

N.º 542

João Baptista Gonçalves Pavão

RESECÇÃO DO MAXILLAR INFERIOR

E SUAS INDICAÇÕES

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA E DEFENDIDA  
PERANTE

A ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

SOB A PRESIDENCIA DO EXC.º SNR.

DR. MANOEL RODRIGUES DA SILVA PINTO

PORTO

Papelaria e Typographia Azevedo

38, Largo dos Loyos, 40

1885

37/1 ENC

ra o dia 25 de Junho de 1885,  
e a hora da tarde.

Presidente - O Sr. Manuel  
Rodrigues da Silva Pinto

Jornal - Sr. Soares

Deputados - { Pedro Augusto Dias  
Antonio Joaze de Moraes  
raes Baldas  
Antonio de Barros e Maia  
Vicente Urbino de Freitas

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

## DIRECTOR

O ILL.<sup>mo</sup> E EXC.<sup>mo</sup> SNR. CONSELHEIRO, MANOEL M. DA COSTA LEITE

## SECRETARIO

O ILL.<sup>mo</sup> E EXC.<sup>mo</sup> SNR. RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## CORPO CATHEDRATICO

### LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.<sup>mos</sup> E EXC.<sup>mos</sup> SNRS.

1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre
2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia	Antonio d'Azevedo Maia.
3. <sup>a</sup> Cadeira — Materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeuticamente externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas. Pedro Augusto Dias.
5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria	
6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeuticamente interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica	Manoel de Jesus Antunes Lemos.
11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia geral.	Dr. José F. Ayres de Gouveia Osorio.
12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Isidoro da Fonseca Moura.

### LENTES JUBILADOS

Secção medica	{ Dr. José Pereira Reis. José d'Andrade Gramacho. João Xavier d'Oliveira Barros.
Secção cirurgica	{ Antonio Bernardino d'Almeida. Conselheiro, Manoel M. da Costa Leite.
Professor de Pharmacia	Felix da Fonseca Moura.

### LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	{ Vicente Urbino de Freitas. Antonio Flacido da Costa.
Secção cirurgica	{ Augusto Henriques d'Almeida Brandão. Ricardo d'Almeida Jorge.

### LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
------------------	----------------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação  
e enunciadadas nas proposições.  
(Regulamento da escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.)

Á MEMORIA

DE

MEU PAE, DE MINHA SOGRA E DE MEU IRMÃO

**João Baptista Gonçalves Pavão**

**D. Eufrasia Borges d'Abreu**

**Dr. José Maria Gonçalves Pavão**

A MINHA MÃE

---

A MINHA MULHER

E

A MEU FILHO

A MEU SOGRO

---

A MEUS IRMÃOS

---

A MEUS SOBRINHOS

A MEUS TIOS

ESPECIALMENTE

*Cypriano Borges d'Almeida*

---

A MEUS PRIMOS

ESPECIALMENTE

*Manceo Ignacio Pinto Machado*

---

AO MEU PARENTE E AMIGO

*José Carlos Rodrigues da Costa*

E SUA EXC.<sup>MA</sup> ESPOSA

---

AO MEU COMPADRE E AMIGO

O ILL.<sup>MO</sup> E EXC.<sup>MO</sup> SNR.

*D. Antonio Noronha de Menezes*

AOS JLL.<sup>mos</sup> E EXC.<sup>mos</sup> SNRS.

*Dr. Antonio Claro da Fonseca*

*Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas*

*Capitão. José Augusto Pinto Machado*

AOS MEUS CONDISCIPULOS

PARTICULARMENTE

*Domingos dos Santos Pinto Pereira*

*Eduardo Coutinho d'Oliveira Motta*

---

AOS MEUS AMIGOS

PARTICULARMENTE

*Antonio Nascizo Alves de Brito Junior*

*Henrique dos Santos Feizzeira*

*P.<sup>o</sup> João Rodrigues da Costa*

*José da Cunha*

*Manoel Ferreira Correia Lopes Parrigas*

*Pedro Pinto Gonçalves Pimenta*

À MEMORIA

DOS MEUS CONDISCIPULOS

JOSÉ FERREIRA DE MACEDO AGUIAR

E

JOAQUIM JOSÉ MARQUES D'ABREU JUNIOR

AO MEU PRESIDENTE

O EXC.<sup>mo</sup> SNR.

Dr. Manoel Rodrigues da Silva Pinto

## INTRODUCCÃO

---

Foi em 1812 que Dupuytren praticou pela primeira vez a resecção parcial do maxillar inferior.

A observação repetida dos traumatismos graves da maxilla com perdas consideraveis de substancia e seguidos de cura, suggeriram ao illustre cirurgião a edeia de practicar methodicamente a ablação parcial do osso com um fim therapeutico.

Dado este primeiro impulso cujos resultados favoraveis se não fizeram esperar, novas operações se praticaram cada vez mais extensas e completas.

Em 1820 reseccou Palmiri metade do maxillar inferior, foi seguido n'este caminho por Graeffe e Mots em 1821 e 1822. Em seguida Liston, Lisfranc e Maisonneuve introduziram esta operação na practica corrente da cirurgia e prepararam assim o caminho que mais tarde devia conduzir os operadores á ablação completa do maxillar inferior. Esta operação practicaada primeiro por Bocca, Cornachon e Maisonneuve foi brevemente seguida por todas as summidades chirurgicas d'aquella epocha.

Hoje a resecção da maxilla inferior em parte ou na totalidade é uma operação que entrou definitivamente na practica da cirurgia vulgar. E' no entanto

uma operação que exige da parte do clinico toda a prudencia e circumspecção e um conhecimento perfeito do assumpto; porque se é certo que na maioria dos casos não offerece sérias difficuldades, ha circumstancias especiaes que a podem tornar extremamente difficil e perigosa.

Foi attendendo a este ultimo ponto e á frequencia relativa das affecções dos maxillares, que escolhemos como assumpto da nossa dissertação o breve estudo que vae seguir-se sobre as operações que se practicam na maxilla inferior.

É sem duvida incompleto; mas o tempo de que podemos dispôr não permittiu mais largo desenvolvimento.

Antes de entrarmos no estudo dos differentes processos empregados na resecção parcial ou ablação completa do maxillar inferior, é indispensavel possuir um conhecimento exacto da forma e estructura d'este osso, das suas relações com os orgãos visinhos e finalmente da natureza e séde das lesões que n'elle se podem desenvolver exigindo a intervenção do operador.

É d'estes differentes assumptos que temos a occupar-nos na primeira parte do nosso trabalho insistindo de preferencia sobre a topographia da região e sobre a natureza e séde das lesões osseas, porque estes dois pontos prendem-se directamente com duas questões praticas importantissimas: AS INDICAÇÕES E O MANUAL OPERATORIO.

Occupemo\$-nos primeiramente da anatomia normal; em seguida estudaremos a questão de pathologia.

# PRIMEIRA PARTE

---

## CAPITULO I

### O maxillar inferior

#### **Topographia da região**

O maxillar inferior é um osso mediano composto de duas partes, uma horizontal em forma de ferradura *corpo do osso*, e duas verticaes, *ramos montantes*. Pondo de parte as minuciosidades descriptivas, diremos apenas que o corpo do osso se divide em duas partes: uma inferior ou basilar, composta de tecido esponjoso e envolvida por uma goteira de concavidade superior formada de tecido compacto, eburneo e resistente, cujo periosseo espesso se destaca facilmente, e uma parte superior ou alveolar formada de tecido esponjoso e cujo periosseo pouco espesso se reduz a laminas delgadas, transversalmente dirigidas entre os alveolos dentarios.

Cada um dos ramos montantes offerece na sua extremidade superior duas saliencias, a apophyse coronoidea e o condylo, separadas pela chanfradura sy-

gmoidea ; na primeira insere-se o musculo temporal, o segundo é destinado á articulação tempero-maxillar.

Duas palavras sobre o apparelho articular.

A articulação tempero-maxillar é uma dupla condyliana, unica na economia pela disposição e forma das suas superficies articulares, que são ambas convexas, uma formada pelo condylo e outra pela raiz transversa da apophyse zigomatica do temporal. Estas duas superficies são separadas por um menisco eliptico, biconcavo cujas duas superficies não se amoldam ás superficies osseas correspondentes, formando assim duas articulações contendo cada uma, uma synovial distincta.

Uma capsula fibrosa tenue envolve o apparelho articular completado por um ligamento lateral externo e por dois ligamentos internos, discriptos pelos auctores com o nome de spheno-maxillar e stylo-maxillar.

Estes dois ultimos ligamentos são tam insignificantes e tam pouco relacionados com a articulação, que muitos auctores os despresam, considerando como verdadeiro ligamento interno o ligamento externo do lado opposto e por consequente as duas articulações como uma só, completando-se mutuamente.

Feita esta discripção summaria, estudemos agora mais detidamente a topographia da região ou das relações existentes entre as differentes partes do osso e as regiões circumvisinhas.

Conservamos ainda n'esta parte a divisão do osso em *corpo* e *ramos* ; mas estudaremos á parte as relações da articulação tempero-maxillar.

Corpo do maxillar. — É formado por toda a porção do osso intermediaria aos dois ramos montantes ;

temos a considerar n'este segmento uma superficie externa, uma superficie interna, e dois bordos, um superior e outro inferior.

A *superficie externa* é coberta pela porção de face correspondente á região do mento, a qual é limitada, posteriormente pelos bordos anteriores dos masseteres, na parte inferior pelo bordo inferior da maxilla e superiormente, na parte media, pelo sulco mento-labial inferior, e lateralmente por uma linha que, partindo do sulco mento-labial se prolonga até ao bordo anterior dos masseteres.

Encontram-se n'esta região os órgãos seguintes: a pelle com os seus caracteres proprios e o tecido celular subcutaneo d'onde partem feixes fibrosos, que adherem solidamente ao periosseo. Na parte media estes feixes são atravessados pelas fibras dos musculos *borla da barba, quadrado da barba, triangular do labio inferior e cuticular*. No espaço situado entre o triangular e o masseter de cada lado existem apenas por baixo da pelle as fibras do cuticular e na parte posterior d'este espaço, juncto ao bordo anterior do masseter encontram-se a *arteria e veia facial e um ganglio lymphatico*.

Finalmente ao nivel do collo do segundo pequeno molar e a meia distancia dos dois bordos do osso encontra-se sahindo do buraco da barba o *nerve e arteria do mesmo nome*.

Alem dos vasos mencionados como mais importantes existem n'esta região ramusculos da facial, submental e dentaria inferior, de calibre insignificante.

O resto da superficie externa do corpo do maxillar, situado acima da região da barba, constitue a

parede posterior da semi-circunferencia inferior do vestibulo da bocca. É a face externa do rebordo alveolar inferior forrada pela gengiva.

Nenhum orgão ali se encontra digno de menção.

*Superfície interna.* — É dividida naturalmente em duas partes pela inserção do musculo mylo-hyoideo; a parte superior pertence ao pavimento da bocca, a parte inferior á região supra-hyoidea.

A parte pertencente ao pavimento da bocca divide-se ainda em dois segmentos; o 1.º vem desde a inserção do mylo-hyoideo até á reflexão da mucosa sobre o rebordo alveolar; n'elle se encontram as inserções anteriores dos musculos genio-hyoideo e genio-glossos, a base da bolsa serosa sublingual, cuja altura é de 40 a 45 millímetros, e a parte anterior das glandulas sublinguaes, que se approximam sensivelmente do osso; o 2.º é representado por toda a superficie que fica superior a reflexão da mucosa. É a face posterior do rebordo alveolar inferior forrada pela gengiva.

Cumprê observar que não se prolongando a bolsa sublingual para além dos segundos pequenos molares de cada lado, todo o resto da superficie posterior ou interna do maxillar inferior pertencente ao pavimento da bocca, deixa de ser dividida nos dois segmentos a que acabamos de nos referir.

Todo o resto da superficie posterior do corpo do maxillar inferior pertence á região supra-hyoidea. Na parte media d'esta superficie encontra-se a inserção anterior do digastrico; nas partes lateraes encontram-se as glandulas sub-maxillares, encostadas ao osso, rodeadas pelos ganglios lymphaticos sub-maxillares e,

envolvidas por um desdobramento da aponevrose cervical.

A arteria e veia faciaes correm ao longo do bordo superior da glandula, e em seguida cruzam o bordo inferior da maxilla para percorrerem os limites posteriores da região da barba.

*O bordo inferior* dá inserção ao cuticular, á aponevrose cervical superficial e é cruzado aos lados, como já dissemos, pela arteria e veia faciaes e por alguns ramos da submental.

*O bordo superior* é formado pelas arcadas dentarias, e nada offerece de importante debaixo do ponto de vista operatorio em que nos collocamos.

Pelo estudo que acabamos de fazer vê-se claramente, que a ablacção d'uma parte do corpo do maxillar inferior não póde offerecer serias difficuldades debaixo do ponto de vista da possibilidade de lezar orgãos importantes; e é uma operação relativamente facil e isenta de perigos se a secção inevitavel do genio-glosso, nas inserções que interessam a parte media do osso, não der lugar em alguns casos a accidentes graves devidos á oclusão subita da glotte, pela queda da lingua e abaixamento simultaneo da epiglottle. Quando nos occuparmos da parte operatoria veremos os meios de obviar a este inconveniente.

Vamos agora estudar as relações do ramo montante e da articulação tempero-maxillar.

O ramo montante tem uma face externa, uma face interna e quatro bordos: anterior, posterior, superior e inferior.

Começemos pela face externa, que corresponde á região masseterina da face. Os orgãos comprehendidos

n'esta região são de fóra para dentro os seguintes : 1.º a pelle com os caracteres proprios forrada na sua face profunda por algumas fibras do cuticular, 2.º o tecido cellular sub-cutaneo, 3.º o prolongamento anterior da glandula parotida envolvido entre duas laminas aponevroticas, e a porção masseterina do canal de Sténon, que percorre transversalmente a parte media da superficie externa do masseter, acompanhado pelo ramo tempero-facial do nervo facial e pela arteria transversa da face. Mais abaixo e no mesmo plano corre o ramo cervico-facial do mesmo nervo, 4.º o musculo masseter, 5.º finalmente o periosseo do ramo montante em cuja parte inferior proximo ao angulo se inserem algumas fibras do masseter.

Face interna — Partindo da cavidade boccal para o exterior encontramos successivamente: 1.º a mucosa, 2.º o musculo pterygoideo interno, 3.º o ligamento spheno-maxillar, a arteria e nervo dentarios inferiores, que penetram no canal dentario superior, o nervo mylo-hyoideo, ramo do dentario inferior, o nervo lingual e finalmente 4.º o periosseo em cuja parte inferior proximo ao angulo da maxilla se inserem as fibras do pterygoideo interno.

Bordo inferior — Nada offerece de notavel a não ser a inserção das fibras do masseter, e a inserção, juncto ao angulo, d'um feixe fibroso que separa a região supra-hyoidea da região parotidiana.

O periosseo da face interna continua-se com o da face externa passando sobre o angulo da maxilla de sorte que podemos considerar os dois musculos, o pterygoideo interno e o masseter, cujas inserções inferiores se tocam ao nivel do angulo, como se fosse um

musculo digastrico tendo os seus ventres ligados pelo periosteo.

O bordo inferior apresenta a chanfradura sygmoidea por onde passam a arteria e o nervo masseterinos, e que separa a apophyse coronoidea do condylo da maxilla.

Começemos por estudar a disposição das inserções musculares do temporal sobre a apophyse coronoidea.

A inserção faz-se por meio d'um tendão volumoso e resistente cujas fibras se implantam nos dois bordos e no vertice da apophyse abrangendo ao mesmo tempo as duas faces, interna e externa, da mesma apophyse. Relativamente a estas duas ultimas inserções devemos notar que na superficie externa a area de implantação é insignificante, ao passo que na superficie interna as inserções descem quasi até á base da apophyse. O conhecimento d'esta disposição é importantissimo em medicina operatoria, porque, sem duvida, a secção do musculo temporal na desarticulação da maxilla representa um dos tempos mais difficeis da operação, e exige uma attenção particular como veremos, quando nos occuparmos d'este assumpto na segunda parte do nosso trabalho.

Bordo anterior — Nada offerece de notavel.

Bordo posterior — Constitue o limite anterior da região parotidiana, e é envolvido por verdadeira goiteira formada pela glandula parotida. A arteria carotida externa e a veia correspondentes passam a pouca distancia na espessura da parotida.

É egualmente costeado pelo nervo facial e pelas arterias transversa da face e maxillar interna proximo ao collo do condylo. D'aqui podemos desde já inferir

a gravidade que póde ter o porlongamento da incisão por detraz do ramo montante até á extremidade anterior do tragus ; pela lesão inevitavel de vasos e nervos, que pelo processo de Maisonneuve se póde facilmente evitar.

Taes são os principaes conhecimentos d'anatomia topographica indispensaveis para o perfeito conhecimento das localisações pathologicas e para uma avaliação concenciosa dos differentes processos até hoje empregados nas resecções parciaes ou ablação completa do maxillar inferior.

Completaremos a primeira parte do nosso trabalho pela exposição succinta dos differentes estados morbidos, que reclamam a pratica da resecção, e pelo estudo das indicações geraes a que temos de obdecer para assegurar tanto quanto possivel o bom exito da nossa intervenção.

---

## CAPITULO II

### Lesões osseas que exigem a resecção

#### **Indicações geraes**

A resecção do maxillar inferior póde tornar-se necessaria em duas circumstancias essencialmente distinctas: 1.º quando existe uma lesão vital ou organica do tecido osseo, que põe em grave risco a vida do doente, pelo seu ulterior desenvolvimento, ou pelas complicações a que póde dar lugar, e quando essa lesão, pela sua natureza, não é susceptivel d'uma intervenção menos energica; 2.º como operação preliminar em certos casos de tumores da lingua ou do pavimento da bocca, que não possam ser extirpados na integra pelos processos ordinarios. É a resecção temporaria do maxillar inferior.

Tendo a occupar-nos especialmente do primeiro grupo de resecções, passemos á enumeração succinta dos estados morbidos que as reclamam.

*A carie e a necrose* constituem naturalmente um primeiro grupo de lesões em que a resecção está por vezes indicada; mas a importancia capital d'esta operação encontra-se sem duvida no extenso grupo dos tumores que pódem affectar uma parte ou a tota-

lidade da maxilla. Occupemos-nos successivamente de cada um d'estes grupos.

*Carie e Necrose.* Estas duas lesões d'ordem vital são em geral d'origem inflammatoria.

A primeira, quasi sempre consecutiva a uma periostite gommosa ou tuberculosa, assenta por isso mesmo n'um terreno mais ou menos modificado pela syphilis ou pela escrophulose. É uma verdadeira destruição molecular, que partindo das camadas superiores tende a invadir a pouco e pouco a totalidade do osso.

A necrose tem uma origem mais francamente inflammatoria, e póde abranger desde logo uma area mais extensa. É umas vezes devida a uma periostite com descollamento concentrico do periosseo pela collecção purulenta, outras vezes a uma ostéite primitiva, que compromette a vitalidade do osso pela violencia das suas manifestações e obliteração de vasos importantes ou propagação subsequente ao periosseo.

Embora a indole do nosso trabalho não comporte largas considerações sobre este importante assumpto, é no entanto indispensavel para o conhecimento preciso das indicações operatorios, uma exposição succinta das formas anatomo-pathologicos da lesão e das condições especiaes que principalmente concorrem para a regeneração das partes necrosadas ou destruidas.

A suspensão dos processos nutritivos n'um segmento mais ou menos extenso do osso é a causa immediata da necrose. As modificações dyscrasicas do sangue ou as perturbações circulatorias locais representam portanto um papel capital. É na propria estrutura do tecido osseo que vamos encontrar a principal

causa prelisponente da necrose. Encerrados nos canaes de Havers os capillares destinados á nutrição local não podem expandir-se debaixo da influencia da pressão sanguinea, que acompanha o processo phlegmasico; obliteram-se tanto mais facilmente quanto maior fôr a estreiteza dos canaes. Por outro lado a circulação collateral á custa dos vasos de nova formação não póde effectuar-se com a rapidez necessaria pela lentidão com que se effectuam todas as modificações da substancia ossea. D'este conjuncto de circumstancias resulta a facilidade com que a necrose invade um osso atacado de osteíte ou periostite suppurada, principalmente quando a sua extractura é extremamente compacta e dotada porisso mesmo d'uma circulação pouco activa.

A intensidade do processo phlegmasico, a rapidez maior ou menor com que se effectua a obliteração d'uma certa area vascular, a existencia ou não existencia de predisposição morbida e a natureza d'essa predisposição, influem poderosamente na modalidade de producção do sequestro. Nas inflamações francas e intensas, principalmente d'origem traumatica, o sequestro forma-se rapidamente pela supressão subita da circulação, e offerece os caracteres do osso normal.

Pelo contrario nas inflamações lentas d'origem diathetica, dynamica ou toxica o sequestro encontra-se com os caracteres proprios da osteíte rarefaciente ou condensante, em todo o caso profundamente modificado pelas condicções anormalas d'uma vitalidade morbida preexistente á necrose. É a esta forma que Ollier dá o nome de *necrose cariaca ou secundaria* em opposição a *necrose franca ou primitiva*.

Estas duas formas de necrose differem essencialmente pela natureza intima do processo pathologico, e tem um prognostico differente debaixo do ponto de vista da regeneração consecutiva do osso necrosado. Nos casos de necrose franca, se a violencia da inflamação não destruir os elementos osteogenicos, estes conservam intacta a sua actividade formadora e a regeneração é frequente; pelo contrario, nos casos de necrose cariosa os elementos formadores profundamente alterados na sua vitalidade pela modificação dyscrasica, apenas póde formar, como producto d'uma actividade morbida, alguns osteophytos isolados, absolutamente insufficientes para tornar proveitoso o processo regenerador, se uma intervenção appropriada não conseguiu despertar a actividade propria d'esses elementos.

Entre estas duas formas extremas encontram-se grande numero de formas intermediarias, dependentes da extrema diversidade das variantes etiologicas, e das tendencias morbidas individuaes.

Encarando este assumpto debaixo do ponto de vista especial em que nos collocamos, vejamos as differentes formas que póde affectar a necrose do maxillar inferior, no tocante a extensão e posição do sequestro e as suas relações com o osso de nova formação.

A necrose póde affectar:

- 1.º—O rebordo alveolar, e a parte intra-boccal n'uma extensão maior ou menor.
- 2.º—O bordo inferior do osso.
- 3.º—Os ramos montantes.
- 4.º—A metade direita ou esquerda do maxillar.
- 5.º—A totalidade do maxillar inferior.

No primeiro caso a eliminação espontanea do sequestro faz-se rapidamente, n'um periodo de tempo que raras vezes excede quatro mezes. É o contrario que succede no caso de necrose do ramo montante e do bordo inferior, ahi o predominio do tecido compacto retarda consideravelmente a eliminação, e é porisso que em certos casos de necrose de meta le ou da totalidade do maxillar inferior, a eliminação é muito lenta, podendo prolongar-se de 15 mezes a dois ou tres annos, e mais.

A causa da necrose influe tambem poderosamente na rapidez da eliminação; os sequestros consecutivos á periostite das febres eruptivas graves eliminam-se rapidamente.

Qualquer que seja a causa da necrose, e abstrahindo apenas das violencias traumaticas, que separam rapidamente um segmento mais mais ou menos consideravel do osso, a separação dos sequestros opera-se á custa da reacção das partes que conservaram intactas a sua vitalidade propria. É um trabalho de medulisação peripherica, que pouco e pouco vae substituindo o tecido osseo, por um tecido medular destinado a uma organização subsequente nos limites da lesão. Ha portanto durante muito tempo uma zona de vitalidade obscura e de reparação incerta, cujos limites não podem precisar-se, e durante a qual a separação artificial das partes necrosadas não póde offerecer garantias solidas d'uma cura definitiva, pela possibilidade da formação de novos sequestros, á custa d'essas mesmas partes, cuja vida não póde prolongar-se por mais tempo.

Além d'isso os sequestros incompletamente sepa-

rados, em cuja periphèria se encontram ainda partes dotadas d'uma certa vitalidade que as ligam ao periosseo ou ao tecido osseo visinho, são em geral bem tolerados e exercem em muitos casos uma acção benèfica, estimulando pela sua presença o trabalho neoformador das camadas osteogénicas do periosseo, e das granulações medulares dos canaes d'Havers.

N'estes casos toda a intervenção operatoria deve limitar-se á extracção do sequestro, logo que se encontre totalmente separado; não ha portanto necessidade d'uma verdadeira reseccção, salvo nos casos em que o sequestro invagina-lo no osso de nova formação, exija para a sua extracção a abertura artificial d'uma passagem.

Embora seja este o caminho que geralmente deve seguir-se, ha circumstancias especiaes, que exigem uma intervenção mais prompta, não permittindo esperar pela separação completa da parte necrosada. Quando a presença do sequestro incompletamente formado dá lugar a phenomenos de reacção local exaggerados; quando uma suppuração abundante se estabelecer esgotando rapidamente o doente; quando finalmente todos os symptomas observados nos fazem receiar pela vida do doente ou pelo compromettimento das propriedades osteogénicas do periosseo, visivelmente ameaçadas pela intensidade dos phenomenos locais; a indicação n'estes casos é perfeitamente clara: devemos intervir immediatamente praticando a reseccção e extrahindo pelo ferro toda a parte do tecido osseo cuja vitalidade duvidosa nos faça receiar a formação de novos sequestros. E é tanto mais justificado este procedimento, nos casos especiaes de necroses do ma-

xillar inferior, quanto é certo que n'estes casos, além dos inconvenientes de todas as suppurações prolongadas e abundantes, acresce a intoxicação possível pela ingestão continua de pus, que banha a cavidade buccal, e que se altera rapidamente ao contacto do ar e das secreções proprias da mucosa inflamada.

Em geral a mobilidade dos sequestros indica a separação completa e porisso mesmo o momento mais proprio para intervir; mas ha casos em que a mobilidade não existe apesar da completa separação da parte necrosada. É n'estes casos de invaginação ou fixação pelos osteophytos, que devemos guiar-nos pelo tempo decorrido e pelos caracteres do pus, que em geral se modificam logo que o trabalho de separação se completou.

Todas as vezes que a desnudação do osso dura ha mais de quinze mezes, e que por outro lado a suppuração deixou de ser franca e bem ligada, sahindo apenas pelas fistulas uma saliva perulenta, a intervenção operatoria está indicada. Esperar mais tempo seria comprometter a vitalidade do osso de nova formação, pela irritação constante que provoca a presença do sequestro.

Pelo que deixamos dito vê-se que a necrose da maxilla inferior póde exigir uma verdadeira resecção, embora na maioria dos casos a intervenção do clinico se limite á extracção do sequestro, umas vezes pela cavidade buccal (necrose do rebordo alveolar) outras pelas aberturas fistulosas da face, préviamente dilatadas ou largamente seccionadas, segundo os casos (necrose da parte basilar ou das apophyses montantes).

Nos casos de necrose phosphorada a marcha lenta

e progressiva da lesão, subordinada a uma intoxicação geral do organismo, exige maior circumspecção na extracção prematura dos sequestros, e na pratica da reseccão. Em geral a extracção tardia, depois de bem mobilizado o sequestro, e de melhorado o estado geral, dá resultados muito satisfatorios; e n'este ponto adoptamos plenamente as authorisadas opiniões de Guérin, Vernuil e Maisonneuve; accetamos a reseccão tardia como regra geral; mas aconselhamos uma operação immediata todas as vezes que o estado geral do individuo se encontra seriamente compromettido pela abundancia da suppuração e pela deglutição continua de pus.

*Hypertrophia.* A hypertrophia do maxillar inferior pode affectar duas formas diversas: a fórma diffusa (leontiasis ossea de Virchow) absolutamente incuravel, e a fórma circumscripta ás arcadas alveolares, umas vezes congenita e abrangendo a totatidade da arcada, outras vezes limita-la a segmento maior ou menor do rebordo alveolar, d'um prognostico benigno e cujo tractamento exclusivo é a reseccão da parte hypertorphiada.

*Tumores.* É n'este grupo de lesões cujo desenvolvimento é frequente nos maxillares que se encontram a maior parte das indicações de reseccão. A quasi totalidade dos tumores conhecidos podem desenvolver-se na maxilla inferior predominando sempre, como é natural, os que de preferencia affectam o systema osseo em geral. Mas além d'estes ha um grupo bem definido, privativo dos maxillares e intimamente ligados a um vicio de conformação ou a uma alteração no systema dentario. É por isso que se torna neces-

saria a divisão dos tumores da maxilla inferior em dois grupos essencialmente distinctos: os tumores d'origem dentaria e os tumores d'origem não dentaria.

No primeiro grupo comprehendem-se os *kistos dentarios* e os *tumores odontopathicos*; no segundo toda a serie de tumores que pôdem desenvolver-se nos maxillares independentemente do *systhema dentario*.

Começemos por estes ultimos incontestavelmente mais frequentes.

*Kistos dentarios*.—Os *kistos* ou *affecção kistica* das maxillas é uma doença relativamente pouco frequente sobretudo quando independente da evolução dos dentes. Em todos os casos observados se nota uma predilecção incontestavel pela maxilla inferior. De causa desconhecida, talvez ligada á irritação provocada pelas *affecções dentarias*, desenvolvem-se no tecido esponjoso e affectam em geral a forma multilocular, de cavidades communicantes ou distinctas, forradas por uma membrana propria e contendo no seu interior um liquido de composição variavel, umas vezes incolor e mucoso, outras seroso e sanguinolento e outras, finalmente caseiforme e consistente. Os *kistos uniloculares* não dentarios são extremamente raros e porisso mesmo incompletamente estudados.

As indicações da *resecção* nos *kistos* da maxilla inferior limitam-se aos casos especiaes em que o tratamento pela abertura e cauterisação não nos offerece garantia sufficiente pelo extremo volume do kisto e pela natureza suspeita das paredes, que não raras vezes se encontram constituídas pelos elementos caracteristicos dos tumores *condromatosos*, *sarcomatosos* ou outros de gravidade incontestavel. N'estes casos,

e quando um kisto unilocular apresenta um volume extraordinario a reseccão por largo abrangendo metade ou a totalidade da maxilla, está rigorosamente indicada, como unico tractamento verdadeiramente efficaz.

Fibromas.—São relativamente raros e podem apresentar-se debaixo de tres formas distinctas — *centraes*, *sub-periosseos* e *pediculados* (épulides fibrosas ou polypus das gengivas).

Todas estas formas tem um crescimento lento, são quasi sempre indolentes, não affectam os ganglios, na generalidade dos casos apenas incommodam pelo volume ou pelos accidentes inflammatorios a que podem dar lugar; finalmente recidivam raras vezes depois da extirpação. Apesar d'este prognostico benigno a reseccão parcial está indicada, principalmente tendo em vista a possibilidade d'um erro de dignostico e a transformação do fibroma em tumor sarcomatoso d'um prognostico essencialmente grave.

Em face d'estas considerações principalmente applicaveis á forma sub-periossea difficil de distinguir do sarcoma, é indispensavel reseccar de modo que o tumor seja extrahido na integra. É este o ponto capital que devemos ter sémpe em vista nos tumores da maxilla inferior, deixando em segundo plano a indicação, embora importantissima, de conservar um segmento do bordo inferior que, evitando uma pseudarthrose, garanta ao mesmo tempo a integridade de forma indispensavel á funcção.

*Chondromas*.—Mais raros ainda que os fibromas, são em geral sub-periosseos (perichondromas) embora em alguns casos possam ser primitivamente *centraes*

(enchondromas). Alojados na espessura do osso conservam-se ás vezes independentes e enucleaveis, e n'estes casos o osso repellido e adelgaçado, não contrahе adherencias com o tumor. Este facto daria aos chondromas da maxilla inferior uma benignidade relativa, se uma outra circumstancia importantissima não viésse obscurecer sensivelmente o prognostico. Estes tumores são raras vezes formados de tecido cartilagineo puro; na generalidade dos casos são fibro-cartilagineos ou têm uma parte carnosa e muscular de natureza incontestavelmente sarcomatosa (chondrosarcoma). É, debaixo d'este ponto de vista susceptivel das mesmas transformações que o fibroma, e carece portanto d'uma extirpação radical e completa, que ponha o doente tanto quanto possivel ao abrigo de recidiva. Não é em geral a ruginação e a cauterisação dos tecidos em contacto com o tumor; é indispensavel, salvo nos casos em que o tumor é enucleavel, ter todo o cuidado em reseccar por longe, destruindo totalmente as partes suspeitas da minima alteração.

*Osteomas.* — Podem ser sub-periosseos (exostoses) ou centraes (enostoses). Estes ultimos são extremamente raros se eliminar-mos todas as produções morbidas que pódem confundir-se com elles, como são os odontomas, os fibromas e os sarcomas ossificantes.

Formados d'um tecido compacto intimamente adherente ao periosseo e ao osso, desenvolvem-se de preferencia na face externa da maxilla, e são umas vezes d'origem phlegmasica simples, dentaria ou traumatica, outras vezes de natureza especifica, ligados a uma periostite d'origem francamente syphilitica.

A reseccão está indicada todas as vezes que o

volume do tumor dificulta a mastigação e o tractamento interno e ante-syphilitico não tenha dado resultados.

*Sarcomas.* — São os tumores que mais frequentemente se desenvolvem na maxilla inferior, e affectam umas vezes o tecido esponjoso central (sarcomas centraes), outras a camada sub-periossea (sarcomas sub-periosseos), outras finalmente o rebordo alveolar dentario debaixo da forma de épulides sarcomatosas.

Como variantes histologicas citaremos as seguintes.

*Sarcoma encephaloide* — de cellulas pequenas, embryonarias, marcha rapida e prognostico gravissimo; affecta de preferencia a forma central, diffusa, exigindo uma intervenção energica e prompta.

*Sarcoma fasciculado* — de cellulas fusiformes, constituindo o primeiro grau de organização do tecido conjunctivo, tomam quasi sempre a forma sub-periossea de marcha rapida, affectando por vezes a totalidade do osso e apresentando em alguns casos calcificações parciaes ou ossificações em agulhas, que em nada modificam o prognostico d'esta especie anatomo-pathologica, quasi tam grave como a precedente.

*Sarcoma myeloide.* — Estes tumores cujos caracteres histologicos são os da medula fetal, são quasi sempre centraes ou tomam a forma de épulides.

No primeiro caso apresentam-se em geral enkistallos, têm uma marcha mais lenta e um prognostico mais benigno do que a precedente. Podem estacionar ou mesmo retrogradar.

Apesar d'esta benignidade apparente exigem um tratamento energico pela resecção; porque podem trans-

formar-se ou recidivar debaixo de qualquer das formas mais graves precedentemente citadas.

*Sarcoma ossificante.* — Muito proximo do precedente de que apenas differe pela tendencia á ossificação parcial, constitue a quasi totalidade das épulides sarcomatosas, que por isso mesmo foram, por alguns auctores, erradamente consideradas como osteomas.

Citaremos ainda como formas mixtas os fibro-sarcomas, e os chondro-sarcomas que por vezes se desenvolvem na maxilla inferior e que reclamam o mesmo tratamento.

*Myxomas.* — Podem egualmente ser centraes ou sub-periosseos. Raras vezes puros, são em geral uma dependencia de tumores fibrosos, cartilagosos ou sarcomatosos, e têm por isso mesmo um prognostico variavel e tanto mais grave quanto mais se approximarem da forma sarcomatosa embryonaria.

Exigem como os precedentes a ablação completa da producção morbida.

*Carcinoma e epithelioma.* — Ambas estas formas são frequentes. O primeiro desenvolve-se de preferencia no tecido esponjoso periosseo do rebordo alveolar, excepcionalmente por baixo do periosseo. O segundo é raras vezes primitivo; é quasi constantemente consecutivo ao epithelioma das mucosas nasal ou buccal ou dos tegumentos da face.

São estes sem duvida os tumores que exigem um tratamento mais energico e mais promptamente instituido, attenta a rapidez e o perigo eminente da infecção ganglionar e da cachexia propria, que tornaria absolutamente improprios todos os nossos esforços tendentes a impedir a marcha invasora da doença.

Acabamos de precorrer a longos traços as principaes especies de producções morbidas, que podem desenvolver-se no maxillar inferior, debaixo da forma de épulides ou de tumores centraes ou sub-periosseos ; mas sempre á custa do periosseo ou do tecido proprio da maxilla, vejamos agora muito em resumo as alterações inherentes ao systema dentario, que podem exigir a pratica da resecção. São os kistos dentarios, os odontomas e os tumores odontopathicos que reclamam uma intervenção operatoria.

Na generalidade dos casos, porem, esta intervenção reduz-se a abertura larga do kisto com resecção parcial da parede ossea e injeccção consecutiva de liquidos causticos ou irritantes. Se existe um odontoma ou um tumor dentario a ablação d'esta producção faz-se, em geral, sem que se torne necessaria a resecção parcial do osso.

Mas ha casos especiaes em que não deve haver hesitação em praticar uma verdadeira resecção afim de evitar uma recidiva possivel, e muitas vezes quasi certa.

Quando as paredes do kisto se apresentam com caracteres duvidosos, que auctorisam a suspeitar do desenvolvimento concomitante ou consecutivo d'uma producção morbida sarcomatosa, cartilaginea ou outra, a ablação completa do kisto e do tecido osseo circumvisinho está formalmente indicada. Fazemos esta observação, que nos parece importante, attendendo ainda á difficuldade que por vezes se encontra no dignostico entre os tumores que são exclusivamente d'origem dentaria, e as producções kisticas que se desenvolvem em certos casos no seio das neoplasias variadas, que affectam a maxilla inferior.

Taes são muito em resumo as doenças do maxillar inferior, que podem exigir a resecção parcial ou a ablação total do osso. Mas a resecção pode estar ainda indicada nos casos de ankilose das articulações tempero-maxillares, com o fim de restabelecer em parte, por uma pseudarthrose, os movimentos indispensaveis á mastigação. Ha finalmente casos em que apesar da integridade completa do osso a resecção temporaria é indispensavel como operação preliminar, nos casos de tumores da lingua ou do pavimento da bocca que pelo seu volume ou natureza necessitam uma extirpação completa absolutamente impraticavel, sem que se torne bem patente e accessivel o campo operatorio. Estes casos são felizmente pouco frequentes e exigem da parte do clinico toda a prudencia e circumspecção.

---

# SEGUNDA PARTE

---

## CAPITULO I

### **A operação**

Na pratica das reseccões do maxillar inferior é indispensavel ter sempre em vista a importancia do papel que este osso representa na economia, e portanto a necessidade de conservar tanto quanto ser possa a forma e dimensão que lhe são proprias. Infelizmente, porem, n'um grande numero de casos a gravidade extrema da lesão obriga-nos a preterir esta indicação importantissima, para attendermos somente á vida do doente, seriamente ameaçada pelos progressos constantes do mal. É sobretudo na classe dos tumores que encontramos um obstaculo invencivel á realisacão d'este desideratum; porque, abstrahindo dos casos de épulides sarcomatosas em que podemos conservar a parte basilar do osso, e d'alguns tumores fibrosos sub-periosseos em que a ruginação ou a cauterisacão offerecem garan-

tias sufficientes, na immensa maioria dos outros casos a necessidade absoluta d'uma ablação completa, abrangendo uma parte do tecido osseo peripherico, exige uma verdadeira resecção na continuidade ou contiguidade do osso, sem que nem ao menos seja possivel a conservação do periosseo, em geral invadido pela neoplasia ou tam proximo dos limites do mal que a sua conservação é inadmissivel. Chassaignac no seu tratado clinico das operações chirurgicas menciona este facto importante nos casos de resecção unilateral da maxilla, em que as partes conservadas tendem a aproximarem-se pelos progressos da cicaterisação, desviando a symphise e destruindo portanto o parallelismo entre as duas curvas maxillares, com grave detrimento da funcção.

Ollier referindo-se a este mesmo inconveniente, procura remedial-o pela applicação d'uma tala interna de cera modelada segundo a forma da porção resecada, e que, ao mesmo tempo que estimulava as propriedades osteogenicas da bainha periossea, obstava ao inconveniente da deformação. Infelizmente em muitos casos o apparelho é mal tolerado, de difficil contensão e de resultados ainda duvidosos. Seria muito para desejar que novas investigações se fizessem n'este sentido, attentas as consequencias graves que resultam d'esse movimento de translação da symphise, até hoje pouco mencionado e sobretudo impossivel de evitar.

As considerações que deixamos expostas mostram claramente a conveniencia extrema de praticar a resecção o mais breve possivel, desde que a presença d'um tumor fôr diagnosticada. Uma intervenção a tempo pode em muitos casos permittir a conservação

d'uma simples tira ossea ao longo do bordo inferior, muitas vezes sufficiente para impedir a deformação.

Referimos-nos especialmente aos casos de tumor; porque nas resecções motivadas pela carie ou pela necrose, a existencia do periosseo, em geral coberto já d'uma camada ossea de nova formação e a possibilidade de esperar uma occasião opportuna, quando este trabalho de organização não se tenha ainda realisado, são outras tantas circumstancias favoraveis, que não existem nos casos de tumor, e que concorrem poderosamente para conservar a permanencia da forma, pelo menos o sufficiente para que a concentricidade das curvas maxillares não soffra notavel alteração.

Uma outra questão, não menos importante, e que se relaciona intimamente com a precedente é a da conservação da bainha periossea, nos casos de resecção que não sejam motivados pela existencia de tumores. Diremos algumas palavras sobre este assumpto quando nos occuparmos da resecção na continuidade ou na contiguidade do osso.

Mas antes d'isso duas palavras sobre as resecções que abrangem apenas uma parte da espessura do osso, e que frequentes vezes temos occasião de observar na pratica.

É no tractamento das épulides ou dos tumores sub-periosseos, que apenas invadem as camadas osseas mais superficiaes, já na superficie externa, já na superficie interna do maxillar, que se offerece a indicação da resecção n'uma parte somente da espessura do osso. Nas épulides, qualquer que seja a natureza do tumor, a resecção, unico meio seguro de tractamento, effectua-se d'uma maneira muito simples, seccionando

ao mesmo tempo a gengiva, o periosseo e o osso subjacente, por meio da pinça de Liston ou de Dupuytren. Se o tumor é volumoso faz-se previamente a excisão; no caso contrario a ablação do tumor e a reseccão faz-se ao mesmo tempo. Uma cauterisação consecutiva pelo ferro em braza é convenientissima para destruir algum resto da producção morbida que tenha escapado á acção da pinça, e para vitalisar energicamente a superficie ossea subjacente.

No caso de tumores sub-periosseos em que não haja necessidade d'uma reseccão interessando toda a espessura do osso, como acontece com os osteomas e fibromas de prognostico relativamente benigno, o processo mais seguido, preconizado por Chassaignac, consiste na incisão sub-mental de curva concentrica com a do bordo inferior do maxillar, disseccão e levantamento do retalho até descobrir totalmente a producção morbida, e ablação do tumor pelo bisturi ou pela serra segundo a natureza da neoplasia. N'estes casos, e por extremo de precaução, convem sempre escavar mais ou menos profundamente a superficie do osso e cauterisar se necessario fôr.

Pondo de parte os casos que ficam mencionados em que a benignidade do prognostico simplifica a operação, em todos os outros casos a reseccão opera-se em limites mais extensos interessando toda a espessura do osso n'uma extensão mais ou menos consideravel.

Dividem-se estas reseccões em tres grupos :

RESECCÃO DO CORPO DO OSSO. — RESECCÃO D'UMA DAS  
METADES LATERAES. — ABBAÇÃO COMPLETA DA MAXILLA.

*Resecção do corpo do osso.*

A ressecção do corpo do maxillar pode abranger, segundos os casos, uma extensão maior ou menor; umas vezes limita-se á parte anterior ou media da barba, outras ás partes lateraes, outros finalmente á totalidade da porção horisontal do osso.

D'aqui se comprehende facilmente a conveniencia de variar as incisões cutaneas accomudando-as na sua forma e extensão á séde e extensão da lesão que temos a combater. É assim que Dupuytren adoptando em geral a incisão vertical, e mediana, interessando toda a espessura do labio inferior até á base da maxilla, a pelle e o tecido cellular subcutaneo desde a base do osso até ao hyoide, applicava este processo de preferencia nas lesões osseas da parte media e anterior do osso, ao passo que nos casos de lesões mais extensas recorria á incisão em V e até á incisão crucial cuja parte horisontal corria ao longo do bordo inferior do osso.

Este processo de incisões cutaneas tinha porém inconvenientes importantes, que hoje se têm modificado em grande parte pelos trabalhos mais recentes da cirurgia. O inconveniente resultante da retracção do tecido cicatricial, deformando o labio e achatando a região media da barba, desaparecia em parte pelo processo de Gensoul, que praticando a incisão aos lados da linha media tornava menos sensivel o effeito da retracção sem todavia evitar sufficientemente o aspecto desagradavel da cicatriz.

Uma das melhores incisões é sem duvida a que se pratica pelo processo de Malgaigne, e que, consiste no descollamento do labio inferior fazendo penetrar o bisturi no fundo do sacco gengival e rebatendo em seguida o retalho por baixo da barba de forma a deixar descoberto o campo operatorio, sem lesão apparente das partes molles.

A necessidade de praticar em certos casos pequenas incisões por baixo, para dar escoamento ao pús ou para dar passagem á serra de cadêa, nos casos especiaes em que tivermos de reseccar o osso n'uma extensão consideravel incompletamente descoberta depois do rebatimento do retalho labial, em nada prejudica este processo, porque attendendo á pequena extensão d'essa incisão e á posição que occupa por baixo da barba, a sua retracção não produz effeitos sensiveis, e passam quasi completamente desaperecidas na generalidade dos casos.

Este processo pode ainda ser substituido pela simples incisão horisontal e curvilinea ao longo do bordo inferior do maxillar n'uma extensão variavel com os limites da lesão e seguida do descollamento de todas as partes molles em contacto com as duas faces do osso incluindo o periosseo, se a sua conservação se julgar opportuna. Esta incisão é sem duvida a mais vantajosa nos casos de lesões extensas abrangendo a quasi totalidade da porção horisontal, por que nos permite avaliar melhor os limites da lesão e nos facilita consideravelmente a secção do osso e as cauterisações subsequentes, que acaso possam tornar-se necessarias.

Praticada a incisão ou incisões cutaneas por qualquer dos processos acima mencionados e feita a hemos-

tase nas superficies seccionadas, temos em seguida de nos occupar da secção do osso.

N'este ponto é indispensavel ter sempre em vista a possibilidade da realisação d'um accidente, que pode attingir proporções gravissimas se não fôr promptamente remediado. Refiro-me á queda da lingua, sôbre a larynge, e á asphyxia rapida que d'ahi resulta. Este accidente é devido á secção das inserções musculares do genio-glosso nos casos, alias frequentes, em que a parte media do maxillar tem de ser sacrificada pela séde ou natureza da lesão. Embora se tenha exagerado, como pensa Chassaignac, o valor d'este accidente, é todavia fóra de duvida que elle pode existir e que temos por isso mesmo a necessidade de o evitar tanto quanto ser possa pelos meios ao nosso alcance.

Este accidente é sobretudo para receiar no processo de Dupuytren. Este notavel operador depois de ter feito na pelle as incisões a que nos referimos, e dissecado os retalhos, pratica incisões no periosseo, nas partes onde deve penetrar a serra, extrahе os dentes que se encontram no trajecto da incisão, secciona o osso com uma serra estreita ou de *crysta-galli*, e em seguida fixando o segmento osseo com a mão esquerda faz penetrar o bisturi recto de baixo para cima por detrás do osso e correndo com a lamina da esquerda para a direita, rente á superficie interna, separa-o das partes molles, emquanto um ajudante protege a lingua com uma espátula. Por esta forma as inserções osseas do genio-glosso são rapidamente cortadas, e a lingua perfectamente livre dos seus meios de fixação anteriores pode facilmente retrahir-se e, abaixando a epiglote impedir a penetração do ar nas vias respiratorias.

Delpech modificou favoravelmente este processo de forma a impedir o accidente. Depois de ter seccionado o osso como pelo processo de Dupuytren, fixa a lingua com uma errina dupla, antes de separar o osso das partes molles do pavimento da bocca e em seguida, logo que o segmento osseo foi extrahido atravessa o freio da lingua, ou melhor os musculos supra-hyoideos com um fio de seda ou de prata que passando egualmente pelos retalhos cutaneos, fica solidamente comprehendido na sutura impedindo efficazmente a retracção da lingua.

A secção do osso opera-se com a serra de cadêa segundo os casos.

O emprego da serra ordinaria exige que esteja bem patente o segmento do osso que tem de ser eliminado, e torna-se difficil quando a cabeça não possa collocar-se, por qualquer circumstancia, na extensão completa.

Effectivamente o operador empregando a serra ordinaria ou a serra *crysta-galli* não pode practicar facilmente a secção do osso senão collocando-se por detrás do paciente; porque pela parte de diante a extremidade da serra tocando na abobada palatina limita consideravelmente os movimentos da serra, difficultando extremamente a operação. D'aqui resulta que todas as vezes que tenha de empregar-se a incisão vertical ou o processo subcutaneo de Malgaigne e que por outro lado seja possivel a extensão completa da cabeça o emprego da serra de cabo está indicado.

Pelo contrario quando dermos a preferencia á incisão horizontal por baixo da maxilla e ainda n'aquelles casos em que a cabeça tenha de conservar-se na posi-

ção vertical ou na flexão o emprego da serra de cadêa é preferível.

Não fallaremos aqui das reseccões sub-periosseas, porque d'ellas temos a occupar-nos no estudo da reseccão na contiguidade do maxillar inferior em que vamos entrar; apenas referiremos a importancia que pode ter a conservação da membrana periossea na ablação da parte media do osso debaixo do ponto de vista da fixação da lingua pelas inserções do genio-glosso e do genio-hyoideo, que conservando-se adherentes ao periosseo ficam porisso mesmo ligados á parte restante do osso, e em condicções quasi normaes.

É claro que este beneficio apenas pode aproveitar não havendo contra indicação na conservação do periosseo.

*Reseccão d'um segmento lateral da maxilla inferior  
e da totalidade da porção horisontal.*

Variados processos se tem seguido nas incisões cutaneas, sem que nenhum d'elles tenha até hoje attingido a importancia da incisão semilunar por baixo da maxilla seguindo o bordo postero-inferior do osso desde o lobulo da orelha até á symphise e d'ahi até ao lobulo auricular do lado opposto, nos casos da ablação completa da porção horisontal.

Por esta forma obtemos um retalho sufficientemente extenso, e que nos permite descobrir totalmente a parte do osso que tem de ser reseccada. A secção da symphise e em seguida do ramo vertical opera-se com facilidade, e o retalho cahindo pelo seu proprio peso, adapta-se facilmente ao labio opposto da ferida cuta-

nea, sobretudo se, contrariamente á opinião d'alguns, conservamos a esse retalho o maximo da espessura comprehendendo n'elle os musculos cutaneo e a maior parte do masseter. Nos casos em que a ablação completa seja de necessidade convem ainda operar em dois tempos seccionando a symphise e extrahindo cada metade da maxilla em separado.

Devemos ter sempre em vista os orgãos importantes que se encontram na região parotidiana, e portanto a conveniencia de desviar o mais possivel o osso antes de applicar a serra sobre o ramo montante da maxilla.

Resecção de metade do maxillar inferior.

Resecção do maxillar inferior na contiguidade.

A resecção de metade do maxillar inferior pode fazer-se tendo em vista a conservação do periosseo, ou desprezando totalmente esta membrana, como acontece todas as vezes que existem razões sufficientes para suspeitar da existencia de uma alteração qualquer, que tenha destruido ou modificado profundamente as propriedades osteogenicas das camadas immediatamente em contacto com o osso.

De um modo geral podemos dizer que as lesões d'origem inflammatoria permitem a conservação do periosseo, ao passo que os tumores a contra-indicam quasi constantemente, attendendo á facilidade de reproducção e aos caracteres variaveis de malignidade actuaes ou futuros.

Occupemo-nos primeiro das resecções n'este ultimo caso, sem duvida o mais frequente, e em seguida in-

dicaremos as modificações a introduzir no processo operatorio nos casos em que seja permitido a conservação do periosseo.

Na pratica da reseccão do maxillar inferior, qualquer que seja a extensão do sègmento a reseccar, mas principalmente nas reseccões extensas como aquella de que nos estamos occupando devemos ter sempre em vista tres pontos importantes :

1.º—Abrir um caminho sufficientemente largo para facilidade das manobras operatorias.

2.º—Evitar que sejam lesados orgãos importantes principalmente os ramos do facial e os orgãos contidos na região parotidiana.

3.º—Finalmente, evitar cicatrizes demasiadamente extensas e sobretudo em região onde a sua existencia se torna muito sensivel e apparente.

A necessidade de satisfazer a estes tres pontos levou os operadores a desprezar quasi completamente um grande numero de processos outr'ora empregados, principalmente no que diz respeito ás partes molles.

A incisão de Guérin, da symphise ao angulo da maxilla dava pouco espaço para a secção do osso ; pelo contrario as incisões de Velpeau, Cussack e Sedillot abrindo largamente os tegumentos da face em pontos demasiadamente apparentes deixavam estragos muito sensiveis e sobretudo inuteis attendendo á facilidade com que pode effectuar-se a reseccão pelo processo de Lisfranc, de Huguier e sobretudo de Ollier que, por meio d'uma simples incisão ao longo do bordo postero-inferior do osso, consegue extrahir metade do maxillar conservando inteira a bainha periossea.

A incisão de Lisfranc recahindo em parte sobre

o labio inferior tem por isso mesmo o inconveniente das incisões verticaes de que já nos occupamos. A incisão pelo processo de Huguier é ainda demasiadamente apparente e, debaixo do ponto de vista da facilidade operatoria, na secção do osso, não nos parece levar vantagem ao processo preconizado e seguido por Ollier.

Este operador imminente pratica uma incisão, que seguindo o bordo inferior da maxilla, desde a symphise até ao angulo sóbe depois verticalmente ao longo do bordo posterior do ramo montante até ao nivel do lobulo da orelha. Evita d'esta forma ferir os ramos do facial e praticando a incisão não precisamente sobre o bordo mas 5 a 7 millimetros para trás, dissimula facilmente a cicatriz. Quanto á facilidade das manobras operatorias este processo dá um campo sufficientemente largo e que facilmente pode augmentar-se, sem deformidade apparente, prolongando a incisão para além da symphise tanto quanto fôr exigido pelas necessidades operatorias da occasião.

Este processo parece-nos tanto mais racional quanto é certo que satisfazendo ás condicções exigidas em operações d'esta ordem, e a que já nos referimos, nos permite além d'isso a conservação do periosseo quando ella esteja indicada e para ser tentada com proveito. Casos haverá, é certo, em que as dimensões do tumor e a extensão dos tecidos invadidos pela neoplasia tornem insufficiente as incisões de Ollier; mas em taes casos a conservação do periosseo é impossivel e a eminencia do perigo obriga-nos a desprezar as deformidades consecutivas; o importante é abrir largamente um caminho aos bisturís, ás serras e aos cauterios,

destruir totalmente a producção morbida, servindo-nos do processo que mais directamente nos leve ao foco da neoplasia, sejam quaes forem as consequencias que, debaixo do ponto de vista esthetico e funcçional, d'ahi possam resultar.

Feitas as incisões cutaneas e dissecado o retalho correndo com o bisturí rente á face externa do osso, arranca-se o incisivo medio do lado em que tem de operar-se a secção do osso, isola-se n'esse ponto a superficie interna do osso da mucosa correspondente e faz-se passar pelo orificio resultante um gorgereite ou uma sonda de Blandin e em seguida secciona-se o osso empregando uma serra ordinaria ou uma *crysta-galli*. Podemos ainda evitar o emprego do gorgereite servindo-nos da serra de cadêa.

Feita a secção do osso destaca-se a mucosa correndo com o bisturí pela face interna do maxillar até ao ramo montante, destacam-se as inserções do pterygoideo externo descobrindo assim a superficie interna do maxillar até á base da apophyse coronoidea. Pelo que deixamos dicto de anatomia topographica se comprehende a razão pela qual é indispensavel encostar bem a lamina do bisturí á superficie ossea; d'esta forma evitamos lesar o nervo lingual, que lhe passa muito proximo.

Separada assim a base da apophyse zygomatica das partes molles que a envolvem, segue-se um dos tempos mais difficeis da operação: a secção das inserções do musculo temporal, e das aponevroses resistentes que o rodeam.

Sabemos já a disposição das inserções, e assim caminharemos mais facilmente servindo-nos d'um bisturí

curvo e betonado ou melhor ainda d'umas tesouras curvas sôbre as laminas. Effectivamente o bisturi não pode collocar-se bem parallelamente á superficie interna do osso, como seria necessario, para destacar totalmente as inserções musculares; penetra obliquamente na fossa zygomatico-temporal e n'estas condições pode ferir as arterias temporaes profundas. Para evitar este inconveniente, mesmo empregando a tesoura curva, é indispensavel abaixar bem o segmento osseo de forma a descobrir o mais possivel a apophyse coronoidea. Apesar d'estas precauções as difficuldades são por vezes consideraveis, e quasi impossiveis de vencer; quando a apophyse coronoidea tem uma altura consideravel, e se occulta por baixo da arcada zygomatica. N'estes casos, apezar do abaixamento forçado do osso, o corte das inserções do temporal tem de fazer-se quasi ás cegas.

É n'estas condições que Chassaignac aconselha a secção da apophyse coronoidea com a pinça de Liston. Por este processo a principal difficuldade vence-se facilmente e o resto da operação effectua-se com rapidez.

Heyfelder referindo-se á desarticulação da maxilla inferior, considera aproveitavel o processo de Chassaignac nos casos difficeis, embora na maioria dos outros casos possa fazer-se a separação das inserções do temporal por meio do bisturi ou da tesoura de Cooper, tendo previamente abaixado a maxilla o sufficiente para pôr bem a descoberto as inserções d'este musculo.

Seccionando as inserções do temporal ou a apophyse coronoidea, segue-se naturalmente a desarticu-

lação do condylo e a sua separação das partes molles circumvisinhas.

Pelo estudo que fizemos da anatomia topographica é facil apreciar a importancia das complicações a que pode dar lugar o emprego do bisturi n'esta região perigosa.

Apesar d'estes inconvenientes o processo ordinario consiste ainda no emprego de instrumento cortante. Uns seccionam primeiro as inserções do pterygoideo externo recommendando como medida de prudencia encostar bem o bisturi ao osso para evitar a maxillar interna, em seguida procedem á desarticulação seccionando os ligamentos e abrindo a capsula articular, outros, como Malgaigne, seguem um caminho inverso e sem duvida mais prudente. Puxam o condylo para diante para tornar bem tenso o ligamento externo, seccionam este ligamento, e abrindo a articulação procedem em seguida ao corte das inserções do pterygoideo externo. D'esta forma o tempo perigoso (passagem do bisturi pela superficie interna do collo do condylo) effectua-se a descoberto e por isso mesmo com mais segurança e rapidez.

Mas, qualquer que seja o caminho seguido o emprego do bisturi tem sempre o grave inconveniente de expôr o operador a lesar a maxillar interna, provocando assim uma hemorragia por vezes difficil de sustar.

Foi attendendo a este inconveniente que Maisson-neuve propoz desarticular o condylo da maxilla, e separal-o das suas inserções com o pterygoideo externo por meio da simples tracção e arrancamento. Este insigne operador destacava por meio da tesoura fechada

as inserções do masseter e do pterygoideo interno, cortava em seguida o tendão do temporal, abaixando previamente a maxilla, e em seguida fixando bem o osso e imprimindo-lhe um movimento combinado de abaixamento e torsão, separava o osso sem abrir a articulação arrancando as inserções musculares e ligamentosas do condylo. Por este processo o periosseo destacando-se do osso deixava intacta a cavidade articular. Evitava-se d'esta forma o ferimento da maxillar interna com todos os inconvenientes graves que d'ahi podem resultar.

É este sem duvida o processo mais conveniente, e que nos parece dever aconselhar-se na maioria dos casos. Ha todavia um inconveniente que devemos ter em vista na pratica d'este meio operatorio, quando exista uma alteração consideravel e extensa como nos casos de cancro da maxilla em que o collo do condylo pela sua fragilidade extrema pode fracturar-se debaixo da influencia das tracções exercidas pelo operador. Quando não possa evitar-se este inconveniente é necessario proceder á extracção do condylo por meio d'uma pinça e, nos casos em que este meio ficar insufficiente, praticar na face anterior da capsula articular uma incisão vertical. Aberta assim a articulação pela face anterior, evita-se ferir com o bisturi a arteria temporal superficial ou a maxillar interna ou ambas ao mesmo tempo.

A facilidade relativa com que se effectua a extracção do condylo isolado, leva-nos a aceitar em todos os casos, ainda mesmo n'aquelles em que a fractura é quasi inevitavel, o processo do arrancamento.

De mais Heyfelder referindo-se aos pretendidos es-

phacelos e hemorragias, que alguns attribuem ao arrancamento, mostra claramente que o esphacelo é raro e se manifesta somente quando ha já tendencia para a mortificação, e que a hemorragia se dá em casos excepçionaes em que uma arteria ferida é lagueada muito proximo da sua origem na carotida, e a queda do fio constrictor se dá antes da formação d'um coagulo obliterador sufficientemente solido, para resistir ao excesso de pressão sanguinea.

Até aqui temos descripto o manual operatorio nos casos em que a conservação do periosseo é impossivel, inutil ou prejudicial, occupemos-nos agora da modificação a introduzir nos casos em que a natureza da lesão permite a conservação d'esta membrana.

Ollier, o partidario convicto das reseccões sub-periosseas, descreve minuciosamente as particularidades a que temos de attender para que a operação offereça as maiores probabilidades d'um resultado favoravel.

Estudando primeiro as condicções anatomicas do periosseo, que favorecem ou contrariam a regeneração, mostra claramente a necessidade de fazer intervir dois factores importantes nas apreciações dos resultados e nas indicações da operação.

A espessura do periosseo por um lado e por outro a intimidade das adherencias, condicções variaveis com a idade e com os differentes estados morbidos, influem poderosamente no processo de ossificação.

Referindo-se ás modificações que a idade imprime ao periosseo, faz notar o contraste que existe entre a espessura, vascularisação e pouca adherencia, que se observa nas primeiras edades, com os caracteres oppositos que se notam em idade mais avançada, quando a

ossificação está completa, e sobretudo na velhice em que o periosseo membranoso mal pode destacar-se do osso em certos pontos.

As condições pathologicas modificam sensivelmente a espessura e a intimidade da adherencia do periosseo.

Nos ossos inflamados a espessura e a vascularisação do periosseo augmentam consideravelmente a adherencia da membrana, realisando-se portanto no adulto e no velho as condições que caracterizam physiologicamente as primeiras edades ; mas se a inflamação se prolonga alem de certos limites sobretudo se o estado geral do individuo se altera, então em vez dos processos activos do começo encontraremos uma atrophia do orgão; o periosseo destacar-se-ha facilmente, mas a sua pouca espessura e as modificações da camada osteogenica, são indubitavelmente desfavoraveis á regeneração.

É indispensavel ter sempre em vista as considerações que deixamos feitas, não só para nos servirem de guia nas indicações como tambem para avaliarmos com anticipação a natureza das difficuldades que podemos encontrar no descollamento do periosseo, quando a sua conservação esteja indicada.

No caso especial de que nos estamos occupando, Ollier depois de praticar a incisão dos tegumentos polo processo acima descripto, chegando até ao osso em um ou dois tempos segundo a espessura do tecido cellular e gorduroso subcutaneo, procede em seguida ao descollamento do periosseo da face externa do osso até ao angulo da maxilla, empregando para isso a sonda rugina sempre bem encostada ao osso de modo

a conservar intacta a camada osteogenica. É com o fim de poupar esta camada, que devem banir-se os instrumentos cortantes, como o bisturi, que em geral deixam adherente ao osso a parte mais importante da membrana regeneradora.

A separação do periosseo até ao angulo da maxilla não offerece grandes difficuldades, porque se destaca em geral sem resistencia sensivel.

Chegando porem ao angulo da maxilla, é indispensavel proceder lentamente de modo a destacar as inserções do masseter extremamente solidas e resistentes. Separado o periosseo em toda a face externa do ramo montante, procura-se levar com todo o cuidado o descollamento até ás visinhanças do condylo, depois destaca-se o periosseo da face interna do ramo montante até á parte media approximadamente.

Em seguida opera-se a secção do osso na parte media, tendo previamente descollado o periosseo ao nivel das apophyses géni de modo a deixar adherentes á bainha os musculos genio-glossos e genio-hyoideos. Corta-se logo o osso com a serra de cadêa ou com a serra de Languenbech, tendo previamente introduzido como protectora do periosseo a haste da sonda rugina de Ollier.

Fixando o osso com uma pinça affasta-se para fóra e destacam-se com a sonda rugina as inserções do pterygoideo interno; corta-se com o bisturi o nervo maxillar interno e abaixando com força a maxilla, procede-se ao descollamento do periosseo na apophyse coronoidea; em seguida forçando o abaixamento opera-se o descollamento das inserções do temporal com a rugina, salvo nos casos em que o excessivo compri-

mento da apophyse coronoidea obrigue a seccional-a na base com a pinça de Liston.

Na opinião de Ollier este descollamento do musculo crotaphyto opera-se sem grande difficuldade.

Resta em ultimo lugar descollar o periosseo na metade superior do ramo montante, o que se faz com certa facilidade pela extrema mobilidade do osso depois do descollamento das inserções do temporal. Ollier aconselha todo o cuidado n'este ponto pela visinhança dos ramos arteriaes; mas encostando bem a rugina á superficie ossea consegue-se levar o descollamento até muito proximo do collo do condylo, e em alguns casos mesmo destacar parte ou a totalidade das inserções do pterygoideo externo. Restam apenas algumas adherencias capsulares e musculares cujo descollamento se effectua facilmente pela simples torsão e arrançamento.

Tal é o processo aconselhado por Ollier, nos casos em que a conservação do periosseo dêva ser tentada.

#### *Ablação completa do maxillar inferior.*

A reseccão total ou ablação completa do maxillar inferior tem sido especialmente praticada nos casos de necrose simples ou phosphorada, e ainda nos casos de cancro affectando uma extensão consideravel do osso.

A operação pode praticar-se de dois modos differentes; fazendo a ablação do osso inteiro d'uma só vez por meio d'uma dupla desarticulação ou reseccando separadamente ca la uma das metades, seguindo em cada uma d'estas operações algum dos processos que deixamos descriptos. Este ultimo modo de proceder é

sem duvida superior ao primeiro, preconizado por Lisfranc. Ollier partidario da resecção em dois tempos vae ainda mais longe aconselhando que se pratiquem as duas operações com um, dois ou mais dias d'intervallo, quando a natureza da lesão assim o permitta. Por esta forma todas as vezes que a conservação do periosseo seja possivel a formação das primeiras camadas osseas que se seguem á extracção do osso dão uma certa consistencia á bainha periossea mantida na sua posição respectiva pela metade ainda intacta, e garantem por isso melhor a conservação da forma do que o póde fazer a ablação completa n'um só tempo, pela qual fica destruido o mutuo apoio que uma á outra prestam as duas metades da maxilla inferior.

A descripção do processo operatorio é desnecessaria, porque se reduz em ultima analyse e com as considerações que foram expostas, á descripção do processo empregado na resecção articular da metade sómente da maxilla inferior.

#### RESECÇÃO OU SECÇÃO TEMPORARIA DO MAXILLAR INFERIOR

##### *Operação de Esmarch.*

Esta operação que consiste n'uma simples secção ou na ablação d'um segmento da maxilla com o fim, já de abrir caminho para as operações graves que tenham de praticar-se na base da lingua, já para remediar por meio d'uma pseudarthrose a uma ankylose da articulação temporo-maxillar, ou a uma retracção cicatricial tendo provocado uma approximação permanente das maxillas.

É sem duvida uma operação excepcional, e a que só devemos recorrer nos casos extremos em que não existe outro meio para o qual possamos appellar. Quando tenha de praticar-se esta operação cujo valor não está ainda bem definido, é indispensavel ter sempre em vista obstar por todas as formas a uma consolidação definitiva que tornaria inutil a operação praticada.

Parece-nos accetivel o processo de Rizolli no tocante á incisão dos tegumentos, e mais rasoavel o processo de Esmarch, no que diz respeito á substituição da simples resecção d'alguns auctores pela ablação d'um segmento do osso, d'esta forma a adaptação e portanto a consolidação é muito difficil ficando assim a pseudarthrose melhor garantida ; ainda assim é indispensavel para impedir a adhesão dos fragmentos interpôr um corpo extranho entre os dois topos seccionados, fies como quer Rizolli ou melhor um retalho da mucosa ou do proprio periosseo como preconizam Verneuil e Trelat.

### Anesthesia e hemostase

Pelo que deixamos dito nos capitulos precedentes vê-se claramente que a reseccão do maxillar inferior embora seja uma operação relativamente benigna, exige todavia da parte do operador um conhecimento perfeito da topographia da região e, além d'isso, a serenidade sufficiente para remediar de prompto a qualquer accidente que possa dar-se no decurso da operação.

Ha sobretudo uma difficuldade inherente á séde da operação, e que por vezes se torna um verdadeiro perigo. Como em todas as operações que se praticam na cavidade boccal, a anesthesia é perigosa e em certos casos mesmo quasi impossivel.

Ora, se attendermos á duração que pode ter a operação e á sensibilidade dos tegumentos da face, exacerbada em muitos casos pela impressionabilidade peculiar a certos doentes, facilmente se comprehenderá que a questão da anesthesia tenha tomado um incremento notavel na pratica d'esta operação. Uns attendendo exclusivamente aos perigos da penetração do sangue nas vias aéreas regeitam a anesthesia, outros impressionados pelos soffrimentos dos operados e pelas difficuldades que advem pela falta d'uma immobilisação sufficiente, têm procurado por varios meios obviar aos perigos da anesthesia conservando-lhe a acção benéfica. É n'este grupo que encontramos a tracheotomia preventiva de Nusbaum e a introduccão da canula tampão de Bellow e finalmente o processo de Verneuil, consistindo como se sabe em não abrir a cavidade boccal senão depois de terem sido descolladas as par-

tes molles em toda a extensão das duas faces da maxilla.

Pondo de parte os dois primeiros, incontestavelmente pouco praticos, apenas o processo de Verneuil nos parece aceitavel, e ainda assim as difficuldades operatorias que lhe são inherentes não são largamente compensadas por um beneficio real e impossivel de obter por qualquer outro. Reflectindo um pouco, claramente se vê, que um tal beneficio pode obter-se pelos processos que deixamos descriptos e é obtido pelo processo de Ollier se praticarmos a anesthesia completa durante os córtes da pelle e uma parte da disseccção do retalho, e em seguida accordarmos o doente para o resto da operação; d'esta forma temos uma immobildade completa na primeira parte, sem duvida a mais importante, debaixo do ponto de vista da intensidade dos phenomenos dolorosos; e na segunda parte da operação uma semi-anesthesia, sufficiente para atenuar o soffrimento deixando livre os phenomenos reflexos necessarios á expulsão do sangue, quando este se introduza nas vias respiratorias.

Ainda assim o processo de Verneuil pode tornar-se necessario nos casos especiaes em que a susceptibilidade exaggerada do doente, a sua indocildade e a recusa formal de soffrer sem anesthesia obriguem o operador a optar pelo meio que por mais tempo permitta conservar a immobildade do doente, embora tenha a augmentar-se por este facto a difficuldade do processo operatorio.

Quanto á hemostase ninguem hoje recorre já como outr'ora á ligadura previa da carotida primitiva; a gravidade d'esta operação por um lado, e por outro o

aperfeiçoamente dos processos operatorios, fazendo desaparecer em grande parte os perigos d'uma hemorragia grave, não exigem este excesso de precaução. A hemostase deve fazer-se completa no retalho das partes molles antes de se praticar a secção do osso, empregando as pinças hemostaticas nas pequenas arterias, a ligadura e a pressão continua nas arterias de maior calibre. Seccionando o osso é indispensavel sustar a hemorragia nos topos divididos, o que em geral se consegue com as pinças se a lamina ossea é pouca espessa, como no rebordo alveolar, e com pequenos fragmentos de cera nos vasos contidos nas partes mais espessas do osso como a arteria maxillar inferior.

Em muitos casos pode tornar-se necessaria a applicação dos hemostaticos mais poderosos como nas hemorragias cappillares impossiveis de sustar pela ligadura ou applicação de pinças; poderemos então recorrer ao perchloreto de ferro, ou melhor ainda ao ferro em braza, como convem sobretudo nos casos de vascularisação excessiva em certos tumores de natureza extremamente maligna e de marcha rapidamente crescente e invasora.

Durante todo o tempo da operação, em que o sangue penetra na cavidade boccal é indispensavel que dois ajudantes conservem constantemente duas esponjas no fundo do vestibulo da bocca proximo dos pilares com o fim especial de impedir tanto quanto ser possa a penetração do sangue nas vias respiratorias.

Taes são os principaes meios de que podemos lançar mão para sustar as hemorragias por vezes abundantes, que têm lugar durante a operação.

Pelo que diz respeito aos cuidados consecutivos,

devemos ter sempre em vista a facilidade com que se effectua n'estes casos a reunião por primeira intenção, e por conseguinte a conveniencia em praticar a sutura por meio de fios de prata ou pelos alfinetes. Quando a suppuração se manifeste em alguns pontos é indispensavel ter todo o cuidado de limpeza, attendendo aos inconvenientes da penetração do pús nas vias digestivas, sobretudo quando esse pús se altera facilmente, como no caso presente ao contacto do ar e da secreção propria da mucosa buccal.

---

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia**—O verdadeiro ligamento interno da articulação tempero-maxillar d'um lado é o ligamento externo do lado opposto.

**Physiologia**—A saliva tem um papel secundario nos phenomenos chimicos da digestão.

**Materia medica**—No tratamento da dysenteria pela ipecacuanha preferimos o methodo de Delioux de Savignac.

**Pathologia geral**—O signal mais caracteristico das fracturas é a crepitação secca dos topos osseos.

**Anatomia pathologica**—Tanto a medulla como o periosseo podem separadamente reproduzir um osso.

**Pathologia interna**—A paracentese abdominal na ascite scirrotica é, em regra, prejudicial ao doente.

**Pathologia externa**—A acção local dos vapores do phosphoro não explica, de per si só, a necrose phosphorada dos maxillares.

**Medicina operatoria**—Na pratica da lithotricia damos a preferencia ao methodo de Bigellow.

**Partos**—No parto prematuro artificial damos, em geral, a preferencia ao methodo de Krause.

**Hygiene**—A existencia de epidemia de variola não contra-indica a vacinação.

Vista

Pode imprimir-se

O presidente,

O conselho-director,

R. Pinto. Costa Leite.