

1.ª CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA —
(PROF. ALIPIO CORREIA NETTO)

SUPURAÇÕES

DR. ARY DE SIQUEIRA

(1.º assistente)

No estudo que fizemos dos tipos anatomo-clinicos de inflamação, vimos que se conhecem dois grandes tipos clinicos de inflamação, a *inflamação aguda* e a *inflamação cronica*.

Estudando as inflamações agudas vimos que pelo caracter dos exudatos a que dão lugar, podiam se distinguir as seguintes variedades, a saber: inflamações *serosas*, *fibrinosas*, *purulentas*, *hemorragicas* e inflamações *gangrenosas*.

Convem frizar que, na clinica, nunca nos deparamos com uma dessas formas de inflamações agudas, no seu estado de pureza, sendo mais frequentes na pratica, os tipos de transição ou mixtos dessas variedades. Assim é, que muitas vezes, deparamo-nos com inflamações serosas acompanhadas de um exudato, ora fibrinoso, ora purulento, ora hemorragico; outras vezes, encontramos uma inflamação purulenta, acompanhada de processos gangrenosos.

No que diz respeito ás inflamações gangrenosas, veremos no estudo que fizermos das gangrenas, que esta modalidade do processo inflamatorio agudo é acompanhado de processos supurativos mais ou menos intensos.

Como na clinica cirurgica é mais frequente o medico encontrar-se perante uma inflamação do tipo supurativo, acho conveniente destacar de maneira mais evidente, este tipo de inflamação.

A supuração, nada mais é sinão, uma forma especial de inflamação, caracterizada por uma *diapedese leucocitaria* muito acentuada e alem disso, tambem pela *fusão dos tecidos*. O resultado dum processo supurativo, é a produção de um exudato espesso, turvo, isto é, uma verdadeira emulsão de leucocitos mortos e de tecidos destruidos pelos germens. Este agregado de leucocitos mortos, recebe genericamente, a denominação de — puz.

(1) Aula taquigrafada pelos alunos.

CAUSAS DA SÚPURAÇÃO

No sentido lato do termo, supuração significa praticamente uma infecção por germens piogenicos, isto é, cócos. Entretanto, o sentido pelo qual é tomado o termo supuração, não corresponde á realidade, já que, existem também supurações asepticas, como é o caso daquelas determinadas por agentes quimicos, de maneira que é frequente em clinica, encontrar-se coleções de puz, desprovidos de germens. Nestes casos, trata-se de processos necroticos mais ou menos extensos do tecido celular, sob uma ação quimica direta, seguida de diapedese e destruição leucocitaria, em tudo semelhantes áquellas de origem microbiana, tanto é assim que o puz encontrado nessas supurações por agentes quimicos, tem composição e estrutura em tudo semelhantes áquela determinado pelos processos infecciosos puros.

Outras vezes, a substancia necrotizante, pode originar-se no seio dos tecidos, em consequencia de um estado de anafilaxia local, que lembra-nos o *fenomeno de Arthus*. Assim, quando se injeta num mesmo ponto do tecido celular sub-cutaneo, repetidas doses de albuminas heterologas, provocamos um estado de hipersensibilidade local tão acentuado que pôde dar lugar a verdadeiras inflamações supurativas, conhecidas sob o nome de “*flegmões alérgicos*”.

SUPURAÇÕES DEVIDAS A GERMENS PIOGENICOS

Exceção feita para os casos acima mencionados, a imensa maioria das supurações é devida á ação de microorganismos, que geralmente são *cócos*, denominados de *germens piogenicos*. Entre os germens mais frequentemente responsaveis pelas supurações, citamos: os *estafilococos*, os *estreptococos* e os *piogenes facultativos*.

Destes, os que maior tendencia apresentam para provocar fenomenos supurativos, são os estafilococos, que são cócos dispostos em agrupamentos irregulares e, capazes de produzir um pigmento *amarelo-dourado* ou citrino que cora o puz por éles produzido.

Os estafilocócos, caracterizam-se por sua intensa ação local e pelo caracter agudo das infecções que provocam.

São germens piógenos por excelencia; sua principal ação, traduz-se na maioria das eventualidade, pela formação do puz.

Quando esses germens são encontrados associados em outros processos inflamatorios, deve-se atribuir este fato, á uma simples contaminação accidental, pois que são hospedeiros habituais da pele, encontrando-se abundantemente espalhados pela superficie do corpo, tornando-se então patogenicos, quando atravez de *soluções de continuidade da epiderme*, conseguem penetrar no organismo

O segundo grupo de germens frequentemente implicados nos processos supurativos são os estreptococos, que se dispõem em cadeias, e não produzem pigmento, fermentando os assucares e, ha certas

especies, principalmente o *Streptococcus homoliticus*, que é capaz de produzir a *hemolise*.

Ao genero *Streptococcus*, pertencem numerosas variedades de microorganismos dotados de um poder patogenico absolutamente caracteristico e, implicadas nas mais diversas emfermidades. Provavelmente, não se trata sinão de variedades adaptaveis ás diferentes condições organicas, pois, ao que parece, o *Streptococcus*, é um dos germens que tem maior capacidade de adaptação aos diferentes meios.

Assim sendo, os streptococcus, variam de animal para animal, e, no caso particular do homem, variam as especies streptococicas implicadas num determinado processo, de individuo para individuo ou mesmo de tecido para tecido. Assim parece indica-lo o fenomeno da "*localização objetiva de Rosenow*"; de fato, os streptocócocos procedentes de supurações articulares, por exemplo, tendem a produzir nos animais, precisamente as supurações articulares e não supurações em outros pontos do organismo. Quer dizer, que o habito de viver num determinado ponto do organismo, basta para criar nestes germens um estado de predileção a esse orgão em particular e não a outro.

Como consecuencia de sua capacidade de adaptação, as infecções por estreptocócos tendem a prolongar-se e, em troca, não soem ter aquele carater virulento peculiar ás infecções stafilococcicas. De qualquer maneira, a virulencia destas infecções, é, como referimos, muito variavel. A morfologia dos germens parece ter relação com a virulencia, tanto assim que é fato de observação corrente que nas infecções mais graves é frequente encontrar os estreptocócocos formando *grandes cadeias* e, nas infecções ligeiras *cadeias curtas*. Mais importante parece ser a ação hemolitica desses germens, tanto assim que no estudo dessa capacidade, *Shottmuller*, foi levado a criar diversas variedades de *Streptococcus*:

1.º — Uma variedade constituída pelos *Streptococcus* que nada mais fazem sinão transformar a hemoglobina em metahemoglobina, que é um produto de cor verde (*Streptococcus viridans*). Estes germens produzem infecções relativamente benignas, se bem que rebeldes ás vezes.

2.º — Uma variedade de *Streptococcus* que dissolve os globulos vermelhos (*Streptococcus hemoliticus*) que produzem infecções mais graves, e que são os verdadeiramente considerados patogenicos.

O *Streptococcus* é um saprofita habitual das mucosas, especialmente da *mucosa buco-faringéa*. As criptas amigdalíanas sempre estão repletas de *Streptococcus*. Com muito menor frequencia, vivem na pele.

Parece provado que o *Streptococcus* pode viver no sangue como saprofita sem provocar transtornos. Ademais é esse germen o agente determinante das infecções secundarias que se produzem pela sua penetração num foco inflamatório devido a outros germens. Um exem-

plo típico pode ser feito nas infecções secundárias das lesões tuberculosas. Nestes casos, a infecção toma caracter supurativo e forma mais ou menos aguda, que geralmente conduz a uma pioria da molestia.

Geralmente os Streptococcus são germens que não têm tendencia acentuada a produzir puz, como podemos muito bem depreender destas considerações que sobre eles fizemos. Assim é, que observando um caso de reumatismo poliarticular agudo, constata-se, que nem sempre esse processo é supurativo, resumindo-se a artrite numa inflamação serosa ou sero-fibrinosa.

Referimos á característica particular dos Streptococcus de apresentarem uma localização mais ou menos eletiva, conforme ficou provado pelos trabalhos experimentais de Rosenow. Assim como os Streptococcus produtores de um processo articular têm sempre tendencia a provocar o mesmo processo, quando inoculados num outro organismo, o mesmo se observa com os Streptococcus retirados de processos ulcerativos, de casos de erisipela, etc. Baseando-nos nestes dados experimentais, concluímos que o germen adquire no órgão onde se implanta, uma resistencia especial para o mesmo, adquirindo uma *verdadeira capacidade de adaptação*. Observa-se em casos de escarlatina, que os portadores dessa molestia apresentam uma reação de Dick *positiva*, reação essa feita intradermicamente, e que permanece sempre positiva nos individuos que já tiveram essa molestia, atestando um estado de sensibilidade particular e consequentemente uma imunidade mais ou menos duradoura. Também em casos de erisipela costuma-se obter uma reação de Dick positiva, que no estretanto, não permanece indefinidamente no individuo, como é o caso da escarlatina. A reação de Dick torna-se gradualmente negativa, acabando por desaparecer num espaço que varia de 3 a 4 mezes, indicando tal fato, que o individuo perdeu a imunidade ao germen. Desses exemplos, podemos deduzir que os Streptococcus nunca conferem imunidade duradoura, particularmente para esse caso da erisipela, podendo levar mesmo a um estado de sensibilidade maior que se traduz pela possibilidade de recidivas.

Ao lado desses cócos, devemos aceitar o grupo dos microbios piogenicos facultativos, quer dizer, que são aqueles germens capazes de produzir puz, em algumas de suas localizações. De certo modo pertence á este grupo o Streptococcus, visto que no pulmão e na pleura pode dar lugar á inflamações do tipo fibrinoso. Um germen afim do Streptococcus é o *Pneumococcus*, que produz este mesmo tipo de inflamação na sua localização habitual e, em troca, dá lugar a processos supurativos nas serosas (pleura, peritoneo), sobretudo nas crianças. Fato identico observa-se com os cócos do genero Neisseria, tal como o *Meningocóco*, que produz uma exudação serofibrinosa mais ou menos consistente em sua localização meningéa e francamente purulenta nas articulações. O *gonococcus*; contrariamente produz em sua sede habitual supurações, e inflamações serosas, nas articulações.

Algumas bacterias têm também poder piogenico em certas localizações: assim, o *bacilo de Eberth*, produz processos purulentos nos ossos e o *Colibacilo*, saprofita habitual do intestino, dá lugar a processos supurativos, quando imigra para o aparelho urinario.

MANEIRAS DE ACESSO AOS TECIDOS

Si bem que o *Stafilococcus* seja encontrado normalmente na superficie da pele, e os *Streptococcus* normalmente ao nivel do rino-faringe, nem sempre nessas suas localizações habituais provocam processos inflamatórios, evidentemente porque o organismo se habitua a eles, criando-se então um mecanismo de defesa ativo. E' sempre necessario que seja preenchida a condição de haver uma solução de continuidade dos tecidos para que se desencadeie o processo morbido. Assim é, que no ponto de sua localização habitual, si não for satisfeita essa condição de uma solução de continuidade, esses germens nada provocam, por se criar uma imunidade propria dos tecidos onde eles normalmente se localizam; entretanto, si esses mesmos germens forem transportados para outras regiões do organismo, podem desencadear um processo inflamatório, visto não existir nesse novo habitat, uma imunidade local.

Assim sendo, a presença de germens de supuração no seio dos tecidos, pode ser devida:

1.º — á penetração dos mesmos atravez da pele e das mucosas. Nenhum desses germens é capaz, habitualmente, de atravessar o revestimento cutaneo-mucoso; necessita, como já referimos, de uma solução de continuidade; é o que sucede no contagio venereo.

2.º — á detenção em um ponto da arvore circulatoria de um embolo de germens veiculados pelo sangue. Esse é o mecanismo das supurações *metastaticas* que se apresentam como focos secundarios de um processo supurativo que se desenvolve em algum outro ponto. A's vezes, este processo primitivo passa inadvertido ou a contaminação inicial processou-se sem acarretar fenomenos visiveis na porta de entrada. Assim, um arranhão insignificante do pé, que apenas produz uma ligeira inflamação, pode dar entrada á germens que embolizados num osso, darão lugar a uma osteo-mielite.

CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A INFECCÃO

Como deduzimos, a inoculação de germens piogenes, nem sempre dará em resultado, uma supuração. E' mister para isso a coexistencia de outros fatores, a saber:

1.º — o *grau de resistencia* local dos tecidos. Já tivemos ocasião de tratar pormenorizadamente desta questão.

2.º — *grau de receptividade* do organismo em relação com a composição quimica dos humores e do seus estado de imunidade, fator esse, ao qual também já nos referimos anteriormente.

FISIOPATOLOGIA DO PROCESSO SUPURATIVO

O foco de supuração apresenta em grau muito acentuado todos os transtornos decorrentes de uma inflamação. Assim é, que a hiperemia e a degradação tissular que precedem a exudação, são particularmente violentas. Como consequencia dessa desintegração das proteínas dos tecidos, a pressão osmotica, e a acidez do foco, tornam-se notavelmente elevadas. Os trabalhos de Schade demonstraram que os tecidos, sede de processos supurativos, e o proprio puz, são fortemente hipertonicos ($\Delta = a$ 1,4 em vez de $\Delta = 0,60$, — aproximadamente da linfa normal). Do mesmo modo, a reação do puz, é representada por um pH igual a 6,5 e mesmo mais acida daquela do plasma normal que tem um pH igual á 7,5, existindo uma relação constante entre a virulencia do processo supurativo e o grau da acidez do puz.

Explica-se deste modo, a intensidade da transudação e da diapedese leucocitariã. E' interessante notar que á medida que nos distanciamos do foco supurativo, o pH tende a aumentar, até atingir o normal nos tecidos circunvizinhos a esse foco. Enquanto que no centro esse pH é igual á 6,5, nas zonas de hiperemia ele é igual á 6,8, na de edema á 7 e no tecido normal é igual á 7,5.

As condições fisico-quimicas do meio onde os leucocitos se localizam são altamente toxicas, de maneira que o foco fica repleto de leucocitos mortos. A dissolução dessas celulas liberta fermentos proteoliticos que se encarregam de digerir esse tecido necrosado. E' assim que se explica a ação corrosiva das coleções purulentas que, tem sempre tendencia a abrir caminho, entre os tecidos para ganhar o exterior.

A consequencia de todos esses transtornos é a mortificação em massa dos tecidos afetados, fato este quasi constante de todas as supurações. Esses fenomenos são devidos não somente á ação quimica como tambem a inchação do foco e á pressão dos exudatos que obliteram as veias interrompendo a circulação de retorno. No principio todavia, podem tomar os exudatos a via linfatica, explicando-se porque todas as supurações repercutem de um modo intenso sobre o sistema linfatico. Em seguida toda a circulação se interrompe no foco assim estrangulado e sobrevem então a necrose em massa. Assim se compreende tambem porque essa complicação é mais frequente nos tecidos consistentes, como os ossos e, não o é naqueles que permitem uma facil saída do puz para o exterior, como é o caso das mucosas.

Nos focos de supuração se mantem portanto, um circulo vicioso: micronecrose do tecido — trocas com o meio — exudação — diapedese e morte dos leucocitos — liquefação dos tecidos — transtornos da

circulação — necrose em massa. Este circulo se interrompe quando o puz se drena para o exterior. Assim se compreende o efeito altamente benefico que produz a abertura cirurgica dos focos supurativos.

Depois de drenado o puz, os tecidos se reconstituem rapidamente, graças a um tecido de granulação que atapetará essa perda de substancia.

CARACTÈRES DO PUZ

O aspeto do puz é bastante conhecido, não merecendo por isso uma descrição. Daremos somente a significação que podem ter as variações do aspeto peculiar do puz.

Assim, a cor do puz, soe ser amarelada, nas supurações por *Stafilococcus*; menos amarelada nas supurações *Streptococcicas*; esverdeada quando contem bacilos *pyocianicos*; achocolatada quando contem sangue e cinzento-escura, nas infecções gangrenosas.

Nos abscessos frios, encontramos geralmente um puz menos denso, caseoso, muito diferente daquele puz, viscoso e bastante denso dos processos supurativos agudos, determinados pelos *Stafilococcus*.

Quanto ao *cheiro*, é muito variavel. Geralmente é um cheiro doce, não desagradavel nas supurações *piocianicas*; fecal naquelas do bacilo coli e, terivelmente fetido e nauseabundo nas gangrenas.

Quanto á *consistencia*, ele normalmente é espesso, cremoso nas supurações agudas por cócos; devido á presença do ion potassio em maior percentagem que a do calcio é que ele tem essa consistencia característica. A sua consistencia é fluida nas infecções gangrenosas.

Nas inflamações superficiais das mucosas, ele mistura-se com muco, formando *muco-puz* e nas inflamações das serosas ele pode se apresentar misturado com uma exudação fibrinosa, formando massas como manteiga ou então apresentar-se como um exudato seroso puro. O puz tem tambem uma consistencia grumosa quando procedente da fusão caseosa dos focos tuberculosos.

As *constantes fisicas* do puz, já foram mencionadas; as supurações agudas dão lugar a um puz fortemente hipertónico a julgar pela baixa do seu ponto de congelação, ao passo que aquele procedente dos focos tuberculosos, tem um ponto de congelação mais alto.

A *composição quimica* do liquido obtido por centrifugação do puz é analoga á do plasma de desintegração dos albuminoides *leucina* e *tirozina*. Inversamente, o puz contem menos globulinas, especialmente *fibrinogenio*, razão pela qual, ele não se coagula espontaneamente, a não ser quando misturado com exudatos fibrinosos.

A proporção de ions potassio e sodio é sempre elevada no puz, em relação ás proporções destes ions no sangue. Particularmente o aumento dos ions potassio, parece ser caracteristico da inflamação supurativa. Tambem é muito constante a diminuição do ion cloro. Com

relação ao ion calcio, devido á hipercalcemia provocada pela inflamação, sempre aparece diminuido o calcio no puz, com relação ao sangue, com exceção das supurações serosas, nas quais a proporção de calcio é maior.

Entre as proteínas do puz, encontramos substancias que não podem ser analizadas quimicamente, mas que possuem um efeito biologico muito caracteristico. Queremos nos referir ás *diastases ou fermentos microbianos* que produzem a fusão dos tecidos, a morte dos leucocitos, e tambem, as hemolisinas.

Ao exame microscopio, revela-se o puz, como uma suspensão homogenea de leucocitos polimorfos nucleares, que apresenta uma serie de alterações regressivas: diminuição da afinidade corante, fragmentação (cariorexis). Estas alterações são tanto mais acentuadas quanto mais velho é o puz. Nestes casos, podem-se reconhecer entre os leucocitos polimorfos nucleares, linfocitos, células do tecido conjuntivo, do tecido epitelial, etc..

O exame bacteriologico, acusa geralmente a presença de cócos de supuração. Quando não aparecem germens nestes exame, se é inclinado á favor da natureza tuberculosa do processo. E' claro que tambem se mostra desprovido de germens, o puz aséptico das supurações quimicas, a não ser que se as tenha infectado secundaria ou acidentalmente.

A consequencia de um processo supurativo no organismo é sempre a destruição dos tecidos, quer pela acidificação do meio, como pela libertação de fermentos que liquefazem os tecidos. Como referimos, geralmente essas coleções purulentas (abcessos), se abrem espontaneamente, devido a ação destrutiva sobre os tecidos circunvizinhos dos fermentos proteoliticos, libertados pelos leucocitos.

Contrariamente, nos ossos e demais tecidos rigidos, o processo supurativo é mais evidentemente necrotico devido á pressão exercida pelos exudatos, sobre as veias, obstando-se deste modo a circulação de retorno, o que acarreta necroses mais ou menos extensas. Nestes casos, o processo supurativo termina pela eliminação de um sequestro, o que é a regra no decurso das osteomielites.

FORMAS CLINICAS DAS SUPURAÇÕES

As formas clinicas de uma supuração estão, como sempre, em relação com a intensidade dos processos e com a natureza dos tecidos em que se localizam. Poderemos dizer que elas variam de acordo com a virulencia do agente infeccioso e com a resistencia oposta pelo organismo. Em termos gerais, poderemos dizer que a inflamação supurativa, tende a evoluir segundo dois tipos: 1.º — Abcesso e 2.º — Flegmão.

Vejamos estas duas formas clinicas:

1.º — ABCESSO

Entende-se por abcesso uma coleção circunscrita e purulenta, alojada numa cavidade neoformada. Esta cavidade procede de uma ampla fusão do tecido conjuntivo em torno do primitivo foco de supuração. O processo é o mesmo em essência; quando as primeiras gotas de puz se coletaram numa lacuna linfática microscópica se revertem para uma cavidade preformada, tal como uma serosa ou uma articulação. Geralmente, a nomenclatura fez com que essas coleções de puz, nessas cavidades preformadas se designasse sob o nome de *sinovites, artrites, pleurites, etc., supuradas*. Para os derrames purulentos das serosas, reserva-se com maior propriedade o nome de *empiemas*.

Do que ficou dito, conclue-se que se deve reservar o nome de empiemas às coleções purulentas localizadas em cavidades preformadas no organismo.

Os abcessos que se formam na espessura da trama conjuntiva ou dos órgãos, chamam-se viscerais ou intraorganicos (abcessos do cerebro, do figado, etc.). Os abcessos que se formam no tecido celular frouxo que separa os órgãos entre si, chamam-se *intersticiais ou interorganicos* (abcessos do tecido celular sub-cutaneo, perineais, etc.). No primeiro caso, a cavidade do abcesso tem uma forma mais ou menos esferica; no segundo, aloja-se no espaço deixado pelos órgãos limitantes, de modo que isto lhe confere uma forma especial.

Em todos os casos, o abcesso tem sempre uma parede limitante e que tende mais ou menos, a opor-se ao seu crescimento, pelo seguinte:

- 1.º — Pela sua resistencia mecanica á distensão
- 2.º — Pelos fenomenos regenerativos (tecido de granulação), que nessa parede se apresentam assim que a fusão purulenta se torne estacionaria.

Sintomas:— Os sinais cardiais da inflamação aparecem bem evidenciados quando o abcesso é superficial, de modo que a região atingida se mostra *tumefeita*, endurecida e edematosa. A *dor*, tem desde o primeiro momento, um caracter pungente ou, lacinante e pulsatil. No que diz respeito ao estado geral, ha perturbações maiores ou menores, tais como a insonia, a anorexia, a febre, etc..

Quando a coleção purulenta se acha constituida, geralmente apoz alguns dias do seu aparecimento, soem diminuir as manifestações locais e gerais. Surge então o sintoma patognomonic do abcesso“ a *flutuação*.”

A evolução natural dos abcessos é a sua abertura expontanea para o exterior.

Com muito menos frequencia, os abcessos estacionam em sua evolução e não tendem a abrir-se, continuando mais ou menos tolerados pelos tecidos. Este fato é a regra nas supurações pouco vi-

rulentas, como aquelas produzidas pelos bacilos de Eberth. Esta evolução é seguida geralmente pelos chamados *abcessos frios*. Designam-se com este nome as coleções purulentas procedentes de lesões tuberculosas, geralmente, dos ossos. Não se trata nestes casos, de verdadeiros abcessos, mas sim de uma especie de quisto gigantesco, alojado no interior da propria lesão tuberculosa. Isto quer dizer, que a parede destes abcessos, longe de ser uma limitante do processo é constituída pela propria lesão e, é portanto, o que a faz avançar ativamente. Por isso, a abertura desses abcessos, longe de ser benefica, é de prognostico sombrio, porque geralmente, se produz uma complicação pela infecção da bolsa do abcesso por cócos de supuração.

Diagnostico: — O diagnostico de coleções purulentas, pode ser feito, mesmo na ausencia de flutuação, pela presença de certos sintomas que são considerados como característicos da inflamação supurativa. Estes sintomas são: a dor de pontada e a febre remitente com calafrios. O exame de sangue permite dar a estes sinais um valor maior quando põem á mostra, o chamado quadro hematologico das supurações, no qual se observa uma forte *leucocitose*, com polinucleose. Geralmente, esta leucocitose, é acompanhada de um desvio á esquerda do esquema de Arneth.

Diagnosticado o abcesso pela presença da flutuação, resta saber si não se tratará de um abcesso frio. A confusão apenas é possível nos casos de um abcesso frio com infecção secundaria. Em todos os casos, o modo de aparecimento da coleção purulenta, a historia do paciente e o exame do mesmo, são auxiliares valiosos que permitem evitar uma confusão no diagnostico.

Quando o abcesso é profundo e dá lugar á incertezas no diagnostico, o elemento de que se pode lançar mão, é a punção, que nos casos positivos, dará sempre puz.

Evolução: — O abcesso geralmente evolue para cura, quer se abra espontaneamente, quer seja aberto cirurgicamente. Entretanto, em condições especiais, é possível que tal não aconteça e o abcesso torna-se então cronico, podendo então se formar fistulas e nestas condições, a drenagem torna-se muito dificultada, permanecendo sempre germens nos tecidos que darão lugar, por resistencia diminuída do tecido, á um curculo vicioso, pois á medida que se fecha um abcesso, outro se forma e, enquanto não interrompemos este circuito, por uma drenagem eficiente, não se obterá a cura do processo. Este fato é característico das fistulas perineais, nas quais, enquanto não se fizer uma abertura ampla e uma drenagem suficiente, não ha cura do processo supurativo.

Tratamento: — O tratamento, baseia-se geralmente na abertura e drenagem; entretanto, enquanto o abcesso está em evolução, a terapeutica consistirá na aplicação de substancias emolientes e substancias antisepticas.

Modernamente usa-se a *sulfanilamida*.

2.º — FLEGMÃO

O flegmão é uma inflamação difusa do tecido celular, sem tendência a um acúmulo circunscrito de puz e com tendência á *necrose*. Podemos dizer que todos os abscessos passam inicialmente por um estado flegmonoso de inchação difusa antes de haver a formação de uma coleção purulenta circunscrita. Quando, em vez de limitar-se, a supuração se infiltra progressivamente no tecido celular e se formam focos de puz, aqui e acolá, produzindo-se necroses extensas do tecido afetado, dizemos que a inflamação tem um característico flegmonoso. Compreende-se que entre este tipo difuso e o tipo circunscrito de uma supuração, ha todas as possiveis transições.

Para que se produza uma supuração do tipo flegmonoso, é necessario:

1.º — que a infecção tenha um caracter particularmente virulento, seja por uma maior virulencia do germem, seja por uma diminuição da resistencia organica. Este caso, que é o mais frequente, dá-se quando os tecidos sofrem, juntamente com a infecção o contato de um toxico que diminue a sua vitalidade; é o que sucede com os chamados flegmão urinosos. O mesmo se observa como consecuencia de transtornos profundos do metabolismo (diabetes e enfermidades depauperantes).

2.º — que a infecção afete regiões, ricas em cavidades e intersticios, cheios do tecido celular frouxo. E' o que sucede com o perineo que tem os varios planos aponevroticos em ampla comunicação.

Sintomas: — Os flegmões tomados como tipo, para descrição, são os chamados flegmões difusos dos membros, especialmente do ante-braço. Trata-se de infecções violentas de todo o tecido celular sub-aponevrotico do membro, ás vezes tambem do tecido celular sub-cutaneo, que se difunde rapidamente a grande distancia entre os musculos, produzindo uma necrose extensa dos membros e enchendo os intersticios de um puz rico em detritos de tecidos mortos. Os flegmões da pelvis, do ligamento redondo da mulher, do perineo, etc., são deste tipo. Geralmente, trata-se de casos de infecções mixtas nas quais aos cocos se unem anaerobios, que modificam o caracter do puz e agravam consideravelmente o processo.

O diagnostico destes flegmões profundos só pode ser feito diretamente, pela sensação especial de empastamento existente nos focos. Nos flegmões mais superficiais, o que predomina é a endureção difusa da pele, que não pode ser mobilizada sobre os planos profundos. Os fenomenos gerais são sempre muito pronunciados. Os pacientes apresentam o aspecto de "grandes intoxicados", o que indica que a infecção piogena geral já se manifestou.

Tratamento: — Nenhuma intervenção cirurgica é mais benéfica que a evacuação, por incisão dos focos purulentos, operação esta

que deve ser realizada o mais precocemente possível. As incisões devem ser amplas, tanto mais amplas, quanto mais profunda seja a supuração.

No caso particular dos flegmões, devido ao comprometimento do estado geral, é necessário, intervir-se energicamente, sob pena de um resultado fatal. Aqui também, deve-se abrir e drenar, aconselhando-se a extirpação do tecido atingido.

Como dissemos, a incisão deve ser ampla, porque nada é mais prejudicial do que uma pequena abertura desses focos.