mesmo sem os sintomas agudos a cirurgia de apendicite crônica tornou-se moda especialmente após a divulgação da "teoria dos focos". Essa teoria, que imperou na primeira metade do século XX, falava da existência da "infecção focal" onde as bactérias de um foco poderiam migrar pela corrente sanguínea ou linfática alojando-se em órgãos vitais. Várias doenças passaram a ser atribuídos à existência de um "foco de infecção" que deveria ser localizado e removido. A teoria da infecção focal foi levada às últimas conseqüências e quaisquer que fossem as queixas ou os sofrimentos do paciente, o médico logo se punha a investigar qual seria o foco responsável pela infecção. Muitos dentes, apêndices, amídalas e trompas foram extraídos, a fim de retirar possíveis focos de infecção.

De maneira pouco convincente, o diagnóstico de apendicite crônica passou a ser utilizado para explicar situações de dor abdominal crônica sem causa aparente. Desse modo a apendicectomia tornou-se um dos mais comuns procedimentos cirúrgicos nos primórdios do século 20, com pouca contestação, como demonstra um estudo de revisão

de 50.000 apêndices operados entre 1924 e 1955, nos quais um terço correspondia a apendicite crônica e aproximadamente 14% à apendicite aguda. Em 1940, uma revisão de 385 pacientes submetidos à apendicectomia por dor abdominal crônica ou recorrente, 255 não tinham história clínica compatível com apendicite; desses, somente dois foram curados da dor e 60 ficaram em condições piores. Por outro lado, de 130 pacientes com história clínica característica de apendicite aguda ou recorrente, 92% foram curados ou melhoraram no pós-operatório⁷.

A febre das apendicectomias pode ser verificada, por exemplo, nas fichas de atendimento de Hugo Werneck, o primeiro ginecologista que se estabelecer em Belo Horizonte, a partir de 1906⁸. Werneck se anunciou ginecólogo em 1908, mas era o único a fazê-lo. Nos anúncios publicados na imprensa da época e mesmo depois, os médicos preferiam se anunciar como “médico de senhoras” a ginecologista. O obstetra também não era comum; ainda se usava com freqüência a denominação de “parteiro e operador”.

No início do século XX, os médicos ainda não eram a principal referência de atendimento à saúde da população. Tanto os médicos quanto os hospitais eram procurados em casos extremos. Os especialistas, por sua vez, encontravam maiores dificuldades. Médico valorizado era aquele capaz de atender a todo tipo de atendimento e a qualquer hora.

Premidos pela necessidade e pela resistência da sociedade em deixar suas esposas e filhas serem examinadas por um homem estranho, acostumados que estavam com o trabalho das parteiras, um dos caminhos seguidos pelo ginecologista, especialmente por Werneck, foi se dedicar seriamente ao ofício de cirurgião⁹. A obrigação de conhecer modernidades cirúrgicas devia-se, principalmente, à demanda crescente por cirurgias na Santa Casa de Belo Horizonte. As cirurgias ortopédicas, em sua maioria, ficavam a cargo do outro cirurgião, Eduardo Borges da Costa, mas Werneck logo se destacou como grande cirurgião. Em 1908, Werneck realizou 36 cirurgias, todas

ginecológicas, enquanto Borges da Costa, que se anunciara cirurgião e não “ginecólogo”, realizou 67, atendendo a homens e mulheres. No relatório da Santa Casa de 1909, a situação já se invertia, e Werneck, atendendo a homens e mulheres, superou Borges da Costa, ao realizar 148 cirurgias contra 106. Por esses registros, podemos perceber que a habilidade cirúrgica de Werneck não se restringiu à especialidade ginecológica. Para abrir espaço na Santa Casa e adquirir o prestígio necessário para se estabelecer na ginecologia, ele afastou temporariamente o desejo de ser somente um especialista para ser também cirurgião generalista.

O bom desempenho como cirurgião lhe deu prestígio, mas não necessariamente dinheiro. Muitos atendimentos eram feitos a troco de víveres e orações, mas a fama crescente rendeu-lhe o reconhecimento que possibilitou o crescimento no número de clientes. Além de mais clientes, com o tempo os atendimentos que eram domésticos, em sua maioria, vão sendo substituídos pelo hospitalar, não só na Santa Casa e seu anexo a Casa de Saúde São Lucas, como no seu consultório particular e no Sanatório Hugo Werneck localizado próximo a Belo Horizonte.

Pesquisando as fichas de consulta, tanto as referentes aos atendimentos no Sanatório Hugo Werneck, quanto as do consultório particular ou as da Casa de Saúde São Lucas, é possível verificar que apendicite é o diagnóstico mais freqüente, especialmente a modalidade crônica. Espantoso também é o número de cirurgias combinadas com a extração do apêndice. Ou seja, a retirada de um órgão, sem função específica e que poderia mais tarde gerar uma infecção, era encarada com fato corriqueiro. No consultório particular de Werneck, entre as 322 fichas encontradas, dos anos de 1925 e 1926, os diagnósticos mais comuns eram a endometrite e a apendicite crônica, com 7 casos cada um. Contudo, a apendicectomia era realizada, muitas vezes, aproveitando-se de situações de abdômen aberto para a realização de outras cirurgias nas trompas, ovários, útero, colón, etc.

No Sanatório, ressalta-se as 31 fichas de pacientes masculinos em seu consultório¹⁰, entre casos de hemorróidas, câncer, hérnia e gastrite, mais uma vez, a apendicite crônica aparece com o maior número de diagnósticos: oito.

Na Casa de Saúde São Lucas, das 242 fichas consultadas entre 1930 e 1933, além da clientela feminina, merece destaque a presença de 16 homens, sendo dois padres, sendo que destes cinco extirparam o apêndice. A persistência de consultas masculinas para cirurgia ainda na década de 30 demonstra que os especialistas do início do século precisavam fazer concessões para manter sua clientela.

Outro tipo de concessão que pode ter acontecido nos consultórios refere-se exclusivamente as cirurgias realizadas em mulheres. Em alguns casos é possível que a apendicectomia tenha servido de pretexto para encobrir algum procedimento “condenável” como o aborto ou extirpação de órgãos reprodutivos feitos para atenuar problemas como a histeria. Esses temas eram recorrentes na literatura médica da época, mas apesar disso, não foi encontrada nenhuma ficha com essas indicações. O que não deve ser considerado intrigante, visto que o médico deve zelar pelo sigilo e muito do que realmente acontecia não aparecia nas fichas. Não devemos esquecer que Werneck omitiu o nome de quase um terço de seus pacientes do consultório particular.

A cada procedimento cirúrgico bem sucedido angariava-se mais clientela e muitas vezes, mas dinheiro. A ligação entre a alta frequência da apendicectomia com o enriquecimento dos médicos, aparece citado no *Livro de Saint Michele*, de Axel Munthe, e numa máxima que circulava entre os estudantes da Faculdade de Medicina, dos anos 40 e 50: “Ter apêndice e dinheiro são as únicas pré-condições para a realização da cirurgia”.

O modismo da apendicectomia, nos casos crônicos só começa a declinar a partir dos anos 50, mas até hoje existe a discussão sobre a necessidade ou não da cirurgia nos casos crônicos¹¹. Com a melhora dos exames complementares, especialmente os de

imagem e o crescente uso de analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos, muitos casos que antes eram encaminhados preventivamente para a cirurgia, são tratados nos consultórios e não raro acontece melhora das condições clínicas do paciente.

Certo é que a cirurgia preventiva serviu para ampliar o prestígio e trabalho hospitalar do médico. Contribuindo na maioria das vezes, para o enriquecimento dos médicos e o estabelecimento de competência numa área que outros curadores, até então prestigiados pela pouca institucionalização da medicina, não tinham como competir.

¹ ROCHA, J. J. R. da, APRILLI, F., FERES, O. *et al.* Apendicite crônica e apendicite recorrente. artigo de revisão e apresentação de casuística *Acta Cir. Bras.*, 2001, vol.16 suppl.1, p.78-81.

² Segundo Fernando Bustos. (*Apendicitis crônica: considerações anatomo clínico-quirúrgicas*. 1940, p.7-8), e BERARD e VIGNARD (*L' Appendicite: etude clinique et critique*. Paris: Masson editeurs, 1914) a primeira cirurgia de apendicite foi realizada em 1886, nos Estados Unidos.

³ PORTO, Abel G. *Cirurgia e cirurgiões*. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1959, p.185

⁴ Depoimento do Dr. Jaõr Werner, concedido em 06/01/2005. Segundo ele, em muitos conventos nas décadas de 30 e 40, as noviças só eram admitidas depois de serem operadas de apendicite e amígdalas, para não darem despesas depois.

⁵ Depoimento do Dr. Gilberto Lino, em 06/01/2005. Faz referencia à exigência alemã de que os marinheiros que fossem para os submarinos, realizassem a cirurgia profilática do apêndice para evitar problemas futuros em pleno mar.

⁶ REZENDE, J.M. *Vertentes da medicina*, São Paulo, Ed. Giordano, 2001, p.37-50

⁷ Dados apresentados por ROCHA, APRILLI e FERES (2001)

⁸ O arquivo pessoal de Hugo Werneck é composto de cartas, fichas de pacientes, fotos, recibos, e documentos diversos, tendo sido doado pela família ao Centro de Memória da Medicina da UFMG.

⁹ Sobre a trajetória de Werneck, ver MARQUES, R.C. *É preciso ser piedoso: a imagem social do médico de senhoras. Belo Horizonte 1906-1939*. Niterói: UFF, 2003 (tese de doutorado)

¹⁰ Pacientes masculinos identificados, mas é possível que esse número seja maior, pois é significativo o número de fichas com os dados de identificação em branco. No consultório particular, das 322 fichas consultadas, 108 apresentam apenas um número e a data do atendimento, e algumas delas podem ser perfeitamente do sexo masculino, pois apresentam diagnóstico comum aos dois sexos, inclusive os casos de apendicite.

¹¹ Cf. ROCHA, APRILLE e FERES (op.cit), atualmente, o critério para o diagnóstico de apendicite crônica é constituído pela dor crônica, (acima de um mês), em quadrante inferior direito, pelo achado cirúrgico e histopatológico de processo inflamatório crônico com ou sem fibrose e, por fim, pelo alívio dos sintomas após apendicectomia. A maioria desses eventos tem o seu diagnóstico impreciso, rotulados como gastroenterites, aderências pélvicas, diverticulites ou mesmo dor abdominal de causa desconhecida, e, não raramente, com uma longa história clínica.