

vm

MANOEL CERQUEIRA

**ARTHRITES ALVEOLO-DENTARIAS CHRONICAS
E O SEU TRATAMENTO**

NOVEMBRO DE 1919



17218 FMP

PORTO
TIPOGRAFIA DA EMPRÊSA GUEDES
244 — Rua Formosa — 248

—
1919

MANOEL LUIZ DE CARVALHO CERQUEIRA

ARTHRITES ALVEOLO-DENTARIAS CHRONICAS E O SEU TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

NOVEMBRO DE 1919



PORTO

TIPOGRAFIA DA EMPRESA GUEDES

244 - Rua Formosa - 248

1919

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETARIO

Alvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinarios

Augusto Henrique de Almeida Brandão	— Anatomia pathologica
Vaga	— Clinica e policlinica obstétricas
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	— Historia da medicina. Deontologia medica
João Lopes da Silva Martins Junior	— Higiene
Alberto Pereira Pinto de Aguiar	— Patologia geral
Carlos Alberto de Lima	— Patologia e terapeutica cirurgicas
Luiz de Freitas Viegas	— Dermatologia e sifilografia
Vaga	— Pediatria
José Alfredo Mendes de Magalhães	— Terapeutica geral. Hidrologia medica
Antonio Joaquim de Souza Junior	— Medicina operatoria e pequena cirurgia
Tiago Augusto de Almeida	— Clinica e policlinica medicas
Joaquim Alberto Pires de Lima	— Anatomia descriptiva
José de Oliveira Lima	— Farmacologia
Alvaro Teixeira Bastos	— Clinica e policlinica cirurgicas
Antonio de Souza Magalhães e Lemos	— Psiquiatria e psiquiatria forense
Manoel Lourenço Gomes	— Medicina Legal
Abel de Lima Salazar	— Histologia e embriologia
Antonio de Almeida Garrett	— Fisiologia geral e especial
Alfredo da Rocha Pereira	— Patologia e terapeutica medicas
Vaga	— Clinica das doencas infecciosas.

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias.

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

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

A meus Paes

A meu Tio

Dr. Antonio Cerqueira Magro

A M. A.

A meus Tios

A meus Irmãos

Aos meus amigos
e condiscípulos

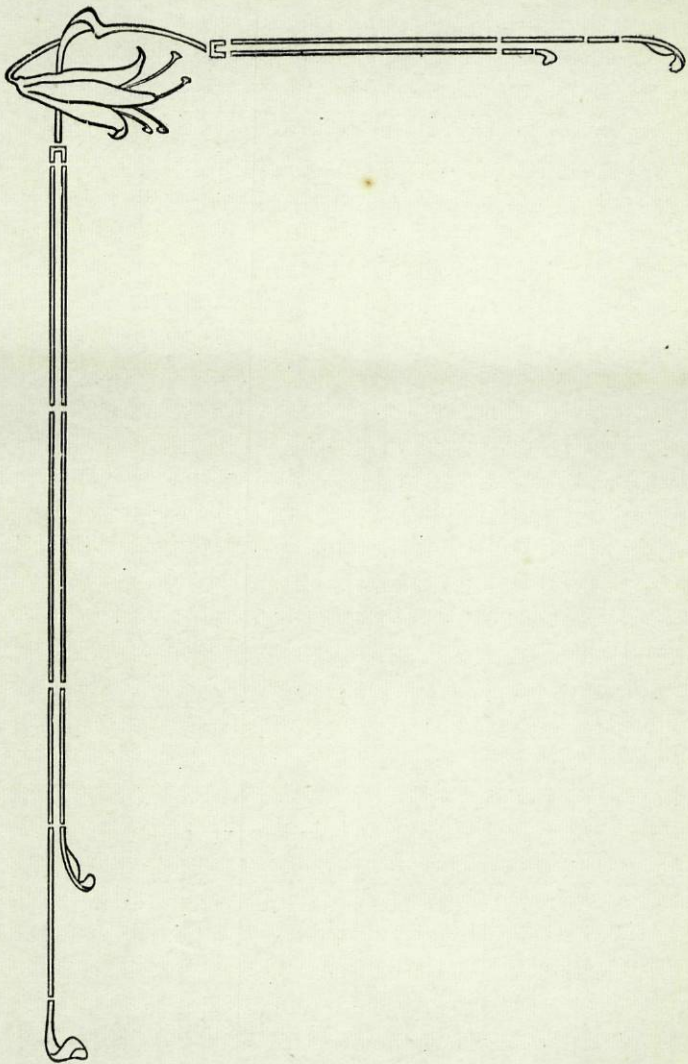
Ho illustre Corpo Docente

da

Faculdade de Medicina

Ho meu dignissimo Presidente de these

Dr. Alvaro Teixeira Bastos



PROLOGO

*N*ão tenho a pretensão de apresentar perante os doutos professores d'esta Faculdade um bom trabalho. É apenas o esforço da minha vontade e dos meus poucos conhecimentos que eu aqui trago para ser julgado.

*

* *

Mobilisado um mez depois de ter terminado o meu 5.º anno e tendo, desde então, trabalhado sempre na especialidade dentaria, ser-me-hia difficil qual-quer assumpto fóra d'este campo da medicina; e, porque em Portugal pouco se tem escripto sobre esta especialidade e menos ainda sobre o assumpto d'esta these, resolvi definitivamente encetar o meu trabalho.

Tem lacunas que eu mesmo reconheço, e entre ellas o tratamento da polyartrite chronica pelos arsenicaes. Só muito ao de leve conheço as ultimas publicações

sobre o assumpto e não me foi possível conseguir esses trabalhos apesar de, durante mais de um mez, ter insistido para que me fossem enviados.

É tambem difficil a separação dos processos agudos e chronicos, visto que a maior parte das vezes os ultimos derivam dos primeiros. Tive de vencer esta difficuldade, abrindo lacunas que tem de haver sempre que nos propozermos escrever n'um campo limitado.

Ha certos pontos em que me delive, na sua analyse, mais tempo do que á primeira vista pareceria necessario — theoria articular e anatomia pathologica — mas não foi irreflectidamente que o fiz. Sou um partidario da theoria articular, e portanto a sua descripção minuciosa impunha-se. As lesões anatomo-pathologicas essas teem uma importancia capital para a comprehensão dos symptomas, e, posso garantir, muitos erros de diagnostico e tratamento, nas arthrites alveolo-dentarias chronicas, vêm da ignorancia das lesões anatomo-pathologicas.

THEORIA DA IMPLANTAÇÃO MECANICA

Os antigos auctores, FAUCHARD, CUVIER, etc., consideravam a articulação alveolo-dentaria como uma simples implantação do dente no alveolo—como um prego n'uma prancha—d'onde o nome de gomphose.

Havia já para estes auctores uma noção de articulação, mas sem o sentido physiologico que hoje lhe ligamos.

Era simplesmente mecanica a relação entre o dente e o alveolo. Esta primeira ideia d'articulação immovel ou implantação mecanica deu lugar mais tarde á theoria periostica com os primeiros trabalhos de LEMAIRE (*Traité sur les dents*, 1822) e BLAUDIN em 1836, cheios de confusão, é certo, mas indicando já as primeiras bases para a theoria periostica magistralmente apresentada por MAGITOT.

THEORIA PERIOSTICA

MAGITOT, estudando os kystos radiculo-dentarios (kystos periosticos), dá da membrana peridentaria a que chamou perioceo alveolo-dentario a seguinte descripção que apresento em resumo (*Memoire sur les tumeurs du périoste et sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire*, 1873):

O perioceo alveolo-dentario é constituido por

um folheto membranoso simples de espessura variavel com a idade (mais espesso nas creanças). Na parte superior está em continuidade com a gengiva e na parte inferior com a bainha do feixe vasculo-nervoso pulpar.

Histologicamente o perioceo é constituido por celulas fibrosas, mais duras na parte que toca o dente, sem lymphaticos, sem fibras elasticas e com grande abundancia de filetes nervosos.

THEORIA ARTICULAR

Foi MALASSEZ que provou que aquillo a que MAGITOT e outros chamavam perioceo não era mais do que um ligamento.

Pela sua estructura e pelo seu papel physiologico este perioceo de MAGITOT em nada se assemelha ao perioceo ordinario. «Se existisse um verdadeiro perioceo entre o maxilar e o dente, a mastigação seria absolutamente impossivel, porque esta membrana se encontraria sujeita a compressões consideraveis atrozmente dolorosas em razão da sua grande riqueza em nervos».

Examinando ao microscopio cortes longitudinaes ou transversaes, comprehendendo ao mesmo tempo dente e partes visinhas do alveolo, não se vê nada que se possa assemelhar a um perioceo ou a qualquer outra membrana envolvente, mas sim grandes feixes circulares, mais espessos na parte superior, que ligam o alveolo ao dente. O feixe superior é mais espesso e insere-se perpendicularmente ao

dente; os outros dirigem-se obliquamente, ficando mais baixa a inserção do lado da superfície dental.

D'esta maneira o dente encontra-se como suspenso pelos seus feixes no interior da cavidade alveolar, não produzindo á mastigação compressões de que acima fallei. Além d'isso existe entre os feixes ligamentosos largos interisticios cheios de tecido celular, contendo no seu interior: vasos sanguineos, lymphaticos, corpúsculos de gordura, fibras nervosas, celulas conjunctivas e epitheliaes. Communicam atravez dos feixes tendinosos e almofadam, por assim dizer, a articulação, permittindo fazer-se em melhores condições a mastigação.

Para concluir, farei brevemente o estudo da articulação a que BELTRAMI chamou articulação do genero das amphiarthroses, servindo de passagem entre a amphiarthrose verdadeira e a diarthro-amphiarthrose.

EMBRYOLOGIA -- ANATOMIA

EMBRYOLOGIA — É durante o quinto mez de vida intra-uterina que o sacco folicular se fórma e desdobra em dois folhetos: um interno e outro externo.

O folheto interno (folheto cimentogenio), em relação com a papila dentaria, tem a seu cargo a formação do cimento da raiz. Uma vez terminada a sua função embryologica fica sobre a fórma de finissima membrana envolvendo o cimento. Sem nenhuma função physiologica póde todavia adquiriril-a em casos especiaes (hypercimentose).

O folheto externo transforma-se mais tarde em ligamento alveolo-dentario.

ANATOMIA — MALASSEZ e BELTRAMI consideram esta articulação sem synovial. Foi POISIER que primeiro nos descreveu esta articulação d'uma maneira completa — com superficies articulares, ligamentos e synovial.

SUPERFICIES ARTICULARES — D'um lado temos o cimento, superficie lisa, recoberto da sua fina membrana cimentogenea e do outro o alveolo que não é mais do que um grande espaço medular em comunicação com outros espaços medulares vizinhos.

LIGAMENTO ALVEOLO-DENTARIO — Este ligamento é constituido por um conjuncto de feixes fibrosos, formando em volta da raiz uma especie de diaphragma.

Mais espessos na parte superior, em que a inserção se faz perpendicularmente á raiz, vão-se tornando menos fortes á medida que se approximam do apex, mudando tambem a sua direcção — passam a inserir-se obliquamente de cima para baixo e de fóra para dentro.

A disposição em feixes circulares distinctos faz deixar entre elles espaços que vão augmentando á medida que se approximam do apex. Estes espaços (lojas interligamentosas) communicam entre si atravez dos feixes e são cheias por: vasos sanguineos, lymphaticos, corpusculos de gordura, fibras nervosas, celulas conjunctivas e epitheliaes. O inferior (espaço apical de BLACK) contém no seu meio o feixe vasculo-nervoso pulpar.

SYNOVIAL—Podemos com POISIER considerar cada uma das lojas inter-ligamentosas como outras tantas synovias, almofadando o dente no acto da mastigação sobretudo.

PHYSIOLOGIA

A obliquidade dos ligamentos conserva o dente em suspensão. Esta disposição é vantajosa sobretudo para a mastigação, poisque o dente teria tendencia a penetrar no alveolo, sujeitando-se a traumatismos violentos. Tem tambem uma acção de protecção antimicrobiana, em virtude da maneira intima como o primeiro feixe ligamentoso faz a sua inserção.

Da citada disposição ligamentosa podemos ainda tirar conclusões de ordem physiologica importantissimas. Durante a mastigação as lojas interligamentosas estão sujeitas a compressões e descompressões alternadas que activam sem duvida a circulação e portanto a nutrição do dente. A abolição d'esta funcção traria como consequencia arthrites de fórma congestiva.

ARTHRITE CHRONICA

ANATOMIA PATHOLOGICA—Feito o leve estudo embryologico, anatomico e physiologico da articulação alveolo-dentaria, resta fazer algumas considerações sobre a anatomia pathologica, symptomatologia e complicações, para em seguida entrar

francamente no capitulo — therapeutica — que bem mais interessa.

Não é facil fazer-se uma classificação regularmente precisa das lesões anatomo-pathologicas que podem apparecer durante a evolução d'uma arthrite chronica, em virtude de não conhecermos bem as causas que podem fazer com que uma dada arthrite tenha esta ou aquella evolução. Todavia podemos dizer que estas lesões resultam de duas especies de phenomenos:—phenomenos de neoplasia e phenomenos de reabsorção.

Estudemos estes phenomenos sobre o cimento, a parede alveolar e o ligamento.

CIMENTO—As paredes da raiz podem ser a séde de phenomenos de hypercimentose ou de hypocimentose.

HYPERCIMENTOSE—A hypercimentose é um trabalho de cimentite hypertrophiante, causada pela irritação da membrana cimentogenea. Desde que começa este trabalho neoplasico, o tecido diploico alveolar vae-se reabsorvendo, tornando-se as suas paredes extremamente finas, mas sem que o cimento neoformado se solde ás paredes do alveolo.

HYPOCIMENTOSE—É um trabalho de cimentite por rarefacção que, salvo casos raros (polyarthrite suppurada e arthrites chronicas suppuradas de origem peridentaria), principia ao nivel do apex. É variadissimo o numero de fórmias que póde apresentar bem como a hypercimentose.

PAREDE ALVEOLAR

A parede alveolar póde ser, como a raiz, a séde de phenomenos de neoplasia ou de necrose. No primeiro caso trata-se d'uma arthrite botonante e no segundo d'uma necrose molecular ou formação de sequestro.

OSTEITE BOTONANTE — Aparece-nos nas arthrites chronicas não suppuradas — por exemplo, nas raizes sujeitas á lei de BAUMÉ.

Á medida que se faz a expulsão da raiz, o espaço de BLACK vae-se enchendo de tecido diploico neoformado, diminuindo assim necessariamente a profundidade do alveolo. É facil constatar isto nas extracções de raizes não suppuradas, privadas ha muito tempo de suas coróas.

OSTEITE POR RAREFACÇÃO — Esta apparece nas arthrites chronicas suppuradas ou nos abscessos alveolares chronicos com necrose molecular. Esta necrose póde ser pequena e bem limitada ou extensa, servindo-nos esta ultima para designar procesos de necrose, invadindo as regiões visinhas da articulação (abobada palatina, seios, fossas nasaes, etc.). É portanto mais uma complicação da arthrite chronica do que uma lesão anatomo-pathologica da propria articulação.

A necrose alveolar limitada — a unica que estudamos aqui — póde ser periapical ou periradicular.

No primeiro caso, o espaço de BLACK augmenta em profundidade por necrose molecular, ficando o

apex completamente livre. No segundo, a necrose interessa a parede alveolar em parte ou em toda a altura. Muito poucas vezes se formam sequestros n'estas necroses alveolares, sendo porém necessario estar prevenido porque algumas vezes se encontra dentro da zona de necrose molecular um pequeno sequestro. Necrose molecular e sequestro, sem que derivem um do outro, são comtudo consequencias da mesma causa—a infecção arthro-dentaria.

LIGAMENTO ALVEOLO-DENTARIO

O ligamento alveolo-dentario póde ser tambem a séde de processos neoplasticos de natureza diversa.

Como ÉLIE FOURQUET no seu trabalho — *Arthrites alveolo-dentaires* — classificarei os processos de neoplasia em duas classes: neoplasias sem organização epiteliaal typica e neoplasias com organização epiteliaal typica, suppuradas ou não.

NEOPLASIAS SEM ORGANISAÇÃO EPITELIAL TYPICA — São aqui comprehendidas as fungosidades radiculo-dentarias magistralmente estudadas por MALASSEZ, os falsos kystos de CAVALIÉ e os granulomas simples de REDIER. Estas neoplasias apresentam-se sob a fórmula de botões exclusivamente conjunctivos ou conjunctivo-epiteliaes. Sempre em relação com o apex, mas podendo, segundo MALASSEZ, encontrar-se a qualquer altura da parede radicular. São o producto pathologico resultante da defeza arthro-dentaria no decurso da arthrite chronica.

NEOPLASIAS COM ORGANISAÇÃO EPITELIAL TYPICA
 --KYSTOS NÃO SUPPURADOS— Comprehendemos aqui os kystos radiculares de MALASSEZ, os granulomas kysticos de REDIER e os verdadeiros kystos de CAVALIÉ. Os kystos radiculo-dentarios são bolsas conjunctivo-epitelias rigorosamente fechadas e asepticas. As paredes são formadas externamente por uma camada de celulas conjunctivas e tapetadas internamente por uma membrana de epitelio pavimentoso. O conteudo é um liquido claro e seroso com crystaes de cholesterina. Quanto á sua situação podem ser apendiculares ou alveolares lateraes.

KYSTOS SUPPURADOS— Comprehendemos aqui os kystos radiculo-dentarios suppurados de MALASSEZ e os granulomas com abscesso de REDIER. A infeção do kysto póde ser expontanea ou provocada (durante uma punção).

O revestimento epitelial póde aqui faltar, seja por um phenomeno de degenerencia, seja por dissociação e descamação causada pela collecção purulenta contida no seu interior.

SYMPTOMATOLOGIA DA ARTHRITE CHRONICA

A symptomatologia das arthrites chronicas varia segundo se trata d'uma fórma não purulenta ou purulenta. Na fórma não purulenta descreverei a symptomatologia das duas grandes variedades: hypercimentose e fungosidades radiculo-dentarias.

HYPERCIMENTOSE

SIGNAES SUBJECTIVOS — Uma impressão desagradavel ao nivel da articulação doente que sob a influencia de causas várias (mastigação, menstruação, etc.), se póde transformar n'uma nevralgia contínua e rebelde.

Esta hypersensibilidade é contínua e provém de phenomenos de compressão progressiva e contínua dos feixes ligamentosos e dos órgãos contidos nas lojas interligamentosas (filetes nervosos em especial) pelo cimento neoformado.

SIGNAES OBJECTIVOS — Desde que a hypercimentose attinge um certo grau, a parede do alveolo começa a fazer saliencia, não depressivel, mas um pouco dolorosa á pressão. O dente perde a sua mobilidade normal, tornando-se doloroso á pressão e ao toque a sua sonoridade augmenta.

Dá a impressão d'uma ankylose arthro-dentaria.

FUNGOSIDADES RADICULO-DENTARIAS

SIGNAES SUBJECTIVOS — Impressão desagradavel intermitente que obriga o doente a apertar os dentes com força.

Se as fungosidades augmentam, attingindo grande volume, podem então causar nevralgias de fórmula intermitente mas rebeldes. A sensação de alongamento do dente é tambem um bom signal.

SIGNAES OBJECTIVOS — Ligeiro desvio do dente e

á pressão diminuição da sonoridade normal com dores. A mobilidade é maior do que no estado normal.

FÓRMA SUPPURADA (SEM FISTULA)

SIGNAES SUBJECTIVOS — Se a evacuação do puz se faz livremente, á medida da sua formação, pelo alveolo ou canal radicular, á parte um pouco de mau hálito, o doente nada sentirá que lhe chame a atenção. Se por qualquer motivo as vias de eliminação se obstruem, a arthrite transformar-se-ha em aguda ou subaguda, podendo mesmo complicar-se de abcesso.

SIGNAES OBJECTIVOS — Congestão da mucosa, dôr á pressão no vestibulo, mobilidade do apex pela palpação do dente (signal de BARDEN), vibrações do apex á percussão e crepitação dentaria, que se obtem imprimindo ao dente ligeiros movimentos de lateralidade ou torsão.

EXAME RADIOGRAPHICO

Desde alguns annos a radiographia tende a tornar-se corrente na clinica dentaria. Todo o dente attingido de arthrite chronica deve ser submettido ao exame radiographico para determinar a extensão das lesões e portanto o processo de tratamento a seguir.

PROGNOSTICO

A arthrite chronica póde evoluir sem complicações, arrastando-se longo tempo, ou então sob a in-

fluencia d'uma causa qualquer physiologica ou pathologica tornar-se aguda ou subaguda. A maior parte das vezes porém a arthrite torna-se o ponto de partida de complicações que apresentarei em resumo.

COMPLICAÇÕES DE VISINHANÇA

SUPPURAÇÕES CHRONICAS — FISTULAS — N'uma arthrite chronica suppurada, uma vez obstruidas as vias de eliminação naturaes (alveolo ou canal radicular), o puz acumular-se-ha no espaço de BLACK e procurará uma passagem para a sua evacuação. A migração ossea faz-se por perfuração do alveolo (CHASSAIGNAC — *Traité pratique de la suppuration*), vindo juntar-se debaixo do perioceo do maxillar. Póde perfural-o immediatamente assim como a mucosa gengival, ou então caminhar entre elles e abrir-se n'um ponto mais ou menos afastado do dente, na mucosa da bocca ou mesmo sobre a face ou pescoço — Fistula.

COLLECÇÕES PURULENTAS DE VISINHANÇA — Debai-xo do ponto de vista pathogenico nada differem das fistulas a não ser na resistencia que o perioceo oppõe á passagem do puz. Em face d'esta resistencia o puz collecciona-se debaixo do perioceo, dando origem a um abcesso infra-periostico identico pela sua symptomatologia ao abcesso que complica a arthrite aguda.

Desde que o escoamento do puz se faça para o seio do maxillar, a sua importancia augmenta.

Estudarei rapidamente o empyema do seio ou pyosinus e a sinusite chronica ou pyosinusite chronica.

EMPYEMA DO SEIO—Entende-se por empyema do seio todo o derrame de puz na sua cavidade, proveniente d'um orgão visinho e não tendo ainda feito soffrer á mucosa nenhuma alteração.

PATHOGENIA—Uma arthrite suppurada, por exemplo, ao nivel d'um grande molar superior. Por causa da reabsorção do tecido osseo, o puz encontra-se em contacto com a fibro-mucosa do seio. Sob a impulsão do puz a mucosa descolla-se, formando o chamado—falso empyema—que póde conservar-se muito tempo ou então perfurar a mucosa e lançar o seu puz no interior do seio. A tolerancia da mucosa por este puz estranho é grande, verificando-se pelas autopsias que são pequenissimas as alterações estructuraes d'esta em contacto com o puz.

SYMPTOMATOLOGIA—SIGNAES SUBJECTIVOS—Sahida intermitente de puz pela narina correspondente, a maior parte das vezes com mau cheiro. Este escoamento de puz só se nota no pyosinus bem accentuado.

SIGNAES OBJECTIVOS—Ausencia de dôr á pressão das paredes do seio, lesões dentarias do lado correspondente, signal de FRENKEL (ó doente collocado de pé, fazendo-o bruscamente curvar a cabeça para diante, se o puz fôr em quantidade grande dentro do seio, sae pela narina correspondente) e signal de HELING, que será descripto a proposito da sinusite chronica.

SINUSITE CHRONICA

A sinusite chronica póde seguir-se ao empyema. A mucosa torna-se espessa, de um centimetro e mais, e recobre-se de fungosidades em tal quantidade que por vezes o seio fica reduzido a um pequeno espaço em que mal cabe uma cureta.

SYMPTOMATOLOGIA — SIGNAES SUBJECTIVOS — Sahnida de puz com mau cheiro pela narina correspondente. A quantidade de puz é maior do que no empyema, o que não admira, porque aqui tem duas proveniencias: dente com todo o processo periedentario e seio.

SIGNAES OBJECTIVOS — Aos três symptomas descriptos para o empyema vem juntar-se o aspecto do rebordo da narina, pela manhã, recoberto de crostas de puz. O signal de HERLING, que passo a descrever, mostra-nos claramente o diagnostico nos casos de seio são, com empyema ou com sinusite chronica.

SIGNAL DE HERLING OU DIAPHANOSCOPIA — Funda-se na translucidez do seio que se obtem da maneira seguinte:— O doente estando deitado, n'uma camara escura, mette-se-lhe na bocca uma pequena lampada electrica accesa. Segundo o seio está são, com empyema ou sinusite chronica, assim nós colhemos aspectos differentes.

SEIO SÃO — Seio translucido, revelando-se a sua presença por uma mancha clara. A pupila é igualmente illuminada por acção da luz sobre a retina, ficando o seio separado da cavidade orbitaria por

uma sombra em fôrma de arco que representa o rebordo inferior da orbita.

EMPHYEMA—O seio é menos translucido e a pupila menos illuminada. Seio e cavidade orbitaria, sendo menos illuminados, o arco de sombra tambem será menos destacado.

SINUSITE CHRONICA—O seio e a pupila são completamente escuros, não se distinguindo mais o rebordo da orbita. No emphyema, fazendo-se o esvaziamento do puz, o seio torna-se bem translucido e a pupila bem illuminada, ao passo que na sinusite chronica a opacidade continua, porque n'esta deriva sobretudo da espessura exaggerada da fibro-mucosa.

NECROSES EXTENSAS

Vimos que a necrose, a maior parte das vezes, se limitava á raiz e partes visinhas do alveolo. Póde porém invadir o tecido osseo visinho da articulação e determinar assim necroses extensas que classificarei em dois grupos: necrose com formação de sequestro e necrose molecular.

NECROSE COM FORMAÇÃO DE SEQUESTROS—O puz, uma vez atravessada a lamela ossea do alveolo, póde colleccionar-se entre o alveolo e o perioceo, descollando este ultimo n'uma grande extensão. Fica assim o osso privado da sua principal fonte de nutrição e d'ahi a sua morte com formação d'um maior ou menor sequestro que, como bem sabemos, não tem tendencia a reabsorver-se.

Estes casos de necrose extensa podem appare-

cer-nos muitas vezes ao mesmo tempo que uma febre tyfoide, grippe ou syphilis.

NECROSE MOLECULAR—É mais frequente, de evolução mais lenta e não necessita de nenhuma perturbação geral para se desenvolver. Os seus productos de necrose vão sendo absorvidos á medida da sua formação e é tão lenta a sua evolução que se póde fazer durante vinte annos sem reacção notada nem apparecimento de fistulas.

ADENITES CHRONICAS

Durante a evolução d'uma arthrite chronica, a infecção póde ganhar lentamente os ganglios lymphaticos. A adenite implantada póde ficar muito tempo no estado de induração sem causar incommodo algum, ou então, sob a influencia d'uma modificação qualquer no estado geral, evoluir para a suppuração.

KYSTOS RADICULO-DENTARIOS VOLUMOSOS

Os kystos não suppurados, já estudados mais acima, podem ficar latentes ou então desenvolver-se lentamente e sem dôr. Uma vez attingido um certo tamanho a lamela ossea começa a adelgaçar-se até á sua reabsorção.

COMPLICAÇÕES A DISTANCIA

Só quando as complicações atingem um numero apreciavel de dentes é que a sua repercussão se faz sobre o organismo, quer pelo puz deglutivo, quer por via sanguinea. TELLIER descreve estas perturbações geraes d'uma maneira bem completa, analysando-as e classificando-as, desde o embaraço gastrico, com cheiro especial de fermentações, diminuição de appetite, sem crises dolorosas, algumas leves perturbações intestinaes, até á fórmula septicemica com symptomas gastro-intestinaes accentuados e febre. É sobretudo o estado geral que nos chama a attenção n'esta fórmula septicemica. Feita a extracção das raizes, tratamento dos dentes e da gengiva, todos estes symptomas desaparecem.

THERAPEUTICA

A therapeutica das arthrites chronicas alveolo-dentarias comprehende dois modos de tratamento differentes: tratamento por suppressão do dente ou raiz e tratamento para a sua conservação.

(A) TRATAMENTO PELA SUPPRESSÃO DO DENTE

A extracção é um processo ideal e radical de tratamento, mas colloca o doente em condições de ordem esthetica e physiologica que bem devem fazer meditar o dentista que systematicamente se propõe

fazel-as mesmo em casos de arthrites dentarias simples. Hoje, que as funcções digestivas e o papel importantissimo que os dentes n'ellas desempenham, não fallando mesmo na mutilação que as extracções produzem na esthetica do individuo, são tão bem estudadas, não se justifica a extracção se não n'aquelles casos em que o tratamento conservador foi impossivel fazer-se ou n'aquelles em que a esthetica é altamente favorecida, sem prejuizo para a mastigação.

INDICAÇÕES DE EXTRACÇÃO—Temos de recorrer á extracção todas as vezes que se trate de dentes attingidos de graves complicações: necrose alveolar extensa, empyema do seio do maxillar, sinusite chronica de ordem dentaria, adeno-phlegmões de repetição, osteomyelite do maxillar; e de todas as raizes attingidas de reabsorção radicular, improprias portanto para qualquer utilização de prothese. As raizes separadas do grupo dos molares, bem como raizes com fistulas cutaneas antigas, abrindo-se longe do dente, devem igualmente ser extrahidas.

INDICAÇÕES DE EXTRACÇÃO NA CRIANÇA (dentes temporarios)—Só devemos fazer a extracção dos dentes temporarios attingidos de arthrite alveolo-dentaria nos casos que vou enumerar:

1.º Quando a affecção sobrevem na época da queda normal.

2.º Quando a extracção póde favorecer o apparecimento regular dos dentes da segunda dentição.

3.º Quando os phenomenos geraes forem muito accentuados.

4.º Quando o dente temporario estiver reduzido a raizes improprias para qualquer trabalho conservador.

TECNICA OPERATORIA

Sobre technica operatoria apenas farei leves referencias ao momento em que a extracção deve ser feita.

Antigamente, indicava-se a extracção «a frio» porque durante o periodo agudo podia ser a porta de entrada de agentes pathogenicos no alveolo que n'estas condições se encontra, por causa do seu processo inflammatorio, n'um estado de menor resistencia. Hoje, a experiencia clinica mostra que é bem mais importante o esvaziamento do puz com a extracção «a quente», e que os perigos de invasão microbiana não são muito para temer. Com a extracção, o processo inflammatorio não pára immediatamente, mas esta priva-o d'um fóco que directa ou indirectamente o alimentava.

Entre nós, portuguezes, sentimentaes por temperamento, sem paciencia para soffrer, não é muito corrente fazer-se «a quente». Quando a extracção se impõe, temos de enganar o doente, dizendo-lhe não ser muito dolorosa ou então lutar para o vencer.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

CUIDADOS IMEDIATOS — Faz-se seguir a extracção de lavagens antisepticas abundantes quentes. Nos casos de necrose alveolar limitada ou fungosi-

dades suppuradas faz-se a curetagem alveolar com uma freza. Esta curetagem não só retira em grande parte as fungosidades e tecido necrosado como estimula o tecido osseo para o seu trabalho de reparação.

CUIDADOS MEDIATOS — Lavagens quentes da bocca com agua oxygenada, permanganato, borato de soda, etc., apoz as refeições, até á cicatrização.

(B) TRATAMENTO CONSERVADOR

O tratamento conservador deve ser symptomatico e causal.

TRATAMENTO SYMPTOMATICO

<i>Revulsivos locais</i> . . .	{	Galvanocauterio ao rubro sombrio. Thermocauterio. Collutorios. Fomentações.
--------------------------------	---	---

A alcoolatura de raizes de aconito e tintura de iodo em partes eguaes constitue um optimo collutorio ao mesmo tempo revulsivo e analgesico.

<i>Revulsivos a distancia</i> — Banhos sinapisados.	{	Sangria local por escarifi- cação gengival.
<i>Derivativos locais</i> . . .		Sanguesugas.
<i>Derivativos a distancia</i> — Um purgante salino.		

<i>Medicação analgesica</i>	{	Aplicações de gêlo.
<i>local</i>		Loções sedativas.
<i>Medicação analgesica</i>	{	Collutorios.
<i>a distancia</i>		Antipirina.
		Veronol, etc.

TRATAMENTO CAUSAL—O tratamento das arthrites chronicas é sobretudo causal, isto é, dentario. Tem por fim combater a infecção, seja á custa de substancias medicamentosas, seja destruindo cirurgicamente as partes necrosadas. O conjuncto de methodos a seguir póde ser dividido em duas classes:—methodos directos e methodos indirectos, segundo atacamos directamente por processos cirurgicos as proprias lesões radiculo-alveolares ou actuamos indirectamente sobre as mesmas lesões enchendo os canaliculos de substancias medicamentosas.

(A) METHODOS DIRECTOS

RESECÇÃO DO APEX OU PROCESSO DE CL. MARTIN (DE LYON)

Esta operação consiste na reseccão, dentro do alveolo, do apex bem como das partes osseas visinhas, atacadas de necrose. É a CLAUDE MARTIN que cabe a honra de primeiro ter apresentado a technica d'esta operação (*Technique opératoire dans la resection de l'apex «in situs»*).

É indicada para todos os dentes do maxillar superior, sendo preferivel ao processo de reimplanta-

ção, nos molares, sobretudo quando uma só raiz está atacada de arthrite chronica. Se porém se tratar da raiz palatina, o caso não é tão simples por causa da visinhança da arteria palatina superior. Póde ser tentada esta operação nos dentes do maxillar inferior, menos no grupo dos molares, em virtude do apex ficar muito mais baixo do que o sulco vestibular.

A resecção do apex é indicada nos casos de hypercimentose em anel ou esphera da extremidade da raiz, na hypocimentose periapical limitada, nas fungosidades radiculo-dentaria de MALASSEZ, supuradas ou não e nos falsos kystos de CAVALIÉ. Tem alguns inconvenientes esta operação: — Não se poder avaliar a extensão do processo morbido, possibilidade d'uma resecção exagerada ou incompleta e ás vezes tornada longa e difficil por causa de anomalias da raiz.

TECHNICA OPERATORIA

A technica operatoria, como a descreve CLAUDE MARTIN, comprehende cinco tempos.

PREPARAÇÃO DO CAMPO OPERATORIO — Faz-se uma limpeza, a mais completa possivel, do dente a operar e visinhos, mandando tambem ao doente, desde vinte e quatro horas antes da operação, fazer repetidas e abundantes lavagens antisepticas da bocca, com agua oxygenada, borato de soda, etc. A seguir faz-se a anesthesia da região com um soluto de chlorydrato de cocaina, por exemplo, ou novocaina.

TREPANAÇÃO DO ALVEOLO E RESECÇÃO DO APEX —
Faz-se em três tempos.

a) *Fixação do apex*—Consiste em procurar o apex ao nível do vestibulo por meio d'uma sonda introduzida no canal radicular. Servimo-nos para isto d'uma sonda lisa de aço. Pela sua rigidez indica se a raiz apresenta ou não curvaturas anormaes. Uma vez que o doente se queixe d'uma pequena dôr comparavel a uma picada, paramos, retiramos a sonda, fixando o ponto que rasa a carie e adaptamos-a sobre o dente. Assim, teremos sobre a mucosa gengival approximadamente a posição da extremidade da raiz. A posição do apex pôde tambem ser determinada pela sua vibração á percussão do dente.

b) *Incisão da fibro-mucosa*—Pôde fazer-se ao bisturi ou enlão com o thermocauterio, atravessando d'uma só vez fibro-mucosa e perioceo.

c) *Trepanação da lamina alveolar e resecção do apex*—A trepanação faz-se com um trepano especial (modelo CL. MARTIN, WITE ou qualquer outro). Introduz-se o trepano na abertura da fibro-mucosa, põe-se o torno em movimento e corta-se successivamente a lamina ossea externa, tecido diploico e apex. Se a posição do apex não foi bem determinada pegamos n'uma freza e cortamos para a direita e para a esquerda até o attingir, retirando-o depois com uma pinça.

LAVAGENS ANTISEPTICAS -- Pelo canal radicular fazemos repetidas lavagens com agua oxygenada, permanganato ou mesmo agua phenicada e depois

seccamos com ar quente. Estas lavagens tem por fim, além da sua acção antiseptica, arrastar para fóra do campo operatorio todos os restos osseos que ficaram da trepanação.

OBTURAÇÃO DO CANAL — Depois de bem sêcco o canal radicular, o que é muito facil desde que a ultima lavagem tenha sido feita com ether sulfurico, introduz-se-lhe uma ponta de gutta com um pouco de pasta antiseptica (oxpara ou oxydo de zinco, iodoformio e essencia de cravo), fazendo com que a extremidade do cone ultrapasse a raiz reseccada. Com uma espatula aquecida corta-se a parte que invade o campo operatorio, limpa-se a carie com uma freza e obtura-se a cimento ou amalgama.

Não convem fazer n'esta occasião qualquer trabalho a ouro, para evitar ao dente uma série de traumatismos muito prejudiciaes n'esta altura.

CUIDADOS CONSECUTIVOS — A chaga é deixada a nu, ficando a sua cicatrização completa no fim de quinze dias ou três semanas. Tratando-se d'uma bocca limpa, basta fazer durante o periodo de cicatrização lavagens repetidas com borato ou bicarbonato de sodio, mas se a bocca é séde de outras lesões, é conveniente que essas lavagens sejam feitas com agua oxygenada dibuida a $\frac{1}{3}$.

Em quatro casos de reseccão do apex que operei em campanha apenas um não foi seguido de bons resultados. Implantou-se uma fistula que não pode tratar por motivo de ter sido obrigado a evacuar esse doente para a base. Havia um pequeno sequestro que pelo diagnostico não tinha sido pos-

sível suspeitar. N'um outro caso, a resecção teve de ser muito baixa pelo que ficou o dente com uma mobilidade grande.

REIMPLANTAÇÃO DO DENTE OU ENXERTO POR RESTITUIÇÃO

Esta operação, praticada a primeira vez por ALQUIÉ, de Montpellier, consiste na extracção do dente, resecção do apex, obturação do canal e carie, curetagem do alveolo e raiz, apoz o que novamente se colloca o dente no alveolo, retendo-o até a sua consolidação total por qualquer dos methodos que descreverei mais tarde.

Esta operação não deve ser feita senão quando as lesões alveolares forem pouco extensas. Será, pois, contraindicada nas arthrites chronicas supuradas com necrose extensa bem como nos casos de hypercimentose diffusa.

TECHNICA OPERATORIA

Comprehende seis tempos:

PREPARAÇÃO DO CAMPO OPERATORIO — O doente será submettido desde alguns dias antes a uma hygiene rigorosa da bocca. Faz-se a anesthesia do campo operatorio e ao lado colloca-se uma solução a 2 % de agua phenicada para mergulhar o dente logo apoz a extracção.

EXTRACÇÃO — É feita delicadamente afim de não fracturar a raiz ou o alveolo. Feita esta, mergulha-se

imediatamente o dente na solução phenicada que já temos preparada.

TRATAMENTO DO ALVEOLO — Faz-se a curetagem do alveolo, com uma freza não muito cortante, para retirar todas as fungosidades e tecidos necrosados bem como para provocar uma reacção cicatricial muito favoravel á consolidação do enxerto. A curetagem será seguida de lavagens com agua oxygenada ou agua phenicada a $\frac{1}{100}$. Isto feito, colloca-se no alveolo uma bola de algodão e deixa-se ficar assim emquanto se trata o dente.

TRATAMENTO DO DENTE — Retira-se com uma pinça o dente do banho antiseptico, colloca-se sobre uma compressa anteriormente preparada e com uma pinça cortante faz-se a resecção do apex.

Alarga-se o canal radicular e conclue-se a seguir a obturação da cavidade depois de convenientemente preparada e os canaes cheios de gutta.

REIMPLANTAÇÃO — Retira-se a bola de algodão e, pegando no dente com a mão direita, colloca-se no alveolo bem lentamente afim de ir expulsando todo o liquido antiseptico ou hemorragico ahi accumulado. Deve-se procurar dar ao dente a mesma posição que anteriormente occupava.

CONTENÇÃO E CUIDADOS CONSECUTIVOS — A contenção póde fazer-se por meio d'um aparelho de prothese anteriormente preparado, ou então por meio d'um fio metallico, que tem a grande vantagem de permittir facilmente grandes lavagens anti-septicas. Ao fim de oito dias retira-se o aparelho ou fio metallico.

Este processo de reimplantação é sempre melhor accite pelo doente do que a resecção do apex, *in loco*, poisque a parte da technica que o poderia atemorizar é a extracção do dente, operação essa a que vem já resolvido quando nos procura.

CURETAGEM ALVEOLO-RADICULAR

É a MAURICE ROY que cabe a honra de ter apresentado este processo (*Le curettage alveolo-radicalaire dans les abcès alveolaires chroniques*, 1909), embora AMOÉDO ja tivesse feito largas referencias a um outro basilarmente egual que apresentou no Congresso de Medicina de Madrid. As suas grandes vantagens são sobretudo nos casos de lesões alveolares extensas, em que a intervenção por via canalicular não foi seguida de bons resultados.

TECHNICA OPERATORIA

Comprehende quatro tempos:

INCISÃO DA FIBRO-MUCOSA — Esta incisão faz-se ao nivel da extremidade apical ao bisturi ou ao thermocauterio depois de preparado o campo operatorio.

TREPANAÇÃO DA PAREDE ALVEOLAR — Faz-se com uma freza redonda, abrindo a seguir largamente para descobrir o fóco infeccioso.

CURETAGEM ALVEOLO-RADICULAR — Consegue-se tambem com uma freza não muito cortante.

LAVAGENS ANTISEPTICAS DO CAMPO OPERATORIO E CUIDADOS CONSECUTIVOS — Terminada a curetagem, toca-se a chaga com uma solução de chloreto de

zinco a $\frac{1}{10}$, desinfecta-se o canal radicular e oito dias depois completa-se a obturação. Ao fim de cinco ou seis semanas a cura será completa.

(B) METHODOS INDIRECTOS

Os methodos indirectos tem por fim combater a lesão alveolo-dentaria, tratando a causa inicial, isto é, a infecção pulpar. São innumerous os processos de tratamento e quasi póde dizer-se que cada dentista tem o seu que guarda para si em segredo e com ciume. Qualquer que seja o processo o fim é sempre o mesmo:—Fazer desaparecer as lesões arthro-dentarias pela esterilização dos canaes radiculares.

Na impossibilidade de descrever todos os methodos até hoje empregados limitar-me-hei á descripção d'aquelles que se tem imposto pelos seus resultados.

METHODO DE SIFFRE OU METHODO PELO EMPREGO DO ACIDO SULFURICO E D'UMA MISTURA DE PERBORATO DE SODIO E GLYCERINA

As grandes vantagens d'este methodo derivam da acção do acido sulfurico sobre as materias organicas. Não tem grande acção antiseptica (quatro ou cinco vezes menor do que a do biodeto de mercu-rio), mas em compensação é enorme o seu poder destructivo das materias organicas. É um dos medicamentos mais inoffensivos e menos dolorosos,

privilegio este que lhe vem da sua acção acabar logo que a materia organica é destruida. É um optimo deshydratante e em presença da dentina calcificada destroe-a.

No emprego do acido sulfurico temos que usar sondas de cobre em virtude da sua acção sobre o aço.

TECHNICA OPERATORIA

DESINFECÇÃO DOS CANAES RADICULARES — Prepara-se num godet uma mistura, de consistencia pastosa, de perborato de sodio e glicerina que com uma sonda de cobre se introduz nos canaes radiculares. A seguir colloca-se na cavidade pulpar uma bola de algodão embebida em acido sulfurico. Esta, pela acção do acido, transforma-se n'uma especie de geleia que com a sonda é tambem introduzida nos canaes. Desde que deixe de se desenvolver hydrogenio sulfurado é porque terminou a acção do acido sobre a materia organica. Completamos este primeiro tempo da operação lavando os canaes com alcool e seccando-os.

OBTURAÇÃO — Póde fazer-se uma obturação provisoria ou então, se o estado dental o permittir e não temermos as consequencias, fazer immediatamente uma obturação definitiva.

Muitas vezes me tenho utilizado d'este methodo e sempre com os melhores resultados. Em campanha empregava-o correntemente e apesar de ter de improvisar sondas de cobre nem por isso os resultados foram maus.

METHODO PELO EMPREGO DO FORMOL ASSOCIADO A OUTRAS SUBSTANCIAS MEDICAMENTOSAS

O formol actua localmente sobre o meio pulpar e a distancia sobre os tecidos periapicaes. Tem uma acção desinfectante e antiseptica a que se póde juntar a não menos importante — esclerogenica.

Torna os elementos organicos impudreciveis depois de ter parado a decomposição e neutralizado os productos que d'ahi derivaram. É portanto o methodo de escolha para os casos de arthrite chronica suppurada de origem pulpar. Para reforçar a sua acção, alguns auctores juntam-no ao trikrésol, creosota, etc. Descreverei apenas a unica combinação que tenho empregado — formol e trikrésol.

TRATAMENTO PELO TRIKRÉSOL E FORMOL OU METHODO DE BUCKLEY — N'uma arthrite chronica suppurada de origem pulpar encontramos, na sua camara e canaes, productos de decomposição representados por: — acido sulfhydrico, ammoniaco, gorduras e agua. É para transformar estes productos nocivos em corpos inoffensivos que BUCKLEY emprega o formol e o trikrésol que actuam da seguinte maneira: — o formol transforma o acido sulfhydrico em corpos inoffensivos (enxofre e methano) e combinando-se com o ammoniaco dá a urotropina tambem inoffensiva. O trikrésol dissolve as gorduras e transforma-as em lysol que é antiseptico.

TECHNICA OPERATORIA

1.^a SESSÃO — Lava-se a cavidade pulpar, depois de preparada, com alcool, sem nos occuparmos dos canaes, e introduz-se ahi uma bola de algodão com uma mistura em partes eguaes de formol e trikré-sol. Obtura-se com gutta, deixando-se com esse penso durante um ou dois dias.

2.^a SESSÃO — Retira-se o penso antigo e colloca-se na camara pulpar outro a que se addiciona um pouco de oxydo de zinco, sulfato de zinco e glycerina. Obtura-se novamente com gutta e deixa-se assim oito dias.

3.^a SESSÃO — Retira-se a gutta e, sem mais tocar na camara pulpar, faz-se a obturação definitiva.

Este methodo é muito simples e ao alcance de todos, sendo os seus resultados immediatos optimos. Á parte uma pequena reacção dolorosa, que quasi sempre apparece a seguir á primeira sessão, nada mais notei nos casos que tenho tratado por este processo. Nenhum dos doentes que tratei por este methodo voltei a ver, pelo que ignoro se mais tarde houve qualquer complicação ou processo reaccional. Era campanha de maneira que me appareciam pontualmente durante o tratamento, visto que assim conseguiam uns momentos de descanso, mas uma vez tratados nunca mais os tornava a ver, apesar de sempre lhes pedir que todas as vezes que acampassem proximo me visitassem.

Em vista d'isto, não tenho dados para poder dizer, sobre este methodo, quaes os resultados tar-

dios, mas sou de opinião de que, este methodo, embora o seu auctor se esforce por affirmal-o de escolha, não deve ser empregado a não ser nos casos de catheterismo difficil ou impossivel dos canaes radiculares.

TRATAMENTO POR OUTROS MEDICAMENTOS

Não é para desprezar o processo antigo de tratamento pela desinfecção dos canaes e camara pulpar com agua oxygenada e lavagens de alcool, seguido de pensos de iodoformio, essencia de cravo e oxydo de zinco.

TRATAMENTO DE ALGUMAS COMPLICAÇÕES DA ARTHRITE CHRONICA

FISTULAS — Sendo a fistula uma complicação symptomatica das lesões radiculo-alveolares, basta o tratamento d'estas para que a sua cura se faça sem tratamento especial. A extracção, desde que não haja sequestro ou bolsa kystica que entretenha a suppuração, ou os methodos directos e indirectos de tratamento, é bastante garantia para que sem mais nada em poucos dias se produza a sua cura.

Podemos para activar a cicatrização usar liquidos antisepticos que, injectados pelo canal dentario e sahindo pelo orificio da fistula, arrastam não só os productos putridos ahi contidos, como esterilizam em parte as suas paredes. São contraindicadas as injeções de liquidos causticos em virtude de

reacções inflammatorias que podem provocar e mesmo em fistulas de longo tracto determinar phenomenos de necrobiose por vezes d'uma certa gravidade. Além d'isso, é um trabalho inutil porque a causa é alveolo-dentaria, e enquanto ella existir a fistula não cura.

ÉLIE FOURQUET emprega, como injeccão antiseptica, a agua oxygenada, seguida de injeccões de ether sulfurico. Sendo o ether o ultimo a ser injectado arrasta a agua oxygenada que possa ahi ter ficado e deixa, devido á sua volatilizaçãõ, o tracto completamente sêcco. Se o processo de necrose fôr muito extenso é inevitavel a extracção, seguida de curetagem e lavagens do alveolo no caso de necrose molecular e de sequestrotomia no caso de haver sequestro já com uma certa mobilidade.

PYOSINUS OU EMPYEMA DO SEIO — Impõe-se a extracção immediata do dente, seguida d'uma leve curetagem do alveolo e de lavagens com agua fervida. É preciso durante esta manobra evitar a entrada no antro de HYGMORE.

KYSTOS VOLUMOSOS — O seu tratamento póde fazer-se por extirpação da bolsa kystica ou pela sua destruição no proprio logar. A extirpação comprehende quatro tempos:

- a) Incisãõ horizontal da fibro-mucosa no ponto mais saliente.
- b) Incisãõ da lamela ossea que recobre a bolsa kystica.
- c) Descollamento da bolsa em toda a sua extensãõ.

d) Adaptação das partes molles sobre o osso.

A destruição no proprio local é feita ao thermocauterio, d'uma maneira muito simples.

Abre-se ao thermocauterio a bolsa kystica no ponto de maior declive. Injecta-se uma mistura de formol e creosota, seguida de lavagens com um liquido antiseptico e deixa-se cicatrizar livremente.

TRATAMENTO DA POLYARTHRITE ALVEOLO-DENTARIA

Debaixo do ponto de vista clinico, a polyarthrite póde ser sêcca ou suppurada. A fórma sêcca passa muitas vezes despercebida ao doente. É quando ella toma a fórma suppurada, isto é, pyorrhœica que o doente nos procura.

Antigamente recommendava-se, como unico tratamento efficaz, a extracção. Hoje só em casos extremos, depois de ter recorrido a todos os meios ou por imposição do doente, é que fazemos a extracção.

O tratamento póde ser local ou geral.

TRATAMENTO LOCAL

TRATAMENTO PREPARATORIO — Limpeza completa dos dentes, feita docemente e em sessões seguidas.

TRATAMENTO DA LESÃO

a) Methodos cirurgicos (reimplantação e incisão da gengiva seguida de cauterizações.

b) Methodos medicos (acido chromico e acido sulfurico).

A applicação do acido chromico faz-se da maneira seguinte:— Limita-se bem o campo operatorio com rolos de algodão, para evitar a invasão da saliva, apoz o que se secca rigorosamente o fundo de sacco pyorrhico com mechas de algodão. Com uma ponta fina de madeira collocam-se alguns crystaes do acido no fundo de sacco, fazendo-se cinco minutos depois uma lavagem abundante com agua fervida para arrastar o acido em excesso.

Para o acido sulfurico é preciso empregar um fio de cobre e a lavagem final faz-se com um soluto saturado de bicarbonato de sodio.

Ao doente recommendamos tambem de em sua casa fazer uso de escovas não muito asperas, lavagens antisepticas repetidas, massagens gengivae e de mastigar alternadamente dos dois lados da arcada dentaria.

TRATAMENTO GERAL

Instituir ao doente um tratamento apropriado afim de modificar o estado de nutrição quasi sempre incriminado como predisponente á pyorrhia alveolar.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA — A anatomia póde explicar-nos dores simultaneas do thorax e braço.

PHYSIOLOGIA — A mastigação seria impossivel sem a disposição especial dos ligamentos da articulação alveo-dentaria.

HISTOLOGIA — Os globulos sanguineos são no nosso organismo verdadeiros agentes de policia.

MATERIA MEDICA — Prefiro os purgantes salinos abundantes e pouco concentrados.

PATHOLOGIA GERAL — Tão importante como a virulencia dos agentes pathogenicos é a resistencia do individuo.

ANATOMIA PATHOLOGICA — A hypercimentose é um phenomeno de cimentite hypertrofica.

PATHOLOGIA EXTERNA — As ulceras são as complicações mais frequentes das varizes.

HYGIENE — A hygiene da bocca é indispensavel á conservação dos dentes.

PATHOLOGIA INTERNA — Os symptomas toxicos são os mais frequentes no começo da tuberculose.

OPERAÇÕES — Operar é facil; o que é difficil é saber operar.

CLINICA MEDICA — A cura de diurese é um bom processo de tratamento nos arthriticos.

CLINICA CIRURGICA — Ser-se abstencionista n'uma operação é muitas vezes signal de bom senso clinico.

PARTOS — O casamento d'uma cardiaca nem sempre é contraindicado.

MEDICINA LEGAL — As prisões são para muitos escolas de crime.

ESTOMATOLOGIA — Contraindico o uso de substancias causticas no tratamento das fistulas dentarias.



Visto.

Teixeira Bastos,

PRESIDENTE.

Póde imprimir-se.

Maximiano Lemos,

DIRECTOR.