

O Tratamento da Osteomielite do Maxilar Inferior pelo Iodo Nascente.

SECCO EICHENBERG

DOCENTE LIVRE E CHEFE DE CLÍNICA CIRÚRGICA DA FACULDADE
DE MEDICINA DE PÔRTO ALEGRE.

MÉDICO - CHEFE DA PROTETORA CIA. DE SEGUROS CONTRA
ACCIDENTES DO TRABALHO.

TRABALHO EXECUTADO NO SERVIÇO DA 2.^a
CADEIRA DE CLÍNICA CIRÚRGICA;
PROF. GUERRA BLESSMANN

L. C., com 38 anos de idade, de côr branca, casado, sexo masculino, de profissão "chauffeur", residente à rua Independência n.º 470, natural dêste Estado, baixou à oitava Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, em data de 23 de Maio de 1939, onde passou a ocupar o leito n.º 41, sob papeleta número 5858, caso n.º 228.

Queixava-se o paciente que, 4 meses antes de procurar os serviços da 8.^a Enfermaria, lhe havia aparecido um furúnculo na região mentoneana, furúnculo êste que se desenvolvera rapidamente, estendendo-se e trazendo forte edema, que atingiu todo o maxilar inferior, regiões submaxilares, genianas e preauriculares.

Mais ou menos quinze dias após o aparecimento do furúnculo mencionado, sentiu que os dentes da arcada inferior, em número de onze, começaram a afrouxar, iniciando-se um escoamento de pus, ao lado dos dentes, isto é, entre êles e o rebordo gengival.

A conselho de um facultativo, que procurara naquela ocasião, foi a um dentista para fazer a extração de quasi todos os dentes da arcada inferior. Depois destas extrações incharam ainda mais o rosto e a bôca.

O pus continuou a escoar ainda com mais abundância e dentro de poucos dias notou que, juntamente com o pus, saíam pequenos pedacinhos de osso.

O edema externo aumentava e diminuía, com intervalos variados, mas o escoamento de pus era sempre abundante, impedindo-o de alimentar-se em condições e perturbando seriamente seu modo de viver, a-par de dôres violentas que sentia, com intervalos, principalmente quando o rosto aumentava de volume, dôres semelhantes às que sentira no início de sua moléstia.

Em face de não se alterar a sua situação, a-pesar-de diversos tratamentos intentados, tratamentos estes que não sabe referir com precisão, explicando, que lhe foram aplicadas muitas injeções, que lhe eram receitadas pomadas para usar externamente, líquidos para lavar a bôca, e outros remédios mais, resolveu procurar os recursos do serviço de cirurgia da oitava enfermaria.

Nos seus antecedentes pessoais, chama logo a atenção uma série de furúnculos, que precederam ao aparecimento do furúnculo mentoneano, causador da afecção que ora apresentava o paciente. Assim, nos seis meses que precederam o aparecimento do furúnculo do mento, teve, em sequência, um furúnculo no ouvido esquerdo, um na narina direita e um abcesso amigdaliano.

Cancro duro há 7 anos e vários cancos moles há 10 anos. Blenorragia há 12 anos. Das moléstias da infância não se recorda. Fuma e usa sem abusar do alcool.

Os antecedentes hereditários nada revelam de anormal, pois os pais faleceram, sem que nos possa orientar sobre a causa-mortis, sua mulher foi sadia e enquanto viveu com o paciente nunca teve abortos; de momento nada mais pode informar por haver-se separado da mesma.

Dos filhos, um o menino é forte e a filha faleceu aos 13 anos; ignora a causa, pois a mesma vivia com a mãe.

Ao baixar à enfermaria, apresentava acentuado edema das regiões submaxilares, da região geniana E, e menor da região geniana D. Edema igualmente acentuado da região mentoneana, onde apresentava a cicatriz do furúnculo causador da moléstia, e do lábio inferior. Ao nível do ângulo maxilar inferior a E, apresentava uma cicatriz, que dizia provir de um antigo furúnculo, que tivera há vários anos.

Ao exame da boca, nos chamava a atenção, desde logo, a falta dos dentes da arcada dentária inferior, salvo o último molar a D, onde os rebordos gengivais, tanto externo como interno, se apresentavam franjeados, edemaciados, com frequentes zonas desepitelializadas e ulceradas.

O sulco formado pela ausência dos dentes, apresentava, em zonas diversas, pontas ósseas irregulares, do rebordo alveolar, como que nadando em pus, que a menor compressão lateral do rebordo gengival escorria, através de pequenos pertuitos e fendas.

Este aspecto englobava todo o maxilar inferior, ao longo de toda a extensão da arcada dentária. A exploração com estilete, demonstrava profundas alterações na estrutura óssea do maxilar inferior, com pertuitos, às vezes bastante profundos e dirigidos em direções as mais diversas. Em qualquer ponto que o estilete tocasse, encontrava superfície óssea despolida, rugosa.

Os movimentos ativos e passivos do maxilar inferior se encontravam entravados. Havia engorgitamento dos gânglios vizinhos.

O escoamento de pus, durante o dia, era abundante, obrigando o paciente a expeli-lo da boca constantemente.

O quadro clínico apresentado pelo paciente, associado à história do mesmo, não deixou a mínima dúvida quanto ao diagnóstico, que se impunha, o de osteomielite do maxilar inferior.

Uma osteomielite no momento, em estado de cronicidade, extensa, pois, pelo simples exame clínico, nos era possível verificar que o corpo e ambos os ramos horizontais do maxilar inferior, até aos ângulos, estavam tomados.

Etiologicamente, também, nenhuma dúvida pairava, no presente caso, pois a origem estava abertamente registada, no furúnculo mentoneano que apresentara o paciente, sendo a infecção do maxilar inferior por propagação do processo infeccioso.

Iniciamos um tratamento antisséptico e anti-infeccioso intenso, tanto local, como por meio de injeções. Antissepsia da cavidade bucal com líquidos vários, água oxigenada, solução de mercúrio-cromo, etc. Emprêgo local de vacinas tópicas. Buco vacinas. Vacinas antiapiogênicas, simples ou associadas a sulfamidas. Sulfamidas em comprimidos. Etc., etc.

Entretanto, a-pesar-de todas estas precauções e medidas terapêuticas, o caso não apresentava melhoras apreciáveis, voltando a piorar, logo que uma pequena melhora se denunciava. A formação de sequestro processava-se com a mesma lentidão, não aumentando o número de esquirolas ósseas eliminadas. O aspecto dos rebordos gengivais continuava o mesmo. A quantidade de pus não se alterava.

O paciente já tinha quasi um mês em tratamento, quando, ante os limitadíssimos resultados obtidos e que ainda por cima não eram constantes, encaramos com firmeza a possibilidade de uma intervenção cirúrgica mais radical, com a extirpação dos sequestros e, se necessário fôsse, uma plástica óssea posterior.

Ante esta hipótese, resolvemos mandar tirar uma radiografia, que até então, ante o claro quadro clínico e ante a dificuldade com que por vezes nos deparávamos no serviço em conseguirmos chapas para o exame radiográfico, não havia ainda sido executada.

A 20 de Junho de 1939, foi tirada a radiografia que apresentamos sob o número 1, a primeira de uma série de cinco nas quais poderá ser acompanhada a evolução clínica do caso em aprêço.

Nesta primeira radiografia é possível reconhecer a extraordinária extensão do processo de osteomielite no maxilar inferior, processo êste que não fica unicamente limitado ao mento e aos ramos horizontais do maxilar inferior, mas atinge os ângulos e sobe pelos ramos montantes.

Ao nível da parte central e das metades anteriores dos ramos horizontais, a destruição é total; somente podemos perceber um rendilhado, formado pelos múltiplos sequestros existentes. Na metade posterior dos ramos horizontais, nos ângulos do maxilar, ainda encontramos uma zona de cortical ainda indene, se bem que pouco espessa. Nos ramos montantes podemos também discernir focos de lesões.

A figura número (1) representa esta radiografia, demonstrando uma lesão das mais extensas, nas osteomielites do maxilar inferior.



FIGURA N.º 1.

Radiografia tirada em 20-6-1939.

A lesão demonstrada nesta radiografia, tornava mais sombrio o prognóstico duma intervenção, pela extensão que esta deveria ter, para dar resultado satisfatório, não podendo ser feita em um tempo só.

Necessário seria um desbridamento com retirada dos sequestros, seguida após um período de tempo maior ou menor, conforme a regressão ou não do processo infeccioso, duma plástica com enxerto ósseo.

Em qualquer caso, pelo mínimo duas intervenções, si não mais, um longo período de cura, longa hospitalização e um resultado final de prognóstico relativo, com resultado estético, que na melhor das hipóteses seria regular.

Estávamos, pois, ante este dilema, quando nossa atenção foi despertada por um meio terapêutico, que vimos aplicar em pessoa de nossa família, pelo PROF. CIRNE LIMA. Tratava-se duma aplicação tópica de dois medicamentos, que, pelo contacto, davam lugar à formação de iodo nascente, e empregado no caso num processo ulcerativo da gengiva à base de processo infeccioso com predominância de espirilos, uma estomatite de Vincent.

Os medicamentos empregados eram uma solução saturada de iodureto de sódio e água oxigenada a vinte volumes. O curativo era feito, tocando a zona ulcerada, primeiro com um algodão impregnado com a solução saturada de iodureto de sódio e depois com outro embebido com água oxigenada a vinte volumes. Ao contacto de ambos os líquidos podia-se observar a formação de uma espuma de cor semelhante a tintura de iodo diluída.

Comentando com o Prof. Cirne Lima os ótimos resultados destas aplicações, fomos informados que também usava esta combinação para combater infecções dentárias localizadas, com os melhores resultados.

Ante o que nos fôra dado observar e ouvir, resolvemos estender ao nosso caso de osteomielite do maxilar inferior a aplicação desses dois medicamentos, antes de tentarmos o tratamento operatório.

Nos primeiros dias de Julho de 1939 iniciamos o tratamento pelo iodo nascente, resultado do contacto da solução saturada de iodureto de sódio com a água oxigenada a vinte volumes. Por meio duma seringa de 3 cc. armada de agulha, injetávamos através dos trajetos fistulosos e fendas, primeiro 2 a 3 cc. da solução de iodureto, em toda a extensão do maxilar inferior e depois de lavar a seringa com soro fisiológico, 2 a 3 cc. de água oxigenada a vinte volumes.

Nos primeiros curativos, a instilação da solução saturada de iodureto de sódio era algo dolorosa. O contacto de ambos os preparados produzia abundante espuma iodada, que saía por todos os pertuitos e trajetos fistulosos.

Este curativo era repetido todos os dois dias, sendo que, no intervalo, o paciente continuava a fazer a desinfecção bucal com uma mistura de água com água oxigenada simples, metade por metade, principalmente após as refeições, afim de retirar qualquer detrito alimentar.

O efeito do tratamento foi rápido e surpreendente. Seguiu-se quasi imediatamente uma eliminação mais rápida e maior dos sequestros, alguns espontaneamente, outros assomando aos orifícios dos trajetos fistulosos e sendo facilmente retirados, uns pelo paciente outros por nós com auxílio de uma pinça.

O pus fluidificou-se e perdeu seu característico fétido, drenando mais facilmente. O edema na cavidade bucal diminuiu sensivelmente. Dentro de dois dias, os movimentos do maxilar inferior eram mais fáceis e menos dolorosos. O aspecto da gengiva havia melhorado em toda a extensão, desaparecendo quasi todas as zonas sem epiteliação.

A 23 de julho de 1939, solicitamos novo exame radiográfico, representado pela radiografia, reproduzida na figura n.º 2.

O estudo desta radiografia, principalmente comparativamente à retirada a 20-6-1939, isto é, há 33 dias antes, nos demonstra uma regressão já nítida do processo de osteomielite. Os sequestros haviam diminuído não só em número, como em tamanho, em relação aos que ainda persistiam.



FIGURA Nº. 2.

Radiografia tirada em 23-7-1939.

Maior diferença era possível notar ao nível da metade anterior dos ramos horizontais, com o desenho, em ambos os lados, duma zona de tecido ósseo compacto, tecido ósseo regenerado, em ambos os lados.

Representa, esta zona, o início do processo de regeneração do maxilar, à base do osso novo em formação, e que com sua continuação, como veremos adiante, iria constituir a garantia da conservação estética da região atingida.

Por ocasião da execução desta segunda radiografia, o edema externo havia regredido consideravelmente. O mento se encontrava normal e somente ao nível do ângulo do maxilar inferior à E, e na região geniana E, era possível ainda encontrar um leve edema. As dores haviam desaparecido completamente e mesmo os curativos com o iodo nascente eram menos dolorosos.

A 30 de Agosto de 1939, um pouco mais dum mês depois da segunda radiografia, voltamos a examinar, radiologicamente, nosso paciente, estando a radiografia então obtida representada pela figura n.º 3.

O aspecto desta radiografia é surpreendente, ante a sensível melhora do maxilar inferior, aliás plenamente de acordo com a melhora clínica do paciente, já então sem edema externo.

Os pequenos sequestros, ainda observados, em certo número na radiografia n.º 2 (23-7-1939) haviam desaparecido em sua quasi totalidade. O processo de neoformação óssea progredia. Ao nível do arco mentoniano, podíamos verificar alguns sequestros em formação, aliás comprovados pelo exame armado a estilete.

A 1.º de Setembro de 1939, tinha alta do serviço, ficando em tratamento ambulatorio. Durante os meses de Setembro e Outubro de 1939, fazia 1 a 2 curativos por semana, usando-se entretanto unicamente 1 cc. de cada um dos medicamentos, visto já não haver mais necessidade das quantidades anteriormente empregadas, em vista da diminuição da zona lesada.

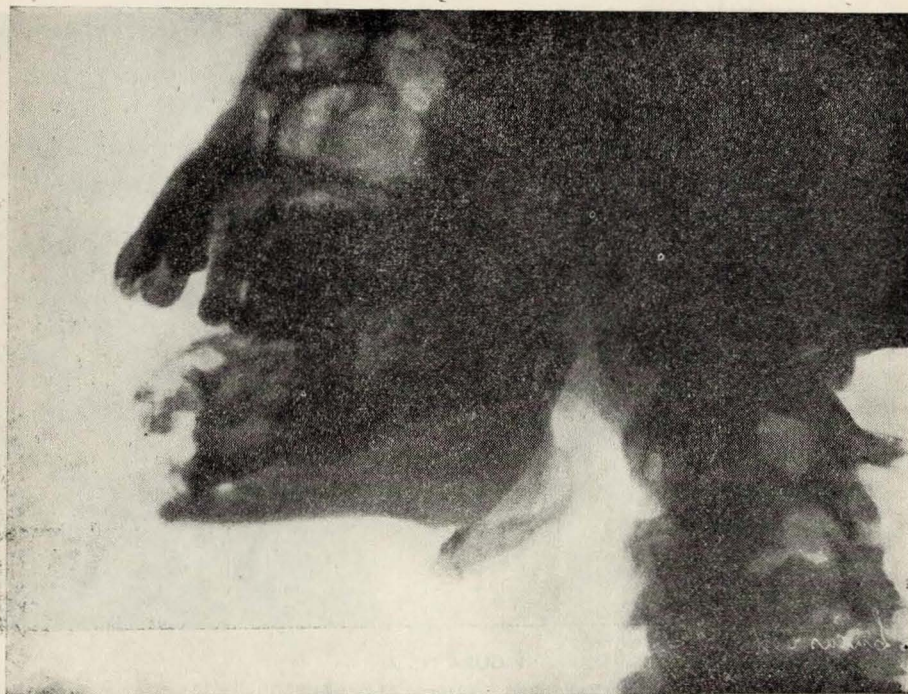


FIGURA Nº. 3.

Radiografia tirada em 30-8-1939.

No dia 14 de Outubro de 1939, retiramos com o auxílio duma pinça um sequestro de 1 cm. por 1/2 cm. do rebordo alveolar inferior a E. Nestes dois meses, o paciente nos informou da saída de alguns pequenos sequestros.

A 3 de Outubro de 1939 fizemos bater mais uma chapa radiográfica, representada pela figura n.º 4, e que volta a confirmar e demonstrar a continuação do processo regenerativo, evoluindo para a cura. No arco mentoneano, haviam desaparecido vários sequestros que na radiografia de 30-8-1939 (figura n.º 3) estavam em fase de liberação. A zona de tecido neoformado, aumentava e bem como na radiografia anterior (figura n.º 3) o único dente que havia permanecido no maxilar inferior, estava perceptível.

A grande cloaca que existia ao nível do ângulo do maxilar inferior a E, e que, nas anteriores radiografias, estava cheia de sequestros, nesta última, se apresentava sem estes e com característicos nítidos de regeneração.

Durante o mês de Novembro, o paciente passou a fazer um só curativo semanal, sendo já difícil a instilação das substâncias líquidas, em face da obturação dos trajetos fistulosos.

No dia 20 de Novembro de 1939, solicitamos novo exame radiológico, para contróle do processo regenerativo, do maxilar. Clinicamente o caso poderia quasi ser considerado como curado. Conforme informação do paciente, já não saíam mais sequestros e não se observava mais a saída de pus. Edema nulo. Dóres não sentia. Os movimentos do maxilar eram tão amplos e fáceis como antes de sua moléstia.

A radiografia de 20-11-1939, demonstra a continuação do processo de cura, confirmando, pois, integralmente os dados clínicos.



FIGURA Nº. 4.

Radiografia tirada em 3-10-1939.

Apresenta a diminuição, ou melhor, o desaparecimento quase completo dos sequestros; a estrutura do tecido ósseo do maxilar inferior, em quase toda a sua extensão, readquiriu seu aspecto normal.

Durante os últimos dias de Novembro e quase até ao fim do mês de Dezembro de 1939, o paciente não se apresentou ao serviço, aliás de acôrdo com combinação feita, em face da qual somente deveria voltar, quando viesse a sentir qualquer piora. Aconselhamos durante êste tempo continuar a fazer a desinfecção da boca depois das refeições.

A 27 de Dezembro de 1939, voltou a apresentar-se no serviço, informando que desde o dia 22 vinha sentindo algumas dôres leves ao nível do ângulo do maxilar inferior e E, e notamos leve edema externo correspondente a esta região, e, com o estilete introduzido através do orifício de um trajeto fistuloso no ângulo do maxilar, nos foi possível sentir a superfície rugosa de osso despolido. Eram um ou mais sequestros em via de eliminação.

Resolvemos apressar a eliminação e no mesmo dia fizemos uma aplicação de iodo nascente, retirando no dia seguinte um sequestro, sem dificuldade. Nos dias 28, 29 e 30 de Dezembro de 1939, fizemos uma aplicação de iodo nascente e a 30 retirávamos um segundo sequestro, que como o primeiro era pequeno.

A 4 de Janeiro de 1940 e 8 do mesmo mês, retirávamos mais dois pequenos sequestros, fazendo após a retirada uma aplicação de iodo nascente.

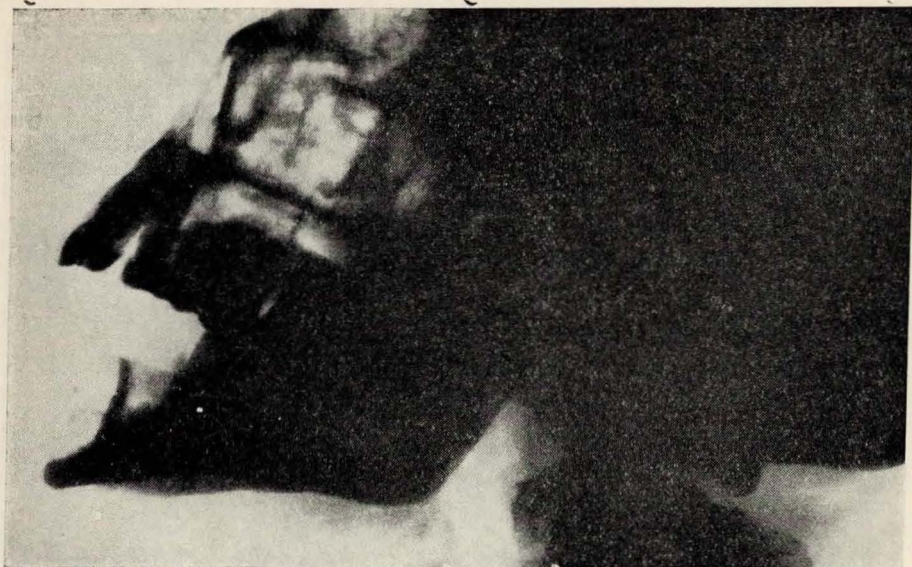


FIGURA Nº. 5.

Radiografia tirada em 20-11-1939.

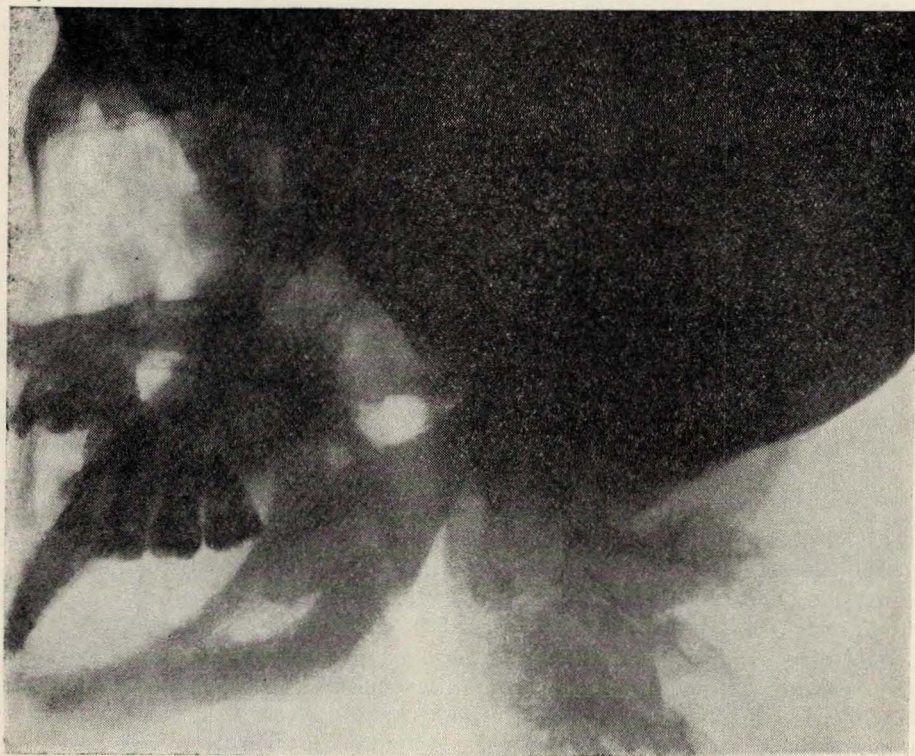


FIGURA Nº. 6.

Radiografia tirada em 8-8-1940.

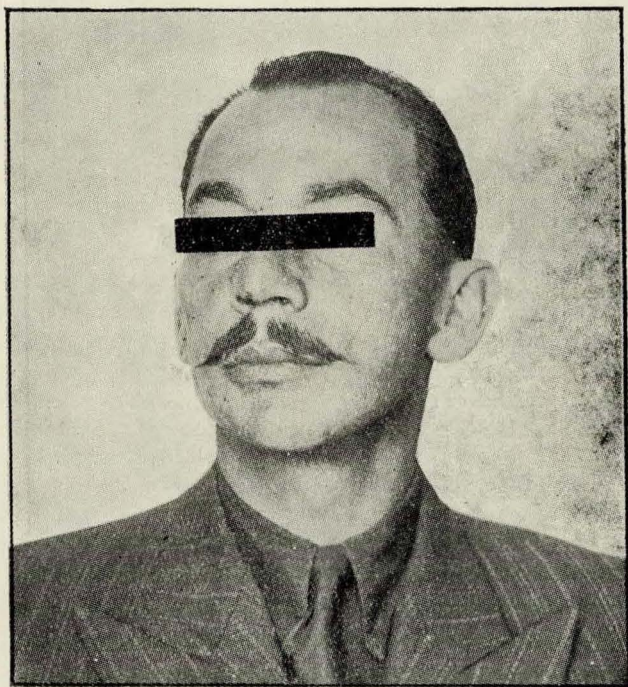
Dias depois voltava ao serviço para exame, sendo possível verificar a cura dêste último foco. Demos alta definitivamente curado, aconselhando sempre manter a desinfecção da cavidade bucal após as refeições, afim de evitar a permanência de detritos alimentares.

Em princípios de Agosto fomos procurados pelo paciente, afim de conseguir uma apresentação para um serviço do mesmo hospital, com o que aproveitamos a ocasião para examiná-lo.

Externamente não apresentava nenhum sinal de edema, e segundo afirmação do paciente, os contornos externos eram então iguais aos de antes da moléstia. Internamente, os rebordos gengivais apresentam-se normais, sem nenhum orifício de trajeto fistuloso, sem zonas desepitelializadas. Ao nível do ângulo do maxilar inferior a D, observa-se o único dente, que não lhe fôra anteriormente arrancado, e que nos fôra possível conservar graças ao tratamento executado. O dente era indolor e estava perfeitamente fixo.

Aproveitando a vinda ao serviço batemos uma radiografia, representada pela figura n.º 6, e que demonstra a verdadeira reconstrução do maxilar inferior, com configuração perfeitamente normal.

A figura n.º 7, representa a fotografia do paciente, tirada também em 8 de Agosto de 1940; de frente, a de n.º 8 de perfil lateral E e a de n.º 9 o perfil D.



FIGURAS N.º 7, N.º 8 e N.º 9.

Fotografias tiradas em 8-8-1940.

O resultado final do presente caso não poderia ter sido mais satisfatório, nem a restituição mais integral. Tratava-se dum processo de osteomielite do maxilar inferior de vasta extensão, podemos quasi dizer com lesão total, pois somente os côndilos e as superfícies articulares dêstes ficaram indenés.

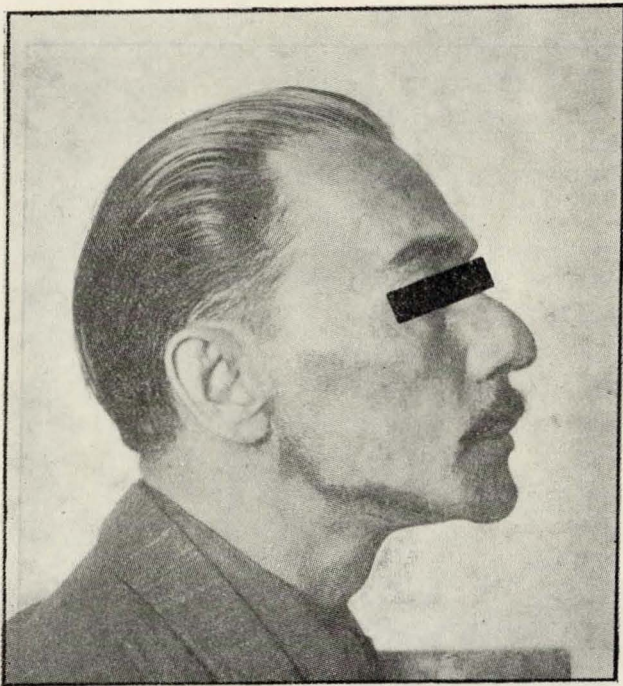
Qualquer outro tratamento, não teria levado a tal resultado satisfatório, pois o emprêgo dos meios terapêuticos anti-infecciosos, tanto gerais como locais, haviam falhado e o recurso operatório, que era o único que então nos restava, teria, cremos, levado a cura, mas em espaço de tempo muito maior, com um período muito maior de hospitalização e afastamento do paciente de sua atividade profissional e finalmente com um resultado estético, que, por melhor que fôsse, seria sempre inferior ao que obtivemos com o emprêgo do iodo nascente.

Tínhamos já resolvido dar publicação dos nossos resultados no presente caso, quando, obedecendo à interessante lei da repetição dos fatos, em fins de Outubro de 1939, baixava à Oitava Enfermaria, outro caso de osteomielite do maxilar inferior.

Neste doente, iniciamos desde logo o tratamento pelo iodo nascente, colhendo desde os primeiros dias os mesmos brilhantes resultados do primeiro caso.

Eis a segunda observação:

A. P. S., com 64 anos, branco, solteiro, agricultor, natural dêste Estado, residente atualmente à rua Benjamin Constant 906, mas domiciliado em Passo Fundo, baixou à Enfermaria "Prof. Guerra Blessmann" (ex-8.^a Enf.), no dia 21 de Outubro de 1939, onde passou a ocupar o leito n.º 36, caso 11/1940, papeleta n.º 11.562



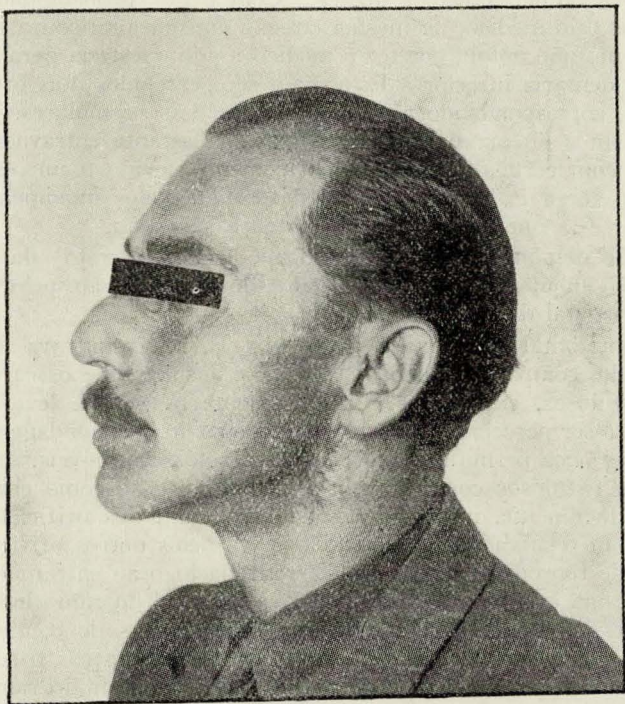
Informava o paciente que em meados de Maio de 1939, isto é, cinco meses antes de baixar à Enfermaria, começou a doer um dos dentes inferiores a E. Não sabe precisar qual o dente, mas pela informação que presta podia ser tanto o primeiro como o segundo premolar a E. Esta dôr, ora com exacerbações, ora com períodos de relativa acalmia, durou mais de mês, sendo que no decorrer dêste espaço de tempo notou que o rosto a E., aumentava gradativamente de volume. O aumento de volume, inicialmente circunscrito à altura do maxilar inferior, ao nível dos premolares, estendeu-se paulatinamente a tôda a região geniana a E.

Quando o aumento de volume do rosto, atingiu o máximo, as dôres eram intoleráveis, e se irradiavam para o crânio. O tumor era avermelhado, e quente ao toque.

Quando êste processo ainda estava em evolução, procurou um dentista, que imediatamente fez a avulsão dos dois premolares a E., intervenção esta que, segundo afirma o paciente, acarretou a piora mais rápida da sintomatologia local.

Quarenta dias após o início de sua moléstia, foi consultar um médico, que no dia seguinte procedeu a uma intervenção, que segundo detalhes fornecidos pelo paciente, se resumiu a incisão do abscesso dentário que se havia formado, incisão esta, feita externamente, abaixo do rebordo inferior do maxilar inferior. A incisão deu saída a uma enorme quantidade de pus muito fétido.

Entretanto, a-pesar-dos curativos diários e das irrigações com líquidos antisépticos a que era submetido, se bem que o edema tivesse cedido, ainda que lentamente, continuava a sair pus, tanto pelos orifícios dos trajetos fistulosos, que permaneceram ao nível da primitiva incisão do abscesso, como no interior da bôca, ao nível dos dentes extraídos.



Junto com o pus observou que às vezes também se encontravam pequenos pedaços de osso. As dôres no lado E da face continuavam, se bem que mais brandas, entretanto, com irradiação para o hemicrânio E e em derredor da órbita E. Sentia também zoadas no ouvido E.

Ante a indicação por parte do médico, duma segunda intervenção, mais radical, resolveu vir a Pôrto Alegre, procurar recursos.

O passado mórbido pessoal e familiar, nenhum detalhe de importância consignam.

À inspeção, apresentava o paciente leve edema no lado E. da face, bem como vários sulcos e orifícios de trajetos fistulosos, deformaram a região submaxilar a E.

Os orifícios de trajetos fistulosos, em número de três, estavam localizados ao nível duma cicatriz irregular; formada pelos sulcos apontados e que representava a incisão ou incisões feitas pelo médico ao operar o paciente, no interior do Estado.

Estavam colocados, um, dois dedos transversos do mento, e outro ao nível do ângulo do maxilar inferior a E, sendo que, o terceiro, se encontrava situado, mais ou menos, no meio desses dois outros orifícios. Todos tinham os bordos revirados, um tanto irregulares, e davam saída a um pus, bastante fluído, e um tanto fétido.

À inspeção da cavidade bucal, notava-se desde logo a falta dos dentes da metade esquerda da arcada dentária inferior, com exceção dos dois incisivos e do canino. Não nos foi possível elucidar quando foram extraídos os molares.

No relato da história da moléstia, aludiu o paciente unicamente aos dois premolares extraídos pelo dentista, e era categórico em afirmar que somente dois dentes haviam sido extraídos pelo dentista. Também afirmava que antes do aparecimento da dor, tinha todos os dentes. Com maior probabilidade os molares foram extraídos pelo médico, na mesma ocasião em que praticou a incisão, extração que o paciente não notou, por ter o médico usado anestesia geral.

Na arcada dentária inferior a E, podiam ser percebidos dois orifícios de trajetos fistulosos, correspondendo a localização dos dois premolares.

Os movimentos do maxilar inferior estavam bastante entravados e a mastigação se fazia com certa dificuldade, não somente devido a um estado de contratura do masseter a E, como pela dor despertada pelos movimentos do maxilar inferior, dor esta que provocava uma intensa salivação.

A apalpação demonstrava um leve edema (godet discreto) da região geniana E e da região submaxilar do mesmo lado; dores à pressão, principalmente sobre o ramo horizontal do maxilar inferior.

O ramo horizontal do maxilar inferior a E, se encontrava aumentado de volume espessado, comparando com o lado D, e a superfície óssea era irregular. Os trajetos fistulosos, explorados cuidadosamente a estilete, levavam todos ao maxilar, podendo ser percebido osso rugoso e despolido. A sondagem dos trajetos que se abriam na boca permitia perceber partículas ósseas móveis, sequestros.

Os trajetos fistulosos comunicavam-se todos entre si, como era possível demonstrar mais facilmente, introduzindo, ao nível dum dos orifícios, um líquido qualquer, que com relativa facilidade extravazava pelos outros orifícios.

Deixamos de reproduzir a radiografia retirada logo ao entrar no serviço, por haver sido a mesma extraviada. Demonstrava ao nível do ramo horizontal E do maxilar inferior, irregularidade do contorno ósseo, zonas de condensação alternando com zonas de osteoporose, bem como vários sequestros ósseos pequenos, uns próximos ao rebordo alveolar e outros no bordo inferior do ramo horizontal.

Fácil foi estabelecer ante os dados acima descritos o diagnóstico de osteomielite do maxilar inferior, sediada ao nível do ramo horizontal E, e de origem dentária.

Em face dos ótimos resultados obtidos com o primeiro caso citado, instituímos de imediato o tratamento pelo iodo nascente, com a desinfecção bucal, após as refeições, com água oxigenada, em partes iguais com água filtrada.

Com seringa de 3 cc. armada com uma agulha, fazíamos a instilação de 2 a 3 cc. de ambos os medicamentos, primeiro o iodureto de sódio e depois a água oxigenada a 20 volumes, através de um ou dois dos orifícios dos trajetos fistulosos, mas somente pelos orifícios externos. Após a injeção da água oxigenada a 20 volumes víamos a espuma parda aparecer nos outros orifícios, igualmente nos localizados na cavidade bucal.

O primeiro curativo foi feito a 22 de Outubro de 1939, sendo os curativos diários até aos primeiros dias de Novembro, quando passaram a ser feitos em dias alternados.

Houve desde logo melhoria, que se acentuava com o progredir dos curativos, semelhantes às anotadas no primeiro caso. No dia 21 de Novembro, fizemos a extração do canino inferior E, já bastante abalado e que vinha mantendo sensivelmente o processo inflamatório. Sua retirada, condicionou rápida progressão nas melhoras apresentadas pelo paciente.

Nesta ocasião, já as dores haviam desaparecido quasi completamente, sendo que somente um dia ou outro, o paciente sentia leves dores, mas sem as irradiações anteriormente citadas. Os movimentos do maxilar inferior eram então quasi normais.

Em Dezembro de 1939, cicatrizou o orifício do trajeto fistuloso, correspondendo ao ângulo do maxilar inferior a E, e após a retirada a 26 de Janeiro de 1940, de duas esquirolas ósseas através do orifício do trajeto fistuloso anterior (externo), em fins desse mês, este último também cicatrizava. O terceiro orifício externo, bem como os orifícios internos (rebordo alveolar), já haviam cicatrizado logo após a extração do canino inferior E.

A 31 de Janeiro de 1940, o paciente tinha alta curado, e como resolvesse permanecer algum tempo em Pôrto Alegre, o mantivemos, sob contrôle.

Dêste modo nos foi possível mandar bater, a 3 de Fevereiro de 1940, uma chapa radiográfica, reproduzida na figura n.º 10. Relewa notar que esta radio-

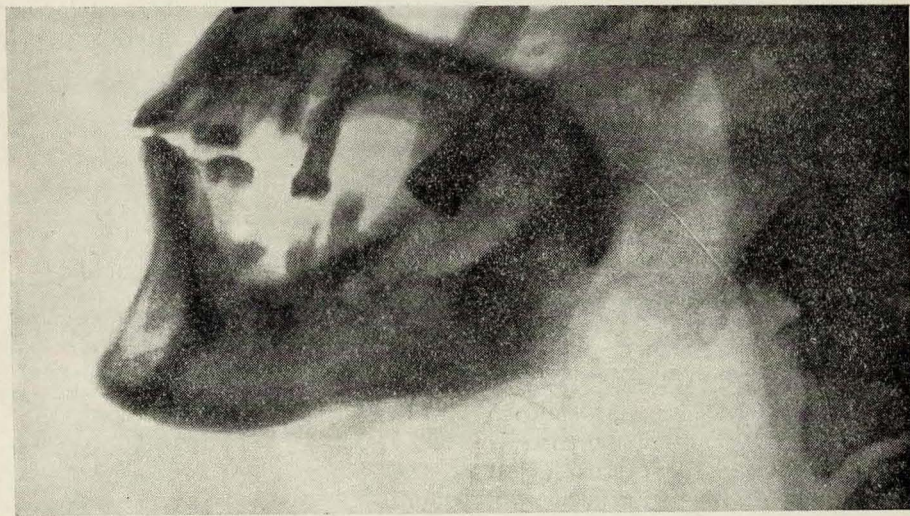


FIGURA N.º 10.
Radiografia tirada a 3-2-1940 (Caso II).

grafia não foi tirada com a técnica conveniente, visto que na mesma existe a superposição das sombras de ambos os ramos horizontais do maxilar inferior, o que dificulta de certo modo o estudo da estrutura óssea. Mesmo assim podemos observar uma depressão ao nível do bordo inferior do ramo horizontal do maxilar inferior a E. Desaparecidos estão os sinais apontados na primeira radiografia.

Ambos os casos acima relatados foram comunicados verbalmente à Sociedade de Cirurgia de Pôrto Alegre, na reunião realizada a 1.º de Agosto de 1940.

Antes de tecermos algumas considerações sôbre o processo de iodo nascente, no tratamento das osteomielites do maxilar inferior e quiçá em outros processos infecciosos ósseos, passaremos rapidamente em revista alguns pontos interessantes sôbre a etiologia, sintomatologia e tratamento das osteomielites do maxilar inferior.

Infelizmente a osteomielite do maxilar inferior não é uma afecção que possa ser considerada como rara, se bem que sua percentagem não seja elevada. É mais frequente no adulto, enquanto que a osteomielite do maxilar superior se apresenta, em maior número, nas crianças, segundo a opinião de KREY (1).

LINDNER (2) dá uma percentagem de 1,9 % para os casos de osteomielite do maxilar inferior, sendo menor a percentagem das osteomielites do maxilar superior.

Entretanto WILENSKY (3) encontrou um valor maior, baseado num estudo comparativo de 450 casos diversos de osteomielite. Nestes contou 39 casos de osteomielite do maxilar inferior, o que dá uma percentagem de 8,6 %.

FREY (4) em 60 casos de osteomielites dos maxilares, encontrou 7 do maxilar superior e 53 do maxilar inferior, e dêstes últimos 52 dependentes de lesões dentárias e somente um consecutivo a um furúnculo do mento.

Interessantes são estes dados apresentados por FREY, um dos autores que com maior cuidado e minuciosidade estudou o problema das osteomielites dos maxilares, ante a apreciável menor frequência das osteomielites do maxilar inferior consecutivas a furúnculos do mento. A osteomielite de um dos nossos casos era proveniente dum furúnculo do mento.

Quanto a etiologia, cremos ter sido FREY (5), quem melhor catalogou as diversas causas que podem levar a uma osteomielite do maxilar inferior, pelo que reproduzimos a sua classificação:

- A. — Infecção hematogênica.
- B. — Infecção de vizinhança.
 - I. — Origem odontogênica.
 - 1. — Intra-dental.
 - a. — Diretamente.
 - b. — Em consequência duma periostite supurada.
 - 2. — Extra-dental.
 - a. — Dificuldade da erupção dos dentes.
 - b. — Extração dentária.
 - c. — Dentes retidos ou em má posição.
 - II. — Sem causa dentária.
 - 1. — Estomatites.
 - 2. — Fratura exposta.
 - 3. — Furúnculo do mento.

LINDNER (6) afirma que o maxilar, que é um osso tubular, é irrigado por vasos centrais, que não têm anastomoses, pelo que a embolia dum dêles significa a falta de irrigação duma extensão apreciável da estrutura óssea e daí a possibilidade de zonas extensas afetadas e a formação de sequestros de tamanho regular, em comparação com o próprio maxilar inferior.

PERTHES (7) cita como possíveis causas duma osteomielite do maxilar inferior: 1) um dente cariado; 2) a gangrena da polpa dentária dum dente não cariado; 3) um alvéolo dentário exposto pela extração do dente correspondente; 4) lesões e afecções da gengiva; 5) Fratura do maxilar inferior, fratura exposta, ou lesão dos tecidos até ao periosteio.

EVERS (8) acrescenta a estes fatores, acima mencionados, ainda os seguintes: a) infecção dos dentes de leite; b) piorréia alveolar; c) elementos sépticos levados aos tecidos vizinhos por meio de injeções.

WELLER (9) completa a lista e cita: a) o furúnculo mentoneano; b) as intoxicações pelo fósforo e pelo mercúrio (moléstias profissionais); c) avitaminose; d) febre tifóide; e) noma e a sífilis.

ATCHAM (10) ao estudar a osteomielite do maxilar inferior na infância, declara que o traumatismo repetido dos dentes ao nascer, os dentes ainda inclusos, facilitam e são a causa mais comum desta afecção nesta idade da vida. Para este autor, a maior incidência dos casos é na segunda infância, entre os 12 e 16 anos.

HOENIG (11) publicou já há anos um interessante trabalho, onde tratou exhaustivamente da relação entre o furúnculo do mento e a osteomielite do maxilar inferior.

Este autor é de opinião que a infecção de vizinhança, como causa das osteomielites do maxilar inferior, supera em muito a infecção por via hematogênica.

No serviço do PROF. AXHAUSEN, HOENIG observou entre 1910 e 1930, 25 casos de furúnculos do mento, sendo 13 com evolução clínica sem complicações, enquanto que 12, quasi cincoenta por cento, seguidos de osteomielite do maxilar inferior.

Interessante é aqui reproduzir o resumo dos casos observados por HOENIG:

1. — O processo inflamatório ficou limitado às partes moles. Em alguns dos casos formou-se uma coleção purulenta que abriu para o assoalho da bôca, sem entretanto comprometer o maxilar inferior — 13 casos.
2. — O processo inflamatório englobou o periósteo e o osso. Em todos os casos houve abertura da coleção purulenta no assoalho da bôca, com saída também de pequenos sequestros corticais — 6 casos.
3. — O processo inflamatório atinge todo ou quasi todo o maxilar inferior, e os sequestros são grandes e em grande número — 6 casos.

Dos dados acima, fácil é de deduzir a gravidade das osteomielites consecutivas a um furúnculo do mento, principalmente pela maior extensão que nestes casos atinge o processo inflamatório. O nosso primeiro caso, que teve esta etiologia, comprova esta verificação, pois atingiu quasi todo o maxilar inferior.

Felizmente, dentro dos furúnculos da face, o do mento é relativamente raro, pois REVERDIN (12) entre 45 furúnculos da face, encontrou um do mento, e HOFMANN (13) entre 253, verificou somente 7 no mento.

Esta afirmação tem seu acêrto, pois a-pesar-de que outras localizações de furúnculos da face, correspondam profundamente a determinada parte do maxilar inferior, ramo horizontal, ângulo ou ramo montante, é somente o furúnculo do mento, que leva, como complicação, à osteomielite do maxilar inferior.

Esta verificação havia sido feita pelo Prof. AXHAUSEN (14). Procurando a explicação dêste fato, determinou que HOENIG, seu assistente, procedesse a uma série de estudos neste sentido.

HOENIG (15) iniciou seus estudos, com a verificação dos dados anatômicos ao nível do mento e das regiões laterais, da face, correspondentes aos ramos horizontais, aos ângulos e aos ramos montantes do maxilar inferior.

Estes estudos anatômicos revelaram a razão de ser dos fatos apontados. Os cortes feitos ao nível do mento, demonstraram que a trama conjuntiva do tecido subcutâneo é formada por trabéculas resistentes que se dirigem perpendicularmente em direção ao periósteo do maxilar inferior. Fácil é, pois, compreender que um processo inflamatório, sediado neste ponto, se infiltra em profundidade de encontro ao maxilar inferior, visto que sua expansão lateral se torna difícil em consequência da estrutura conjuntiva particular desta região. (Figura n.º 11).

Nas regiões laterais, outro quadro se observa, a trama conjuntiva não mais tem o aspecto anterior, não mais é resistente. As trabéculas conjuntivas, muito mais frouxas, não correm perpendicularmente sobre o periósteo do maxilar, e sim se entrecruzam em todos os sentidos, formando figuras geométricas irregulares. (Figura n.º 12).

Em face desta constituição, o processo infeccioso pode com facilidade estender-se lateralmente, não sendo forçado para a profundidade.

Esta é a razão que torna os furúnculos da região mentoneana particularmente graves, em face da frequente complicação passível de se instalar, a osteomielite do maxilar inferior, quasi sempre mais grave que a consecutiva a lesões ou afecções de origem dentária.

HOENIG (16) compara a região mentoneana, sob êste ponto de vista, à ponta do dedo, em relação aos panarícios.



FIGURA N.º 11.

Corte ao nível região mentoneana.

N. B.: Figuras n.ºs 6 e 7, às páginas 279 e 280 respectivamente do trabalho do Dr. Hoenig — "Kinnfurunkel und Unterkieferosteomyelitis Deutsche Zeitschrift fuer Chirurgie" — T. 232 — pág. 272 — 1931.

Quanto aos germes que podem ser encontrados nos processos de osteomielite do maxilar inferior, são em linha geral os mesmos das osteomielites de outros pontos da economia associados, não há dúvida, a certo e determinado grupo patogênico, característico da cavidade bucal, principalmente os espirilos (Vincent).

HERTZLER (17) julga que nos casos localizados existe uma infecção mista, enquanto que nos casos difusos sobressai o estafilococo. Entretanto depois de fistulizado o processo, a infecção é sempre mista.

Quanto ao processo anátomo-patológico é em tudo semelhante ao que se processa em qualquer outra osteomielite. Verdade é que certas particularidades que apresenta a osteomielite do maxilar inferior, ante os outros processos osteomielíticos, dependem de condições inerentes ao terreno e principalmente da flora microbiana da cavidade bucal (18).

A osteomielite do maxilar inferior pode apresentar-se sob três formas, a aguda, a subaguda e a crônica, sendo a subaguda uma simples transição entre o estado agudo e a cronificação do processo infeccioso.

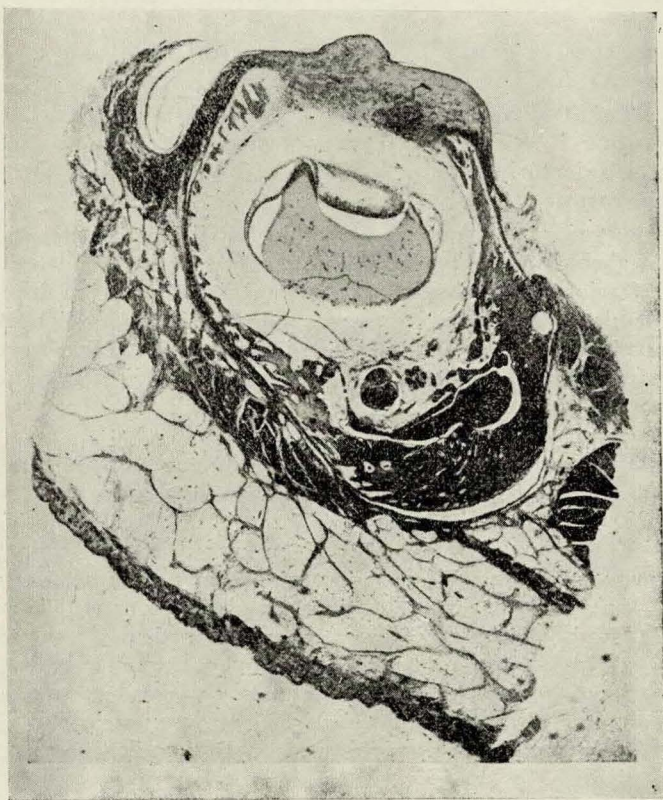


FIGURA N.º 12.

Corte ao nível região lateral face.

N. B.: Figuras n.ºs 6 e 7, às páginas 279 e 280 respectivamente do trabalho do Dr. Hoenig — "Kieferknochen und Unterkieferosteomyelitis Deutsche Zeitschrift fuer Chirurgie". — T. 323 — pág. 272 — 1931.

Da predominância de uma destas fases é responsável não só a virulência dos germes, como a resistência orgânica.

Para IVY (19), a osteomielite do maxilar inferior apresenta-se unicamente sob duas formas, a aguda e a subaguda, esta última, para este autor, correspondendo ao período da sequestração.

Entretanto, nos quer parecer que o estado na qual ambos os pacientes de nossas observações se apresentaram no serviço, corresponde em tudo ao aspecto

duma osteomielite crônica dum fêmur ou dum tibia. Não existe, pois, razão para não falarmos num estado crônico da osteomielite do maxilar inferior, sendo quasi sempre um período posterior a um estado agudo, visto que somente nas intoxicações pelo fósforo, ou pelo mercúrio, é que poderemos observar um processo osteomielítico crônico de início.

Na fase aguda a osteomielite do maxilar inferior apresenta um certo número de sintomas semelhantes aos dos outros processos osteomielíticos, sintomas gerais de infecção, sinais da repercussão sobre o organismo, do processo infeccioso localizado.

Elevação de temperatura até hipertermia, mal-estar, calefrios, cefalalgia, anorexia. Dôr localizada ou irradiada ao nível do maxilar inferior, face e mesmo crânio, edema e rubor, dificuldade dos movimentos do maxilar inferior, às vezes trismo acentuado.

Já em fase precoce existe o aumento da secreção salivar e a sensibilidade e mesmo abalamento dos dentes.

VINCENT (20) cita, como sintoma, a hiperestesia da região do nervo mentoneano, sendo que PARTSCH (20) encontrou-a nos casos onde o processo infeccioso atingia o dentário inferior. KREY (21) declara que um dos sintomas iniciais é a hiperostose.

Em fase posterior, na sequência da evolução clínica da osteomielite, teremos a formação do abscesso ou de vários abscessos subperiósticos, conforme a extensão do processo infeccioso. Os abscessos da osteomielite do maxilar inferior rompem geralmente a lâmina externa desse osso, segundo a opinião de WILENSKY (22), mas também podem irromper em outras regiões, havendo sido observados:

- a) os que perfuram tecidos moles da face, dando fístulas externas.
- b) os que podem formar um verdadeiro "bissac".
- c) os que seguem o pericímio.
- d) os que seguem e se abrem em direção à língua e finalmente
- e) os que seguem e se abrem no assoalho da fossa nasal.

KREY (23) chama a atenção para os abscessos do assoalho da boca e dos das temporais. WATSON e AIMES (24) declaram que em 15 sobre 23 casos os abscessos abrem para a boca. Deste modo as fístulas podem ser externas e internas, conforme abrirem na superfície da face, geralmente nas regiões submaxilares, ou na cavidade bucal. Nesta cavidade, elas também podem ser externas ou internas, conforme abrirem para o sulco gengival ou o assoalho da boca. E finalmente, através desses trajetos fistulosos, teremos a vasão de pus e de sequestros, dos mais variados tamanhos e formas. Os maiores sequestros são eliminados ao nível do rebordo alveolar, após a queda ou extração dos dentes em relação com o processo osteomielítico.

Quanto a extensão do processo osteomielítico, poderemos ter formas circumscritas e formas difusas. CUTLER (25) afirma que raramente o processo osteomielítico atinge a metade do maxilar inferior, sendo no geral um processo mais ou menos circunscrito.

Esta informação de CUTLER torna ainda mais interessante o caso de nossa primeira observação, visto que na mesma havia a lesão de quasi todo o maxilar inferior, com que sobressai ainda mais o resultado obtido.

Radiologicamente o aspecto não apresenta diferença ao do observado nas outras localizações ósseas das osteomielites. Zonas irregulares de osteoporose alternando com zonas de condensação. Cloacas no tecido ósseo. Sequestros em formação ou mesmo livres, fraturas patológicas, etc. Contornos irregulares, aumento do volume ósseo, hiperostoses.

Entretanto, devemos chamar a atenção, que o radiologista terá de tomar as precauções devidas, afim de evitar na chapa radiográfica a superposição das sombras de ambos os hemimaxilares, o que mascararia por completo o aspecto da lesão. E' o caso da radiografia reproduzida na figura n.º 10, dêste trabalho.

WILD (26), que estudou com carinho, o problema radiológico nas osteomielites dos maxilares, afirma que, antes do quadro radiológico típico da osteomielite, ainda poderemos, em períodos anteriores, observar duas fases radiológicas distintas.

De início, teremos o período radiológico de latência, no qual poderemos observar uma lesão apical, a parúlia. Este período é seguido pelo estado radiológico prodrômico, no qual poderemos verificar a formação dos sequestros, depois perfeitamente nítidos no período posterior.

DECHAUME (27) ao estudar as possíveis complicações em consequência ao processo osteomielítico do maxilar inferior, chama a atenção para as deformidades provenientes dêste processo patológico, e que dificultam acentuadamente a mastigação.

E' êste autor de opinião que o mau prognóstico depende muito mais da má resistência orgânica que da virulência própria dos germes. Acha que a irritação do nervo dentário inferior dá origem a distúrbios simpáticos, a uma vaso-constricção, logo a um mau estado circulatório, o que significa má defesa dos tecidos.

KREY (28) cita, entre as complicações, as tromboflebitas das veias da face, com possível propagação para os seios do crânio.

HOENIG (29) estuda as diversas alterações estéticas, que soem decorrer de uma osteomielite do maxilar inferior, desde a perda de um ou mais dentes, até às deformidades externas, produzidas pela má articulação das arcadas dentárias, pelas fraturas patológicas e encurtamentos ao nível do maxilar inferior.

EVERS e Mac WILLIAM (30) citam ainda, com possível complicação, ainda bem que rara, o edema da glote.

MEYER (31), ao estudar os resultados finais obtidos no tratamento das osteomielites do maxilar inferior, declara que encontrou 3 % de casos fatais.

No tratamento, poderemos encarar as medidas de ordem geral e as medidas locais. Nas primeiras englobaremos tôda a gama de meios terapêuticos anti-infecciosos, específicos ou não, destinados a levantar a resistência do organismo à infecção.

Poderemos citar os mais variados meios, desde às vacinas e sôros até aos produtos mais modernos a base de sulfamidas e vitaminas, e a associação de todos estes elementos, que pululam o mercado farmacêutico do mundo.

Localmente teremos o problema operatório, as incisões e contra-aberturas, os desbridamentos, as curetagens, as intervenções plásticas, os aparelhos protéticos, etc.

Igualmente teremos as possíveis medidas anti-infecciosas locais, pela aplicação e instilação através dos trajetos fistulosos de sôros, vacinas locais, bacteriófagos, etc.

DECHAUME (32) apresenta interessante resumo dos possíveis meios terapêuticos, de maior valor, segundo sua opinião:

Tratamento geral

- a) Estrato hepático.
- b) Vitaminas.
- c) Raramente emprega a anatoxina. Ultimamente tem usado com bons resultados a septazine, produto a base de sulfamida.

Tratamento local

- a) **Biológico:** bacteriófagos em instilações locais. Quando publicou seu interessante trabalho, em princípios de 1938, havia há pouco iniciado o uso de óleo de fígado de bacalhau localmente, por instilação através dos trajetos fistulosos, segundo a indicação de Van MOSVENZ e VIGNOR de Louvain.
- b) Agentes físicos, sendo que a radioterapia é completamente nula. A insuflação de ozônio dá bons resultados. Cremos que será possível substituí-la pela irradiação pelos raios ultravioletas.
- c) Dechaume experimentava, na época da publicação de seu trabalho, as injeções perifaciais de novocaína. Vinha colhendo bons resultados, aliás explicáveis, pelo que hoje, através dos estudos procedidos por LERICHE, conhecemos com relação aos resultados destas injeções. A hiperemia, que produzem, melhora a condição circulatória dos tecidos; logo favorecem as trocas ao nível dos mesmos, levantando a resistência destes.

DECHAUME (33) diz textualmente “o tratamento das osteíte dos maxilares deve ser mais médico que cirúrgico”, reagindo contra as curetagens intempestivas. Cremos que com pequena modificação a frase de DECHAUME teria mais exato significado, e propomos dizer que “o tratamento das osteíte maxilares deve ser mais conservador que intervencionista”.

MARTILOTT (34) também é partidário de medidas mais conservadoras, principalmente quando o paciente é uma criança.

DECHAUME e DUNCHEN (35) mandam evitar a instilação dos trajetos fistulosos e a desinfecção da bôca com soluções antissépticas ácidas.

BREWER (36), citado por CUTLER, declara que, “na melhor das hipóteses, o tratamento da osteomielite extensa do maxilar inferior é sempre deficiente”.

CAMERON (37), advoga a ressecção da parte necrosada, contra a opinião de IVY e PARKER. ATCHAM (38) junto com LANNELOGUE advogam a trepanação precoce do maxilar e BREWER e BABCOCK (39) são pela curetagem e drenagem. Sob ponto de vista estético, EVERS e Mac WILLIAM (40), aconselham o transplante de fragmentos do tíbia, costelas ou crista ilíaca.

MILTON e WOLFE (41), no estado agudo incisam e drenam, ressecando a parte necrosada, em período posterior, procurando imobilizar o maxilar tanto quanto possível.

LINK (42) julga que a extração dum dente não piora o processo osteomielítico já instalado e a considera como o melhor meio precoce de evitar a definitiva instalação do processo infeccioso. Cita ao mesmo tempo a opinião de LEXER, partidário da osteotomia precoce, com o fim de evitar a instalação duma septicemia, no que é acompanhado por PERTHES e BORCHERS.

O problema cirúrgico das osteomielites dos maxilares, principalmente do maxilar inferior, deu lugar, na Alemanha, a várias controvérsias. Assim AXHAUSEN e WASSMUND (43), mantiveram longa polémica científica sobre a indicação das largas e extensas intervenções. AUXHAUSEN era partidário das intervenções extensas, sendo WASSMUND mais conservador, e nos parece que os fatos modernos estão dando razão aos motivos e opinião deste último cirurgião.

WASSMUND (44), já em 1931 afirmava que era possível conseguir a quase completa regeneração do maxilar inferior, com uma terapêutica conservadoramente conduzida, evitando assim as deformidades e as pseudoartroses. É de opinião que somente nos casos graves devemos intervir extensamente. As incisões devem ser feitas sem grandes traumatismos, nos pontos de maior declive e a drenagem

assegurada igualmente atraumaticamente. Não tampona. Evita a ressecção das partes necrosadas, retirando unicamente os sequestros livres, afim de produzir o menor traumatismo possível.

BIER (45) condena o tamponamento nas intervenções sobre o maxilar inferior, pois o mesmo pelo processo irritativo, que produz como corpo estranho, leva a formação de granulações que perturbam consideravelmente o processo regenerativo.

IVY (46) não resseca a parte lesada do maxilar, somente retira o sequestro depois de completamente formado e isolado, pois com medidas intempestivas e precoces, o processo regenerativo pode ser perturbado e resultarem deformidades ou regenerações defeituosas.

SCHOERCHER (47), que há dois anos publicou interessante obra sobre a cirurgia séptica, quanto ao problema operatório da osteomielite do maxilar inferior, é da opinião da drenagem do processo infeccioso, duma drenagem ampla, mas ao mesmo tempo delicada.

STICK-MAKKAS (48) previne contra medidas radicais em extremo, na cirurgia das afecções inflamatórias do maxilar inferior, pois existe uma verdadeira piora, sob todos os pontos de vista, desde que se haja interrompido o arco formado pelo maxilar inferior. Aconselha, portanto, nunca extrair um grande sequestro, sem que o invólucro esteja suficientemente forte e resistente. Mandar evitar o escopro nas intervenções sobre o maxilar inferior, nos casos de osteomielite.

Nestes dados que acabamos de expor, resumimos, na parte terapêutica, o que aconselham os diversos autores como meios de tratamento, mais modernos.

Em nosso caso n.º I, tínhamos exaurido vários destes métodos terapêuticos, havíamos já tentado todos os meios anti-infecciosos, gerais ou locais, tomados todos os cuidados de antisepsia, sem que entretanto pudéssemos afirmar que havia sido colhido algum resultado.

Ao iniciarmos o tratamento pelo iodo nascente, fizemos mais uma experiência, antes de recorrermos à intervenção cruenta, mas mutiladora, como derradeiro meio destinado a resolver o caso clínico.

Dizemos bem, uma experiência, pois nos propunhamos aplicar a um processo infeccioso ósseo, extenso e rebelde a todo e qualquer tratamento até então feito, um meio terapêutico, de cujos bons resultados tínhamos conhecimento, mas em processos infecciosos muito mais localizados.

Entretanto, baseados nestes bons resultados e na verificação de que, de seu emprêgo não advinha prejuízo para os tecidos, de maneira a respeitar "in totum" o poder de defesa dos mesmos, julgamos ser nosso dever tentar tal tratamento, antes de tomarmos a orientação mais radical.

Já o resultado dos primeiros curativos era de molde a não só encorajar, mas obrigar a continuação do tratamento encetado. O que procurávamos, em vão, já há bastante tempo, dentro de poucos dias víamos realizar-se. Desapareciam ou esmaeciam os sinais inflamatórios, o processo infeccioso diminuía de extensão e gravidade, a drenagem do pus era feita mais facilmente e a eliminação dos sequestros se processava não só com maior facilidade, como era mais frequente.

E o mais interessante, a-pesar-dos múltiplos sequestros, que iam sendo eliminados, o maxilar inferior ia, ao mesmo tempo, sofrendo um intenso e progressivo processo de regeneração, conforme ficou provado na série de radiografias que apresentamos.

A associação destes dois fenômenos devemos os bons resultados obtidos nos casos por nós observados, e eles condicionam a continuação obrigatória do emprêgo desse método em casos de osteomielites dos maxilares.

CIRNE LIMA (49) ao estudar a estomatite de Vincent, diz textualmente:

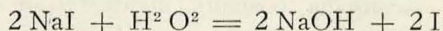
“Nenhum desses recursos, porém, é, a nosso ver, mais eficaz do que o emprêgo, nos interstícios dentários, de algumas gotas de solução supersaturada de iodeto de sódio e, em seguida, outras tantas de água oxigenada a 20 volumes. A reação é imediata: obtém-se iodo em estado nascente, o que é de real eficácia na antiseptia rápida dos interstícios dentários ou dos fundos do saco gengivo-dentário.

Em nosso trabalho sobre o “Tratamento dos ferimentos”, já havíamos feito menção ao valor do iodo nascente, no combate de certas infecções, especialmente ósseas (50).

Nesse mesmo trabalho citamos a opinião de SIMMONS que ainda considera o iodo como um dos melhores antissépticos, mas ressaltando a necessidade de que o mesmo seja de recente preparo. Somos da mesma opinião e deixamos consignado o modo e cuidados com o emprêgo da tintura de iodo no Ambulatório Central da Protetora, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho.

Mas, onde poderemos conseguir iodo mais recentemente preparado, que no emprêgo do método descrito neste trabalho, pelo contacto da solução saturada de iodeto de sódio com a água oxigenada a 20 volumes?

A reação química que se verifica, pelo contacto desses dois preparados, pode ser representada pela equação abaixo:



Temos aí representada a formação de duas moléculas de soda e de duas moléculas de iodo em estado nascente.

A primeira vista, a equação acima parece conter um elemento, que contraindica o emprêgo do método do iodo nascente, isto é, a presença da soda. Mas nos devemos lembrar que corpos, ainda que cáusticos ou mesmo corrosivos, formados nestas reações, na intimidade dos tecidos, não têm estas propriedades, razão pela qual, não observamos, no emprêgo do método do iodo nascente, qualquer ação cáustica, corrosiva sobre os tecidos, ação que viria contraindicar formalmente o emprêgo deste processo, caso fôsse efetiva.

A propriedade antisséptica do iodo fica conservada em grau máximo, do que se desprende o resultado extremamente satisfatório de seu emprêgo.

Consequimos, pois, para estes casos de osteomielite dos maxilares um meio terapêutico, de grande poder antisséptico, de ação fortemente penetrativa e que respeita “in totum” a vitalidade e resistência dos tecidos, qualidade primordial para uma boa e efetiva regeneração dos mesmos.

Simples são os meios necessários para este método terapêutico e ao alcance de qualquer profissional e paciente, bem como simples é o manejo dos mesmos. O teor da solução do iodureto de sódio, varia com a qualidade e pureza deste, sendo que numa série de soluções mandadas preparar na mesma farmácia, encontramos uma média de 70 % para 100 cc. água destilada.

Antes de encerrarmos este trabalho, queremos deixar consignado, que não temos limitado o emprêgo terapêutico do iodo nascente unicamente às osteomielites do maxilar inferior, empregando-o também em vários outros processos infecciosos, especialmente ósseos, e até ao presente momento, sempre com os mesmos bons resultados.

Estes serão objeto de trabalho futuro, quando o número de observações nos permita tirar conclusões a respeito dos resultados obtidos.

Entretanto podemos afirmar, sem medo de errar, que no tratamento da osteomielite do maxilar inferior, o método do iodo nascente deverá sempre ser empregado, qualquer que seja o aspecto clínico da afecção.

Os resultados são surpreendentes, levando o caso à cura, em menor tempo e com melhores condições estéticas.

Bibliografia

- 1 — KREY Sigurd — Klinischer Beitrag zur eitrigen Entzündungen der Kieferknochen — Ref. Zblt. f. Chrg. — n.º 7 — pág. 412 — 1933.
- 2 — LINDNER E. — Studies on the etiology of osteomyelitis of the Jaw on the basis of the case histories in the "Dental Institute" and "Surgical Policlinic" in Munich. — Resumo Inter. Abstr. of Surgery — V. 54 — pág. 209 — 1932.
- 3 — CORACHAN GARCIA & DOMENECH ALSINA — Clinica y terapeutica quirurgicas de urgencia. — Edit. Labor — Barcelona — 1937.
- 4-5 — FREY E. — Zur Kieferosteomyelitis. — VII — Tagung der Vereinigung Nordostdeutscher Chirurgen — Zblt. f. Chrg. — n.º 45 — pág. 2829 — 1931.
- 6-7 — Trabalho citado sob n.º 2.
- 8-10 — CUTLER C. W. Jr. — Acute osteomyelitis of the lower Jaw. — Surgical Clinics of North America — n.º 2 — pág. 483 — 1935.
- 11-16 — HOENIG D. — Kinnfurunkel und Unterkiefer osteomyelitis Deut. Zeitschr. f. Chrg. — T. 232 — pág. 273 — 1931.
- 17 — HERTZLER ARTHUR E. — Surgical pathology of the diseases of the mouth and Jaws — Lippincott — 1938.
- 18 — MAC CALLUM W. G. — A text-book of Pathology — Saunders — 1938.
- 19 — IVY Robert H. — Surgery of the mouth and Jaws. — Chapter XI — Vol. II of Nelson Loose Leaf Surgery.
- 20 — PARTSCH C. — Enfermedades quirurgicas de la boca, dientes y maxilares. Tomo I de la Escuela Odontologica Alemana. — Ed. Labor — tr. esp. — 1936.
- 21 — Trabalho citado sob n.º 1.
- 22 — WILENSKY A. O. — Osteomyelitis of the Jaws. — Res. Inter. Abstr. of Surgery. — V. 55 — pág. 505 — 1932.
- 23 — Trabalho citado sob n.º 1.
- 24 — LECENE & LERICHE — Therapeutique chirurgicale — Tome II — 1926.
- 25 — Trabalho citado sob n.ºs 8-10.
- 26 — WILD G. — Die Erscheinungen der eitrigen Osteitis der Kiefer im Roentgenbild. — Ref. Der Chirurg — n.º 16 — pág. 756 — 1929.
- 27 — DECHAUME M. — Considerations sur le traitement des osteites et des osteomyelites des maxillaires. — Presse Médicale — 16/2/1938 — pág. 265 — 1938.
- 28 — Trabalho citado sob n.º 1.
- 29 — HOENIG D. — Kinnfurunkel und Unterkieferosteomyelitis — Ref. Zblt. f. Chrg. — n.º 47 — pág. 2859 — 1932.
- 30 — Trabalho citado sob n.ºs 8-10.
- 31 — SIEGBERT MEYER — Eitrige Knochenmarkentzündung des ganzen Unterkiefers — Freiburg — 1931. Citado no trabalho sob n.ºs 8-10.
- 32-33 — Trabalhos citados sob n.º 27.
- 34 — MARTILOTTI F. — L'osteomyelite du maxillaire superior chez le nourisson. — Res. Journal de Chirurgie — T. 51 — n.º 6 — pág. 873.
- 35 — DECHAUME & DUNCHEM — Traitement des osteites des maxillaires par le bacteriophage. — Res. Journal de Chirurgie — n.º 85 — T. 50 — 1937.
- 36-40 — Trabalho citado sob n.ºs 8-10.

- 41 — MILTNER L. J. & WOLF J. J. — Treatment of suppurative osteomyelites of mandible. — Surg. Gynec. and Obstetrics — V. 59 — pág. 226 — 1934.
- 42 — LINK K. H. — Zur Frage der Kieferosteomyelitis nach Zahnextraktion. — Zblt. F. Chrg. — n.º 6 — pág. 330 — 1937.
- 43 — Trabalho citado sob n.º 26.
- 44-45 — WASSMUND M. — Ueber Nekrose und Regeneration des Kiefelgelenks. — Berliner Gesellschaft fuer Chirurgie — 9/2/35. — Zblt. f. Chrg. — n.º 26 — pág. 1646 — 1931.
- 46 — Trabalho citado sob n.º 19.
- 47 — SCHOERCHER F. — Septische Chirurgie. — Leipzig — 1938.
- 48 — STICK-MAKKAS — Errores y peligros en las operaciones quirurgicas. — Tr. esp. — Ed. Labor — 1930.
- 49 — CIRNE LIMA — Odontologia e Medicina. — Pôrto Alegre — 1939.
- 50 — SECCO EICHENBERG — Tratamento dos ferimentos — Sua orientação moderna — Medicina e Cirurgia — Revista da Assistência Pública de Pôrto Alegre — Ano II — Número 1 — Tomo 2.