

✓
N.º 226

IV

JOSÉ FRAZÃO NAZARÉTH

"LABIO LEPORINO"

-Seu tratamento cirurgico-

Tése de doutoramento apresentada

á

Faculdade de Medicina do Porto

216/4 FMP

-:-:-:-:-

Julho de 1925

LABIO LEPORINO

Seu tratamento cirurgico

Faculdade de Medicina do Porto

Director - Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Secretario - Dr. Hernani Bastos Monteiro

Pessoal docente - Professores ordinarios

Anatomia descritiva - Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia - Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial - Vaga
Farmacologia - Vaga
Patologia geral - Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patologica - Dr. Antonio Joaquim de Sousa Junior
Bacteriologia e Parasitologia - Dr. Carlos Faria Moreira
Ramalhão
Higiene - Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
Medicina legal - Dr. Manoel Lourenço Gomes
Anatomia cirurgica - Dr. Hernani Bastos Monteiro
Patologia cirurgica - Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirurgica - Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia medica - Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica medica - Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapeutica geral - Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstetrica - Dr. Manoel Antonio de Moraes Frias
Historia da Medicica e deontologia - Vaga
Dermatologia e Sifiligrafia - Dr. Luiz de Freitas Viegas
Psiquiatria - Dr. Antonio de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria - Dr. Antonio de Almeida Garrett

Professores jubilados

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Dr. Pedro Augusto Dias

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas
na dissertação.
(Art.º 15.º § 2.º do Regulamento Privativo da Faculdade
de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1920).

Aos meus Ex.^{mos} Professores

Com a homenagem do melhor respeito e
consideração.

Ao meu ilustre Presidente

de tese Exm^o Professor Teixeira Bastos

Perdõe-me V. Ex^a se este
trabalho não corresponde aos seus
ensinamentos. É uma dívida que a
minha gratidão jamais esquecerá.

A necessidade imperiosa de prestar ainda nesta época a prova final do meu curso, obrigou-me a modificar a orientação que de principio pensei dar a este modesto trabalho.

Ao assunto, que pela especialidade a que tenciono dedicar-me se me afigurou duplamente interessante e util, não consegui dar aquelle desenvolvimento pratico que era meu desejo. São poucos os casos que apresento nas minhas observações pessoais mas bastantes foram as dificuldades que tive de vencer para os conseguir, mercê de circumstancias de todo alheias á minha vontade.

Ao muito digno Juri que me hade julgar, a quem respeitosamente presto as minhas homenagens, peço me releve as faltas que neste despretencioso trabalho possam encontrar certo de que nele empreguei toda a minha boa vontade.

Ao Exm.^o Professor Dr. Teixeira Bastos, a imerecida honra que me deu presidindo á minha dissertação;

Aos Exm.^{os} Professores Drs. Hernani Monteiro e Morais Frias, pelos seus valiosos ensinamentos e por todas as atenções com que nos distinguiram;

a todos o melhor dos meus agradecimentos com o preito da minha sincera gratidão.



Antes de terminar quero agradecer tambem ao meu Amigo Dr. José Aroso atenções que lhe não mereci e que só a sua boa amizade justificam.

JULHO DE 1925.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

São já antigos os primeiros estudos sobre os ossos intermaxilares á existencia dos quais se devem as formas de labios leporinos. Observados a principio nos macacos, constituiram durante muito tempo um caracter distintivo entre estes e o homem. Vesali mostra-nos a presença duma sutura que separando o incisivo lateral do canino, se perde no buraco palatino anterior sem contudo pensar que esta sutura na sua profundidade separasse o maxilar superior em dois ossos distintos.

Parece dever atribuir-se a Goeth a demonstração definitiva da sua existencia, embora em inicio, negada por outros autores que persistindo na sua opinião se recusavam a aceitar esse facto como normal no homem.

E assim, quando Larcher afirmando a existencia dos intermaxilares no homem e em muitos outros animais, apresenta um feto humano com independencia nitida desses ossos, aparece Buisson alegando a monstruosidade do feto. Larcher ao fazer esta descrição estabelece como diferenca para a especie humana o seu isolamento apenas nos fetos para se juntarem a epochas mais avançadas do seu desenvolvimento com os maxilares superiores.

À Sociedade de Antropologia de Paris são apresentados quasi a seguir por Goudon e Rojon craneos diversos em que a independencia dos intermaxilares é clara; o primeiro, um cranio de feto monstruoso - de termo com duas horas de vida - com independencia completa, o segundo, cranios adultos com suturas nitidas do canino ao buraco palatino.

Com os progressos dos estudos da vida embriologica hoje bastante adiantados, sabe-se que o maxilar superior é feito á custa de tres gomos visiveis desde a terceira semana da vida embrionaria que se encontram na seguinte disposiçãõ:
ao centro um gomo - o frontal - tendo de cada um dos lados outro gomo que são os prolongamentos maxilares. No decorrer da evoluçãõ o gomo medio divide-se por um sulco vertical dando assim origem aos dois gomos incisivos. Ao mesmo tempo os dois gomos lateraais que são os maxilares superiores, caminham ao encontro do gomo medio, chegando neste momento a ver-se a existencia de quatro gomos para a formaçãõ do maxilar superior. Da quarta para a quinta semana os gomos lateraais juntam-se aos gomos incisivos e ao mesmo tempo que estes dimi-

nuido de volume se soldam um ao outro, os primeiros com o seu desenvolvimento acabam por se ligar definitivamente ao gomocentral . E assim fica constituído o labio superior que no principio se compunha de tres porções distintas.

A abobada da boca é formada pelo gomo maxilar superior, principalmente pelas suas partes palatinas que aproximando-se pouco a pouco se soldam na linha media.

Conhecida a evolução embriologica do maxilar superior facilmente se compreende a origem das diferentes formas de labio leporino .

Goeth ao estudar a existencia das fendas palatinas, seguindo a sua evolução , localisava-as entre os dentes incisivo lateral e canino o que até ha pouco tempo, era por todos admitido . Hoje porem depois dos estudos de Albrecht e Broca admite-se a existencia de dois ossos incisivos de cada lado o que dá em resultado as fissuras apresentarem-se entre os dentes incisivos central e lateral.

Mas como explicar os casos em que a fissura separa um dente incisivo dum canino ? Pela combinação da atrofia dum incisivo lateral e existencia dum incisivo suplementar. Da

mesma maneira se explica a existencia de quatro dentes incisivos no tuberculo osseo do labio leporino duplo.

É de notar a maneira rapida como estes quatro dentes começam a cariar para em pouco tempo ficarem por completo inutilisados. Facto observado por Dubreuil-Chambardeil é o resultado duma deficiencia de irrigação que não pode ser feita regularmente pela independencia do osso incisivo onde estes dentes estão implantados.

Ao entrarmos no tratamento cirurgico queremos apresentar as formas do labio leporino que podem aparecer.

Sendo o resultado duma fissura ela pode interessar:

o labio

o rebordo alveolar

a abobada palatina

o veu palatino

E assim podemos encontrar o labio leporino incompleto isto é, interessando só uma destas regiões ou o labio leporino completo em que a fissura separa sem interrupção todas estas regiões. Sendo esta fissura lateral pode aparecer uma outra do lado opesto o que dá a forma bilateral, tambem conhecida por guela de lobo.

Aparece por vezes como o caso da minha quarta observação o labio leporino cicatricial que não é mais do que o resultado duma união tardia dos ossos intermaxilares.

TRATAMENTO CIRURGICO

São variados os processos até hoje seguidos para a correção das diferentes formas de labio leporino.

Antes porém, de entrarmos propriamente na descrição desses processos, salta-nos a pergunta: em que idade se deve operar uma criança portadora dum labio leporino?

Resposta difícil sobretudo no que diz respeito aos casos de guela de lobo para quem, como nós se tem de guiar pela opinião dos outros. Com efeito são bem desencontradas essas opiniões, limitando-nos a colocar o problema dentro deste limites: a criança deve ser operada tão cedo quanto o seu estado geral o permite.

Se é um labio leporino simples sem complicações osseas, em que basta fazer o avivamento e sutura, pode operar-se nos primeiros dias a não ser que se trate duma criança a quem a menor perda de sangue pode ser fatal; nesse caso devemos esperar que as suas condições de robustez lhe permitam suportar melhor o traumatismo e alguma perda de sangue.

Nos casos complexos aparece-nos a opinião de Brophy que em 1900, operando, pelo seu processo, 211 crianças com idade inferior a 5 mezes não teve um caso de morte.

Já Sebilleau apreciando e seguindo o mesmo método recomenda o máximo cuidado pelos casos fatais que registou na sua estatística. Todavia hoje espera-se que a criança seja apartada para não expôr sem vantagens a riscos graves.

PROCESSOS OPERATORIOS

Labio leporino simples

O processo mais antigo é o de Paré que consistia em avivar os dois bordos e depois unilos por sutura. Este autor fazia a sutura torcida que consiste em espetar um certo numero de alfinetes dum bordo da ferida ao outro e enrolar um fio em oito á volta de cada um, de maneira a aproximar fortemente as duas superficies.

Foi depois substituida pela sutura entercortada feita com sêda ou crina de Florença.

Estes pontos de sutura devem compreender toda a espessura do labio de forma a comprimir as coronarias evitando assim a hemorragia.

Husson fazia o avivamento dos bordos seguindo duas linhas curvas com as concavidades voltadas uma para a outra, com o fim de produzir o aumento vertical do labio com o indireitamento das curvas pela sutura.

Malgaigne e Clemont fazendo o avivamento de cima para baixo deixavam ficar os retalhos pendentes de maneira a compensar a falta de altura do labio nesse ponto.

Nelaton substituiu os dois retalhos laterais por um avivamento unico compreendendo todo o contorno da fenda labial. Esta porção de tecido isolado, era forçada para baixo formando um V, cujos bordos reunidos pela sutura iam encher o espaço vazio.

Aparece depois o processo de Mirault que consiste em conservar sómente um dos retalhos formados pelo avivamento e applica-l'os por sutura sobre a parte inferior do outro labio da fenda.

Ombredam que seguiu este processo durante algum tempo apresenta modernamente uma modificação sobretudo na parte referente á narina, nos casos em que a fenda labial vai muito acima. Pelo seu processo destaca a bisturi a aza externa da narina fazendo-a caminhar, com um ponto de sutura, ao encontro do septo de maneira a este se poder manter na linha media corrigindo assim o desvio para o lado oposto em que o defeito labial o colocara.

Ha muito pouco tempo, Aurelio Arquellada, Presidente da Sociedade de Pediatria de Madrid, apresentou um detalhe de técnica que consiste no seguinte: aproveitando o mesmo corte do processo de Mirault faz a seguir uma incisão de meio centimetro na espessura do avivamento que lhe dá dois retalhos um anterior e outro posterior. Feita a sutura do retalho posterior completa a operação suturando o retalho anterior ou cutaneo.

Quais as vantagens que nos pode trazer esta modificação?

Diz Arquellada que a operação do labio leporino não apresenta dificuldades de técnica. O que julga porem indispensavel é fazer uma autoplastia perfeita, as suturas bem justas e as partes moles deixa-las num relaxamento total que as contrações musculares não possam distender os tecidos suturados produzindo lacerações que prejudicam sempre.

Para obter este relaxamento utiliza-se do aparelho de Brophy que consiste numa lamina de metal com umas ra-

nhura em cada uma das extremidades por onde passa uma tira de adesivo. Fixa dum lado á cara estica-se pela outra extremidade até que se obtenha o resultado desejado.

Seguindo esta tecnica, tem Arquellada colhido os melhores resultados conforme ele proprio declara numa conferencia que sôbre o assunto fez ha pouco tempo na Sociedade dos Cirurgiões de Paris.

No labio leporino bilateral, pode praticar-se qualquer destes processos sobre cada uma das fendas labiais. Acontece porem muitas vezes que o tuberculo medio tem pouca altura o que torna impossivel traze-lo até ao bordo livre do labio. E sendo assim, feito o avivamento dos bordos juntam-se estes com o lobulo médio até onde a sua extensão o permita e sutura-se ficando as linhas de reunião a formar um Y.

Varios processos tem sido seguidos para reduzir ao

minimo a hemorragia sempre abundante, nestas intervenções.

Verneil chegou a mandar construir um pequeno esmagador com o fim de rapidamente conseguir suster essas hemorragias que são sempre prejudiciais.

Todavia o que pelos bons resultados que tem dado e pela sua simplicidade e manejo, está hoje em uso corrente é o termocaterio que já Trelat e Monod aconselhavam.

Labio leporino complicado

Na America usou-se durante muito tempo o método de Brophy que Sebilleau quiz emitir em França sem contudo conseguir pelo menos com tão bons resultados.

Nesta operação feita em crianças com menos de cinco mezes de idade Brophy atravessava os dois maxilares superiores com dois fios duplos de prata, apertando cada um deles á esquerda e á direita, por torção, sobre a face externa duma lamina de chumbo que se apoiava pela sua face profunda sôbre o macisso alveolar. Os dois bordos da ferida cuja mucosa fôra avivada, era aproximados pela torção do fio de prata até que as duas apófises palatinas entrassem em contacto.

Reconstituída assim a continuidade dos maxilares superiores, estes no seu desenvolvimento vão pouco a pouco acomodando-se ao maxilar inferior.

Nos ultimos anos as grandes intervenções para a correção dum labio leporino completo fazem-se segundo um plano operatorio que, à parte pequenos detalhes de tecnica, é geralmente seguido.

Compreende tres sessões operatorias que são:

- a) correção do rebordo gengival
- b) correção do labio
- c) correção da abobada e veu palatino

Correção do rebordo gengival -

É a primeira intervenção a fazer e que não deve passar dos primeiros dias de vida da criança em que ela apresenta uma resistencia magnifica ao choque operatorio.

Esta correção pode ter que fazer-se só dum lado no caso, da fissura ser unilateral ou dos dois quando a fissura sendo bilateral nos apresenta o tuberculo incisivo completamente separado.

No primeiro caso acontece por vezes que as duas extremidades do osso, separados pela fenda, estão na mesma

curva e, sendo assim, pelo seu desenvolvimento natural elas veem ajuntar-se. Mas regra geral as duas extremidades osseas estão em curvas diferentes sendo necessaria e indispensavel a intervenção operatoria.

Seguindo a técnica de Ombredanne faz-se primeiro o isolamento do tuberculo incisivo que uma vez mobilizado é por tentativas obrigado a recuar até poder ocupar regularmente o rebordo gengival onde é fixo por um ponto metalico.

No segundo caso aparece-nos a proeminencia do osso incisivo sobre cuja intervenção ha varias opiniões. Uns como Franco resolvem o problema fazendo a sua recepção total para corrigirem logo a seguir o labio, o que hoje é geralmente posto de parte pelas consequencias desagradaveis que isso acarreta.

O deslocamento deste osso deve ser um deslocamento em massa, recomenda Jalaquier.

Uma vez livre o osso incisivo, faz um corte em cunha no vomer, de maneira a permitir a reposição normal

daquele tuberculo. Conseguído isto faz-se a sua fixação por dois pontos metalicos que partindo rigorosamente do centro do osso incisivo vão para um e outro lado das fendas podendo até ficar as extremidades do fio viradas para dentro de maneira a impedir que a creança, na sua inconsciencia force com a lingua o tuberculo reposto. O aparecimento dum dente é muitas vezes o motivo de fracos resultados nestas intervenções

Correção do labio -

Sôbre esta parte da operação já falamos a respeito do labio leporino simples.

Correção da abobada e veu palatino -

Afigura-se a parte mais delicada das intervenções cirurgicas no labio leporino quer pela dificuldade tecnica que apresenta quer ainda pelas varias condições

que são necessarias para um bom resultado.

Aos dois anos de idade duma creança portadora duma mal formação desta natureza pode tentar-se o processo de Arbunoth Lane que consiste no deslocamento de retalhos formados á custa da mucosa gengival.

Os resultados obtidos por este processo são poucas vezes satisfatorios pelas frequencias das lacerações nos pontos de sutura. Mas, mesmo que a cicatrização se faça rasoavelmente as consequencias futuras não são das melhores, sobretudo pelo lado estetico. Assim mostrou Ombredanne à Sociedade de Cirurgia apresentando uma creança operada por este processo com graves perturbações na ocasião da erupção dos dentes.

Em epocas mais avançadas de idade as condições de desenvolvimento natural da creança , permitem um resultado mais favoravel para a intervenção. Os retalhos a aproveitar estão mais desenvolvidos facilitando assim melhor o seu aproveitamento.

Moure e Brindel, começam por fazer o avivamento dos bordos da fenda para depois junto do rebordo alveolar darem um golpe de bisturi que acompanha quasi paralelamente dum e doutro lado os rebordos avivados. Em seguida fazem o descolamento destes dois retalhos junto do periosteio, que ficam assim perfeitamente deslocados pela sua face profunda, e apenas soldados pelas suas extremidades. Feita a sutura destes retalhos na linha media ficam para fechar, por segunda intenção as fendas que resultaram do corte junto do rebordo alveolar.

O processo seguido por Ombredanne é o que se nos afigura mais interessante e é hoje seguido pela maior parte dos cirurgiões que se dedicam a intervenções desta natureza.

Dias antes da intervenção, a operada é sujeita a uma limpeza rigorosa da boca que vai até á extração dos dentes careados. É tambem aconselhada a extirpação das amígdalas pela parte importante que elas representam pela sua situação, nas infecções da boca.

Como o primeiro tempo operatorio, faz-se o avivamento dos bordos de cada um lado, e junto do ultimo molar faz-se um golpe em curva como que rodeando a base desse dente, pelo qual se introduz uma ~~rogina~~ ~~de~~ Trelat-. Com ela se faz o descolamento da camada fibro-mucosa que recobre o palatino e a mobilisação do veu palatino.

Para esta mobilisação ser perfeita é preciso desembaraça-lo da inserção da aponevrose do peristafilino externo

Neste ponto difere a tecnica seguida por Trelat porquanto este aconselha o emprego da rogina que tem o seu nome enquanto Ombredanne prefere o bisturi dizendo que a retração cicatricial é menor.

Os musculos peristafilinos internos cuja acção, tende a afastar os bordos da sutura devem ser suturados inteiros conforme ultimamente tem feito Veau para o que se serve duma agulha de Reverdin sem ponta. Pelas botoeiras abertas junto dos molares faz passar um fio rodeando as inserções dos musculos que é depois apertado no centro.

As suturas, que completam a operação podem ser feitas de varios modos.

Assim, Ombredanne, faz a sutura fibro mucosa com pontos largos de crina de Florença substituindo o fio de prata que ele empregou durante muito tempo. No veu palatino faz uma sutura mucosa com pontos muito pequenos. Os ultimos pontos da uvula servem de trator permitindo a sutura da mucosa nasal e nisto consiste a manobra de Jalaguier.

Veau faz primeiro a sutura da mucosa nasal e depois é que faz uma outra sutura da mucosa bucal.

Os resultados obtidos por esta tecnica operatoria, tem sido bons, mas para isso necessario se torna que a sutura se consolide sem supuração dos pontos.

Empregados, sem resultado, todos os esforços da cirurgia, ou ainda naqueles em que a reparação cirúrgica não deve ser tentada aparece como ultimo recurso o emprego dos aparelhos de protese destinados a obturar artificialmente as fendas abertas na abobada da boca. Foi o caso da nossa segunda observação.

Ao doente, pela sua idade não se devia tentar nenhum tratamento cirurgico que poderia até deixa-lo em piores circunstancias do que estava. Feita a correção do labio fez-se-lhe a aplicação dum aparelho de cuja construção nos encarregamos.

Se a fenda a obturar não passa da abobada palatina uma simples placa de catchou fixa aos dentes é suficiente; mas se essa fenda se estende pelo veu palatino a construção dum aparelho capaz de a obturar torna-se mais difficil por causa dos movimentos deste órgão durante a fonação ou a deglutição.

Um aparelho simples e pratico é o que Suersen nos apresenta.

A sua construção assenta no conhecimento fisiológico daqueles dois actos, abrindo ou fechando consoante a necessidade a comunicação entre a bôca e as fossas nasais.

Substitue o veu palatino por uma placa de cautchou endurecido que tem duas goteiras longitudinais, na sua face superior, de maneira a receberem os bordos da fenda palatina, desde que estas sejam pequenos, pois caso contrario o aparelho não dá o resultado desejado. Vem então o aparelho de Schlitsky. A fenda do veu palatino é obturada por um macisso de cautchou mole, ligado por um ramo elastico ao resto da peça que se adapta á abobada palatina fixando-se nos dentes.

Claude Martin chegou ás mesmas conclusões de Suersen. Todavia os aparelhos francezes diferem dos americanos; enquanto estes utilizam os musculos da faringe como agentes da obturação os primeiros utilizam para isso o trabalho dos musculos do veu palatino.

Assim Brugger e Claude Martin construíram um aparelho rígido como o de Suersen mas que em lugar de terminar por uma massa cubica, tem nesta extremidade uma simples lamina de cautchou que se dirige para a parede faríngea ao nível do musculo constritor superior.

Esta placa, a partir da abobada palatina passa por cima dos bordos do veu palatino alargando-se em todo o pavimento das fossas nasais afim de impedir que a corrente de ar respiratorio passe por esta cavidade. Nesta disposição os bordos da fenda do veu palatino em lugar de assentarem por cima do aparelho como acontece no de Suersen ficam acantonados na sua face inferior.

Qualquer que seja o aparelho obturador empregado é preciso sempre fazer a edueação da palavra do doente sem a qual de pouco servem esses aparelhos.

OBSERVAÇÕES PESSOAIS

I -- Maria F. B. de 17 anos, solteira, creada de servir Entrou para a enfermaria nº 8-Clinica Cirurgica- do Hospital da Misericordia do Porto em 19 de Novembro de 1923. Apresentava uma fenda do labio superior á direita da linha media que interessando toda a espessura do mesmo labio se estendia até á narina.

Antecedentes: Nada refere digno de nota. Diz ser forte e saudavel.

O pai faleceu repentinamente. A mãe viva e cinco irmãos vivos e saudaveis.

Ninguem na familia, que se lembre acusa a mesma malformação.

Diagnostico: Labio leporino unilateral direito simples.

Tratamento: No dia 30 de Novembro foi operada, fazendo-se-lhe a restauração autoplastica do labio pelo metodo de Mirault. A cicatrização efectuou-se rapidamente permitindo que a doente sahisse completamente curada a 17 de Dezembro.



II -- José F. M. de 21 anos, solteiro, estudante, natural de Goa, India. Obs. feita em 4 de Dezembro de 1924.

Apresenta uma larga fenda no labio superior á esquerda linha media, fenda essa que se estende a todo o comprimento da abobada palatina, veu palatino , dividindo por ultimo a uvula. (Figura 1)

Antecedentes: Sempre saudavel nada refere digno de nota.

Pai falecido com uma degenerescencia maligna do pancreas. A mãe saudavel, teve dois abortos .

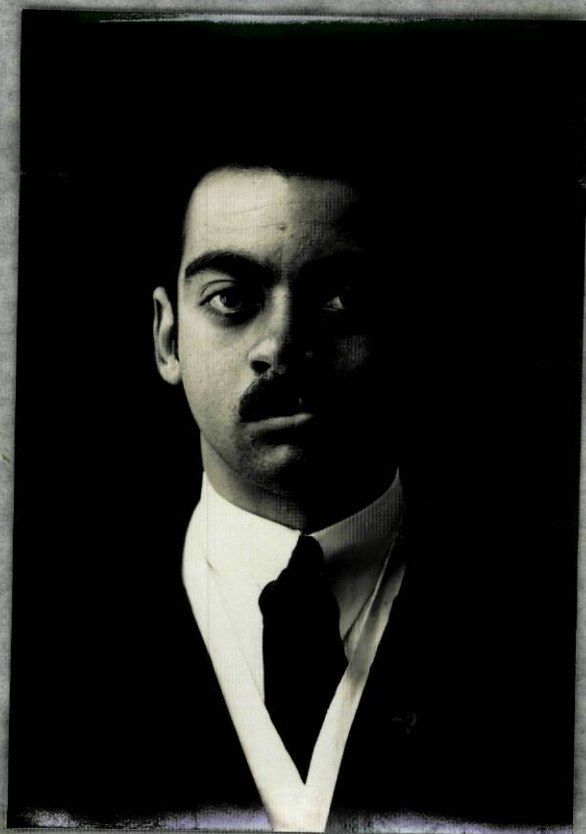
Tem 5 irmãos e 3 irmãs vivos e saudaveis.

Reacção de Wassermann negativa.

Diagnostico: Labio leporino unilateral esquerdo complicada de fenda da abobada da boca até á uvula.

O rebôrdo da gengiva cortado entre o incisivo medio e o canino. Ausencia de incisivo lateral.

Tratamento: Depois de umas injeções de mutanol foi operado a 19 de Janeiro de 1925. Autoplastia do beiço com um ponto de sutura para fixar a aza do nariz deformada. Como esse ponto lacerasse ficou resolvida nova intervenção que ainda se não fez.





Atendendo á idade do doente não se tentou a restauração cirurgica das partes osseas. Dois mezes depois de operado (Fig. 2) fiz-lhe a applicação dum aparelho de ~~pro~~tese que representa na Fig. 3.

Para isso orientei-me segundo o método seguido pelos auctores francezes que aproveitam o trabalho dos musculos do veu palatino para fazerem obturação completa da bôca para as fossas nasais.

Aproveitei o mesmo aparelho para lhe fazer a correção do rebordo alveolar para o que fiz a extracção do dente incisivo medio que fazia proeminencia por baixo do labio corrigido .

Com desenvolvimento natural do maxilar superior acontece que o aparelho feito ha quatro mezes é já pequeno e insufficiente para fazer uma obturação perfeita. Precizando de ser reformado o que aliás acontece a todos os aparelhos desta natureza enquanto o desenvolvimento do seu portador não fôr completo.

III -- Eduardo C. G. de 8 meses de idade, natural de Coimbra Vila Nova de Gaia, entrou para a enfermaria nº 9 do Hospital da Misericórdia do Porto em 23 de Janeiro de 1925.

Apresentava duas fendas congénitas do lábio superior com proeminencia do osso incisivo no qual estavam implantados dois dentes. Essas fendas pela sua continuação corrente juntavam-se no veu palatino chegando até á uvula.

Antecedentes: Nasceu de termo tendo aleitamento materno regular. Tem sido saudavel

Mãe saudavel, deu uma queda aos três meses de gestação. Reacção de Wassermann negativa.

O pai é robusto constipa e enrrouquece com facilidade o que atribue ao seu modo de vida-remador.

Não mencionam pessoa alguma da sua familia com defeitos de conformação.

Diagnostic: Labio leporino duplo completo: guela de lobo.

Tratamento: Em 4 de Fevereiro fez-se-lhe a recepção total do osso incisivo. Tendo pedido alta 8 dias depois foram baldados todos os esforços para intervir de novo.

IV -- HERMAN M. M., de 26 anos, solteiro, empregado bancario, natural de Calorico de Basto. Observ. feita em 20 de Junho de 1925.

Apresenta uma cicatriz á esquerda, no labio superior com ausencia do dente incisivo lateral desse mesmo lado.

Antecedentes: saudavel não referindo doenças em creança. Reacção de Wassermann levemente positiva.

A mãe morreu repentinamente e o pai é vivo mas doente. Tem mais quatro irmãos vivos e saudaveis.

Diagnostico: Labio leporino cicatricial

Visto
Teixeira Bastos
Presidente

Pode imprimir-se
Alfredo Magalhães
Director

BIBLIOGRAFIA

- A. Broca - Note sur les anomalies dentaires accompagnant le bec-de-lièvre lateral de la lèvre supérieure. (Bul. de la Soc. Anat. de Paris 1887.)
- Sur le siege exact de la fissure alveolaire dans le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure. Ses relations avec le système dentaire. (idem Paris 1887.)
 - Dissertation des arcades dentaires de quelques bec-de-lièvre complexe. (idem Paris 1887.)
 - Bec-de-lièvre supérieure. (idem Paris 1891.)

Angelo Vaz - Labio leporino cicatricial.
(Porto Medico 1905 - Vol. II)

Crauston Walker - Absence of pre-maxilla.
(Journal of Anatomy 1917, Vol. II.)

Dagoberto de Souza - De labio leporino.
(Tese do Rio de Janeiro, 1919).

Daremberg - Ouvres anatomiques fisiologiques et medicales de Galieu (Paris 1884, Vol. I.)

Dieulafé & Tournier - Sur l'évolution et la morphologie de la voute palatine
(Bibliographie Anatomique, 1909).

Dubreuil - Note pour servir à l'histoire de la fissure labio-palatine (Journal de la Anatomie et de la Physiologie 1868).

- Dubreuil - Chambardel - De la carie precoce des quatres incisives superieures.
(Cong. de Stomatologie, Paris 1911).
- E. Forgue - Precis de Pathologie externe.
- Frassette - Origine et developpement des os du crâne chez l'Homme et chez les mammifères en general
(Extrait des comptes rendus de la Soc. des Sciences de Varsovia 1904 Fasc. VI - Année VII).
- Gladstone & Wakeley - Defenitive developement of the mandibular archs (Journal of Anatomy -Jan. de 1923).
- Giraldes - Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants Paris 1869).
- G. Marion - Manuel de Technique chirurgical.
- Hernani Monteiro - A importancia das anomalias anatomicas em cirurgia.
(Annais da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro)
- J. A. Pires de Lima - A proposito, do sindroma de Dubreuil-Chambardel.
(Medicina Moderna nº 326).
- Karcher - Contribution à l'histoire de la rhinocephalie et des os intermaxillaires dans l'expece humaine
(Journal de l'Anatomie et de la Physiologie Vol. V.-1868).
- Kirmisson - Traité des maladies chirurgicales d'origine congenitale (Paris 1898).
- L. Testut - Traité d'Anatomie humaine.

- Ombredann - Chirurgique infantil.
(Paris 1925).
- Owen - On the Anatomy of vertebrates .
(London 1866).
- Paul Marie- Notions d'anatomie.
- Preiswerk -Chompret - Maladies des dents et de la bouche.
(Paris, 1905).
- Roswell Park - Modern Surgery.
- Roujon - Sur la persistance des intermaxillaires chez
l'homme.
(Bul. de la Soc. d'Antrop' de Paris 1876).
- Veiga e Souza - Labio leporino.
(Tese do Porto, 1905).
- Conferencia do Docteur Arquellada.
La Médecine Internationale, Paris, Mai et Juin
1925).