

LOPES JÚNIOR

---

Adenites inguinais

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada à

Faculdade de Medicina do Porto



174/6 FMP

IMPRENSA NACIONAL

— Jaime Vasconcelos —

204, Rua José Falcão, 206

— PORTO —

Adenites inguinais

VI

António Lopes Júnior

---

Adenites inguinais

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada à

Faculdade de Medicina do Porto



IMPRENSA NACIONAL

— Jaime Vasconcelos —

204, Rua José Falcão, 206

— PORTO —

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

**Maximiano Augusto de Oliveira Lemos**

PROFESSOR SECRETÁRIO

**Álvaro Teixeira Bastos**

## CORPO DOCENTE

### Professores Ordinários

Augusto Henriques de Almeida Brandão	Anatomia patológica.
Vaga . . . . .	Clínica e policlínica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior . . .	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar . . .	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima . . . . .	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luis de Freitas Viegas . . . . .	Dermatologia e sifilografia.
Vaga . . . . .	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães . . .	Terapêutica geral. Hidrologia médica.
António Joaquim de Sousa Júnior . . .	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Tiago Augusto de Almeida . . . . .	Clínica e policlínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima . . . . .	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima . . . . .	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos . . . . .	Clínica e policlínica cirúrgicas.
António de Sousa Magalhães e Lemos . .	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes . . . . .	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar . . . . .	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett . . . . .	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira . . . . .	Patologia e terapêutica médicas.
Vaga . . . . .	Clínica das doenças infecciosas.

### Professores Jubilados

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO


Maximino Augusto de Oliveira Lemos

Professor de...

Alvaro Teixeira Bastos

**A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.**


**(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art.º 155.)**



À SAÚDOSA MEMÓRIA

do meu nunca esquecido  
e sempre querido Padrinho

**Prof. Álvaro de Pádua Gomes de Azevedo**



A minha santa Mãe

A minha mulher

A meu bom irmão

Dr. Mário Augusto Lopes

A minha cunhada

(Maria da Glória de Carvalho Neves Lopes

A meus cunhados

Dr. Abel de Sousa Pacheco  
Manuel Gonçalves de Carvalho Júnior

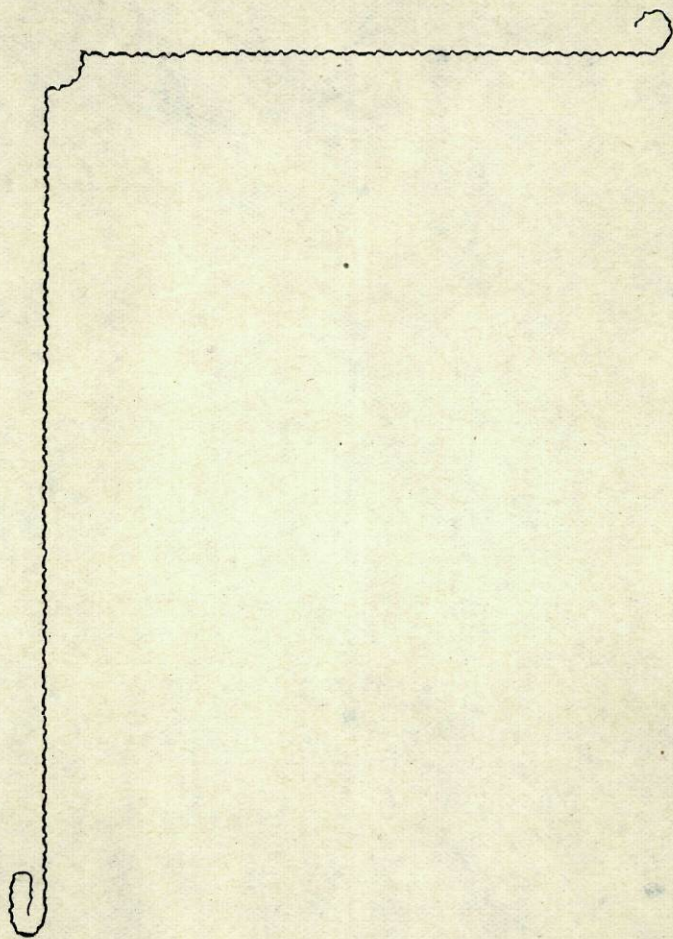
A minhas irmãs

Maria Amélia de Sousa Pacheco  
Florinda Augusta Gonçalves de Carvalho  
Cândida da Silva Lopes Teixeira

AO MEU PRESIDENTE DE TESE

Dr. Thiago Augusto d'Almeida

Preito de indelével gratidão



Na apresentação dêste modesto trabalho, como prova final do nosso curso, outro fim não tivemos em vista senão o de satisfazer à exigência da lei.

Não é pois um trabalho de folego, sequer de investigação clínica; apenas uma condensação do que de disperso se acha escrito sôbre o assunto, aparte, bem entendido, as observações que fizemos como médico militar, o que não nos foi tarefa difícil, dada a multiplicidade e variedade de doenças venéreas de que, em geral, é portador o nosso soldado.

E, se se conhecer o critério a que obedecem as juntas de recrutamento, enviando para as Companhias de Saúde os homens menos robustos, alguns portadores até de lesões bacilares em início, facilmente se depreende como por vezes ali se encontra um material completo para estudo.

*Foi pois da observação clínica que nos proveio a idea de desenvolvermos êste capítulo da medicina, cuja apreciação submetemos ao douto júri que o tiver de julgar, sem no entanto deixarmos de frisar que, por enquanto, é empreza demasiado pesada para quem, como nós, principia a sua carreira.*

\* \* \*

*Ao Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Thiago Augusto d'Almeida, glória do professorado médico português, aqui reiteramos o nosso profundo respeito e admiração pela suas altas qualidades de mestre e trabalhador incansavel, ao passo que agradecemos a Sua Ex.<sup>a</sup> a honra que nos deu em ser o presidente na nossa defesa de tese.*

## ADENITES INGUINAIS

As adenites inguinais comportam a classificação de *adenites agudas* ou *crônicas* consoante se trata duma inflamação aguda do gânglio ou duma simples hipertrofia ou engorgitamento, ou por outras palavras, conforme a causa que as produz é duma virulência exaltada ou muito atenuada.

O quadro mórbido é bem distinto na sua sintomatologia e nas lesões anátomo-patológicas embora muitas vezes seja a mesma a causa que as produz.

Tal é por exemplo a sífilis podendo originar uma adenite aguda ou crônica.

Encararemos sómente o problema anátomo-clínico no quadro das lesões patológicas, e dos sintomas clínicos, fazendo a discussão do diagnóstico após o estudo em conjuncto das adenites inguinais que tratamos.

## Adenites agudas

### Etiologia

#### Inoculação directa

Esta é muito rara nos gânglios, atenta a sua forma e a sua mobilidade. Podemos porém considerar adenite por inoculação directa aquelas que evoluem num fóco supurado.

#### Inoculação por via linfática

Os germens são transportados a distância pelos vasos linfáticos.

A adenite nestas circunstâncias não importa a concomitância de linfangite, os elementos infecciosos podem passar pelos vasos sem reacção dêstes.

A inoculação pode fazer-se pela pele e pelas mucosas.

*Pele.*—Todas as lesões traumáticas como as feridas largas e profundas, irregulares, anfratuosas, podem ser causa duma adenite; mas se analisarmos bem a causa, quando é uma lesão traumática, por via de regra limita-se a uma ferida pequeníssima, a uma picada que cicatriza rapidamente, sem reacção flegmática notável, mas que contém o agente mi-

crobiano, fechando-lhe por assim dizer a comunicação com o exterior; tais são as pequenas erosões e fissuras ou leves escoriações do pénis, da vulva, do ânus, etc.

As lesões inflamatórias tegumentares como o furúnculo, o antrás, a placa de erisipela, as inflamações dérmicas e das glândulas sebáceas ou sudoríparas, são muitas vezes causa duma adenite.

*Mucosas.*— Conhecida a riqueza da flora microbiana das cavidades naturais como a boca, a vagina, o ânus, etc., fáclmente se compreende que uma simples erosão nestas cavidades seja a causa duma adenite.

Há adenites porêm que reconhecem como elemento etiológico o estado geral; tais são, por exemplo, as adenites consecutivas a uma osteomielite, o que aliás é raro.

Mais freqüentes são as adenites consecutivas a uma infecção geral e cuja explicação se encontra na difusão dos germens infecciosos na economia.

## **Anatomia patológica**

### **Adenite Inflamatória simples**

Se a lesão é monoganglionar, o gânglio está tumefacto mas guardando a forma própria, é acha-

tado, porém, em contacto dos outros gânglios igualmente inflamados.

Côr vermelho-escura, consistência firme, ao centro apresenta pequenos focos hemorrágicos.

Ao exame histológico o sistema cavernoso linfático apresenta-se regorgitado de células linfáticas e detritos leucocíticos, capilares sanguíneos dilatados, folículos e cordões foliculares muito pronunciados.

#### **Adenite supurada**

O gânglio amolece em toda a superfície ou só em parte. Toma a côr violácea e torna-se friável. Ao corte apresenta focos aczentados, vacúolos purulentos, por vezes verdadeiras cavernas provenientes do desmoronamento do estroma reticulado, das travéculas conjuntivas, banhando todos os detritos celulares e leucocíticos em pús.

A periadenite nestes casos é por assim dizer constante.

#### **Periadenite simples**

Resulta da disseminação dos micróbios no tecido celular periganglionar o que facilmente se explica pela aglomeração e estagnação dos micróbios nos vasos aferentes do gânglio.

### Periadenite supurada

Esta não importa supuração ganglionar; se coexistem porém, constitui-se o adenofleimão.

### Sintomatologia

Nas adenites inguinais o arrepio não é muito freqüente.

O rebate é ordinariamente dado pela dor espontânea, às vezes lancinante, dor à pressão e dor com os movimentos em que entram em função os músculos da região. Na adenite inguinal a marcha, e a flexão da côxa produzem por vezes dores insuportáveis que obrigam a imobilidade. Muitas vezes é apenas um gânglio que recebe o embate microbiano; nas adenites poliganglionares, porém, há sempre um gânglio mais volumoso, *gânglio anatómico*, que denota o início de lesão ou por outras palavras que constitui a primeira linha de defesa com que os elementos infecciosos tiveram de defrontar-se.

A propagação pode fazer-se dum gânglio ao seu vizinho e dum grupo ganglionar a outro.

Na *adenite inflamatória simples* os gânglios,

aumentados de volume, elásticos, são móveis, muito dolorosos e a pele conserva a côr normal.

Se a inflamação não se intensifica, o quadro mórbido não se altera. Por via de regra, a inflamação começa a atenuar-se e com ela a diminuir a dor, o volume dos gânglios.

Na *adenite supurada* dá-se o amolecimento ganglionar e a supuração tende a manifestar-se.

Algumas vezes dá-se a resorção mas não é este o caso mais frequente. De ordinário a supuração ganglionar dá-se. Anuncia-se por um agravamento do estado local e geral — aumento da temperatura, arrepios, perda da mobilidade ganglionar, exacerbação da dor, extraordinária hipersensibilidade da região ao toque, contorno ganglionar pouco nítido e periadenite.

A pele está aderente ao gânglio, vermelha e empastada. Com o amolecimento ganglionar forma-se uma zona depressível onde se nota flutuação; cerca-a o empastamento cutâneo e a periadenite; a pele toma nesta zona proporções de extraordinária tenuidade e ameaça romper-se sobre a leve pressão de baixo para cima exercida pela tumefacção.

A ulceração espontânea dá-se por via de regra entre o sexto e o décimo quinto dia.

Umas vezes o pús é seroso, granuloso e pouco abundante: é o do abcesso parenquimatoso ou intraganglionar.

Outras vezes o pús é francamente fleimonoso e nestes casos à adenite acresce a periadenite supurada.

No adenofleimão a flutuação é franca em adenites inguinais; depois de aberto, vê-se, no fundo duma cavidade maior ou menor, a massa ovoide do gânglio supurado de superfície granulosa e avermelhada.

Há adenites em que a inflamação e fusão purulentas são tão violentas que o adenofleimão em vez de se circunscrever, como de ordinário sucede, limitando a zona da invasão purulenta, propaga-se a toda a região ínguino-crural com uma velocidade que chega a impôr receio.

As adenites agudas inguinais são por via de regra adenites venéreas.

Devemos contudo ter presente que a *adenite simples*, isto é, aquella cuja origem infecciosa não se pode atribuir ao gonococo, estreptobacilo ou treponema, é muito frequente.

Umas vezes é devida a qualquer infecção extragenital, outras vezes a qualquer irritação ou erosões dos órgãos genitais por coito. Outras vezes a

adenite aparece após o coito sem lesão apreciável; é devida a qualquer balanopostite sem reacção apreciável ou a solução da continuidade ou infecção que passou despercebida v. g. o cancro duro miliar.

## **Adenites venéreas**

### **Adenite blenorragica**

A adenite que aparece na evolução duma blenorragia não é sempre uma adenite blenorragica; ela é pelo contrário o mais das vezes a resultante de infecções secundárias se bem que em muitas o gonococo desempenha um papel importante e em algumas mesmo um papel único (Wolf, Reale, etc.).

No período agudo da blenorragia a adenite é por via de regra biinguinal e de curta duração, terminando por resolução; no entanto algumas supuram.

No período de declinação a adenite é subaguda; por vezes toma a forma crónica e se o gonococo existe, não está só, a associação microbiana é constante, sendo muito freqüente a constatação do estafilococo e até do estreptococo. É também freqüente a associação do gonococo com o bacilo de Koch, o que aliás se explica pela fraca resistência

dos tecidos e dos humores atingidos pelo ataque do gonococo, mormente num terreno linfático.

As formas leves são, em regra, as mais frequentes mas observa-se por vezes um adenofleimão gonocócico.

#### **Adenite estreptobacilar ou adenite do cancro mole**

Devidas ao bacilo de Ducrey aparecem em regra doze a treze dias após a aparição do cancro. Podem resolver-se espontâneamente desde que o portador guarde absoluto repouso, mas no geral a supuração dá-se.

Há sempre periadenite mais ou menos intensa e o adenofleimão é muito frequente.

Umaz vezes o adenofleimão, abandonado a si mesmo, rompe a pele, cicatrizando a adenite depressa e sem deixar grandes vestígios; outras vezes porém a abertura torna-se anfractuosa, de bordos descolados e salientes, podendo mesmo aparecer outros pontos vizinhos de supuração; daqui resultam por vezes cicatrizes dolorosas e viciosas ou mesmo ulcerações vasculares que são origem de pequenas hemorragias.

O fagedenismo é uma complicação a recear na adenite estreptobacilar como no cancro mole; a ul-

ceração torna-se então de bordos descolados e denteados, o fundo apresenta-se duma côr branco-acinzentada ou melhor, um cinzento sujo com um exsudato purulento.

A ulceração vai ganhando terreno umas vezes com uma forma serpiginosa ou ambulatória (o mais vulgar), outras vezes descorticando toda a camada dermo-cutânea poupando as aponevroses (pouco freqüente), outras vezes ainda caminhando para a profundidade sob uma forma terebrante destruindo músculos, vasos e nervos (muito raro).

O fagedenismo é a conseqüência duma diminuição de resistência orgânica por tuberculose, sífilis, caquexias febris ou miseria fisiológica donde resulta uma exaltação de virulência do bacilo de Ducrey ou melhor da flora microbiana que se encontra associada ao cancro primitivo ganglionar.

## Adenites crônicas

A adenite crônica à exceção da adenite tuberculosa ou adenite sifilítica tem como elemento etiológico primordial uma crise de adenite aguda ou sub-aguda.

A adenite crônica simples é explicada muitas vezes por quaisquer lesões periféricas persistentes, úlceras e nomeadamente as úlceras varicosas.

Sob o ponto de vista patogénico as adenites crônicas formam três grupos: adenites crônicas simples nas quais não foi encontrado o bacilo de Koch nem o treponema de Shaudinn, nem apresentam natureza tuberculosa ou sifilítica, adenites tuberculosas e adenites sifilíticas.

As *adenites crônicas simples* podem num dado momento ser amicrobianas, devido à acção da fagocitose ganglionar e do estado geral do indivíduo. Assim também uma adenite crônica simples pode vir a ser tuberculosa ou sifilítica.

As modificações anátomo-patológicas dos gânglios neste grupo podem ser:

*Transformação fibrosa* — espessamento e esclerose da cápsula, esclerose vascular, atrofia da subs-

tância medular e obliteração das vias linfáticas — é a morte fisiológica do gânglio.

A esclerose ganglionar pode sobrevir a uma adenite aguda.

*Pigmentação*—devida à presença de substâncias estranhas coradas ou exsudatos sanguíneos veiculados até ao gânglio pelos linfáticos—é muitas vezes a causa da adenite e marca o início da esclerose ganglionar.

*Calcificação ganglionar*—fase última da esclerose ganglionar, podendo aparecer em todo o gânglio ou em nódulos isolados, o que é mais frequente.

*Degenerescência amiloide*—volume ganglionar exagerado, infiltração amiloide no retículo do folículo, nos capilares e nas células linfáticas. A degenerescência coloide folicular é rara—as células linfáticas são volumosas, transparentes, contendo uma massa coloidal.

*Degenerescência gordurosa*, não frequente—o gânglio é atacado de pseudo-lipomatose—transformação celular gordurosa.

*Transformação quística*—umas vezes trata-se apenas dum abscesso de evolução fria, outras vezes dum verdadeiro quisto ganglionar.

### Sintomas

Por via de regra, as adenites crônicas simples são o arrefecimento de adenites agudas ou sub-agudas como ficou dito. Na região atingida notam-se—gânglios aumentados de volume, formando massas irregulares, arredondadas ou ovoides, de consistência inferior ao gânglio são, por vezes superior, móveis e quási indolores.

A fadiga, o traumatismo ou qualquer irritação pode acentuar as dores, provocar o aumento de volume e diminuir-lhes a mobilidade pelo aparecimento duma periadenite sub-aguda em geral.

### Tuberculose gânglionar

De longa data se consideravam os engorgitamentos ganglionares como escrofulosos que nada mais são que adenites tuberculosas.

Depois, porém, das constatações de Verneuil em 1854, de Ricard em 1889, de Nelaton em 1890 e de tantos outros, ficou assente que nem todas as adenites crônicas, sem agente específico, eram tuberculosas e essas adenites mereceram o título de *adenites crônicas simples*.

A tuberculose ganglionar é uma afecção pouco freqüente na sua localização inguinal primitiva, mas freqüente como infecção secundária em adenites blenorragicas, estreptobacilares e adenites crônicas.

A simbiose da sífilis com a tuberculose nas adenites inguinais é também relativamente vulgar. A adenite pode ser a primeira manifestação da tuberculose sem lesão anterior, pelo menos clinicamente aparente.

É costume dividir-se a tuberculose ganglionar em dois grandes ramos: *Tuberculose ganglionar primitiva* e *Tuberculose ganglionar secundária*.

Esta divisão funda-se logicamente no conhecimento do início da lesão tuberculosa e da sua localização, e, tendo o valor da sistematização na pesquisa clínica, tem importância capital no prognóstico e na terapêutica.

Na *adenite tuberculosa primitiva* a questão de terreno assume o papel primacial. Basta recordar que em muitos indivíduos reputados clínica e laboratorialmente como sãos, foi encontrado o bacilo de Koch nas cavidades bucal e nasal, para aquilarmos da importância do estado orgânico geral ou local na eclosão da tuberculose.

Se muitas são as causas que podem determinar uma diminuição sensível da defesa orgânica, se

muitas são as causas que podem depauperar o organismo, levando-o quási até à miseria fisiológica, muitas são então as causas predisponentes para a evolução da tuberculose.

Tais são as taras hereditárias, nomeadamente o alcoolismo, as condições mesológicas e climatéricas, o meio social, os excessos de trabalho sem a compensação alimentar ou sem a sanidade do meio atmosférico—causas estas que atacam pela diminuição da defesa orgânica, ocasionando um retardamento da fagocitose.

As doenças gerais e as febres eruptivas, nomeadamente o sarampo, são consideradas causas predisponentes pelo empobrecimento que ocasionam nos tecidos.

Porém nas adenites inguinais as causas mais comuns são sem dúvida as adenites venéreas desde a gonocócica até à sífilítica, as adenites agudas simples e adenites crónicas simples.

As adenites inguinais tuberculosas devidas a taras hereditárias ou depauperamento ou vícios de *compleição* são muito raras e Cruveillier e Velpeau dão disso a razão: é que na cavidade bocal e nasal os bacilos de Koch são comuns donde a facilidade da infecção da região dando a adenite cervical.

Outro tanto, porém, não sucede nos gânglios da virilha,— falta a porta de entrada.

Na *tuberculose ganglionar inguinal secundária* há ordinariamente a constatação de baciloses do ânus, recto ou órgãos genitais, tumor branco do joelho ou da articulação tíbio-társica, etc.

No entanto tem-se reconhecido a existência de tuberculoses inguinais consecutivas a lesões tuberculosas de outros órgãos.

A inoculação directa constata-a Neumann numa série de casos de circuncisão em que as crianças contraíram baciloses locais e inguinais consecutivas a inoculação pela saliva dum operador judeu atacado de tuberculose pulmonar em franca evolução.

### **Anatomia patológica**

Como por via de regra as adenopatias bacilares inguinais são consecutivas a adenites venéreas ou agudas simples, às lesões tuberculosas acrescem as lesões inflamatórias que às vezes predominam sobre aquelas.

Na evolução da lesão tuberculosa, a questão do terreno, hereditariedade, a idade, etc., e a virulência do bacilo tuberculoso, tem importância digna de nota.

Qualquer que seja, porém, a evolução da lesão, quaesquer que sejam as condições do terreno em que evolui a adenite tuberculosa, haja ou não associação de lesões inflamatórias, o gânglio tuberculoso apresenta-se num dos estados seguintes: *granulação tuberculosa, amolecimento, caseificação, supuração, transformação fibrosa, transformação calcárea, transformação quística.*

#### **Granulação tuberculosa**

Os caracteres microscópicos são extremamente variáveis; gânglios pequenos alongados ou aumentados de volume, mórmente se a infecção bacilar é consecutiva a uma reacção inflamatória ganglionar de qualquer natureza; ora conservando a sua consistência ora apresentando-se endurecidos.

A superfície da secção é de côr cinzento rósea ou esbranquiçada, umas vezes amarelada; se há inflamação concomitante, é vermellia.

Quando são visíveis, as granulações apresentam-se sôbre a forma de pequenas ilhas opacas ou pontos cinzentos ou amarelados.

Quando não se vêem, se a superfície ao corte se mostra sêca, podemos afirmar lesão tuberculosa (Cornil).

Os elementos microscópicos que caracterizam

o gânglio tuberculoso são no início a presença de células linfáticas amontoadas no tecido reticulado do folículo.

Estas células atrofiam-se, o estroma torna-se granuloso, os capilares sanguíneos obliteram-se. Esta atrofia e transformação no seio do retículo, determina um bloco no qual se espalham células gigantes.

As granulações não são a princípio mais que uma acumulação de células linfáticas.

As granulações agregam-se formando nódulos tuberculosos.

Nas células gigantes encontram-se bacilos.

#### **Amolecimento**

Primeiro passo para a caseificação:—gânglios volumosos. Ao corte, vêem-se ilhotas amareladas cheias de substância semi-líquida ou com grumos constituídos por células linfáticas granulosas, granulações gordurosas, etc.

À volta da ilhota há uma hiperplasia do tecido conjuntivo.

#### **Caseificação**

É o termo mais freqüente na evolução da granulação tuberculosa.

A consistência ganglionar depende da espessura do tecido de envólucro e do grau de caseificação; se os focos caseosos são pequenos e disseminados pela massa ganglionar e se o tecido de envólucro é espessado, a consistência é firme; ordinariamente porém a consistência é fraca e o gânglio deixa deprimir-se com facilidade.

O tecido ganglionar está destruído em parte, vendo-se ao corte vacúolos cheios duma massa caseosa amarelada.

#### **Supuração**

Esta pode existir por infecção ganglionar e periganglionar concomitante ou antecedente ou pode ser o termo da caseificação; daqui a diferença do pús: pús fleimonoso no primeiro caso, ou apresentando grumos, amarelado e mal ligado — no último caso. O volume do gânglio pode tomar então desde as proporções duma avelã até às dum ovo de peru.

#### **Transformação fibrosa**

Traduz antiguidade da lesão bacilar. Pode sobrevir antes da caseificação no seu início e até no período de supuração.

O gânglio fica duro e ao corte apresenta uma

transformação fibrosa completa desde a massa ganglionar até ao tecido do envólucro.

#### Transformação calcárea

Pode iniciar-se por dois modos: ou por infiltração dos septos fibrosos intersticiais e incrustações nas massas caseosas da transformação fibrosa ou por concreções calcáreas no centro das células gigantes, chamadas de Schuppel que as estudou.

#### Transformação quística

É rara. No entanto nas adenites inguinais que sofreram punção existe por vezes após a cicatrização um verdadeiro quisto seroso.

*Observação.*— Sob o ponto de vista anátomo-patológico temos de registar duas formas: o *linfoma tuberculoso* ora formando uma massa poliganglionar única ora varios tumores independentes; bem limitado e móvel, de consistência firme, não apresentando nem focos de caseificação nem granações salientes, apresenta porêm ao corte nódulos tuberculosos com numerosas células gigantes; e a *adenite hiperplásica* caracterizada apenas macroscopicamente pelo aumento de volume do gânglio, mostrando porêm ao exame microscópico o retículo cheio de linfocitos, hiperplasia do

tecido conjuntivo e espessamento do envólucro ganglionar, paredes vasculares espessadas e fibrosas.

### Sintomatologia

Ao colhermos os sintomas num caso de adenite inguinal que suspeitamos de tuberculosa, é de alto interesse o exame do aparelho respiratório, do aparelho locomotor e do sistema linfático pois que existe por vezes concomitantemente uma micropoliadenite, uma fraqueza pulmonar suspeita, uma artrite rebelde, ou mesmo antecedentes escrofulosos típicos, e a pesquisa de todos estes elementos constitui um auxiliar poderoso na esteira do diagnóstico.

Se a adenite é tuberculosa no seu início, ela pode apresentar-se sob duas formas — *mono-ganglionar* ou *poliganglionar*.

Na forma mono-ganglionar, o gânglio apresenta-se engorgitado, volumoso, móvel e absolutamente indolor, sob a acção dum traumatismo, do frio, da fadiga, na convalescença de certas doenças infecciosas como o sarampo e a gripe ou sem causa apreciável. Ordinariamente fica estacionário algum tempo, mesmo alguns anos.

Umás vezes diminui de volume, torna-se duma

consistência fibrosa ou sofre a transformação caseosa e adere à pele, que toma uma cor vermelho violácea e se ulcera a breve trecho.

A cicatriz resultante é aderente, irregular e violácea.

Nem sempre porém se passa assim e à adenite fria e indolor sucede a adenite quente e dolorosa, revestindo o aspecto dum verdadeiro adenofleimão.

Na forma poliganglionar a adenite reveste dois tipos clínicos distintos:

*Periadenite tuberculosa.*— A infecção atinge desigualmente os diferentes gânglios de maneira que ao lado de gânglios volumosos, móveis ou aderentes e amolecidos, encontram-se outros pequenos, por vezes muito duros e perfeitamente móveis.

A infecção bacilar caminha dos gânglios superficiais para os profundos e a investigação do estado dos gânglios profundos é de importância capital, quer sob o ponto de vista do prognóstico, como pelo lado terapêutico.

O amolecimento e a supuração são o termo ordinário destas formas.

Se vários gânglios tendem à supuração, a periadenite que geralmente os acompanha, determina pela coalescência dos gânglios o bubão macisso da virilha.

A pele ulcera-se em vários pontos dando saída a um líquido amarelado sero-caseoso.

Por vezes a pele, que limita estas verdadeiras fístulas, destroe-se e a lesão toma externamente o aspecto duma verdadeira cratera onde veem abrir-se os diferentes trajectos.

Se a lesão é já um pouco antiga, notam-se às vezes saíndo das fístulas botões exuberantes — fungosidades tuberculosas.

*Linfoma tuberculoso.* — A característica dêste tipo clínico é a forma hipertrófica com rara supuração semelhando o linfadenoma.

Começa insidiosamente por um ou dois gânglios que aumentam de volume lentamente e que são acompanhados da hipertrofia dos gânglios vizinhos de forma a constituírem uma verdadeira cadeia de gânglios hipertrofiados móveis sob a pele e sôbre os tecidos profundos.

Consistência firme e resistente, dor muito pouco sensível.

O volume do linfoma é muito considerável; evolução lenta.

Há uma forma poliganglionar muito comum nas crianças — a micro-poliadenite tuberculosa — invadindo todos os territórios ganglionares, pescoço, nuca, axila, virilha...

Os gânglios redondos ou ovaes rolam debaixo dos dedos, ora como grãos de ervilha ora de dimensões maiores, de consistência mais ou menos firme.

Esta forma sobrevem geralmente a uma doença aguda—sarampo, coqueluche, gastro-enterite, etc.

Aparece a micropoliadenite também na sífilis hereditária.

### **Adenite sífilítica**

Os três períodos da sífilis dão-nos margem a considerarmos três formas clínicas de adenite.

#### **Adenite sífilítica primária**

Macroscopicamente o gânglio apresenta ao corte uma côr acinzentada, podendo obter-se por raspagem um suco leitoso.

Histologicamente notam-se numerosos tratos fibrosos e células aumentadas de volume com hematias.

“Segue o cancro como a sombra o corpo.”  
(Ricord).

Aparece ordinariamente entre o 7.º e o 15.º dia do aparecimento do cancro, só muito excepcionalmente até aos 21 dias.

É uma adenopatia dura, indolor, móvel e aflegmática com um gânglio mais volumoso, — *gânglio anatómico* (Ricord) ou *gânglio directo* por receber directamente os linfáticos da lesão primária tegumentar.

Os gânglios que constituem a *pleiade* parecem unidos entre si como as contas dum rosário.

A dureza lenhosa é semelhante à da base endurecida do cancro. O seu desenvolvimento importa uma ou duas semanas de duração; depois estaciona.

Pode retroceder ao fim dalgumas semanas mas não havendo tratamento pode conservar-se durante muitos anos.

A sua constatação é constante pelo menos durante cinco ou seis meses. Compreende-se pois o seu grande valor semiológico.

Pode ser dupla ou unilateral.

#### **Adenite sífilítica secundária**

A característica diferencial desta forma clínica é ser múltipla ou mesmo generalizada enquanto a adenite primária é regional.

É como a primária uma adenopatia dura, indolor, móvel e *aflegmática*; devemos, porém, notar

que a adenite secundária pode ser aguda e dolorosa quando há sífilides pustulosas.

A característica de adenite crónica vem por vezes ser mascarada por infecções associadas, por exemplo, estafilocócicas, tomando a lesão a forma clínica do adenofleimão.

Quando a um terreno ganglionar sífilítico acresce a infecção tuberculosa, adenites há que ferem pelo estado febril que provocam e pela prostracção orgânica que causam.

Outras apresentam fenómenos conjuntos da infecção bacilar e específica sem sintomas alarmantes; por via de regra após a aderência da massa ganglionar à parede, a supuração dá-se.

É muito freqüente a coexistência da infecção sífilítica e estreptobacilar. A *adenite mixta*, para conservar o significado do *cancro mixto* de Rollet, não oferece ordinariamente a luz do diagnóstico que era para desejar.

A existência do cancro duro livra de embaraços mas infelizmente êste nem sempre pode constatar-se e então ao nosso espírito ocorrem apenas os elementos dum adenofleimão ou adenite estreptobacilar.

A infecção sífilítica porêem pode preceder a infecção estreptobacilar ou suceder a esta e nestes

casos os anamnésicos fornecidos pelo doente auxiliam-nos na determinação exacta dos elementos infecciosos associados.

### Adenite sifilítica terciária

A adenite sifilítica terciária apresenta-se sob duas formas bem diversas: a *forma esclerosa* e a *gomosa*.

*Escleradenite terciária.*— Os gânglios são duma dureza lenhosa, pequenos e múltiplos. A sua função fisiológica é quasi nula.

*Adenite gomosa.*— Largamente estudada, ella aparece de ordinário, tardiamente num período avançado da infecção sifilítica, uns doze anos segundo Fournier. A predilecção pela sua localização inguinal é notada por todos os sifilígrafos.

O aspecto medular que os gânglios oferecem ao corte, com a sua côr esbranquiçada deixando sair um líquido leitoso, umas vezes puriforme, outras vezes caseoso e amarelado, suggeriu a Cornil e Ranvier o título de *adenite medular sifilítica* para as adenites gomosas.

Fournier descreve quatro períodos na evolução da adenite gomosa:

*1.º período.*— Os gânglios são tumefactos mas duros e móveis.

2.<sup>o</sup> período.— Aparece o amolecimento ganglionar pelo centro, onde se nota uma zona semi-flutuante.

A pele adere ao gânglio, adelgaça-se e rube-faz-se. Nota-se um ligeiro edema periganglionar.

3.<sup>o</sup> período.— A pele no ponto de menor resistência, que é a parte culminante, rompe-se e da ulceração sai um líquido gomoso—umas vezes esbranquiçado, outras vezes caseoso ou amarelado, com numerosos filamentos de tecido necrosado.

Em geral há a princípio orifícios múltiplos que se juntam formando uma cratera de bordos descolados de côr vinosa ou dum tom rôxo escuro.

4.<sup>o</sup> período.— Passado algum tempo, por vezes muitos meses, a supuração começa a fazer-se: o fundo da cratera limpa-se, enche-se de botões carnosos, a proliferação começa a intensificar-se e em breve a ulceração é apenas uma ferida superficial que cicatriza irregularmente, deixando vestígios, já pela esclerose característica como pela pigmentação escura e por assim dizer patognomónica.

Nem sempre, porém, a evolução se faz da maneira simples que fica descrito e uma complicação séria é para receiar,—o *fagedenismo* que infelizmente é vulgar, principalmente na classe

militar na qual os sifilíticos sofrem por via de regra um tratamento muito insuficiente.

— Além destas formas tem-se descrito o *bubão sifilítico* amolecido que aparece no período terciário da sífilis, apresentando como sintomas: gânglio único muito aumentado de volume, aderente aos planos profundos mas móvel debaixo da pele, de consistência dura, deixando-se porêem ligeiramente deprimir na parte mais culminante, dando a sensação dum corpo elástico e resistente.

Líquido amarelo roseo com detritos celulares. Esta forma cede ao tratamento específico mas a sua natureza ainda não está bem definida e não é exclusiva do período terciário.

## Diagnóstico

### Adenites agudas

As adenites inguinais agudas podem difficilmente confundir-se com um abcesso subcutâneo ou com um furúnculo porquanto tanto num como noutro não há um endurecimento profundo inicial; além disso a invasão da pele é precoce o que não sucede com as adenites agudàs.

Resta pois fazer apenas o diagnóstico do elemento patogénico, ou, exprimindo-nos doutro modo, há que conhecer a natureza da adenite.

As adenites agudas inguinais podem ser inflammatórias simples, blenorrágicas ou estreptobacillares. Se encontramos a adenite supurada, a análise do pús é a maior parte das vezes um elemento sufficiente para fazer um diagnóstico diferencial.

A adenite gonocócica tem apenas como elemento patognomónico a análise do pús.

A adenite estreptobacillar coexiste ordinariamente com o cancro mole, mas tem rial valor diagnóstico o exame do pús e a sua inoculabilidade.

O bacilo de Ducrey nem sempre se descobre no exame microscópico atenta a sua fragilidade; há pois que se recorrer algumas vezes à inoculabilidade.

A própria localização da inflamação ganglionar nos orienta no diagnóstico. Assim: se é atingido o grupo ganglionar superior cujo eixo segue paralelo à prega da virilha, a porta de entrada é alguma escoriação do prepúcio, da glande, da uretra, do pénis ou do ânus no homem, da vagina, da vulva ou do ânus na mulher.

Se é atingido o grupo ganglionar inferior, devemos procurar qualquer lesão dos membros inferiores e então a adenite inflamatória simples é a que tem mais visos de verdade.

*Adenites crônicas.*—As adenites de forma crônica, estacionárias, indolentes que não envolvem um aumento exagerado de volume, são de difícil confusão. A sua natureza define-a a maior parte das vezes a história da doença, a sua evolução aliadas à sintomatologia clínica: assim uma adenite crônica num indivíduo cheio de escoriações que não cicatrizam por circunstâncias inerentes à sua profissão ou às necessidades do seu estado orgânico, por exemplo o uso da funda, etc., esta adenite é evidentemente uma adenite crônica simples resul-

tante duma forma subaguda ou infecção ganglionar muito atenuada.

A *adenite sifilítica primária* com a sua pleiade ganglionar dura, lenhosa e indolor, com um gânglio mais volumoso, não oferece dúvidas de diagnóstico, mesmo que a maior parte das vezes acresce a êste quadro sintomático a constatação do cancro duro, — *verdadeiro corpo de delito*.

A *adenite sifilítica secundária* é uma adenopatia múltipla e nisto sómente difere da adenite primária, vindo dar muita luz a localização das adenites, nomeadamente nos grupos ganglionares duma região onde se constata uma placa, uma pústula ou úlcera sifilítica e bem assim a existência de adenites simétricas, como as epitrocleanas cujo valor diagnóstico é grande.

A *adenite terciária*, quer na forma esclerosa quer na sua forma gomosa, não é de fácil confusão, pois que temos a orientar-nos a evolução da adenite, o estudo do doente e inclusivamente o exame bacteriológico revelando o treponema. Os bubões amolecidos sifilíticos constituem por vezes uma confusão com adenites tuberculosas mas a dúvida não pode persistir perante o estudo clínico completo como deixamos dito.

A *adenite tuberculosa*, excetuando a adenite

hiperplásica e o linfoma tuberculoso, não pode oferecer dúvidas de diagnóstico qualquer que seja o estadio em que se encontre. Distingue-se evidentemente da adenite sífilítica e da adenite crônica simples. Demonstra-lo era cair em repetições.

A poliadenite tuberculosa hiperplásica apresenta uma inflamação dos gânglios em ordem sucessiva sendo o gânglio ilíaco externo o primeiro a inflamar-se (Léjars).

Esta sucessão no processo inflamatório tem como resultante a existência inevitável da lesão tuberculosa nos seus diferentes períodos e assim, ao lado de gânglios pequenos e duros, encontramos gânglios mais ou menos volumosos, outros amolecidos, outros aderentes à pele e prestes a ulcerar-se.

Com o linfoma, porém, confundem-se muitas vezes o linfadenoma e as neoplasias malignas ganglionares.

O linfadenoma no entanto, tendo caracteres semelhantes aos do linfoma tuberculoso — volume notável sem amolecimento, integridade e mobilidade da pele, consistência firme, bilateralidade, mobilidade ganglionar em relação à pele e aos planos profundos, — tem caracteres diferenciais tais como as localizações múltiplas e em regiões muito afastadas e onde é muito rara a infecção bacilar como sejam

os gânglios intercostais, a esplenomegalia, a repercussão precoce e rápida sobre o estado geral e a linfocitose com outras variações da fórmula hemoleucocitária que não é para aqui expor.

Demais o linfoma aparece em indivíduos com antecedentes hereditários tuberculosos ou, por via de regra, com lesões cutâneas, ósseas ou viscerais francamente bacilares.

Sem querermos fazer uma descrição anátomo-clínica das neoplasias ganglionares, frisemos que a evolução das neoplasias e do linfadenoma é rápida e a caquexia invade a breve trecho o organismo que em geral não resiste mais de dois anos. O linfoma dura muitos anos a não ser que sobrevenha qualquer doença aguda.

Referimo-nos levemente aos tumores malignos ganglionares e nem falamos no lipoma que muitas vezes se confundem sériamente com as adenites tuberculosas, porquanto a sua sede inguinal primitiva é extremamente rara.

Quando existe uma neoplasia ganglionar inguinal por generalização, o diagnóstico não oferece dúvidas.

O mesmo há a dizer com referência às neoplasias ganglionares secundárias, a tumores malignos do pênis, ânus, etc.

Uma adenite pode apresentar-se nos ulcerada com todos os sintomas atenuados, serão neste caso os caracteres da ulceração que permitirão fixar o diagnóstico:

— Ulcerações múltiplas, irregulares, anfractuosas, de côr acinzentada, de bordos deslocados, deixando surdir um líquido purulento com detritos orgânicos e coágulos, podendo apresentar fagedenismo em superfície ou em profundidade — *Adenite estreptobacilar*.

— Ulceração de focos circunscritos com bordos delgados e avermelhados, trajectos por descolamento ligando entre si as ulcerações, pontos violáceos da pele que se adelgaça até abrir em caverna em cujo fundo se vê uma massa caseosa ou fungosidades amareladas, deixando sair um líquido sero-granuloso — *Adenite tuberculosa*.

— Ulcerações múltiplas semelhante furos de barbequim, deixando sair uma massa amarelada, fundo amarelado e cheio de filamentos de tecido necrosado, bordos amarelados, ulceração átona e de mau aspecto — *Adenites sifilíticas*.

Não devemos confundir com as adenites inguinais que descrevemos, as adenites neoplásicas cuja ulceração é de bordos talhados a pique, de fundo cheio de fungosidades que sangram ao me-

nor contacto. Relativamente a adenites híbridas, isto é, cuja evolução sofreu a modificação da poliinfecção e principalmente aquelas a cujo elemento patogénico acresce a infecção bacilar, já fomos suficientemente explícitos para podermos fazer o diagnóstico dizendo apenas em síntese que aos sintomas da lesão primária, acrescentam os da infecção associada.

Ao abandonarmos êste capítulo, diremos que não foi pretensão nossa sermos completos mas simplesmente tivemos em vista referirmos elementos que, em geral, nos foram necessários para orientarmos o nosso espírito no exame clínico.

Assim, pois, propositadamente não falamos nas hérnias epiploicas irreductíveis da região ínguino-crural as quais muitas vezes só cirurgicamente se podem diferenciar de adenites, etc.

### **Evolução e prognóstico**

A evolução das adenites agudas anda de tal modo unido à descrição da lesão que é traçada com ela. Digamos pois em recapitulação que as adenites agudas podem caminhar para a supuração, para o adenofleimão, o que sucede muito frequentemente

nas adenites agudas venéreas ou podem regressar, passando ordinariamente ao estado crónico.

O seu prognóstico é benigno ainda mesmo em casos de fagedenismo pois que em face duma terapêutica activa, êste cede por via de regra. Os casos de prognóstico reservado são devidos unicamente ao mau estado orgânico.

Nas adenites crónicas simples o gânglio ou termina por desaparecer depois da supuração, aderindo à pele um tecido fibroso cicatricial ou se esclerosa e calcifica.

O seu prognóstico é benigno; devemos, porém, notar que a adenite crónica é muitas vezes o primeiro passo para a adenite tuberculosa.

Na evolução da adenite tuberculosa nós temos a regressão das lesões ganglionares com desaparecimento dos sintomas, o que é raro, a cura pela esclerose e calcificação e a supuração. Na poliadenite bacilar as perturbações pulmonares ou mesmo uma bacilose generalizada são para temer. O linfoma só tardiamente é que de ordinário trás complicações viscerais. As formas tórpidas são de prognóstico benigno. As poliadenites em período de caseificação e supuração, ulceradas ou fistulosas, são de prognóstico reservado pelo perigo da eclosão duma bacilose visceral.

Devemos, porém, observar que as poliadenites das crianças não tem a mesma reserva de prognóstico duma poliadenite bacilar num adulto ou num velho cuja fagocitose intra-ganglionar é muito mais diminuída.

— A evolução das adenites sifilíticas não oferece considerações especiais; apenas referiremos que a adenite terciária não termina muitas vezes só na ulceração, o fagedenismo aparece em todas as suas modalidades. O prognóstico porém é benigno.

Devemos dizer mesmo que hoje em dia com os cuidados de higiene individual contra a sifilis, já na classe média a adenite terciária é rara; aparece com freqüência no meio militar, nos velhos sifilíticos que ou não fizeram tratamento ou os fizeram muito deficientemente como infelizmente sucede nos hospitais militares.

## Tratamento

### Adenites agudas

Na *adenite inflamatória simples* a terapêutica visa a evitar a supuração e neste intuito devem observar-se estes preceitos:

- a) *Repouso e imobilidade da região inguinal;*
- b) *Tratamento antiséptico da lesão causal pela água oxigenada, líquido de Dakin ou outro qualquer antiséptico;*
- c) *Balneação muito quente local.*

Na *adenite supurada* há uma indicação primária — a *punção precoce* a qual deva garantir o esvaziamento da cavidade.

A lavagem antiséptica com água oxigenada ou iodada, etc., seguida de drenagem com mecha de gase ou dreno capilar, um penso húmido e quente terminam o tratamento.

Por via de regra a cicatrização faz-se pouco depois da extinção da supuração se a cavidade é pequena.

No *adenofleimão difuso* ou *circunscrito* as mechas múltiplas são por vezes necessárias para garantir uma boa drenagem.

Na *adenite blenorrágica*, desde que pelo exame do pús se reconheça o gonococo, há vantagem em fazer a lavagem com permanganato a 1 ‰, protargol ou colargol a 1 ‰ ou nitrato de prata a 2 ‰ pois que o desaparecimento do gonococo por êste modo é rápido, ficando pois a lesão reduzida a uma adenite simples supurada.

Nas *adenites estreptobacilares*, o repouso absoluto, os pensos húmidos e muito quentes actuando por hiperemia, podem fazer abortar a infecção como em qualquer outra adenite aguda; as pomadas de colargol, de beladona, o unguento napolitano teem fraco poder absortivo em relação às compressas quentes. Devemos confessar que em nenhuma outra adenite aguda nós contamos tantos insucessos no tratamento abortivo. No período de amolecimento, várias injecções teem sido preconizadas — ácido fénico, cloreto de zinco a 10 ‰, nitrato de prata a 1 ‰, eter iodoformado, vaselina iodoformada a 10 ‰.

Igualmente foi proclamada como eficaz a compressão metódica do gânglio quer acompanhada de revulsão quer da punção. Devemos porém confessar que o único processo abortivo seguro é a estirpação precoce do gânglio.

Se a supuração existe, há apenas que abrir o

mais depressa possível a colecção purulenta e, garantindo a drenagem, aplicar pensos muito quentes e húmidos com uma solução fracamente antiséptica de borato de sódio com o que temos colhido surpreendentes resultados. Se a supuração é intensa fazemos a lavagem com água oxigenada ou água iodada.

Há quem faça após a incisão uma cauterização com o cloreto de zinco a 10 ‰ e encha depois a cavidade com gaze aséptica ou iodoformada. Não vejo porém nos resultados colhidos grandes vantagens.

— No caso de haver fagedenismo vários meios terapêuticos tem sido empregados. O azul de metileno a 2 ‰, o cloreto de zinco a 1 ‰ ou a 1 ‰, as escarificações com a alta frequência e as irrigações quentes quasi contínuas cujo efeito favorável tivemos já ocasião de constatar. O ar quente tem sido também largamente empregado com bons resultados.

Há no entanto um tratamento mais eficaz ainda que consiste na estirpação do gânglio, raspagem do fundo da ferida, e reunião dos bordos se a lesão fagedénica não é extensa, ou terminando na raspagem, se o fagedenismo é extenso e neste caso não há mais que tratar uma ferida simples.

Algumas vezes em virtude duma terapêutica mal orientada ou nula, ao que não será estranha a questão do terreno e da virulência da infecção, certas adenites acabam por se tornarem crônicas com trajectos fistulosos e gânglios endurecidos. Nestes casos o método de Beer provocando uma hiperemia venosa intensa e a aspiração do líquido sero-purulento mereceu o aplauso de alguns terapeutas. O tratamento radical seria a extirpação ganglionar embora eu a não julgue necessária.

O Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Abel Pacheco (*Portugal Médico*, de 11-1918) aplica com rial vantagem a pasta de Beck nas adenites inguinais e, de uma série de observações, conclui:

“A pasta de Beck tem uma notória acção linfagoga, contribuindo desta forma para expurgar as cavidades supuradas dos elementos proteolíticos e do exsudato eminentemente tóxico da superfície.

Depois de extinto o processo patológico, tem uma acção antiséptica suficiente para manter a ferida limpa.

Tem um alto poder cicatrizante, favorecendo a granulação.

Não produz irritação e evita a granulação viciosa.

Dentro de limites relativamente largos, não oferece o perigo da intoxicação„.

Apliquei algumas vezes a pasta de Beck ao terço com sub-nitrato de bismuto, isento de arsênio e esterilizado pelo calor sêco a 120° durante meia hora e junto à vaselina estéril em almofariz esterilizado.

As cavidades resultantes do adenofleimão ou da supuração ganglionar cicatrizaram numa semana.

Outro processo se propõe colher bons resultados — *a drenagem capilar*.

Obtive realmente bom resultado numa adenite que tratei por êste processo. (Obs. III).

### **Adenites crónicas**

Nas adenites crónicas simples, devemos evitar a causa, tratando as escoriações ou ulcerações antigas, etc. O tratamento local reduz-se a aplicações locais de tintura de iodo ou pomada mercurial.

Algumas adenites crónicas são a resultante da regressão parcial duma adenite aguda e resistem ao tratamento por assentarem num organismo fraco ou depauperado; estão neste caso indicados os estimulantes gerais, os tónicos e os remineralisantes

como preventivos contra uma invasão tuberculosa ganglionar.

Nas *adenites tuberculosas* é de grande importância o tratamento higiênico que comporta dois factores—*a cura d'ar* e *a alimentação*.

A *cura d'ar* compreende a *helioterápia* que nas adenites inguinais apressa por via de regra a supuração pois que nelas quasi sempre há infecções associadas; a *talassoterápia* que dá bons resultados e a *cura de altitude*.

A *alimentação* deve ser boa, remineralisante e fosfatada.

Pode acrescer como subsidiária a medicação arsenical, ferruginosa e fosfatada.

A *terapêutica* visando directamente a adenite, pode ser externa, como os *tópicos*—iodo e iodetos—em tintura e em pomadas, que dão algum resultado, os *banhos salgados* que são de reputação tradicional, os *banhos arsenicais* que actuam favoravelmente nas formas hipertróficas.

A *seroterápia* não tem dado resultados positivos.

Tem-se preconizado a electricidade, electrolise e radioterápia isolados ou associados no tratamento das adenites tuberculosas; os resultados, porém, tem sido medíocres.

A *terapêutica interna* procura produzir a transformação fibrosa do gânglio (morte fisiológica-cura da bacilose), ou o seu amolecimento.

As substâncias que tem sido injectadas no interior dos gânglios são numerosas: tintura de iodo, solução iodo-iodetada, solução de nitrato de prata, glicerina gaiocolada, licor de Fowler, soluto fenicado a 3 0/0, papaina, cloreto de zinco a 10 0/0, éter iodoformado a 10 0/0, óleo iodoformado, naftol canforado.

O cloreto de zinco é um bom esclerogéneo mas exacerba as lesões periadeníticas.

Todas estas substâncias são capazes de produzir a fusão do foco tuberculoso e de favorecer o processo de transformação fibrosa.

Calot de Berk usou com excepcional resultado o naftol canforado e glicerinado (1 de naftol canforado para 3 de glicerina esterilizada) e o óleo iodoformado creosotado (azeite 70 gramas, éter 30, creosota 6, iodofórmio 10).

Nas suas instruções êle recomenda que o centro do gânglio seja abordado pela agulha não perpendicularmente mas obliquamente, afim de que a pele na sua secção mais próxima do foco fique intacta.

Vejamos os diferentes casos clínicos:

*Monoadenite não supurada.* — Convem o naftol

canforado e glicerinado de Calot (3 a 4 centímetros cúbicos), todos os dias até à observação da flutuação que ordinariamente se constata pelo terceiro ou quarto dia. Encontramo-nos pois em face da

*Monoadenite supurada.*—Desde que há pús, a primeira indicação será evacual-o por punção ou aspiração pela ventosa de Beer e não por larga abertura que, se facilita o esvaziamento, constitui também ampla porta para as associações microbianas. A conduta após a punção, varia com a natureza do líquido: se o líquido vem tinto de sangue—o melhor tratamento será a *compressão do gânglio*; se o líquido é *seroso* e *fluido* podemos injectar o óleo iodoformado de Calot, a glicerina iodoformada a 10 % ou éter iodoformado a 10 %; se o líquido é muito espesso e custa a sair pela punção, Calot aconselha a injeccção de naftol canforado e puncionar só depois do líquido se reproduzir. Ao fim duma série de injeccções, basta fazer punções evacuadoras e a compressão para aproximar as paredes da cavidade supurada.

Muitas vezes a pele começa a adelgaçar-se e ameaça romper-se; procura-se então evitar êste inconveniente com repetidas punções por dia e feitas obliquamente, segundo a técnica de Calot.

Nem sempre, porém, os efeitos maravilhosos

das soluções de Calot se observam e se o éter iodoformado pode produzir o enfisema e até o esfacêlo, senão se dá saída às superabundâncias de gases que se formam, também é verdade que o mesmo esfacêlo se pode notar nas adenites tuberculosas inguinais com óleo iodoformado de Calot que procurou com a sua fórmula evitar os inconvenientes do éter iodoformado.

A razão está simplesmente em que nas adenites inguinais tuberculosas há por via de regra uma infecção associada, anterior ou coexistente que se pode exarcebar com a excitação provocada pelo líquido e dar fenómenos reacionais tam intensos que produzam o esfacêlo.

O naftol canforado simples é tóxico e citam-se mesmo casos mortais que Robin atribui a embolias, pois que o naftol canforado em mistura com a água forma gotas minúsculas que, penetrando pelas vénulas dos focos, podem determinar a embolia.

O naftol canforado de Calot não tem êste inconveniente por conter glicerina que impede a formação das pequenas gotas.

Na monoadenite desde que não seja fistulada, a extirpação não tem indicação formal; muitas vezes a estética intervem como orientadora da conduta. Casos há porém em que a operação tem indicações

formais como no linfoma tuberculoso que não cede nem a tratamento geral, nem a injeções intersticiais, nem à radioterápia.

A *monoadenite caseosa* requer muitas injeções mas a cicatriz é talvez mais perfeita com o tratamento médico que com o cirúrgico.

A *poliadenite não supurada e supurada* tem o mesmo tratamento que a monoadenite.

Na *poliadenite caseosa* a indicação é a extirpação, as injeções modificadoras só viriam agravar a periadenite.

As *fístulas ganglionares* tem uma indicação primeira — desinfectar a região para evitar as associações microbianas, depois o nosso senso clínico decidirá por um dos dois caminhos — raspagem seguida de cauterização pelo termocautério ou pelas lavagens de cloreto de zinco a 10 % ou a extirpação que é eficaz mas por vezes perigosa por causa da aderência dos gânglios aos vasos e nervos da região ínguino-crural.

A extirpação é um tratamento absolutamente eficaz desde que seja completa; nestas circunstâncias parece ser o preferido.

Se não é completa, é preferível então o tratamento médico, pois que naquela à recidiva local cresce o contra-pêso duma cicatriz.

As *adenites bacilares nas crianças* cedem admiravelmente ao tratamento médico. Os gânglios linfáticos são nelas centros destruidores de bacilos e com notável poder de fagocitose. A extirpação pois não está indicada; será o último reduto.

*Nos velhos* a tuberculose ganglionar inguinal é por via de regra a generalização da infecção bacilar; o tratamento geral será pois o indicado em primeiro lugar.

A extirpação ocupa o último lugar na escala das indicações.

*Adenites sifilíticas.* — Se o cancro duro é verificado, pode evitar-se o aparecimento da adenite primária e secundária pelo tratamento intensivo em série pelos arsenicais — Arsenobenzol e-Novarse-nobenzol.

As adenites sifilíticas não comportam indicação especial além do tratamento específico.

Em caso, porém, de ulcerações gomosas torna-se necessário antisetisar e estimular a ferida com lavagens de água muito quente oxigenada ou com permanganato e fazer um penso iodoformado ou diiodoformado.

No caso de associação bacilar a ablação ganglionar impõe-se muitas vezes.

## Observações

### I

A. P. F. de Campanhã. — 1.<sup>a</sup> observação em 11 de Janeiro de 1919.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Sarampo em pequeno; de resto tem sido saudável.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Pais vivos e saudáveis.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Após um coito suspeito appareceu-lhe na ranhura balano-prepucial uma pequena ferida, donde saía um líquido ligeiramente esbranquiçado. Cauterizava essa ferida com nitrato de prata e deitava pó de dermatol. Um dia a ferida exacerbou-se sem que o doente pudesse definir a causa e começou de sentir na região inguinal esquerda uma tumefacção ligeira mas dolorosa. Nos primeiros dias ainda pode andar; depois as dôres eram muito intensas. Eram passados 7 dias quando fui chamado.

ESTADO ACTUAL. — Na região inguino-crural esquerda notei à simples vista uma tumefacção, apresentando-se a pele, na parte culminante, vermelha, luzidia e adelgada.

Dores espontâneas e à pressão. Empastamento grande e nítida flutuação no centro.

DIAGNÓSTICO. — *Adenite estreptobacilar* com periadenite supurada.

TRATAMENTO. — Fiz na parte de menor espessura cutânea, uma pequena incisão evacuadora, prevenindo a possibilidade do emprêgo da pasta de Beck. Lavei com água iodada, à falta de um outro antiséptico, água oxigenada, etc. O pús era francamente fleimonoso. No fim apliquei um penso húmido compressivo e quente de borato de sódio, e impuz o repouso. Ao fim de 3 dias de lavagem, a supuração era quasi nula mas a cavidade ainda existia; fiz então, sob pressão moderada, a injeccção de 15 gramas de pasta de Beck e depois da desinfecção cutânea apliquei apenas um penso aséptico. Passados 4 dias estava o doente curado.

## II

J. A. V. da Foz. — 1.<sup>a</sup> observação em 27 de Março de 1919.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Nada digno de menção.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — O pai morreu de lesão cardíaca. Mãe viva.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Apresenta uma ferida no terço médio da perna direita, uma ferida na região anterior e juxta-tibial. Já há uns dois meses que vem fazendo um tratamento deficiente à ferida que apresenta um aspecto de evolução muito lenta. Logo desde o principio o doente notou a existência duma íngua na virilha.

Presentemente apresenta uma tumefacção direita na região inguino-erural, pouco dolorosa e dura, e motivada, segundo confessa o doente, por uma longa caminhada. Não acusa o menor antecedente venéreo. O sistema linfático aparentemente normal. Indivíduo de compleição robusta.

DIAGNÓSTICO. — *Adenite sub-aguda simples.*

TRATAMENTO. — Repouso e compressas húmidas e muito quentes localmente.

Líquido de Dakin segundo a técnica de Carrel na ferida.

Passados 3 dias a adenite estava reduzida.

### III

A. J. dos S., Paços de Ferreira. — 1.<sup>a</sup> observação em 3 de Abril de 1919.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Febre tifoide em pequeno. Sarampo.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Nulos. Pais vivos e saudáveis.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Teve o cancro duro ha 2 anos. Fez um tratamento mercurial insufficiente (30 injeções de biiodeto de mercúrio, a 1 centig. por c. c.). A pleiade ganglionar da virilha tomou desde logo proporções grandes e não diminuiu muito com o tratamento. Apresenta os gânglios epitrocleanos duros e volumosos.

Após um coito suspeito, teve um cancro mole do prepúcio que se inflamou dando uma fimose.

Do lado direito a breve trecho começa o doente a

sentir uma dor que lhe impediu a marcha, e o volume ganglionar aumentado. Foi obrigado a guardar o leito e quando eu o examinei não havia ainda supuração mas a periadenite era franca.

DIAGNÓSTICO. — *Adenite estreptobacilar* em terreno sifilítico.

TRATAMENTO. — A fimose cedeu facilmente aos banhos quentes e pensos húmidos de borato de sódio.

Mas a adenite, não obstante as compressas quentes e o repouso, veio à supuração.

Lembrei-me de experimentar o método da drenagem capilar. Com uma agulha lanceolar passei dois fios de crina de Florença n.º 4, do polo superior para o inferior do abcesso inguinal.

Apliquei depois pensos húmidos e quentes de borato de sódio muitas vezes repetidas. Passados uns 4 dias, a supuração estava extinta; retirei os drenos capilares e continuei com os pensos compressivos. Os gânglios persistiram volumosos mas não notei mais fenómeno algum inflamatório.

#### IV

F. V. do Pôrto. — 1.ª observação em 7 de Maio de 1919.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Muito fraco em pequeno, blefarite crónica e otorreia. Enterite aguda.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Pais doentes mas ainda vivos; uma irmã morreu de pouca idade.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Cancro mole há seis meses,

seguido de adenite estreptobacilar supurada. Micropoliadenite.

ESTADO ACTUAL. — Presentemente apresenta 3 trajectos fistulosos na região inguinal direita com empastamento de toda a virilha e endurecimento dos gânglios que se encontram muito aumentados de volume.

Dos trajectos sai um pús líquido ligeiramente amarelado, fundo da ulceração vasia com fungosidades e de evolução tórpida.

DIAGNÓSTICO. — *Adenite estreptobacilar crónica* de fundo suspeito de bacilose.

TRATAMENTO. — Propuz-lhe um tratamento antiséptico intensivo pela água iodada com o uso sucessivo de compressas húmidas e quentes.

Ao fim de quinze dias o aspecto estava muito modificado.

Julguei dever tentar o uso da pasta de Beck tendo o cuidado de obturar os orifícios fistulosos com gaze estéril.

Passados oito dias o estado era melhor e os trajectos estavam reduzidos a um terço. Fiz nova injeção de pasta de Beck, 15 gramas e ao fim de sete dias estava curado.

## V

J. S. C. Pôrto. — 1.<sup>a</sup> observação em 11 de Maio de 1919.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Pemfigo em pequeno. Reumatismo agudo. Febre tifoide.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Pai sífilítico morreu de

repente. Mãe viva mas doente. Teve um único irmão que morreu de pouca idade. A mãe teve dois abortos.

**HISTÓRIA DA DOENÇA.** — Começou a aparecer-lhe uma tumefacção nas virilhas. Absolutamente indolor, não o incomodava a princípio mas depois, no decurso do tempo, o volume exagerou-se.

**ESTADO ACTUAL.** — Massa ganglionar volumosa; gânglios envolvidos no estroma conjuntivo espesso; dureza quási lenhosa. Micropoliadenia.

**DIAGNÓSTICO.** -- O conjunto de sintomas leva-me ao diagnóstico de *adenite tuberculosa hiperplásica da virilha*.

**TRATAMENTO.** — Propuz-lhe a helioterápia e a cura marítima aliadas ao uso da tricalcina seguida de medicação específica — Novarsenobenzol em série, principiando em 15 centigramas, e iodeto de potássio — 1 grama por dia.

Ao fim de 2 meses o estado geral era bom e o estado local era muito melhor, o volume estava muito reduzido. O seu estado não se tem alterado.

## VI

J. B. de A., Mogadouro. — 1.<sup>a</sup> observação em 2 de Junho de 1919.

**ANTECEDENTES PESSOAIS.** — Nada digno de menção.

**ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS.** — O pai morreu de desastre. A mãe ainda é viva e saudável.

**HISTÓRIA DA DOENÇA.** — Após um coito suspeito, appareceu no prepúcio uma ulceração que alastrava dia a dia acompanhada a breve trecho de balanopostite.

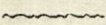
Comecei a tratar pelos pensos húmidos e quentes ligeiramente antisépticos e lavagens múltiplas e banhos demorados. A inflamação desapareceu. Neste entretanto aparecia nas duas virilhas dois bubões com ligeira dor. Á pressão uma certa dureza e inflamação circunjacente ao gânglio tumefacto, reacção dolorosa intensa.

DIAGNÓSTICO. — *Adenite dupla estreptobacilar* consecutiva ao cancro mole de carácter fagedénico.

TRATAMENTO. — Repouso e compressas húmidas e quentes — os gânglios não supuraram e em dois dias a reacção inflamatória desapareceu.

NOTA. — Não segui na disposição das observações sistematização de lesões mas simplesmente ordem cronológica.

Omiti os numerosos casos que, tendo sido da minha observação primeira, não foram por mim tratados. Posso mesmo afirmar que os casos mais interessantes sob o ponto de vista clínico, encontrei-os no meio militar, mas estes passaram da minha observação por assim dizer fortuita para o registo clínico do Hospital Militar.



## Proposições

**Anatomia descritiva.**— É imprópria a designação de cápsulas supra-renais.

**Histologia.**— A cromatina é um somatorium de cromosomas.

**Anatomia topográfica.**— Da posição das glândulas para-renais nem sempre se pode inferir se uma ectopia renal é ou não congénita.

**Fisiologia.**— A atresia dos folículos de Graaf é um processo secretório.

**Matéria médica.**— A emetina em injeção intra-venosa é formalmente contra-indicada.

**Anatomia patológica.**— As hemorragias capilares nas infecções são de ordem venosa e devidas à intoxicação com fenestramento e degenerescência do endotélio.

**Higiene.**— A profilaxia das febres palustres não deve olhar unicamente à destruição dos anoféles.

**Partos.**— O abôrto chamado terapêutico é muitas vezes um abuso dos parteiros ou é filho duma desorientação clínica.

**Clinica médica.**— A estenose pilórica cicatricial com retenção gástrica e acentuado depauperamento orgânico nem sempre importa tratamento cirúrgico.

**Clinica cirúrgica.**— A conflagração europeia foi a glorificação da cirurgia conservadora.

**Medicina legal.**— O começo de putrefacção para-umbilical num recém-nascido é um sinal de presunção dum nado-morto.

---

Visto

Thiago d'Almeida

Presidente.

Pode imprimir-se

Maximiano de Lemos

Director.

*Addenda et corrigenda*

---

... E portanto se não faz aqui erratas deles porque parece que ir buscar o erro ao fim do livro é coisa mui prolixa.

*(Das obras de Gil Vicente)*

1.<sup>a</sup> Edição — 1562.