

Essas doentes tiveram sua ovarite por mim observada em toda a sua evolução. Nellas tambem houve uma irritação inflammatoria, pelo tratamento contra o catarrho do collo.

E, como foram operadas por mim, e por mim acompanhadas, pude concluir que a inflamação, partindo das glandulas, onde se enkystára, no collo, alcançou o ovario propagando-se, via lymphatica, por intermedio do parametrio.

Ora, si a hysterectomia fosse total, não teria havido taes collos infectados. Mas nem por isso se ha de adoptar a operação total, retirando o collo, pois a gravidade é muito maior. Ha, porém, um recurso mais pratico. E' o esvaziamento do collo seccionado.. Antes de fechar o istmo uterino, retirando um longo cone interno, retira-se uma parte da mucosa, alterada ou alteravel, pois o acino glandular é um esconderijo á infecção latente. Ora, este processo está um tanto esquecido, por empanar o brilho ás operações rapidas e elegantes. Para grande parte dos mais famigerados cirurgiões, esta ablação do interior do pediculo uterino "n'est q'une complication, peu importe la façon dont le col est réuni".

O conceito é de um mestre. E, de um modo geral, verdadeiro. Mas, postas as cousas nos seus devidos termos, quando todas as condições hoje exigiveis para o "conservicionismo", me levarem á tentativa de respeitar o ovario, nos raros lances em que isto me será dado, tenho para mim que nunca esquecerei o esvaziamento accentuado do pediculo uterino.

De varios factores hemos visto depender o exito na na conservação do ovario. O esvaziamento do collo, creio eu, mereceria lembrado entre elles.

Sobre a technica da apicectomia

pelo Prof. Cirne Lima.

Calhedrático de Pathologia e Zherapeutica dentarias

Recurso cirurgico de incontestavel efficiencia no tratamento de lesões inflammatorias intra-alveolares, a apicectomia é, actualmente, assumpto que amplamente se discute no seio das mais respeitaveis associações odontologicas da Europa e da America do Norte.

Motiva taes discussões a divergencia que se estabeleceu quanto ao *modus operandi*.

Nem outras razões existem capazes de explicar o grande interesse que despertam o estudo e a pratica da apicectomia, operação de execução facil e de resultados raramente desfavoraveis.

Mas em torno da technica a ser observada, em todos os casos em que a intervenção se impõe, crearam-se tres escolas distinctas cada qual mais ciosa dos processos operatorios que adopta.

E ahí está o ponto de partida das controversias que a operação suscita, attrahindo para a arena das discussões scientificas notaveis expoentes da odontologia mundial.

E o desaccôrdo existente entre os profissionais especializados na pratica da apicectomia não se origina sómente de simples questões de minudencias operatorias, o que, aliás, não acarretaria modificações sensíveis no resultado final da intervenção.

O dissidio se estabelece desde a incisão inicial: — uns

querem-na extensa, de molde a facilitar a visão ampla e directa do campo operatorio, que, submettido a uma curetagem rigorosa, deve ser completamente expurgado de qualquer detricto suspeito; outros fazem-na menos extensa, allegando que a raspagem ossea pode ser feita, efficientemente, atravez de uma abertura assim pequena; outros ainda limitam a incisão a dimensões extremamente exiguas, visando apenas o apice da raiz que deve ser eliminado.

Os americanos do norte, por exemplo, são partidarios habituaes da technica que vamos descrever:

a) limpeza mechanica e desinfecção rigoroso do canal radicular, que será cuidadosamente obturado a gutta-percha ou a cimento de cobre ou de zinco, antes de iniciar-se a operação;

b) incisão da mucosa gengival, — horizontal ou de preferencia semi-lunar — assás extensa, de fôrma a permittir, pelo afastamento dos labios da ferida peratoria, uma abertura sufficiente, atravez da parede alveolar externa;

c) trepanação, a formão, da parede alveolar;

d) resecção, a formão ou por meio de uma broca cylindrica, picotada, do apice da raiz;

e) curetagem meticulosa da cavidade ossea;

f) suppressão de asperezas porventura existentes na porção exposta da raiz;

g) lavagens repetidas da cavidade ossea, com solução diluida de agua oxygenada ou simplesmente com sôro physiologico;

h) sutura immediata da mucosa, com catgut, fio de seda ou de crina de cavallo.

Cs allemães, a seu turno, praticam a apicectomia, desprezando certos preceitos de technica que os nossos confrades yankees consideram fundamentaes.

A começar pela incisão da mucosa, que reduzem ao que lhes parece estritamente necessario, os allemães executam a mesma operação sem a obturação prévia da raiz do dente, preferem a broca ao formão e evitam a sutura immediata.

São adeptos da drenagem, e dahi o tamponarem a cavidade com gaze hydrophila ou, o que é mais frequente, iodoformada.

Quanto aos francezes, a technica que geralmente aconselham differe essencialmente das que vimos de mencionar.

Ha mesmo entre elles nomes respeitaveis de professores illustres que consideram desnecessaria a resecção do apice radicular, embora reconheçam que a apicectomia é um dos meios therapeuticos mais efficazes no tratamento de certas affecções chronicas intra-alveolares.

Sem embargo — e a tal respeito não ha absolutamente desaccôrdo — a intervenção só deve ser praticada, quando verificada a fallencia dos demais processos de tratamento conhecidos e geralmente empregados.

Não obstante essa restricção, que é, aliás, sob certos aspectos, passivel de critica, os francezes affirmam que, quando se tenta o tratamento de infecções apiciaes por via vestibular, sendo a operação praticada conforme a technica que se conhece, se tem definitivamente assegurada a cura absoluta das lesões dento-alveolares.

Mas, indagam elles, "para obter esse resultado será necessario proceder-se á resecção do apice radicular? Na imensa maioria dos casos: não."

A ablação do apice, sobre ser inutil, agrava a operação. O que deve merecer a attenção e os cuidados do operador são apenas as lesões osseas. Os que têm praticado operações desse genero concordam em affirmar que as lesões osseas são muito mais importantes, sob todos os pontos de vista, do que as lesões radiculares.

A technica operatoria, de accôrdo com taes illações anatomico-pathologicas, resume-se mais ou menos no seguinte:

pequena incisão horizontal da mucosa; abertura, a trepano, da parede alveolar, na porção correspondente ao apice da raiz; curetagem do apice e, sobretudo, das lesões osseas; obturação do canal radicular, empregando-se amalgama de cobre ou de preferencia fios metallicos, que passam atravez de pastas obturadoras; limpeza da cavidade ossea e applicações de soluções antisepticas diluidas, principalmente a de chloreto de zinco.

Feito isso, approximam-se os labios da ferida e aguarda-se a cicatrização, que geralmente se faz no fim de tres semanas. Durante esse tempo, é claro, o paciente cuidará seriamente da antiseptia da bocca.

Atravez da synthese que tentámos fazer da technica da apicectomia, consoante a executam os francezes, os allemães e os americanos do norte, já se pode fazer idéa do immenso interesse que o assumpto desperta, postas, como estão, em campo opiniões absolutamente oppostas, mas igualmente acatadas.

Trata-se, é certo, de uma intervenção banal, que qualquer profissional, mais ou menos adestrado em technica cirurgico-dentaria, poderá executar com successo.

Sendo assim, é bem possivel que o desacordo provenha do que se poderia denominar — mania das systematizações.

Entretanto, admittida embora a influencia de indicações systematicamente invariaveis, focando apenas o mal diagnosticado, sem ligar importancia ao factor individual, força é convir que a technica norte-americana é, das tres, a que melhores resultados poderá proporcionar.

Basta um ligeiro estudo de confronto entre os processos norte-americanos e os communmente usados na Allemanha e na França, para concluir-se logicamente pela superioridade incontestavel dos primeiros.

A apicectomia tem por fim a cura radical de lesões intra-alveolares, para a qual hajam sido porventura improficuos outros recursos therapeuticos.

Essas lesões, determinadas sempre por infecção polymicrobiana, se caracterizam pelo desgaste lento do apice radicular e por destruição progressiva do tecido osseo. Esse processo de necrose, quasi sempre limitado, pode, todavia, estender-se a regiões visinhas, formando verdadeiras cavernas, em innumeros casos irreparaveis.

Além dessas lesões, encontram-se ainda, com frequencia, abscessos chronicos, pequenos fibromas e pequenos kystos radiculares infectados, todos elles quasi sempre appensos ao apice da raiz.

Ora, em face desses rudimentos grosseiros de anatomia-pathologica, difficilmente se acreditará na efficiencia da intervenção cirurgica, sem a resecção do apice radicular.

Acceitemos a hypothese de que a simples curetagem da porção exposta da raiz bastará para assegurar a cura de lesões ahi localizadas.

Mas a presenca da raiz intacta impedirá fatalmente a curetagem alveolar, que deve ser tão rigorosa quanto possivel.

Além disso, a persistencia do apice radicular dificultará, indiscutivelmente, a obturação da raiz, maximé quando feita com fio metallico.

Este deve ultrapassar o forame, para que a porção excedente seja achatada e convenientemente adaptada ás bordas daquelle orificio.

Não se acredita que tal trabalho se execute, sem que haja espaço bastante capaz de facilitar as respectivas manobras operatorias.

Nessas condições, é admissivel a conjectura de que a apicectomia, praticada de accordo com o technica franceza,

não corresponderá ao seu verdadeiro objectivo, por não permittir a limpeza completa da cavidade alveolar.

Mas, si fossem improcedentes esses pequenos reparos, mesmo assim nos sobrariam motivos para respigar o *modus operandi* dos nossos collegas francezes.

Mencionemos, por exemplo, o facto delles evitarem a sutura da mucosa, por isso que a consideram perfeitamente dispensavel.

Allegam, então, que, não se procedendo á ablação do apice radicular, a mucosa ficará sobreposta á porção exposta da raiz, operando-se a cicatrização lentamente, é certo, mas sem complicações inflammatorias.

Contudo, si quando feita a sutura da mucosa, casos ha em que poderá ocorrer, quanto á infecção, numa ferida em relação directa com um meio reconhecidamente septico e sujeita ainda á impossibilidade de reparação rapida, porque a isso se oppõe o inevitavel movimento do labio?

E' fóra de duvida que a ferida, assim constituida, não poderá obstar a penetração de elementos infectuosos no amago da região operada.

Si a indicação da intervenção provém exactamente da existencia de lesões de origem microbiana, é claro que se deve evitar a todo transe a reinfeccção.

Quanto á technica que os collegas allemães preconizam diremos sómente que elles são francamente apologistas da drenagem da cavidade ossea e da resecção do apice radicular, sem que os preocupe, entretanto, a obturação prévia da raiz.

O processo de cicatrização será, portanto, extremamente moroso, o que permittirá talvez novas incursões microbianas.

Não se contesta, porém, que, em muitos casos, o campo operatorio deve ficar, por algum tempo, convenientemente drenado, mas isso não autoriza absolutamente o emprego systematizado de semelhante recurso cirurgico.

Demais, deixando-se para depois a obturação do canal radicular, subsistirão ainda fundados receios de reinfeccção.

Parece, portanto, que o *modus faciendi* norte-americano, sobre preencher todas as condições exigidas pela technica cirurgica na pratica da apicectomia, é ainda, sob diversos aspectos, o que maiores vantagens offerece, quer quanto á facilidade e rapidez da cicatrização, quer, principalmente, quanto ao expurgo completo de productos septicos contidos na cavidade alveolar.

Essa ultima condição só se realiza quando se torna o campo operatorio perfeitamente accessivel aos movimentos livres da cureta e á inspecção visual directa.

Dir-se-á, porém, que será imprudencia suturar-se immediatamente a mucosa, quando é certo que se não pode assegurar que a cavidade curetada haja ficado inteiramente asptica.

A objecção, entretanto, carece de fundamento, por isso que facil será aos recursos naturaes de defesa a jugulação de qualquer surto microbiano, que, no caso, não terá jamais a mesma importancia que teria si a cavidade ossea se conservasse aberta e em communicação directa com o meio buccal.

Si nas intervenções reclamadas por sinusite maxillar chronica, já está, de ha muito, abolida a drenagem pela bocca, razões de sobra justificam, na pratica da apicectomia, a sutura immediata da mucosa e a obturação prévia da raiz do dente.

Todavia, cabe ao operador, exclusivamente, de accôrdo com as condições do caso em que deverá intervir, a escolha deste ou daquelle methodo operatorio, e até mesmo a modificação de alguma variante technica, que porventura facilite a execução da intervenção.

Problemas endocrínicos em cirurgia pélvica com especial referencia a menstruação vicariante.

(Endocrinology vol. 5, num. 5) **Rosser.**

Apresenta o auctor tres casos nos quaes se apreciam symptomas pelvicos mas que assim mesmo apresentavam uma symtomatologia typica, dependente de perturbações predominantes de uma glandula endocrinica — Enfermas que deram uma prova therapeutica positiva e que foram tratadas por operações gynecologicas usuas, não puderam ser curadas.

No primeiro caso tratava-se de uma enferma que entrou na clinica para operar-se de um desvio uterino que, segundo lhe haviam dicto era a causa de seus disturbios. Esta doente tinha suas regras abundantes, sem dysmenorrhéa; teve uma puberdade e uma menopausa tardias e, physicamente, era uma mulher obesa, de pequena estatura, com os caracteres sexuaes que correspondem a um typo pituitario.

Em lugar de tratar esta doente por processos cirurgicos, apesar de que de facto, tinha uma retroversão e lacerações do collo uterino, deram-lhe thyroidina, melhorando consideravelmente, pois que se tratava de um caso typico de hypothyroidismo, com mixedema e obesidade.

A segunda doente queixava-se de amenorrhéa temporaria e dôrse pélvicas. As menstruações se atrasavam e eram dysmenorrhéicas. A doente tinha um typo masculino com hypertrichose, voz grave, ligeira obesidade e, n'uma palavra, o typo que corresponde á insufficiencia do lóbo anterior da hypophyse. — Assim mesmo apresentava um pequeno kisto ovariano que foi extirpado; mas posteriormente e para que a doente ficasse definitivamente curada, foi necessario administrar-lhe extracto ovariano e thyroidiano, mas principalmente extracto pituitario.

A ultima doente era um caso em que a menstruação começara aos 15 annos, tendo seus periodos quasi sempre irregulares e dolorosos.

Havia cinco annos que tinha nauseas, dôres pélvicas e cephaléas occipitaeas, principalmente durante a menstruação. Havia um anno, tinha sido operada de appendicite e retroversão, sem obter nenhuma melhora.

No momento em que a observa o auctor, queixa-se de cephaléa, nauseas, dysmenorrhéa, hemoptyses, hemorragias pela conjunctiva esquerda e algumas vezes pelo ouvido esquerdo, ficando a doente muito debilitada durante estes symptomas e ficando logo restabelecida nos intervallos.

Mas á medida que passava o tempo a doente foi melhorando notavelmente — observava-se n'ella uma ligeira retroversão, o sangue e a urina appareceram normaes, a coagulação daquelle se verificava em dois minutos e meio e a pressão varcular era de 14"-90. Administrou-se-lhe luterna por via intramuscular e os symptomas se aggravaram notavelmente, e por ultimo averiguando-se que se tratava de um augmento da função ovariana, praticou-se a dupla oophorectomia. Na operação não se verificou congestão ovariana nem do ligamento largo e do estudo dos ovarios se deduziu que um delles tinha um kisto de 2 cm. de diametro e outro pequeno kisto seroso. O outro ovario era muito pequeno e mais fibroso que o normal. Observado no microscopio continha pequenos kistos luteinicos, com augmento do tecido fibroso circumdante.

Assim mesmo se observava hemorragia difusa. A convalescença foi muito accidentada, aggravando-se os sympto-

mas da doente e melhorando depois tendo tres periodos normaes.

Finalmente, depois de haver cessado a menstruação a doente morreu.

Neste caso, como em todos de menstruação vicariante, é necessario ter em conta não só a função ovariana como a das outras glandulas endocrinicas e esta doente é um bom exemplo disso. Portanto em casos iguaes procuraremos fazer um estudo minucioso das doentes para administrar o tratamento opotherapico mais adequado.

A. D.

Da Lithiase biliar em cirurgia

pelo prof. Octacílio Rosa.

Cathedrafico de Anatomia medico-cirurgica e operações

Não nos occuparemos da etio-pathogenia de lithiase biliar. Outro é o nosso fim, mas restricto, porém mais pratico: o conceito therapeutico actual sob o ponto de vista cirurgico.

Não podemos, porém, deixar de assignalar os dois principaes factores, universalmente acceitos, na etio-pathogenia da lithiase biliar: infecção e estase de bilis.

Os órgãos contidos no quadrante superior direito do abdomen formam, por assim dizer — um verdadeiro systema biologico em que a transmissão pathologica é fatal em menos longo tempo, de um órgão para outro.

Não só a via sanguinea, venosa — mas principalmente a lymphatica coopera para tal determinismo morbido. As infecções da vesicula se transmittem aos canaes biliaes, ao figado, ao pancreas.

Os tumores malignos do estomago apresentam metástases no aparelho biliar, na cabeça do pancreas, no figado. E a symtomatologia não só pela estreita visinhança dos referidos órgãos torna difficil muita vez a localisação da doença (adherencias entre a vesicula e o estomago, o duodeno) como ainda pela inervação. De facto, a vesicula é innervada pelo nervo phrenico D., pelo pneumo-gastrico D e pelo plexo celiaco. Assim a dôr na lithiase vesicular é sentida na metade D. do epigastro e no hombro D. A via de transmissão se faz pelo phrenico.

Os centros do estomago e do aparelho biliar (vesicula) estão situados no mesmo segmento medullar e por meio do vago se fazem semelhantes os seus reflexos viscerosensoriaes e visceromotores. Dahi os disturbios gastricos (vômitos, dôres, regurgitação, etc.) nas affecções calculosas da vesicula que muitas vezes desviam a attenção para o estomago, quando o verdadeiro órgão atacado é a vesicula.

Na lithiase vesicular com pequena irritação inflammatoria da vesicula, os symptomas são vagos e incontestavelmente é difficil o diagnostico differencial entre lithiase e as affecções gastricas.

Podemos dizer que na clinica o melhor symptoma, aquelle que verdadeiramente nos guia é a dôr. Ora, tres casos pôdem surgir: 1.º — O doente não tem dôr. 2.º — Tem dôres atypicas. 3.º — Tem dôres caracteristicas.

Nos primeiros, são antes disturbios gastricos, proteiformes — nauseas — vômitos — regurgitação — sensação de plenitude, gastralgias fugazes — constipação — emfim signaes de dyspesia chronica — que se pôde ligar, ou a uma

Revista dos Cursos, 1923.