

ANTRO D'HIGHMORO
E
SINUSITE HIGHMORIANNA

109/2 EME

José Antonio Baptista

N.º 2.

Antro d'Highmoro

B

Sinusite Highmorianna

(BREVE ESTUDO)

Dissertação Inaugural

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
TYPOGRAPHIA CENTRAL
174—Rua das Flores—176

1902

109/2 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral....	Carlos Alberto de Lima.
2. ^a Cadeira—Physiologia.....	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamen- tos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas. Clemente J. dos Santos Pinto.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.....	
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Candido Augusto C. de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.....	Antonio de Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.....	Antonio de Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica.....	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal e toxicologica....	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiotica e historia da medicina.....	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira—Hygiene privada e publica.....	João Lopes da Silva M. Junior.
Pharmacia.....	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ José de Andrade Gramaxo. Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica.....	{ Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho A. do Souto.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ José Dias d'Almeida Junior. José Alfredo M. de Magalhães.
Secção cirurgica.....	{ Luiz de Freitas Viegas. Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica.....	Vaga.
-----------------------	-------

ESCOLA MEDICA-CIRURGICA DE PORTO
Antonio Joaquim de Moraes Cabral
CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PIATO

CORPO DOCENTE

A Escola não responde pelas doutrinas expeditas na dissertação e enun-
ciadas nas preposições.

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º)

A MEU PAE

Eis o que lhe posso offerecer
em compensação de tanta amargura.

Á MINHA FAMILIA

A MEUS IRMÃOS

A TODOS DEVO UMA PARCELLA DO QUE SOU.

A MEU IRMÃO ANTONIO

Não pude deixar de te especialisar.
Por tantos sacrificios e tamanha dedi-
cação, o meu eterno reconhecimento

AOS MEUS CONDISCIPULOS

DE TODOS ME SEPARO COM SAUDADE.

AOS MEUS AMIGOS

UM ABRAÇO.

AO CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

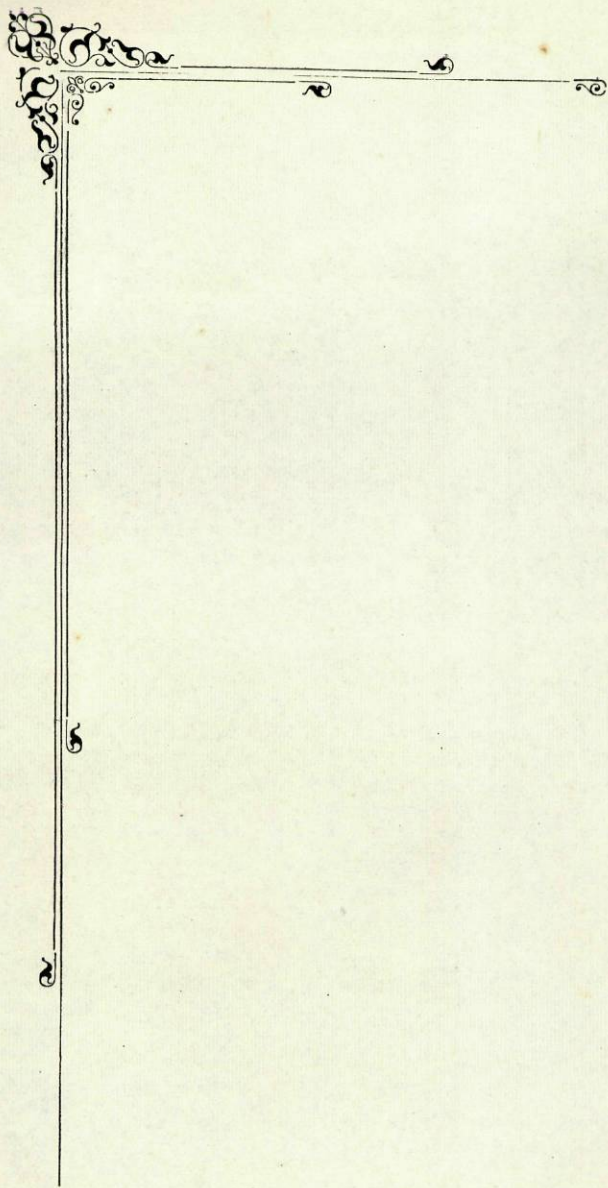
O DISCIPULO RECONHECIDO.

AO MEU PRESIDENTE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sr.

Dr. J. Alfredo M. de Magalhães

Homenagem respeitosa ao seu
bello talento e nobre character.



HISTORIA

Seio, do latim *sinus*, é uma palavra que designa toda a cavidade ou escavação anfractuosa cujo interior é mais largo que a entrada.

O seio maxillar é uma cavidade situada na espessura do osso maxillar, servindo para lhe ampliar o volume sem augmentar o peso nem diminuir a resistencia. E' a maior e a mais importante das cavidades accessorias da face.

O seio maxillar, foi desde sempre objecto de numerosos trabalhos. Quasi todos os anatomicos fizeram d'esta cavidade descripções mais ou menos completas, e diversos auctores têm uns, em memorias interessantes sobre a anatomia, a physiologia, a pathologia ou a therapeutica, concorrido com material consideravel para o estudo d'este orgão; outros, por simples observações, assignalado casos ou methodos, que nos permittiu reunir um conjuncto de dados bastante satisfactorios.

Galeno foi o primeiro auctor que se occupou dos espaços pneumaticos. Pelos principios do seculo XVI estabeleceu-se grande discussão sobre

a physiologia do seio maxillar. Sustentam uns que os espaços pneumáticos estavam alternativamente cheios e vazios; affirmavam outros a existencia da *medulla mollis*; contestavam ainda outros a permeabilidade da sella turca. Finalmente no seculo seguinte, Jean de Laurence sustenta uma theoria muito semelhante á seguida hoje pelo professor Tillaux. Outros auctores, sem fallarem do seio maxillar propriamente dito, occupam-se dos espaços pneumáticos em geral.

Chegamos por ultimo ao auctor que deixou o seu nome vinculado á cavidade contida no maxillar superior, Nathaniel Higmore. Fez elle uma tal descripção d'esta cavidade, que ainda occupa lugar proeminente nos annaes da sinusite.

A Cooper, parece pertencer á honra da descoberta da perfuração alveolar para o tratamento do seio.

O seculo XVIII continua fecundo em trabalhos e observações, occupando-se principalmente da pathologia e do tratamento.

A questão physiologica apparece-nos em segundo plano.

Bordenave fez dar á pathologia um grande passo, bem como ao tratamento. Como meio de tratamento, Bordenave aproveitava o alveolo de qualquer dente, excepto o do primeiro pequeno molar.

A partir d'esta epocha, numerosos foram ainda os auctores que se occuparam d'este assumpto e aos quaes se póde attribuir verdadeiros progressos.

Muitos foram aquelles que estudaram o autor de Highmore pelos fins do seculo XVIII; mas o valor das suas observações chega a perto, a não ser Courtois, ao qual se deve varias pesquisas interessantes, duas das quaes sobre a introdução voluntaria de corpos extranhos nos seios. A Des-sault deve-se a descoberta da perfuração da fossa canina.

No campo da physiologia appareceu Harwod a sustentar que o antro não reforça a olfacção, mas sim o órgão vocal.

O seculo XIX deu-nos um consideravel numero de auctores que se occuparam da sinusite maxillar, entre os quaes se distinguiu um, Berard, ao qual devemos a descoberta dos kistos mucosos.

Depois vem Geraldés, que descobriu um segundo orificio do seio maxillar (o verdadeiro orificio sendo aquelle que tem a sua séde no infundibulum).

Em nossos dias, entre aquelles que particularmente se distinguiram, devo mencionar Lue, Tillaux e o meu sabio professor Dr. Roberto Frias, que encontro citado, como opinião segura, no estudo da sinusite phlegmonosa de marcha rapida.

Os auctores que acabo de citar, gravitam na generalidade em volta de dois pontos capitaes: acção physiologica e etiologia.

Emfim, hoje está na ordem do dia a classificação e tratamento, que não pôde ser igual para todos os casos: o que dá bom resultado n'um, pôde ser funesto n'outro.

EMBRYOLOGIA

A anatomia embryologica é já por si muito complexa; mas ainda se torna muito mais, quando, como agora, se trata d'uma especialisação. Todavia, a aridez do assumpto, não desalentou os investigadores.

Durante muito tempo, suppôz-se que os seios da face não existiam senão depois do nascimento. Assim, para Decaudin, apenas se desenvolviam pelo oitavo mez após o nascimento; para Sommering existem já no embryão; para Portal, estas cavidades são pequenissimas no embryão, exceptuando as do maxillar, que pelo nono mez já podem conter uma pequena fava. Com effeito, o antro d'Highmoro existe antes do nascimento e parece até já bastante nitido pelo setimo mez de vida intra-uterina. Teria então a fórma e capacidade para conter um grão de trigo, communicando com a fossa nasal por uma larga abertura.

Tillaux pensa que as dimensões d'este espaço não augmentam nada do nascimento á puberdade, dilatando-se d'uma maneira muito sensivel n'esta epocha.

Vê-se, pois, que estes espaços existem já nos ultimos mezes de vida intra-uterina.

Segundo Sappey, o maxillar superior desenvolve-se por cinco pontos d'ossificação: o primeiro occupa a parte do osso situada para fóra da gotteira infra-orbitaria,—é o ponto molar ou externo; o segundo,—ponto orbito-nasal,—apresenta uma fôrma prismatica e triangular e occupa a parte do osso situada para dentro da gotteira infra-orbitaria.

E' sobre a face interna, olhando a fossa nasal, que se encontra situada uma pequena fosseta, primeiro vestigio do seio maxillar; um terceiro ponto d'ossificação,—inferior ou palatino,—fôrma os dois terços inferiores da apophyse palatina e a parte inferior da gotteira alveolar; os dois ultimos pontos d'ossificação não nos interessam.

Emquanto o ponto orbito nasal e o ponto malar não estão reunidos, as duas gotteiras infra-orbitaria e alveolar communicam em toda a sua extensão; de sorte que os vasos e nervos infra-orbitarios são os unicos que separam o globo ocular dos germens dentarios. Toda a relação cessa entre as duas gotteiras, no momento em que o ponto malar e o ponto orbito-nasal se reúnem. O bordo interno da gotteira infra-orbitaria sendo formado pelo ponto orbito-nasal, o bordo externo d'esta gotteira é constituído á custa do ponto ma-

lar, no momento em que se reúne ao precedente; do mesmo modo, a junção do ponto malar com o ponto palatino determina a formação do bordo externo da gotteira alveolar. N'este momento, esta ultima está situada por baixo e por fóra da fosseta (ao depois seio), separada da cavidade orbitaria pela espessura do canal infra-orbitario.

Quando os differentes pontos d'ossificação do maxillar superior estiverem soldados, a cavidade do seio invade pouco a pouco este osso, para adquirir, no adulto, dimensões consideraveis. E' entre a gotteira infra-orbitaria e a gotteira alveolar que se interpõe o seio, vindo, pelo seu desenvolvimento, afastar cada vez mais o nervo infra-orbitario dos folliculos dentarios.

Sobre o craneo d'um embryão de quatro mezes de vida foetal, o seio apparece como um simples nicho, no meato medio, e apresenta a sua maior largura ao nivel da abertura. A largura d'esta é devida ao ethmoíde e a apophyse unciforme estarem apenas esboçados.

Bourgevis mostra que no setimo mez de vida intra-uterina o orgão existe sob a fórma d'uma depressão alongada antro-posterior comparavel, por suas dimensões, a um grão de trigo.

A termo, o seio tomou já uma fórma reconhecivel; affecta o aspecto d'uma fenda antro-posterior, em um cóрте transversal feito no plano vertical.

Pelos onze mezes, a extremidade anterior da parte nasal está formada, e a parte posterior é ainda largamente aberta.

Vê-se, pois, que o seio maxillar vae augmentando progressivamente de diante para traz, sem esperar pela puberdade, como alguns auctores querem que só n'esta epocha se desenvolva e appareça.

ANATOMIA

O seio maxillar, ou antro d'Highmore, é uma vasta cavidade situada na espessura do osso maxillar superior.

Corresponde: em cima, á parede inferior da orbita, adiante á fossa canina, fóra á fossa zygomática, á fenda pterygo-maxillar, e, embaixo á arcada alveolar superior.

E' bastante irregular a fórma: póde-se todavia comparar a uma pyramyde triangular cuja base corresponderia á orbita, e o vertice á arcada alveolar. A configuração do seio é tal, que sobre um cóрте vertical, a base está para cima e o vertice para baixo, correspondendo a base á parede orbitaria e o vertice á arcada alveolar. Sobre um cóрте horisontal, a base está para traz ao nivel da tuberosidade maxillar, e o vertice para diante ao nivel da fossa canina, no encontro das paredes anterior e interna.

A melhor descripção parece-me ser esta: A cavidade do seio maxillar, de fórma irregular, é circumscripta por quatro paredes, das quaes tres verticaes e uma horisontal; as tres primeiras são:

anterior ou jugal, postero-externa ou zygomatica, interna ou nasal; convergem para o rebordo alveolar, que constitue, definitivamente o vertice da pyramyde. A parede superior ou orbitaria, que é horisontal, forma-lhe a base.

Vejamos successivamente o que cada parede nos offerece de interessante sob o ponto de vista cirurgico.

—A parede superior do seio maxillar, horisontal, plana, corresponde ao pavimento da orbita e fórma entre estas duas cavidades um fino septo que oppõe pouca resistencia á propagação d'um processo pathologico d'uma para a outra: assim, os tumores da orbita invadem facilmente o seio maxillar, do mesmo modo que os tumores do seio têm uma grande tendencia a penetrar na orbita.

A parede anterior corresponde á fossa canina; deprimida pela cavidade do seio, está em relação com o musculo canino, com os musculos elevadores da aza do nariz e do labio superior, e com os ramos terminaes do nervo infra-orbitario. Esta parede é a mais espessa das quatro; pelo contrario, sendo a mais superficial, permite um accesso fácil para o seio. Tem-se na verdade pensado n'esta via para a perfuração d'esta cavidade.

A parede postero-externa faz saliencia na fossa zygomatica, que ella limite por dentro. Corres-

ponde á tuberosidade maxillar percorrida pelos ramos dentarios posteriores.

Completamente para traz a parede do seio está em relação com a fenda pterygo-maxillar e, por conseguinte com o ganglio de Meckel: sendo preciso, pois, romper esta parede para no vivo chegar até ao ganglio.

A parede interna do seio está em relação com as fossas nasaes; correspondendo de cima para baixo a algumas cellulas ethmoidaes, em toda a altura dos meatos medio e inferior. Extremamente delgada, composta d'uma lamina de tecido compacto, papyracea, quebra-se com a maior facilidade; se houvesse interesse em penetrar no seio maxillar pela via nasal, chegar-se-hia ahi pelo meato inferior, sem que fosse necessario ir procurar o meato medio.

Sobre a parede interna residem os orificios do seio maxillar.

São dois: um é constante, collocado adiante no infundibulum; o outro, que muitas vezes falta, fica na parte media do meato medio.

Este ponto d'anatomia foi estudado de novo, em 1853 e em 1860, por Geraldès, que demonstrou egualmente que o orificio verdadeiro do seio era o orificio residindo no infundibulum e não o do meato medio, pois que sobre 100 cadaveres não reconheceu o ultimo senão umas dez vezes.

Geraldès concluiu que este orificio, quando existe, é o resultado d'um trabalho pathologico de que elle pôde seguir a evolução desde o adelgaçamento da membrana mucosa do meato até á sua perfuração completa.

Dos bordos do seio maxillar, o unico importante é o inferior. E' formado pela convergencia das tres paredes verticaes e representa o vertice troncado da pyramide. Este bordo corresponde á arcada alveolar superior e apresenta uma largura sufficiente para que se possa descrever ao seio uma parede inferior.

A cavidade do seio está separada das raizes dos grandes molares por uma finissima camada de tecido osseo; algumas vezes nem esta existe, estando as raizes a nu, de sorte que o seio pôde ficar aberto em consequencia da extracção d'um dente, accidente, apesar d'isso sem gravidade.

A cavidade do seio maxillar é tapetada por uma membrana mucosa que se continua com a petuitaria, differindo d'ella quasi no mesmo grau que a mucosa do seio frontal, em ser um pouco mais vascularizada do que esta ultima e conter na sua espessura uma maior quantidade de glandulas.

A mucosa dos seios, e em particular as suas glandulas, foram especialmente estudadas por Geraldès, que tirou das suas pesquisas deducções pathologicas importantes.

«Constatou que o conducto excretor d'estas glandulas tinha uma grande tendencia a obliterar-se e que d'ahi resultava a formação frequente de kistos mucosos. O que se descreve com o nome de hydropisia do seio maxillar não é outra cousa senão uma cavidade kistica, com distensão das paredes osseas.»

PHYSIOLOGIA

Até hoje, as funcções dos seios maxillares não foram nitidamente determinadas; os auctores que d'ellas se têm occupado, discordam, porque as bases para o seu estudo falham.

Alguns não vêem no seio maxillar senão um órgão de aperfeiçoamento do sentido da olfacção, baseando-se sobre o facto de que os animaes de cheiro muito apurado taes como o cão, têm os seios muito desenvolvidos.

Para outros, a unica porção do seio reservado á olfacção é aquella em que se ramifica o nervo olfactivo.

Para avaliar o quanto ha de verdade n'estas opiniões, basta dizer que J. de Croës affirma o seguinte: «Il suffit de faire remarquer que sont justement les animaux sans odorat qui possèdent les sinus les mieux développés, et que les chiens, les chats, les onglès, qu'on ne peut soupçonner d'être privés d'odorat, ne possèdent que des sinus rétrécis;—de plus, les sinus maxillaires ne contiennent aucun filet olfactif.»

Tillaux, por provas numerosas tiradas da anatomia normal, da physiologia, da pathologia, do modo de desenvolvimento e da anatomia comparada, attribue ao seio um papel puramente mechanico:

«L'équilibre établi à la entre le crâne et la face eût été infailliblement rompu, si la nature n'avait creusé les os, augmentant leur surface de façon á fournir aux muscles une plus large insertion, sans augmentation de poids.»

Ha ainda quem considere estas cavidades, visto as suas paredes serem formadas de lamellas elasticas e delgadissimas, como muitissimo aptas a entrar em vibração e por esse facto modificadoras da voz.

Quanto ao ar que ellas contêm, suppõe-se que tenha por função augmentar a resistencia da face; porque se fossem vasias, teriam uma resistencia muito menor, como o provam muitas experiencias de physica.

Póde pois concluir-se que os seios da face, e os seios maxillares em particular, têm por função permittir o augmento da face sem lhe augmentar o peso nem diminuir a resistencia.

SINUSITES MAXILLARES

DEFINIÇÃO

Eu entendo por sinusite todo o estado pathologico que, qualquer que elle seja, ataca a membrana de revestimento do seio maxillar mais ou menos profundamente, podendo até em certos casos interessar as paredes osseas. Esta affecção recebeu numerosas denominações: para uns seria um catarrho do antro; para outros, um abscesso d'este orgão; outros emfim, chamam-lhe empyema.

Sem pretender discutir o valor d'estes termos, parece-me todavia que se não devem applicar indistinctamente a todos os estados morbidos da cavidade highmoreanna. Assim, o catarrho do seio não sendo mais que a irritação simples do antro, o termo cabe especialmente a estes casos. Acontece o mesmo com a palavra abscesso, parecendo-me impropria, porque indica um tecido que absceda em um ou varios pontos; emquanto que na sinusite grave, o corrimento purulento é devido á infecção das glandulas ramosas e lobulares que segregam este liquido em maior ou menor quan-

tidade, segundo o numero mais ou menos consideravel de glandulas infectadas.

Quanto á palavra empyema, que, á primeira vista, pareceria a designação mais propria, pois que a collecção purulenta se fórma em uma cavidade tendo paredes naturaes como a pleura, não é verdadeiro, apesar d'isso, porque não ha derrame propriamente fallando.

Emquanto que a palavra sinusite, que tem sido de resto a mais usada, indica todas as affecções em geral que podem ferir esta cavidade em qualquer grau: superficial, profundo, parcial, total; atacando sómente a mucosa ou destruindo a parede ossea.

Adoptarei, pois, este ultimo termo, porque elle explica satisfactoriamente as étapes successivas por que passam em geral os estados morbidos do antro.

Os differentes estudos feitos sobre as sinusites foram sempre incompletos tanto sobre o ponto de vista pratico, como sobre o ponto de vista theorico, porque cada um preconizou com demasiado absolutismo o seu methodo ou a sua theoria, quer se tratasse da etiologia, quer do tractamento.

ETIOLOGIA

A sinusite hyghmorianna, parece ser principalmente uma affecção do adulto, observando-se em geral entre os 20 e 60 annos. A'quem ou além d'estas edades limites, como se póde dizer, os casos são na verdade rarissimos, segundo as estatisticas que me foi possivel examinar. O sexo, não deixa de exercer certa influencia, pois que as mesmas estatisticas accusam mais homens que mulheres.

E' preciso aproximar estes factos das investigações anatomicas a que alguns poucos anatomicos procederam. Assim, segundo elles, o prolongamento alveolar do seio maxillar do homem, seria mais pronunciado que na mulher. O seio maxillar direito seria tambem mais vezes atacado que o do lado esquerdo.

As differentes causas das sinusites maxillares têm sido largamente discutidas. Uns attribuem a infecção da mucosa hyghmorianna a uma causa quasi exclusivamente nasal; outros, entre os quaes Luc, dão como origem da sinusite maxillar uma causa quasi exclusivamente dentaria. Ainda que

esta seja a mais frequente, é preciso não afastar d'um modo absoluto toda a origem nasal, que, apesar de rara, existe. O caso que me serve de observação é um d'aquelles em que a origem nasal é indubitavel.

O que serve de base para a argumentação dos defensores da causa dentaria, é o numero das inflammções do seio maxillar ser mais consideravel, como observação clinica que as outras sinusites da face.

E' preciso todavia reconhecer, que as causas nasaes tem lugar importantissimo na etiologia das sinusites maxillares.

Estas duas especies de causas não são as unicas, outras ainda, mas d'ordem geral, podem determinar a infecção do autro de Highmore.

Como a origem d'uma lesão tem sua importancia sob o ponto de vista do diagnostico e do tratamento, descreverei resumidamente as diversas causas que dizem respeito á pathologia d'esta cavidade pneumatica.

A infecção do seio póde ser devida:

- 1.º—A uma infecção directa;
- 2.º—A uma propagação de visinhança;
- 3.º—A uma manifestação local d'uma causa geral.

Infecção directa

A infecção directa póde subdividir-se em:

Traumatismo accidental: directo e indirecto;

Traumatismo operatorio;

Corpos extranhos: penetração accidental; penetração voluntaria; penetração operatoria.

Os traumatismos accidentaes são excessivamente raros e facilmente reconheciveis, pois que apresentam sempre, quer uma echymose, quer uma fractura, quer uma tumefacção. Do seu estado apparente resulta um diagnostico facil.

Este traumatismo é directo ou indirecto, segundo que elle se exerce directamente sobre uma das paredes do seio, ou consecutivamente a uma fractura, tal como o esmagamento do seio maxillar provocado por um choque sobre o craneo ou por uma pressão vertical.

Para o traumatismo que occasiona uma hemorragia no interior d'esta cavidade pneumatica, é motivo bastante para sinusite; porque este sangue não podendo senão escorrer em parte pelas fossas nasaes decompõe-se e infecta assim a membrana highmorianna; quando a suppuração não sobreveio já em virtude de fractura d'uma das suas paredes immediatamente ao traumatismo.

Os traumatismos operatorios são os mais frequentes, porque o numero de operações feitas na

face é consideravel; pertencendo uns á cirurgia geral, outros á cirurgia dentaria.

Esta ultima causa, principalmente, em virtude das relações tão proximas que existem entre os molares superiores e o antro, está em primeiro lugar.

A ablação d'um dente no caso de deixar a cavidade em communicação com a bocca pelo alveolo aberto, a irritação produzida pela fractura, como muitas vezes acontece, a decomposição do sangue que derrama no interior do seio assim como saliva e detritos alimentares que ahi penetrem, são factores mais que sufficientes para produzir uma sinusite.

A's causas mencionadas vêm juntar-se por vezes a introducção d'um corpo extranho n'esta cavidade, e geralmente a d'aquelle que produziu a fractura. Acontece ainda que o proprio doente o introduza voluntariamente. Ha casos curiosos, que me abstenho de mencionar por demasiado conhecidos.

Como accidentes operatorios, é frequente que ao extrahir um dente elle quebre profundamente, de modo que ao tentar de novo a extracção da raiz, o proprio instrumento para isso empregado a faça penetrar no antro de Highmore.

Propagação por vizinhança

As infecções podem também ser transmittidas á membrana highmorianna por órgãos vizinhos importantes, com os quaes o seio tem relações intimas: os dentes, o nariz.

Em um dente cariado, logo que a cárie attinga a polpa, esta infecta-se e a infecção propaga-se: Por pouco que a abertura feita pela cárie esteja obturada, por detritos alimentares ou quaesquer outros, os gazes e pus em formação, procurando sahir, levantam o periosteo alveolo-dentario, destroem-n'o e penetram no tecido vizinho.

Se a raiz atravessa anormalmente a parede do seio, o tecido vizinho é a petuitaria highmorianna; esta membrana destroe-se por sua vez no ponto de contacto com a raiz e o antro serve de recipiente ao pus, sendo facilmente infectado.

Se uma delgada lamina ossea separa a raiz da cavidade pneumática, o pus encarrega-se de a eliminar; penetra nos canaes de Havers, destroe os vasos e os nervos, mortifica o osso, forma-se um sequestro, e a passagem para a infecção está terminada.

As causas nasaes, como já tive occasião de dizer, são raras. «A disposição anatomica que permite fechar mais ou menos completamente os orificios do antro de Highmoro, não gosa d'esta

propriedade senão nos casos em que o processo pathologico tomou origem no seio. Pelo contrario, nas affecções que partem do nariz e se propagam á mucosa que reveste o seio, a entrada estreita do infundibulum está fechada antes do ostium maxillar».

Vê-se, portanto, a difficuldade de propagação de um estado pathologico nasal no seio pela penetração dos exsudatos nasaes. Quanto á infecção por contiguidade de tecidos é provavel.

Todas as corysas têm, a meu vêr, uma repercussão mais ou menos pronunciada sobre as cavidades da face; e creio que as sensações de peso frontal, infra-orbitario e de surdez são symptomas da propagação pathologica, que em geral cura simultaneamente com a corysa.

Em apoio do que acabo de escrever, encontro em Croës: «Chaque fois que le malade predu corysa, chaque fois les exsudats sinusiens augmentaient dans une notable proportion et diminuaient assitot que le corysa disparaissait».

Isto foi observado em seios ainda em tratamento ou incompletamente obturados.

Julgo que o bacillo Pfeiffer é um dos agentes que mais devemos temer na producção da sinusite maxillar de causa nasal. De resto, o caso da minha observação o corrobora.

Ainda ha outras causas, taes como as epista-

xis, principalmente as epistaxis que necessitam tamponnagem, lhe attribuem os auctores certa importancia, e que nunca deve esquecer-se em casos de diagnostico duvidoso.

Por manifestação local d'um estado geral e sua influencia

Depois de ter eliminado todas as causas locais, é preciso considerar as origens d'ordem geral; são ellas numerosas e quasi sempre graves. As lesões dos seios d'esta ordem não sendo senão secundarias não offerecem sob o ponto de vista do tratamento local grande interesse, pois que nunca ultrapassará os modestos limites d'um palliativo.

A syphilis e a tuberculose são as duas grandes ditheses etiologicas que mais funesta influencia exercem na evolução da sinusite. A diabetes, albumimuria, anemia, chlorose, emfim todos os factores, de qualquer ordem que elles sejam, que provoquem o enfraquecimento geral do organismo, collocando os elementos vitaes em condições de inferioridade na lucta. E' preciso, pois, pesar bem em todos os casos o valor do estado geral do doente, porque isso é da mais alta importancia, tanto sobre o ponto de vista do tratamento como do prognostico.

A sinusite será ou não grave, conforme a ordem de factores que se lançarem no prato da balança, reunidos de toda a parte do organismo infectado.

Symptomatologia

As sinusites annunciam-se por numerosos symptomas que, pela maior parte, por isso mesmo que são numerosos, tornam o diagnostico um tanto ou quanto difficil. São: dôr malar com ou sem irradiações diversas, geralmente infra-orbitarias e frontal, dôr nevralgica, corrimento unilateral pela narina correspondente, de noite no momento de levantar pendendo a cabeça para a frente. Quasi todos estes symptomas faltam, ou são raros, menos um: o corrimento nasal.

A dôr malar pode considerar-se excepcional, porque quasi só apparece nas sinusites graves de marcha infecciosa rapida. Quanto ás irradiações d'esta dôr são ainda mais raras. Póde dizer-se que as dôres infra-orbitarias e frontaes não existem, porque sendo ellas muitissimo fracas, uma simples sensação de peso, ás vezes, passam despercebidas pelos doentes, que as attribuem a corysa; e como além d'isso só apparecera nos primeiros tempos da infecção, quando interrogados negam-na ao medico. Muito tempo decorrido, vagas, corysa incriminada, etc., tudo fez com que se apagassem da memoria do doente.

Da inchação da face, não se pode tambem tirar grandes ensinamentos, é signal inconstante; não existindo senão em um pequeno numero de

casos e ainda algumas veses não é apparente no exterior, mas sómente perceptivel sobre a fossa canina levantando o labio. Além d'isso pode ser confundida com o edema da face devido a abscesso dentario.

Em todos os casos, quando ha inchação malar, ha dôr na região. São signaes intimamente ligados. A dôr pode produzir-se somente sob pressão; é preciso, pois, investigar por este lado.

O corrimento de liquido muco-purulento e fetido pela narina correspondente, é o symptoma que tem real valor para o diagnostico.

Este corrimento é intermitente e não se produz senão com o esforço, geralmente quando o doente se assôa. Produz-se ainda todas as vezes que o doente, por uma inclinação da cabeça para diante ou sobre a espadua opposta ao seio inflamado desloca o declive da cavidade pneumatica. Sabe-se, com effeito, que o unico caminho que os liquidos accumulados no antro podem seguir para cairem nas fossas nasaes é o estium maxillar, collocado no alto da parede nasal; e que para isso é preciso, na posição normal da cabeça, que estes liquidos subam até ali para poderem correr gota a gota no meato medio; o que pode fazer suppôr uma corysa chronica.

Ao contrario, se se desloca esta declividade, como no somno ou na inclinação para diante, o

seio esvasiar-se-ha facilmente e dará em muito pouco tempo um corrimento consideravel.

Este corrimento é formado de um liquido esverdeado ou amarellado sêro-purulente, muitas vezes misturado de pequenas massas caseosas amarelladas, que caracteriza a affecção.

A's vezes porém é elle em tão pequena quantidade que passa despercebido.

Os symptomas que acabo de enumerar não bastam, na maior parte dos casos, para precisar a sinusite, pelo menos quando elles não são bem nitidos, só permitem a differenciação das affecções nasaes taes como atrophias dos cornetos inferiores, crôstas esverdeadas, ou lesões syphiliticas terciarias; gommas, ulceração, perfuração do septo, etc.

Signaes ha todavia, que completando os acima enumerados, nos dão a certeza do diagnostico. Apresental-os-hei succintamente. São elles: Catheterismo, punção exploradora e o signal de Herryng.

O catheterismo do seio maxillar não é impossivel ainda que o ostium maxillar se encontra collocado, em relação á abertura das narinas, para cima e para traz no meato medio; mas é necessario para ahi chegar sem demasiadas tentativas

fatigantes para o doente e para o operador, que haja uma iluminação bem feita.

Ha para isso machinas apropriadas.

Logo que se conseguiu uma boa iluminação e que o orificio da narina esteja augmentado por um speculo nasal, introduz-se uma sonda especial. «Esta sonda, com o comprimento de 15 centímetros e com uma espessura de um millimetro ao maximo deve formar um angulo de 110° com o resto da haste na extensão de 6 millímetros. Depois de ter anestesiado antecipadamente com cocaína a fossa nasal, introduz-se a supra-citada sonda no nariz, de modo que a ponta, que é romba, seja dirigida para cima e conduzida sem a menor violencia contra o corneto medio e a parede nasal externa. Desde que a ponta da sonda tenha attingido a parte media do corneto impelle-se docemente para fóra e penetra-se geralmente sem difficuldade no hiato semi-lunary».

Este catheterismo é decerto mais difficil de praticar do que parece ao auctor do processo operatorio. Sabe-se que a abertura do ostium toma fórmas variadissimas, as mais das vezes ellipticas. E' em minha opinião difficillimo penetrar no seio sem lacerar os bordos d'essa abertura.

E' verdade que se o antro está affectado, isso

não terá importancia nociva, mas pelo contrario favoravel. Se, porém, o seio estiver são?...

Tem seus inconvenientes. Ninguem me assegura que taes lesões sejam inoffensivas.

A sinusite percebe-se, quando a sonda arrastar comsigo pus exhalando cheiro fetido.

A punção exploradora é por si mesma mais simples que o cathelirismo, pois que não precisa de tanto manual operatorio. Consiste em fazer penetrar no seio uma agulha curva bastante resistente, fixa a uma seringa de Pravaz, e aspirar.

O sitio para a introdução da agulha, tem sido muitissimo discutido, principalmente quando não ha alveolo aberto. Uns, preferem penetrar no seio ao nivel do meato inferior; outros, escolhem o meato medio, por isso ser facilitado por umas di-hiscencias ou lacunas da parede nasal chamadas fontanellas.

A punção tem o defeito de não attrahir á seringa o pus demasiado espesso d'uma sinusite antiga; ella dá todavia a indicação da presença ou ausencia do pus, porque, se depois de puxado o embolo a agulha se oblitera, largando aquelle, retoma immediatamente o seu primitivo logar; indicio d'uma sinusite infectada; emquanto que, se o seio estiver são, a seringa enche-se d'ar e o embolo fica immovel.

Lavagem exploradora

A lavagem exploradora, tem sobre a punção a vantagem de evitar a obliteração da seringa.

Por meio d'um trocate curvo puncciona-se a parte inferior da parede do meato inferior e, retirando a haste de trocate, adapta-se á canula uma seringa contendo 4 a 5 centímetros cubicos d'um liquido asseptico, que se injecta lentamente. Aspirando em seguida, é facil verificar pus misturado ao liquido.

Signal de Heryng

Consiste em fazer a inspecção dos seios por transparencia collocando uma lampada electrica na bocca do doente fechada.

Faz-se passar a corrente e observa-se: as arcadas dentarias assim como os labios e o nariz são vivamente illuminados, apresentando-se com uma côr rubra; a região malar permanece mais sombria e por baixo dos olhos as orbitas apparecem sob a forma de crescentes claros.

Isto quando não ha pus; mas quando elle existe, o famoso crescente não apparecerá.

Este signal tem como tudo o seu senão. A espessura das paredes dos seios não será a mesma em todos os craneos e ainda no mesmo craneo por motivo de qualquer anomalia.

Além d'estas causas d'erro é preciso contar com o inconveniente de a lampada queimar a bocca do doente se a observação não for feita com certa presteza.

Prognostico

A analyse bacterologica do pus, aconselhada em todos os casos por varios auctores, pode fornecer elementos preciosos no sentido do prognostico, indicando quaes as sinusites que curam e as que não curam; e além d'isso, um meio seguro de fazer a distincção entre aquella cuja cura se consegue obter em poucos dias, das que tendem a perpetuar-se; pois que ellas são funcção de varias especies de microorganismos.

Os principaes agentes microbianos da suppuração do antro d'Highmore, até hoje encontrados, são entre numerosos diplococcos, alguns tetrágonos e agglomerados de estaphylococcos, sós, ou associados ao estreptococco, bem como cocco-bacilos, filamentos, tomando ou não o Gram e ainda algumas vezes o pneumococco de Talamon-Fraenkel. O bacillo da tuberculose não tem apparecido, apesar de repetidas pesquisas dirigidas n'esse sentido.

A'cerca do meu caso, das analyses que requisitei do Laboratorio Nobre, resultou isto mesmo, menos o pneumococco de Talamon-Fraenkel e o estreptococco.

Eu resumo, as sinusites maxillares são as mais das vezes causadas, sob o ponto de vista bacteriologico, pelos microbios ordinarios da suppuração. Emquanto ao pneumococco de Talamon-Fraenkel, como hospede habitual da bocca e nariz, não admira que penetre no antro em um momento propicio.

Escusado será dizer, que accusando o exame bacteriologico a existencia do estreptococco principalmente associado ao estaphylococco a gravidade da affecção não é de modo nenhum duvidosa. As sinusites de pneumococcos reclamam um tratamento serio; e as fetidas, polymicrobianas são de todas as mais tenazes.

D'um modo geral, a terminação da sinusite highmorianna é a cura.

COMPLICAÇÕES

O antro d'Highmore, pela sua posição anatomica está em relação directa com o nariz, dentes, olhos e outros seios. E' pois possível, que qualquer infecção d'esta cavidade se propague com facilidade aos órgãos visinhos, se o processo pathologico fôr abandonado, ou se o estado geral do doente vier augmentar e favorecer a sua extensão ás regiões contiguas.

Por ordem não de frequencia, mas de aproximação directa, encontra-se, primeiramente, a cavidade nasal sempre em comunicação com o seio por dois orificios. Sob a influencia do phenomeno inflammatorio, estes orificios tendem a obstruir-se e a não deixar passar senão uma pequena quantidade de liquido infeccioso; mas apesar d'isso, na rhinorrhœia unilateral, é quasi impossivel que a infecção não se propague á mucosa nasal primeiramente por contiguidade e continuidade de tecido e em seguida por infecção produzida pelo liquido pathologico.

Quasi todas as sinusites antigas apresentam *corysa chronica* independente do corrimento do pus,

Tem-se observado este estado nasal em pacientes cujo seio, largamente aberto para a bocca, não permittia uma acumulação de liquido sufficiente para que podesse sair pelo nariz e, todavia, a narina correspondente accusava uma corysa bem caracterizada pelo corrimento.

A gravidade da rhinite nunca é grave, porque a maior parte das vezes ella fica catarrhal. Raro se torna purulenta.

Os dentes podem tambem, mas mais raramente, infectar-se por uma posição anormal da raiz, quando esta, ultrapassando a parede ossea, penetre no tecido mucoso highmorianno.

D'estes tres orgãos, nariz, dentes e olhos, é o ultimo o mais protegido contra a propagação infecciosa pela parede infra-orbitaria que o separa completamente do seio; pois apesar d'isso, os accidentes infra-orbitarios são os mais graves.

As affecções oculares d'esta origem estão divididas em duas ordens: affecções de natureza reflexa e affecções de natureza infecciosa.

A parede orbitaria do seio é percorrida n'uma direcção antro-posterior por um canal osseo contendo o nervo infra-orbitario; este nervo pode soffrer uma irritação devida a phenomenos compressivos no seu percurso intra-osseo ao nivel d'uma lacuna como sempre existem nas paredes do canal infra-orbitario e mais vezes ainda por infecção directa.

A irritação do trigemio por intermedio d'aquelle ramo, dilata por via reflexa os vasos do globo ocular. Pode tambem provocar lacrimação, amblyopia e retrahimento peripherico do campo visual.

Esta questão tem sido muito debatida.

Ziem explica que os accidentes oculares seriam devidos a uma metastase do puz pelos vasos venosos ou lymphaticos ao tecido da úvea e da iris.

A propagação pode produzir-se d'outra maneira e ser indiscutivelmente infecciosa.

A parede orbitaria do seio é excessivamente delgada na parte posterior, e algumas vezes possui ainda lacunas na parte ossea. Nestes casos a infecção é de certo modo directa, e o olho pode ser atingido assim ou então por um traumatismo causado pelo levantamento da parede orbitaria.

As infecções do antro podem ainda propagar-se ás outras cavidades da face.

O seio frontal, pela posição do seu ostium, pode infectar-se com uma grande facilidade, principalmente quando o individuo esteja deitado; porque pôe d'este modo os dois seios quasi ao mesmo nivel.

A infecção do seio frontal é grave e difficil de descobrir, sobretudo quando existe parallelamente com a infecção do seio maxillar.

Se a facilidade d'infecção do seio frontal é grande quando as disposições anatomicas são normaes maior será ainda se por um estado anormal, estas duas cavidades pelos seus ostiolos entrem em communição mais directa.

As cellulas ethmoidaes podem tambem infectar-se, especialmente as cellulas lateraes que se abrem por uma parte, no prolongamento do meato medio, no infundibulum, e pela outra, no meato superior.

Os seios do esphenoide, pelas suas estreitas relações com as cellulas ethmoidaes, estão, desde que estas se infectam, tambem em imminente perigo.

E' á infecção generalisada d'estes espaços pneumaticos que se deve attribuir a morte em certos casos.

Pode ainda ajuntar-se, que a morte se julga devida a septicemia geral, ou á infecção cerebral tantas vezes citada, principalmente pelos auctores antigos.

Tratamento

Um grande numero de methodos tem sido preconisados para combater as sinusites maxillares; o seu numero indica sufficientemente que elles não têm dado todos o resultado que esperavam os auctores.

Antes de mais nada, uma divisão elementar se impõe; é preciso dividir esses methodos em dous grupos principaes: no primeiro, o tratamento é medico; no segundo é cirurgico.

Este ultimo pode ainda subdividir-se segundo fôr tentado pelas vias naturaes ou pelas artificiaes.

Tratamento medico

1.º Toda a medicação que, pela via digestiva se tem precunizado, é dirigida mais ao estado geral do que á propria sinusite.

N'este caso se encontram os calmantes, os modificadores das mucosas, etc., mas tudo sem resultado.

Assim o iodeto de potassio, medicamento que só pode ser util em sinusite de origem syphilitica.

Os auctores que o empregaram fóra da syphilis, contavam com a irritação e hypersecreção das mucosas, e particularmente da petuitaria, ligada á eliminação do iodo.

Pensavam assim fluidificar o pus e facilitar a sua evacuação. Os resultados não foram brilhantes. Se o seio está fechado, o resultado é deploravel, não coseguindo mais que augmentar a quantidade de liquido contido na cavidade e exacerbar as dôres.

Se a sinusite é aberta, a irritação da mucosa exaggerada pela eliminação medica-mentosa, favorece a obliteração dos orificios naturaes e a sinusite aberta transformada em sinusite fechada.

Este processo deve, pois, ser rejeitado.

2.^o *Lavagens do nariz.* — Procura-se d'este modo desobstruir o orificio do seio forçando-lhe a entrada pela pressão do liquido injectado. Este resultado pode obter-se de duas maneiras : com o siphão de Weber, ou com qualquer irrigador ou seringa.

O siphão de Weber permite injectar sob fraca pressão um liquido antiseptico, que penetrando por uma narina sahe pela outra. A pressão é obtida por uma differença de nivel que não deve exceder cincoenta centimentros.

E' um methodo perigoso.

Se a lavagem fôr feita pela narina sã, o liquido não chega á fossa nasal doente com pressão sufficiente para penetrar no seio ; se a irrigação se faz pelo lado doente, corre-se o risco de infectar a sã, e ainda mais que isso, as cellulas ethmoidaes, o seio esphenoidal e sobretudo o ouvido medio, forçando a trompa d'Eustachio.

Com a seringa ou irrigador, os mesmos perigos.

3.^o *A douche d'ar.* — O principio d'este methodo é insufflar, com a pera de Politzer, ou outra,

ar sob pressão, com o fim de forçar a entrada do seio maxillar e esvasiar-lhe o contheúdo. Os mesmos defeitos do anterior.

4.º *Aspiração.* — Tem-se tentado esvasiar a cavidade do seio substituindo a insufflação pela aspiração; é o Politzer negativo. A pera comprimida e bruscamente abandonada aspira o contheúdo das fossas nasales e talvez o do seio. A evacuação d'este modo obtida, só lhe reconheço uma vantagem: alliviar o doente das dôres.

5.º *Catheterismo.* — O catheterismo pelo orificio natural do seio faz-se com uma sonda metalleica de curvatura apropriada. Introduce-se a extremidade da sonda no meato medio immediatamente por baixo do corneto medio e voltada para fóra. Esta operação é bastante difficil e a evacuação imperfeita, porque o orificio tem uma situação relativamente elevada.

6.º *Cocainisação.* — A cocaina applicada sobre as mucosas anesthesia-as localmente, e pela sua acção vaso-motriz produz-lhe a retracção. D'ahi resultaria que a pincelagem do orificio do seio maxillar com uma solução de cocaina a $\frac{2}{100}$ diminuiria a dôr e facilitaria a evacuação do pus pelo orificio natural.

Este methodo tem o inconveniente da difficil applicação, de não actuar senão sobre o orificio, ao passo que toda a cavidade se encontra infe-

ctada, e ainda o da pequena acção antiseptica da cocaína.

Todas estas objecções reunidas á sua ephemera acção e á sua toxicidade, rejeitam o seu emprego.

7.º *Menthol*.—As analogias do menthol e da cocaína são muito proximas como anesthetics e vaso-constrictores; mas o poder antiseptico d'aquelle é superior ao da cocaína. Além d'isso o que constitue a grande vantagem do menthol, é ser volatil a baixa temperatura e por isso mesmo muito mais efficaç.

O seu emprego é facil: insuffla-se ou inhala-se com a pera de Politzer.

Este processo simples e facil tem dado bons resultados.

Tratamento cirurgico

1.º *Orificios naturales*.—Varios auctores propozeram-se attingir o seio maxillar pelos orificios naturales com uma sonda especial, e fazer-lhe a lavagem seguida ou não d'uma injeccão modificadora. O processo é simples na apparencia, mas a difficuldade do catheterismo?

Além d'isso temos ainda que contar com a falta de uma contra-abertura.

2.º *Orificios artificiaes*.—Os orificios naturales, apresentam condições tão desfavoraveis a uma

therapeutica efficaz, que naturalmente estava indicado o penetrar no seio por um orificio operatorio.

Varias vias se offerecem ao cirurgião: a nasal, a boccal, a facial e a via zygomática.

A *via nasal* comprehende operações feitas quer no meato medio, ao nivel do infundibulum, quer no meato inferior. Devo já dizer que toda a perfuração feita no meato medio está longe de satisfazer, porque ficando muito alta em relação á cavidade purulenta, nunca póde d'ahi resultar uma drenagem efficaz.

A formação de um orificio no meato inferior das fossas nasaes é, sob este ponto de vista, um processo bastante superior: é a chamada operação de Mickulicz.

Eis o resumo do seu methodo: o septo que separa o antro do meato inferior é, na verdade, muito espesso na sua parte inferior. Não se póde perfurar senão com o cinzel e martello; mas logo acima se adelgaça, torna-se papyraceo e deixa-se facilmente penetrar por um instrumento cortante. O instrumento usado por Mickulicz era uma especie de estylete formando um angulo obtuso com o cabo. Este estylete está separado do cabo por um bordalete destinado a não deixar penetrar a ponta senão a uma profundidade determinada. Introduz-se este estylete no nariz, com a ponta dirigida para

diante e para baixo. Quando já proximo do corneto inferior dirige-se a ponta progressivamente para fóra, de modo a contornar o bordo inferior d'este corneto. Logo que a ponta esteja no lugar desejado, um impulso energico fal-o atravessar a parede do antro.

Feita a perfuração imprime-se ao instrumento varios movimentos necessarios a augmentar sufficientemente o orificio.

Apesar de toda a superioridade sobre o precedente, ainda tambem não pode permittir uma boa drenagem.

A via buccal.—Permitte penetrar no seio por dous caminhos diferentes: pela parede facial e pelo alveolo deshabitado.

Na parede facial, é a fossa canina o lugar de eleição, por ser esse o ponto mais delgado da parede anterior.

O manual operatorio é dos mais simples: depois de ter incisado o sulco gingivo-buccal na vizinhança da fossa canina, rugina-se o periosteo e trepana-se a parede anterior do antro.

Como se trata d'uma trepanação subperiosteoa pode-se alargar á vontade a abertura, dando-lhe d'este modo uma declividade sufficiente.

Nada mais simples em seguida que explorar a cavidade do antro e verificar, quer pela vista quer pelo toque, e estado da sua mucosa.

A via alveolar não é de data recente, pois que já Cooper a empregava em 1721. Este auctor pensou, e com bem justificados motivos, que abrindo o seio pelo alveolo, obter-se-hia um escoamento sufficiente para o pus. Na verdade, este modo de intervenção está tanto mais indicado, quanto é certo que, a maior parte das vezes, a infecção faz-se por um dente cariado. Tem um inconveniente grave: não dá logar á exploração da cavidade como o processo anterior. Um mesmo defeito os acompanha a ambos: a drenagem incommoda pela bocca.

A via zygomatica menciona-se apenas. E' evidente que este processo deixa uma cicatriz muito apparente, porque a drenagem tem de ser demorada. Só se empregará quando já haja uma fistula preestabelecida, ou que a abertura d'um abscesso esteja imminente.

Acabo de enumerar não pequena serie de methodos mais ou menos racionais do tratamento das sinusites maxilares; mas, o que é certo, é que se alguns d'elles são aproveitaveis em certas variedades ou graus de sinusite, nenhum apresenta qualidades de preponderancia que façam d'elles um methodo de resultados seguros em todos os casos.

Se se tivesse de contar apenas com uma sinusite catarrhal, phlegomosa, ou qualquer forma intermediaria a estas, era provavel que o cirurgião se encontrasse sufficientemente armado para as combater com efficacia.

Mas um problema mais grave se é forçado ás vezes a resolver: a cura da sinusite fungosa. Para esta variedade, como se torna necessario fazer uma curetagem larga do antro, só um methodo me parece racional: o de Luc. E' bocca-nasal. Passo a descrevel-o summariamente.

O primeiro tempo da operação consiste em fazer uma incisão a bisturi na prega gingivo-labial e gingivo-jugal, incisão bastante longa afim de poder chegar facilmente á parede anterior do antro. Esta é em seguida trepanada largamente, de modo a permittir uma curetagem completa e minuciosa d'esta cavidade. E' este um dos mais importantes tempos da operação; o instrumento deve ser levado a todos os prolongamentos deverticulares; deve em particular ser dirigido sempre, mas com precauções para a parte postero-superior e para a parte antero-superior onde as fungosidades têm a sua séde de predilecção.

E' preciso em seguida cauterisar a cavidade com uma solução de chloreto de zinco forte. N'este momento a illuminação electrica é um precioso auxilio para permittir vêr e inspecionar

minuciosamente o antro, de modo que se fique na certeza de que lá não ficou nenhuma fungosidade. E' condição essencial do successo.

O orificio naso-maxillar abre-se procedendo assim :

A bochecha sendo conservada bem afastada, pode-se inspeccionar á vontade a parede interna do seio largamente aberto ; ataca-se esta parede na parte mais anterior e immediatamente por cima do pavimento do antro, quer com um perforador circular, movido pela electricidade, e não medindo menos de nove millimetros de diametro, quer com a goiva e o martello ; o que me parece mais pratico.

Uma abertura de um centimetro de diametro é assim feita na parede ossea. Intruduz-se em seguida uma curetta atravez esta abertura na cavidade nasal para a livrar dos retalhos fluctuantes da mucosa.

Em seguida entroduz-se pelos orificios feitos um estylete curvo, propositadamente para tal fim fabricado, de maneira a sahir pela narina para o exterior. Um forte fio de seda fixo na sua extremidade faz-se seguir o caminho inverso retirando o estylete.

Tem-se assim um fio de que uma das suas pontas sae pelo nariz e a outra pela bocca atravessando o antro d'Higmore.

Um dreno especial terminado n'uma das suas extremidades por uma parte dilatada em funil é então fixo pela outra á ponta buccal do fio ; puxando agora pela parte nasal arrasta-se o dreno pelo seio para a fossa nasal, depois para o exterior até que a extremidade venha repousar sobre o orificio artificial onde se fixa pela sua propria forma.

Não resta agora mais que suturar a ferida buccal, o que não é, diga-se de passagem, o tempo operatorio mais facil. A cicatrização faz-se por primeira intenção.

Ao principio M. Lue julgou necessario incisar transversalmente a bochecha para augmentar a via buccal ; mas cedo reconheceu o erro e supprimiu a cicatriz, forçosamente apparente, apesar da reunião immediata. Pode-se com effeito afastar sufficientemente os labios para descobrir largamente a parede anterior do seio.

Este methodo é realmente vantajoso : dá um largo accesso ao seio, permite exploral-o e destruir-lhe todas as fungosidades e além d'isso reúne a todas as suas vantagens uma drenagem nasal inferior, com bastante declive, e quasi physiologica, pois que não faz senão modificar a abertura normal do seio na fossa nasal.

Este facto tem importancia, porque d'este modo o doente está ao mesmo tempo ao abrigo da de-

glutição purulenta, do gosto medicamentoso na bocca e da penetração de alimentos na cavidade highmorianna.

Quaesquer que fossem as vias empregadas para chegar até ao seio, a maioria dos auctores pensava ser util lavar esta cavidade com uma solução antiseptica. N'estes ultimos annos uma tendencia opposta se manifesta. Do mesmo modo que em cirurgia geral o methodo das lavagens, vae sendo pouco a pouco abandonado, tambem as lavagens do antro d'Highmore não tem hoje a importancia que se lhe attribuia outr'ora.

Hoje, até o proprio auctor do methodo, M. Luc, se serve cada vèz menos de lavagens; e outros auctores que empregam o mesmo methodo, indo um pouco talvez até ao exaggero, não lavam a cavidade e supprimem a drenagem. Todavia apresentam resultados operatories que estão entre os mais satisfactorios.

Deve-se proceder assim, hoje, em presença de uma sinusite suppurada?

Béliard modifica o methodo de M. Luc da seguinte maneira:

Os tempos operatorios são os mesmos. As modificações estão apenas na ausencia de drenagem, a qual substitue pela tamponnagem.

Logo que se tenha conseguido o orificio nasal que faz communicar o seio com o meato inferior,

orificio que faz abranger pelo menos todo o terço inferior da parede interna do seio, introduz-se, pela abertura buccal, uma longa mecha iodoformada, previamente polvilhada com um excesso de iodoformio. Introduzida a mecha no seio é preciso conduzi-la até á narina correspondente pelo orificio operatorio. Feito isto, basta tamponnar com força por meio d'esta mecha iodoformada.

Quando toda a cavidade highmocianna estiver cheia, supprime-se o excedente com uma tesoura e reune-se a ferida buccal.

A mecha poderá ser retirada pelo nariz passados alguns dias e para assegurar a cura deve-se empregar nos dias seguintes inhalações de pó de iodoformio no seio, ou fazer como M. Luc, algumas lavagens deterrentivas com agua bórica. A cura não deve demorar mais de dous mezes.

OBSERVAÇÕES

DE BELIARD

M. X. . . caixeiro, com a idade de 36 annos, após uma grippe intensa com catarrho rhino-pharyngio d'uma extrema violencia, sente dôres e sensação de peso ao nivel do maxillar superior direito.

Curado da sua grippe, quasi sem tosse já, conserva todavia phenomenos dolorosos do lado do maxillar e um corrimento purulento bastante fetido pela narina direita. As sensações de plenitude do lado da face direita são mais pronunciadas quando o doente pende a cabeça para a frente; parece-lhe, diz, que alguma coisa se destaca profundamente da bochecha.

Perante a persistencia do corrimento purulento e o aggravamento das dôres, ás quaes se veem juntar nevralgias dentarias do lado direito, o doente apresenta-se á consulta de M. Cuvillier no hospital dos Enfants Malades. Diagnosticada a sua doença de empyema do antro d'Highmore, extrahem-lhe o primeiro molar: o doente não soube informar-nos do estado do dente, ignora se elle estava cariado.

Por uma perfuração feita no fundo do alveolo, escorre uma grande quantidade de pus.

Em seguida á intervenção collocou-se uma canula no orificio alveolar para assegurar a lavagem e drenagem.

O corrimento purulento diminue pouco a pouco, mas não desaparece, e o doente queixa-se vivamente da canula que não supporta senão a custo.

Emfim, o corrimento nasal tendo terminado este homem retira a canula e o orificio alveolar parece cicatrizar.

Dois mezes mais tarde, em consequencia d'uma corysa, o corrimento nasal reaparece bem como o cheiro fetido, sobretudo de manhã. O doente faz então lavagens das fossas nasaes com o siphão de Weber

e ainda que sinta algumas dôres ao nível do seio, tudo parece entrar na ordem após um mez aproximadamente.

Depois d'esta epocha, todavia, por varias vezes o doente nota que de manhã tem um gosto horrivel na bocca e a *entourage* percebe em certos dias um cheiro infecto do seu halito.

Passou-se assim um anno, durante o qual uma ou duas vezes, por occasião d'uma corysa, ou sem motivo apreciavel, o corrimento pelo nariz reaparece d'um modo passageiro ao mesmo tempo que o orificio alveolar se abre e deixa passar algumas gotas de pus fetido.

As coisas estavam n'este pé, quando em Março de 1900 uma nova exacerbação dos symptomas se produziu sem que se soubesse a que attribuil-os com exactidão. O doente não se inquieta em demazia, mas, perante a persistencia dos symptomas e tendo notado por outra parte que a face d'este lado se tornava nos ultimos mezes mais volumosa que a outra, veio á consulta.

Foi n'este momento que se pôde examinar completamente: A temperatura é normal, mas virifica-se que de tarde havia uma pequena elevação thermica e o doente sente um ligeiro mal-estar. Existe um pouco de cephalalgia habitual, moderada, não impedindo o trabalho intellectual. As principaes perturbações de que se queixa o doente são o corrimento purulento pela narina e sobretudo o mau gosto na bocca, bem como a fetidez do halito.

A primeira coisa que dá na vista é a asymetria facial provocada pelo inchamento. Todavia a palpação mostra que os dous maxillares são quasi semelhantes e á pressão determina-se um pouco de dôr do lado attingido.

Pela rhinoscopia anterior vê-se pus no meato medio cuja mucosa está inflammada e espessa. Alguns instantes depois que se desembaraçou o meato medio do contheído vê-se reaparecer pus completamente para traz, enquanto que adiante o infundibulum nasal não o contém. De resto o pus sahe cada vez em maior abundancia quando o doente fica por alguns instantes com a cabeça pendente entre as pernas,

A iluminação buccal na obscuridade confirma os dados fornecidos pelos outros symptomas: trata-se, pois, d'um empyema antigo e não curado do seio maxillar.

Do lado da bocca, a gingiva ao nivel do dente extirpado deixa ver uma cicatriz, no meio da qual existe um ponto violaceo e fistuloso que deixa irromper, sobretudo durante a acção de se assoar, algumas gotas d'um pus extremamente fetido.

Enviado ao hospital Necker foi-lhe feita a intervenção pela via buccal ao nivel da parede facial. Após anesthesia pelo chloroformio, o sulco gengivo-buccal é incisado, e depois de ter ruginado o periosteo penetra-se no seio perfurando a parede anterior proximo da fossa canina.

Escorre então uma quantidade moderada de pus, mas de cheiro repugnante; este pus vem misturado de fungosidades e de sangue.

Estabelece-se a drenagem pela via buccal com o auxilio d'uma mecha iodoformada com que se enche a principio o seio. Uma extremidade d'esta mecha, que sahe pela bocca, fixou-se á face cutanea.

No fim de seis dias, a mecha que uma vez fôra reformada, supprimiu-se, e o doente deixa o hospital, continuando a fazer lavagens pelo orificio buccal.

Depois, este orificio obliterou-se bastante rapidamente, mas o corrimento nasal reaparece de tempos a tempos com os mesmos caracteres que apresentava anteriormente.

O exame bacteriologico do pus, feito antes da operação, forneceu culturas de estreptococcus virulentos e culturas de staphylococcus dourados e brancos.

DE LIAMBEY

M. V. . . de 21 annos de idade vem consultar o doutor Luc, queixando-se de dôres infra-orbitarias do lado esquerdo, acompanhadas de inchaço bastante apreciavel do mesmo lado. Apresenta além d'isso um corrimento de pus não fetido pela fossa nasal correspondente. No dizer da doente, estes accidentes remontam a 25 de julho, epocha em que contrahiu uma corysa aguda muito intensa após um resfriamento.

Dois annos antes, a doente que soffria do segundo pequeno molar esquerdo, decidiu extirpalo; mas não sentiu n'este momento nenhum symptoma do lado do seio nem do nariz. Os outros dentes estavam de resto perfeitamente sãos.

A' rhinoscopia, M. Luc constatou signaes manifestos de rhinite atrophica bilateral.

Vê-se além d'isso que ha pus ao nivel do meato medio do lado esquerdo sómente.

A illuminação electrica da bocca na obscuridade permite constatar uma sombra bem nitida ao nivel da palpebra inferior esquerda, emquanto que a direita illumina-se normalmente.

Ao mesmo tempo a pupilla ocular esquerda permanece sombria, ao contrario da direita que se illumina.

A illuminação supra-orbitaria mostra que os dous seios frontaes são completamente translucidos.

A operação foi feita segundo o methodo de Luc.

O seio maxillar encontrava-se cheio de pus fetido e continha além d'isso uma grande quantidade de produções fungosas que estão principalmente accumuladas na parte antero-externa.

Esta observação estabelecerá, portanto, nitidamente a possibilidade de desenvolvimento de fungosidades intra-sinusiannas em um tempo relativamente

curto; com effeito, a suppuração não parece ter principiado ha mais de tres semanas approximadamente.

Nos dias que seguiram á-operação, fizeram-se injecções d'ether iodoformado pelo dreño na cavidade do seio.

21 de julho—A ferida parece estar cicatrizada de uma maneira completa.

N'esta data começou-se a fazer lavagens com uma solução boricada atravez o dreño nasal deixado no logar.

10 de agosto—O dreño foi definitivamente supprido, mas continuou-se a fazer pelo hiato artificial que lhe dá passagem, injecções por meio de uma sonda. As soluções empregadas para estas lavagens foram umas vezes agua boricada, outras vezes agua oxygenada.

A partir de 15 de setembro approximadamente, as lavagens não tornam a trazer pus e o liquido sahe perfeitamente claro.

A cura tem-se conservado desde então.

III

PESSOAL

M. N. . . de 39 annos de idade, viuva, jornaleira, entrou para o Hospital Geral de Santo Antonio no dia 8 de janeiro de 1901 por motivo de dôres e sensação de peso ao nivel do maxillar superior direito e na região frontal. Queixava-se além d'isso de um corrimento fetido e purulento pela narina do lado direito e principalmente pelos orificios posteriores das fossas nasaes.

Em 1899, no mez de janeiro, soffreu um violento ataque de gripe acompanhada de intensa cephalalgia que permaneceu durante muito tempo na fronte.

Havia por essa occasião um ligeiro corrimento pelo nariz não purulento nem apreciavelmente fetido.

Este estado prolongou-se pelo espaço de dois mezes aproximadamente, melhorando depois pouco a pouco até se apagarem de vez todos os symptomas morbidos.

Passado algum tempo, fere-a um resfriamento e consecutiva corysa com intensa cephalalgia, muito semelhante, no dizer da doente, á que soffreu quando teve o ataque de gripe; mas d'esta vez com abundante corrimento pelas narinas, a principio simples mucosidades, que mais tarde se transformaram gradualmente em purulentas e fetidas.

De manhã, principalmente, incommodava-a seriamente o pus que escorria pelos orificios posteriores das fossas nasaes devido ao seu gosto extremamente amargo, repugnante, provocando-lhe até algumas vezes vomitos.

O amargor era constante.

No mez de junho consultou, e por conselho do seu medico foi para as thermas de Monsão, onde durante 15 dias lhe foram applicadas inalações. Sentiu algumas melhoras, mas depressa os soffrimentos se exacerbaram.

Foram então feitas lavagens d'agua borica com o siphão de Weber durante algum tempo sem notavel aproveitamento.

Decidiu-se portanto, como ultimo recurso a procurar tratamento no hospital, onde esteve na enfermaria n.º 14, passando em abril á enfermaria de clinica cirurgica. Aqui fez-se a illuminação boccal com a machina de Luc e notou-se opacidade no seio maxillar do lado direito.

No dia 27 de junho foi feita a perfuração do seio pelo alveolo deshabitado do segundo pequeno molar. A quantidade de pus que sahiu, foi relativamente pequena, misturado de grumos com aspecto gelatinoso, lavando-se em seguida com agua borica. No orificio foi-lhe collocada uma canula para ulteriores lavagens, e ao mesmo tempo drenar e evitar a entrada de particulas alimenticias ou outras.

Pela evacuação do pus e consecutivas lavagens deterativas, diminuíram-lhe d'uma maneira notavel as dôres ao nivel do seio maxillar.

Continuava, porém, a queixar-se de sensação de peso e dôr na cabeça, accentuadamente na região frontal.

Um incidente appareceu agora que veio perturbar o bom curso do tratamento d'esta affecção :

A doente começou a queixar-se de dôres na região do ovario direito, que se accentuam de cada vez mais; dôres que já ha alguns mezes sentia, sem se preocupar com isso.

Feito o exame gynecologico, foi diagnosticado um kisto voarico e resolvida a intervenção que se realisou no dia 14 de outubro. A operação correu bem e a cura breve.

No dia 18 de dezembro, como as dôres da fronte persistissem e até tivessem augmentado, após exame pela illuminação electrica, o eminente professor dr. Roberto Frias intervem empregando o processo de Mayo Collier.

Fez uma insisão vertical media de uns tres centimetros e trepanou á direita e á esquerda. O pus era em pequena quantidade, mas um tecido fungoso affectava os dois seios. Curettou em seguida e lavou, drenando para o exterior com gaze iodoformada.

A doente seitiu um grande allivio. Não se conseguiu a cura completa ainda no seio frontal direito, porque o antro d'Higmore o infecta constantemente pelo ostiolo de comunicação apesar de todas as precauções.

A 9 de janeiro (1902) foi alargado o orificio anteriormente feito no alveolo, que tendia a obliterar-se.

Sahiram pôr esta occasião mais grumos e tem continuado sempre a sahir com as lavagens detersivas. Tem-se empregado a agua iodada tanto n'um como n'outro seio. No frontal tem-se applicado diariamente uma mecha embebida em chloreto de zinco a $\frac{1}{10}$.

A doente queixa-se de que algumas vezes, durante dias, sente uma pressão enfadonha no antro, augentando gradualmente até á dôr, como se qualquer coisa alli cresceisse. Depois, sahem numerosas fungosidades e desaparece o symptoma.

Esta sinusite highmorianna com a sua complicação frontal; os seus estaphylococcos e uma infinidade de especies de microorganismos da suppuração, as suas fungosidades provadas, um estado geral da doente em pessimas condições; pois que conta na sua historia clinica duas pneumonias, uma pleurizia, uma pericardite, segundo as informações que me forneceu um distincto clinico que a tratou, uma ovariotomia e demais a mais filha de pae tuberculoso e para coroar tudo isto uma neurasthenica confirmada, é realmente pathologia mais que sufficiente para concluir um prognostico grave.

Havia ainda mais que enumerar se isto não bastasse.

A cura radical, apesar de tudo, pelo methodo de Luc está perfeitamente indicada e já resolvida.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA.—A membrana higmorianna é um prolongamento da petuitaria.

PHYSIOLOGIA.— A entérokynase é fermento dos fermentos pancreaticos.

PATHOLOGIA GERAL.—O casamento consanguineo é um bem.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—O pus é constituido pelos destroços d'uma grande batalha.

MATERIA MEDICA.—O extracto da carne não é alimento.

PATHOLOGIA INTERNA.—Na tuberculose a hemoptyse precoce é d'um prognostico favoravel.

PATHOLOGIA EXTERNA.—As metrites suppuradas são abscessos pelo tratamento.

MEDICINA OPERATORIA.—A urethrotomia é o primeiro tempo d'uma operação.

OBSTETRICIA.—Na hemorrhagia uterina puerperal a tamponnagem resulta inefficaz.

HYGIENE.—Combater a tuberculose não é só combater o bacillo—é sobretudo combater a miseria.

MEDICINA LEGAL.—O medico que diz mal do seu collega rebaixa-se a si proprio.

Visto.
O presidente
Alfredo de Magalhães

Pode imprimir-se.
O director
Moraes Caldas

Erratas mais importantes

Paginas	Linhas	Onde se lê	Leia-se
21	4	autor	antro
24	6	molar	malar
38	12	tem	têm
47	28	affectado	infectado
51	1	Eu	Em
56	5	entrem	entram
60	7	constrictores	constrictores
63	13	menciona-se	menciono-a
64	2	phlegomosa	phlegmonosa
77	41	affectava	invadia
