

DISSERTAÇÃO

A' CERCA

DAS LUXAÇÕES DO MAXILLAR INFERIOR

THESE

APRESENTADA A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO E SUSTENTADA  
EM 18 DE DEZEMBRO DE 1846

PELO

*Dr. José Marianno da Silva*

NATURAL DO RIO DE JANEIRO

FILHO

**DE JOSÉ MARIANNO DA SILVA**

FORMADO EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE.

Une thèse excellente, où tout marche et se suit,  
N'est pas de ces travaux qu'un caprice produit ;  
Il faut du temps, des soins, et ce pénible ouvrage  
Jamais d'un écolier ne fut l'apprentissage.

*Boileau, Art. poét., ch. 5.*



RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA IMPARCIAL DE F. DE PAULA BRITO.

1846.

DIRECTOR

O SR. DR. JOSE' MARTINS DA CRUZ JOBIM.

LENTES PROPRIETARIOS.

Os Srs. Drs.

I—ANNO.

Francisco de Paula Candido.....

Francisco Freire Allemão.....

II—ANNO.

Joaquim Vicente Torres Homem.....

José Mauricio Nunes Garcia.....

III—ANNO.

José Mauricio Nunes Garcia, *Examinador*.....

Lourenço de Assis Pereira da Cunha.....

IV—ANNO.

Luiz Francisco Ferreira.....

Joaquim José da Silva.....

João José de Carvalho.....

V—ANNO.

Candido Borges Monteiro.....

Francisco Julio Xavier, *Examinador*.....

VI—ANNO.

Thomaz Gomes dos Santos.....

José Martins da Cruz Jobim.....

2.º ao 4.º Manoel Feliciano Pereira de Carv.º, *Pres.*

5.º ao 6.º Manoel de Valladão Pimentel.....

Physica Medica.

{ Botanica Medica, e principios elementares de Zoologia.

{ Chimica Medica, e principios elementares de Mineralogia, Anatomia geral e descriptiva.

Anatomia geral e descriptiva.  
Physiologia.

Pathologia externa.  
Pathologia interna.

{ Pharmacia, Materia Medica, especialmente a Brasileira, Therap., e Arte de formular.

Operações, Anatomia topogr. e Apparelhos,

{ Partos, Molestias das mulheres peçadas e paridas, e dos meninos recém-nascidos.

Higiene, e historia da Medicina.  
Medicina legal.

Clinica externa, e Anat. pathol. respectiva.

Clinica interna, e Anat. pathol. respectiva.

LENTES SUBSTITUTOS.

Francisco Gabriel da Rocha Freire, *Examinador*...

Antonio Maria de Miranda Castro.....

José Bento da Rosa.....

Antonio Felix Martins.....

Domingos Marinho de Azevedo Americano.....

Luiz de Cunha Feijó, *Examinador*.....

{ Secção de sciencias accessorias.

{ Secção medica.

{ Secção cirurgica.

SECRETARIO

Dr. Luiz Carlos da Fonseca.

AO

**MEU PREZADÍSSIMO PAI, E MELHOR AMIGO**

**A MINHA CARINHOSA E IDOLATRADA MÃI.**

Senhores. — E' neste momento, o mais solemne de minha vida, que eu exulto de prazer e de alegria, dedicando-vos um primeiro trabalho litterario. Com justiça ingrato eu seria, se, alcançando a minha posição social, não vos offerecesse as primicias dos estudos, para os quizes tanto tendes cooperado. E' fraca a lembrança, mas verdadeira expressão de eterna gratidão e amor filial. Dignai-vos pois, Senhores, accceit-a, assim de que eu possa julgar-me o mais feliz dos filhos.

—  
**AO MEU IRMÃO, E IRLMANS.**

Tributo da mais pura amizade fraternal.

—  
A MINHA TIA

**A ILLM. SRA. D. MARIA TERCIA DA CUNHA.**

Exigua prova de estima e consideração.

*J. Marianno da Silva;*

A ILLM. SRA.

**D. HELENA MARIA RIBEIRO.**

Tributo de particular amizade, e veneração.

« Lembranças que ainda mesmo além da campa  
Gravadas ficarão dentro em minha alma. »

—

AO ILLM. SR. JOSÉ ANTONIO FERNANDES LIMA  
E  
Á SUA FAMILIA.

Testemunho de merecida amizade, e eterno reconhecimento.

—

AO ILLM. SR. JOSÉ FRANCISCO DE PAULA E SILVA  
E  
Á SUA FAMILIA.

Sincera expressão de meu agradecimento pela amizade com que me honra.

—

AO MEU PREDILECTO AMIGO

O ILLM. SR. ANTONIO JOSÉ DA ROCHA.

Releva, amigo, que eu n'este momento vos dedique o primeiro fructo de minhas lucubrações, não como prova do que vales, mas como uma ingénua demonstração da mais forte amizade, e viva lembrança.

*J. Marianno da Silva.*

A MEU MESTRE,

AO DISTINCTO CIRURGIÃO BRASILEIRO,

**O ILLM. SR. MANOEL FELICIANO PEREIRA DE CARVALHO,**

Cavalleiro da Ordem de Christo, Dr. em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, formado em Cirurgia pela Academia Medico-Cirurgica, Lente de Clinica externa, e Anatomia pathologica respectiva da mesma Faculdade, primeiro cirurgião do Hospital da Misericordia, Membro Titular da Academia Imperial de Medicina, &c. &c.

APRÈS LE GÉNIE CE QU'IL Y A DE PLUS SEMBLABLE À LUI, C'EST DE LE CONNAÎTRE ET DE L'ADMIRER.

—

AO ILLM. SR. JOAQUIM ANTONIO DA COSTA SAMPAIO

Homenagem de gratidão, e estima.

—

A TODOS OS MEUS VERDADEIROS AMIGOS

COM PARTICULARIDADE OS ILLMS. SRs.

DR. HENRIQUE JOSÉ DE MATTOS.

DR. JACINTHO PEREIRA MACHADO.

DR. JOÃO FERNANDES DA COSTA THIBAU.

TENENTE JOÃO CARLOS DE VILLAGRAN CABRITA.

JOSÉ ANTONIO DE MENDONÇA.

NICOLAU JOAQUIM MOREIRA.

PORFIRIO DIAS DOS SANTOS.

ZEFERINO JUSTINO DA SILVA MEIRELLES.

Acceitai, Senhores, esta limitada prova da mais cordial amizade.

*J. Marianno da Silva.*

AOS MUITO DIGNOS, E HONRADOS MEMBROS  
DA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

E COM SUMMA ESPECIALIDADE

AOS ILLMS. SRS.

DR. FRANCISCO JULIO XAVIER.

DR. MANOEL DE VALLADAO PIMENTEL.

DR. LUIZ DA CUNHA FEIJO'.

DR. ANTONIO FELIX MARTINS.

PENHOR DO MAIOR RESPEITO; HOMENAGEM AO SABER.

*J. Marianno da Silva.*

# DISSERTAÇÃO

A' CERCA

## DAS LUXAÇÕES DO MAXILLAR INFERIOR.

### CONSIDERAÇÕES PREVIAS.



QUANDO os condylos do maxillar inferior, em consequencia de uma das causas que mais tarde apontaremos, distendem os ligamentos articulares, os despedaçam e se escapam da articulação, sua luxação se tem effeituado. Na maioria dos casos, os dous condylos abandonam no mesmo tempo suas relações articulares, e é a esta affecção simultanea que nós chamamos luxação do maxillar propriamente dita; o deslocamento, porem, pôde tambem existir de um só lado, e o outro condylo conservar suas relações naturaes, então diremos que ha luxação do condylo direito ou esquerdo; desta sorte não imitamos a Astley-Cooper quando dá á primeira especie o nome de completa e á segunda o de incompleta, porque estas expressões servem para designar os differentes grãos na extensao do deslocamento.

Tem-se tambem dividido as luxações do maxillar em recentes e antigas, segundo o tempo que tem decorrido desde que a doença existe; em simplicies ou complicadas relativamente ás circumstancias accidentaes que as acompanham; alfim as luxações congenitae, verdadeiros vicios de conformação, constituem uma outra especie de luxação observada por Guerin e Smith de Dublin. Quanto á denominação de espontanea ou consecutiva, debaixo da qual se tem designado a especie de luxação do maxillar dependente de uma alteração profunda da articulação, nós julgamos com os conhecimentos anatomicos e as observações rigorosas de Larrey e Vidal (de Cassis), que convem melhor aos deslocamentos ulteriores, que experimenta um osso já luxado, e que esta especie seria melhor designada pelo nome de luxação symptomatica.

Antes porem de irmos mais longe no estudo desta questão, seja-nos licito fazer precedel-o com alguns detalhes anatomicos da articulação temporo-maxillar, afim de que melhor possamos conhecer não só o modo porque obram as causas d'este deslocamento e o sentido no qual elle tem lugar, como tambem os signaes que o caracterisam e as indicações curativas que esta luxação apresenta.

## ANATOMIA DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MAXILLAR.

Do contacto dos condylos do osso maxillar inferior com a cavidade glenoide e a raiz transversa da apophise zygomatica de cada osso temporal resulta a articulação temporo-maxillar. Esta articulação é dupla.

Os condylos do maxillar são saliencias osseas, oblongas, convexas no adulto e quasi planas no feto, mais elevadas para dentro que para fóra, dirigidas obliquamente para dentro e para traz cobertas de cartilagem. Cada condylo é sustentado por uma sorte de pediculo chamado pelos anatomicos collo, o qual é cavado anteriormente por uma fosseta, onde se implanta o musculo pterygoidiano externo, e dá inserção por fóra e em cima ao ligamento lateral externo.

A cavidade glenoide tem em geral a forma triangular; sua base é voltada do lado externo e seu apice dirigido obliquamente para dentro e para traz; esta cavidade é dividida em duas porções por uma fenda; a porção d'esta cavidade collocada adiante da fenda é a unica que serve a articulação, e é sobre ella que apoia o condylo do maxillar quando a boca está fechada, consequentemente só esta parte anterior á fenda e revestida de cartilagem. Diversas eminencias collocadas ao redor augmentam a profundidade d'esta cavidade; estas eminencias são por dentro, a apophise espinhosa do sphénoide; posteriormente a apophise styloide, e sua apophise vaginal, que não é outra coisa mais que a lamina anterior do conducto auditivo. A presença d'estas eminencias são outras tantas circumstancias anatomicas, que se oppoem ao deslocamento para traz ou para dentro; e pela mesma razão que os condylos não podem se luxar para dentro, por essa mesma elles não podem se deslocar para fóra, pois que esta ultima luxação supportaria necessariamente a luxação para dentro do condylo opposto.

A raiz transversa da apophise zygomatica, tambem chamada por Chaussier condylo do temporal, é uma eminencia arredondada, concava transversalmente, convexa de diante para traz, revestida por uma continuação da cartilagem, que fórra a cavidade glenoide. Esta eminencia continua-se adiante com o plano da fossa zygomatica; por fóra é limitada por um pequeno tuberculo, no qual se insere uma parte do ligamento lateral externo; e do lado interno é terminada pela apophise espinhosa do sphenoide.

Esta articulação offerece objectos tendentes á sua mobilidade, e outros destinados á sua solidez; os tendentes á mobilidade são: uma cartilagem inter-articular e duas membranas synoviales; os órgãos destinados á solidez são quatro ligamentos. Independentemente d'estes laços fibrosos encontra-se uma serie de potencias musculares

dispostas em grupo ao redor da articulação que serve para movel-a e fortifical-a. Particularisaremos estes objectos.

A cartilagem inter-articular é uma lamina de forma elliptica, interposta ás superficies articulares; espessa em sua circumferencia, muito delicada em seu centro, e algumas vezes perfurada, sua face superior é alternativamente convexa para corresponder á cavidade glenoide, e concava para se accommodar á disposição da raiz transversa; a inferior amoldada sobre o condylo, é concava. Quando não é perfurada, esta lamina divide em duas porções a cavidade articular. Fibras concentricas e muito serradas entram na composição d'esta cartilagem.

As membranas synoviales ou capsulas de Boyer são orgãos extremamente delgados, secretores da synovia e em numero de dous, porque esta articulação encerra em seu interior uma cartilagem inter-articular. A membrana synovial superior, depois de ter revestido a cartilagem da fossa glenoide e da apophise transversa, cobre em baixo a superficie superior do fibro-cartilagem, emtanto que a inferior, depois de ter revestido a face inferior d'este mesmo orgão, vem guarnecer o condylo do maxillar, prolongando-se um pouco mais para traz que para diante; estas capsulas synoviales não communicam entre si, a menos que a cartilagem inter-articular não esteja perfurada em seu centro, e neste caso ha uma só synovial. Fibras entrelaçadas em todos os sentidos compoem estas membranas.

Os ligamentos que fortificam esta articulação tinham sido pouco multiplicados pelos anatomicos, entretanto dissecções reiteradas tem feito com que ultimamente se conheçam quatro ligamentos na articulação, que nos accupa: o lateral externo, o interno, o anterior e o posterior.

O ligamento lateral externo, admittido por todos os anatomicos, é um feixe delgado, curto e estreito, composto de fibras quasi parallelas e unidas por um tecido celular denso; é um pouco mais largo na sua parte superior. Estende-se desde o tuberculo, que existe na união das duas raizes da apophise zygomática, até o lado externo do collo do condylo, dirigindo-se obliquamente de cima para baixo e de diante para traz.

O ligamento lateral interno é um pequeno feixe de fibras delgadas, que se estende obliquamente da espinha do sphenoide até a espinha situada para dentro do orificio do canal dentario inferior, lugar em que elle se torna como membranoso, sendo arredondado por sua origem.

O ligamento anterior é mui delgado, segundo os authores, e formado de fibras obliquas para baixo e para fóra, que se fixam adiante da raiz transversa da apophise zygomática: estas fibras formam ao redor da parte interna da articulação azas, das quaes as mais externas se confundem com o ligamento lateral externo. Algumas destas fibras se perdem na lamina inter-articular.

O ligamento posterior, cujas fibras se fixam na ranhadura de Glaser, se perde na lamina inter-articular e no collo do osso.

Os musculos que movem e fortificam a articulação são em numero de quatro: os ptérygoidianos, o masseter e o temporal.

O musculo ptérygoidiano interno ou grande ptérygo-maxillar de Chaussier, é forte, espesso, alongado, representando a forma quadrilatera, situado sobre as partes lateraes da face, por dentro e um pouco para traz do ramo do osso maxillar; implanta-se em toda a fossa ptérygoide e particularmente na face interna da aza externa da apophise d'este nome, por fibras aponevroticas ou tendinosas segundo outros, que se dirigem obliquamente para fóra, para diante e para baixo á implantarem-se na face interna do angulo da maxilla, por fibras analogas ás de sua origem.

O musculo ptérygoidiano externo, tambem chamado por Chaussier pequeno ptérygo-maxillar, é pouco alongado, espesso e triangular; insere-se por sua base nas azas do sphenoido e em parte da fossa zygomática; seu ápice está fixado no collo da maxilla; e um feixe de suas fibras se insere na parte interna da articulação e na lamina inter-articular: a somma da direcção destas fibras cahc obliquamente sobre o collo do osso, algumas, entretanto, as mais posteriores são perpendiculares ao osso.

O musculo masseter ou zygomato-maxillar, quasi semelhante por sua forma ao musculo ptérygoidiano interno, é espesso; a extremidade superior se fixa por fibras aponevroticas na face interna e borda inferior da arcada zygomática, a inferior na face externa e no bordo inferior dos ramos do maxillar por fibras analogas. A direcção d'estas é obliqua, algumas d'entre ellas são verticaes.

Enfim, o ultimo musculo chamado temporal crotaphito ou segundo Chaussier temporo-maxillar, é largo, irregularmente triangular, de base voltada para cima, insere-se na apophise coronoide, e na chanfradura segmoide do maxillar inferior. Suas fibras vão divergindo implantar-se na fossa temporal e na linha que a termina. Algumas d'estas são perpendiculares ao maxillar inferior, outras são obliquas: resulta d'esta disposição que a acção do musculo sobre o maxillar é mui poderosa, e principalmente nos movimentos de elevação.

Alem d'estes orgãos existem os plexos venosos cerrados que se acham ao redor da articulação e os filamentos nervosos que ali vão ter.

Nada diremos respeito aos musculos abaixadores do maxillar, por isso que sua descripção não é necessariamente dependente do nosso objecto. Tendo, pois, terminado esta parte da nossa these, encetaremos o estudo da Historia das luxações do maxillar inferior.

## HISTORIA.

Não sendo nossa intenção fazer uma historia completa d'este ponto de doutrina, antes porem examinar e indicar succintamente o estado da sciencia e da arte relativamente ao objecto que nos occupa, passamos a descrever, desde o Medico de Cós, até os nossos dias, o aperfeiçoamento porque tem passado este ponto especial da Cirurgia.

Em consequencia dos differentes exercicios, jogos e luctas a que se entregavam os Gregos, deviam se apresentar de preferencia entre estes povos occasiões frequentes d'este deslocamento. Não é pois para admirar, que as luxações do maxillar inferior fossem já descriptas no primeiro monumento elevado á medicina, nos livros Hippocraticos. E na verdade, no artigo sobre as articulações já Hippocrates descreve duas especies de luxações do maxillar inferior: n'uma, um só condylo é deslocado; n'outra, os dous condylos se acham fóra de suas cavidades. A primeira especie, ainda que rara, Hippocrates a descreve com admiravel sagacidade, fazendo sentir não só os caracteres que ella apresenta, como tambem as circumstancias em que ella pôde ter lugar. Indica igualmente os symptomas da luxação dos dous condylos; recommenda um processo de redução, que nós examinaremos no artigo consagrado ao tratamento, e, depois de ter descriptas com summa precisão estas duas sortes de luxações, este author acrescenta, que no caso de não redução, os doentes correm o risco de perder a vida por febres continuas e por um coma profundo; sobrevem, diz elle, evacuações de bilis pura e pouco abundantes; e se vomitos apparecem, estes são de materias intemperadas; e d'esta sorte fallecem no decimo dia. Tal é o prognostico terrivel que se acha reproduzido por Galeno e pelos authores da meia idade, e que, entretanto, a experiencia moderna tem desmentido.

Celso segue as idéas de Hippocrates n'este ponto: admite igualmente uma luxação simples e outra dupla, indica os caracteres que ellas apresentam, e descreve tambem o mesmo processo de redução. Entretanto o seu prognostico é mais favoravel que o de Hippocrates; expõe sómente algumas complicações muito menos graves, e apresenta os meios de as combater.

Galeno, mais notavel pela sua vasta erudição que pelo seu genio, adiantou pouco a doutrina das luxações do maxillar inferior. Comtudo nos seus longos commentarios do Tratado Hippocratico acham-se passagens muito interessantes, que provam peremptoriamente que este author tinha estudado com attenção este ponto da Cirurgia, e que applicava conhecimentos anatomicos que não se observam em seus predecessores. Elle adopta completamente o mesmo meio de redução prescripto por Hippocrates, apresenta as duas especies de luxação do maxillar já admittidas, entretanto julga mais raras as luxações dos dous condylos, ainda que mais difficeis de reduzir-se pela distensão dos musculos do maxillar. Estes musculos, diz Galeno, recebem nervos do cerebro, e, em razão de sua proximidade, reagem promptamente sobre elle por sympathia e d'ahi febres agudas e perturbações das funções da alma.

Algum tempo antes de Galeno vivia Hiliodoro, que se tinha occupado particularmente d'esta affecção, como se pôde julgar pelo fragmento de Oribase dado á luz em 1754 por Ant. Cocchi. Este trabalho de Oribase é um monumento notavel sobre as luxações; nada, porem, nos offerece que seja extranho a Hippocrates e a Celso, a não ser um novo processo de redução, que nós descreveremos mais tarde.

Depois de Galeno, Paulo d'Eginio cita Hippocrates e o copia textualmente sobre todos os pontos.

Assim, todos os authores, que se seguiram a Hippocrates na antiguidade, procuraram imitar as descrições dadas por este author, sem nada apresentarem de original sobre este ponto. Basta pois apreciar os livros de Hippocrates para se conhecer o estado exacto da arte antiga sobre esta questão. Taes foram as idéas que dominaram ainda em toda a meia idade.

E' necessario transportarmos-nos agora entre os Arabes para acharmos alguns vestigios do objecto que nos occupa, e vemos esta parte da Cirurgia conservar alguma apparencia scientifica. Avicenna, chamado o Principe dos Medicos do seu tempo, nos repete quasi as idéas do Medico de Cós, e, á imitação de Galeno, dá como mais rara a luxação dos dous condylos. Considera a luxação de um só condylo apreciavel pela deformação do rosto, e, em consequencia dos accidentes que podem sobrevir, elle recommenda a presteza na redução d'esta especie de luxação.

No começo do XII seculo, existia entre os Arabes d'Asia o unico dos authores d'esta nação, que tinha praticado com ardor a Cirurgia, e que, entretanto, sobre o ponto em questão, pouco nos tinha transmittido; é Albucasis. Em sua obra se encontra um deslocamento incompleto: as superficies articulares, diz elle, não deixam se não em parte suas relações, e os movimentos sómente são diminuidos. Este author segue o prognostico de Hippocrates, e aconselha por isso reduzir-se o mais cedo possivel as luxações dos dous condylos, e o seu processo de redução é ainda o mesmo que o do Medico de Cós.

Guilherme de Salicet, professor em Verona, cessou sobre este ponto de transmittir as tradições gregas e latinas; longe porem de aperfeiçoar a arte, elle fez antes retrogradal-a. Toda a Cirurgia grega e latina tem admittido duas unicas especies de luxações; ao contrario, Guilherme de Salicet admite tres deslocamentos: o primeiro para diante, o segundo para dentro, e o terceiro para fora. "*Aliquando dislocatur mandibula ad anteriora, aliquando ad exteriora, sive aut dislocetur ad interiora sive ad exteriora, non privatur tamen toto motu.*", Na luxação para dentro, diz elle, a boca é aberta; na ultima especie esta se acha fechada, e o doente não pôde abril-a. Salicet segue o mesmo processo de Hippocrates, e, depois da redução, applica sobre a parte enferma um emplastro na composição do qual entra a resina, terebenthina, farinha de linhaça e alforbas; e, no caso que accidentes sobrevenham, ajunta alguns conselhos respeito ao tratamento.

Seu discipulo Lanfranc de Milão vem ainda fixar a attenção da Historia pela influencia com que desenvolveu esta parte da Cirurgia: admite uma luxação do maxillar inferior para diante, e outra para traz; no primeiro caso, a boca é aberta, e os dentes inferiores excedem aos superiores; no segundo a boca é fechada, e os dentes inferiores são collocados atraz dos superiores. Alem de outros accidentes que complicam esta molestia, elle ajunta uma inflamação que termina por supuração, circums-

tância esta bastante grave para apressar-se a redução, segundo o pensar d'este pratico. Na luxação posterior, este author aconselha tomar o maxillar por sua parte inferior com os dedos indicadores, e introduzir os pollegares na boca, facilitando depois a abertura d'esta por meio de uma cunha; d'esta sorte, diz elle, separando-se docemente os maxillares, e empurrando-os, se chegará a reduzir a luxação do maxillar inferior; o que se reconhecera, quando os dentes inferiores corresponderem aos superiores e a boca puder se abrir. No caso, porem, de falhar esta manobra, elle applica uma faixa debaixo do mento, e um ajudante se encarrega de puxar as pontas com força, em quanto o Cirurgião se esforça por abrir os maxillares. Quando a luxação é para diante, ainda aconselha a faixa debaixo do mento, e um ajudante collocado atraz, tendo os joelhos postos sobre as espaduas do doente, sustenta as extremidades d'esta faixa acima da cabeça, seguindo no mais o processo precitado. Uma alimentação liquida, a applicação de um emplastro sobre a parte lesada, taes são os meios aconselhados por Lanfranc, depois da redução.

No XIV seculo Guy de Chauliac adopta em tudo as doutrinas de Lanfranc e de Guilherme de Salicet: como estes, elle admite luxações do maxillar para diante, e luxações para traz.

Temos sempre encontrado, no esboço rapido que acabamos de traçar dos conhecimentos cirurgicos, relativamente á luxação do maxillar, as idéas de Hippocratis; nós acabámos de ver a Cirurgia sobre este ponto como que estacionaria. Veremos agora uma não interrompida serie de esforços no XVI seculo.

Vesale e seus discipulos Fallopio e Collombo esclarecem vivamente este seculo por suas descobertas, e dão á Cirurgia uma base solida, sobre a qual ella poderá elevar uma sciencia até então incerta; queremos fallar dos conhecimentos anatomicos d'estes praticos, abandonados durante o longo periodo da meia idade.

Foi tambem n'este seculo que muitas illustrações cirurgicas appareceram para gloria da Medicina operatoria, sciencia, que em verdade nos offerece bastante importancia, entre outros merecem especial menção Fabricio d'Agoapendente, e, sobretudo, o pai da Cirurgia moderna, Ambrosio Parê. O primeiro destes authores dá como regra, que o maxillar não se pôde luxar senão para diante, reconhece, como Hippocratis, uma luxação simples ou de um só condylo, e uma luxação dupla ou dos dous condylos, apresenta os symptomas de cada uma dellas e aconselha um processo de redução semelhante ao do Medico de Cós. Ambrosio Parê é menos explicito que Fabricio d'Agoapendente: segundo o pensar deste author a luxação se faz para diante, e é difficil para a parte posterior. Elle admite igualmente a luxação de um condylo e a dos dous condylos; dá com precisão os signaes da doença, diz porem ainda, que esta affecção pôde ser seguida de graves accidentes, e mesmo da morte, que sobrevem muitas vezes no decimo dia. Se a luxação não tem sido reduzida, Ambrosio Parê aconselha o uso das fomentações e cataplasmas emollientes; a deslocação reduzida, aconselha applicar-se uma preparação composta de claras d'ovos e oleo

rosado, a fim de apaciar a dor; e as compressas do apparelho contentivo são embebidas em oxycrato; alem disto recommenda applicar-se um segundo apparelho, que tem o poder de agglutinar e apertar os ligamentos e outras partes que tiverem sido relaxadas.

Depois de Ambrosio Paré, observações parciaes vieram augmentar a somma dos conhecimentos adquiridos sobre este ponto; é preciso, porem, chegarmos até João Luiz Petit no XVII seculo para conhecermos os progressos d'esta parte da Cirurgia, progressos que não se tem cessado de fazer até os nossos dias. Este pratico deu ao estudo das luxações do maxillar inferior um conhecimento mais perfeito da anatomia das articulações, do que se tinham visto anteriormente, e enriqueceu a arte com o emprego das machinas para a redução das luxações.

O XVIII seculo, tão notavel pelo avanço da Cirurgia em geral, pouco adiantou sobre as luxações da mandibula. Foram os esforços de Desault e sua schola, que deram um novo impulso a esta parte da Cirurgia n'esta epocha.

Entretanto a sciencia parecia ter tocado o ultimo grão de perfeição com estes trabalhos, quando os factos praticos de Boyer, Pott, Richerand, Astley-Cooper, Vidal (de Cassis) e outros, vieram augmentar a somma dos conhecimentos cirurgicos relativamente ás luxações do maxillar inferior. Seus esforços são por todos reconhecidos, e admirados, e suas luzes nos foram mui proveitosas no desenvolvimento do nosso opusculo.

### MECANISMO DAS LUXAÇÕES.

Na luxação do maxillar, o condylo luxado se dirige para diante da raiz transversa da apophise zygomatica, e é sómente neste sentido que o deslocamento tem lugar. Uma distensão mui forte dos ligamentos, e a exaggeração dos movimentos da articulação precedem o despedaçamento dos laços fibrosos em todo o deslocamento. Antes, porem, de expormos o mecanismo da producção das luxações, releva que façamos algumas considerações ácerca dos movimentos do maxillar.

Sendo impossivel que os condylos do maxillar inferior abandonem a cavidade glenoide senão dirigindo-se para diante desta cavidade, claro fica que sua luxação nao se effectua durante os movimentos de lateralidade, e os detraz para diante e vice-versa.

Quanto a estes movimentos, que alguns authores não mencionam, dando assim a entender que os não admittem, nos parece irrecusavel a sua existencia. Nada mais facil é que verificar que os dentes incisivos inferiores se podem applicar ora á face posterior dos superiores, ora á anterior; o que demonstra que a mandibula se move não só para diante como para traz, com quanto muito limitado seja este movimento. A sua pouca extensão nos faz ver, que nunca poderá elle fazer perder aos condylos maxillares as suas relações com a articulação.

Os movimentos de lateralidade tambem existem evidentemente, e para isto basta ver mascar fumo. A disposição anatomica dos ptérygoideos lhes permite de dirigi-

rem o corpo do osso para o lado opposto e o condylo um pouco para fóra; mas, como isto se não effectúa sem que o condylo do lado opposto se dirija para dentro, e vá encontrar a apophise espinhosa do sphenóide, que, prohibindo a continuação do movimento, impede a luxação de se fazer: estes movimentos pois nunca podem só por si serem causas da luxação de que tratamos. Outro tanto não acontece com os de abaixamento e de elevação; e por isso passamos a estudar o que se passa n'estes movimentos.

No abaixamento do maxillar, o condylo desce rolando sobre a face posterior da raiz transversa para vir collocar-se abaixo d'ella; n'este primeiro tempo, o condylo, descendo, estende o ligamento articular anterior e as azas musculares formadas pelo masseter e o ptérygoidiano interno. Este movimento de rotação se executa, como Ferrein o demonstrou, ao redor de um eixo ficticio, passando no meio do corpo do osso, e collocado ácima do buraco dentario inferior. A tensão do ligamento anterior dá em resultado a tracção da lamina inter-articular e seu abaixamento sobre a raiz transversa; o condylo, achando-se então collocado abaixo d'esta raiz, o maxillar é necessariamente abaixado: os musculos abaixadores continuando a contrahir-se, o condylo comprime o seu ligamento anterior e o distende; a aza muscular do masseter e do ptérygoidiano interno, igualmente distendido pelo abaixamento do osso, se contrabe e dirige o condylo contra a raiz transversa. Este comprime a raiz, em quanto que sua superficie articular pesa sobre o ligamento anterior e tende a despedaçal-o; o musculo crotaphito, o ligamento posterior e os tecidos fibrosos collocados atraz da articulação resistem a acção dos musculos abaixadores: a contracção d'estes cessando, o crotaphito, ajudado dos musculos masseter e ptérygoidiano externo, conduz o condylo para traz da raiz transversa por um movimento de ascensão contrario á aquelle que tinha primeiramente executado. E' preciso, para que o maxillar se abaixe, que o condylo desça trazendo consigo a cartilagem inter-articular, porque a união do condylo e da cartilagem é tal, que, mesmo na luxação, a cartilagem não abandona jamais o condylo. A causa d'esta união reside, não sómente na laxidez menor da capsula synovial, porem ainda no modo de inserção do ptérygoidiano externo, que, fixando-se ao mesmo tempo no collo do condylo e na cartilagem inter-articular, os arrasta simultaneamente.

A elevação do maxillar inferior não é senão a volta d'este osso ao seu primeiro estado: o condylo faz uma meia rotação ao mesmo tempo que se dirige para traz; a parte anterior torna-se superior, e a superior posterior; em fim, todas as partes molles que tinham experimentado mudança, tornam-se em seu estado de repouso: tres musculos operam este movimento: o temporal, o masseter e o ptérygoidiano interno. O primeiro d'estes musculos dirige o maxillar para cima e para traz, até que o condylo seja detido pela parte posterior da cavidade glenoide; então este musculo obra com mais intensidade, chega a elevar o osso maxillar inferior e aproximal-o do superior. O segundo obra quasi da mesma maueira; sendo porem menos obliquo,

eleva mais directamente o maxillar. O terceiro dos elevadores dirige este osso para cima e para diante, fovece o movimento de bascula que os outros musculos lhe fazem executar, fornecendo-lhe um ponto de apoio, e se aproxima com força do maxillar superior.

Quanto ao movimento de circumducção, sendo o resultado da contracção successiva dos musculos, que produzem os movimentos que acabamos de examinar, elle poderá produzir a luxação no momento, em que a mandibula fôr elevada ou abaixada.

Isto posto, vejamos como os movimentos exagerados occasionam a luxação.

E' preciso, antes da producção da luxação, um primeiro tempo; é o abaixamento do osso e a passagem do seu condylo abaixo da raiz transversa. A contracção dos musculos abaixadôres continuando, o ligamento anterior vai progressivamente distendendo-se e a lamina inter-articular comprimindo fortemente contra a raiz transversa. Tendo cessada a acção dos crotaphitos, um ou os dous ptérygoidianos externos se contraem bruscamente; então o condylo despedaça os ligamentos anteriores, passa abaixo da lamina inter-articular, e se dirige para diante da raiz transversa; ahí é mantido pela contracção da aza descripta e pelo crotaphito. Segundo que a contracção se opéra de um só lado ou dos dous lados ao mesmo tempo, hemos a divisão das luxações do maxillar por nós já mencionada.

Agora que conhecemos o mecanisco das luxações do maxillar inferior, é logico procurar saber as causas que determinam estes deslocamentos.

## ETIOLOGIA.

As causas que produzem as luxações do maxillar são mui variadas; em geral, toda a causa capaz de occasionar a separação dos maxillares alem dos limites naturaes, é igualmente capaz de produzir a luxação do inferior. Nós dividil-as-hemos em causas predisponentes e efficientes.

**CAUSAS PREDISONENTES.** Certas disposições organicas favorecem a producção das luxações do maxillar inferior e constituem suas causas predisponentes. N'esta primeira serie convem incluir a relaxação, quer congenital, quer sobrevinda accidentalmente, dos laços que fortificam a articulação. Os musculos sendo tambem destinados a fixar a articulação, concebe-se que sua fraqueza pôde predispôr ás luxações. Se a fraqueza muscular favorece as luxações do maxillar inferior, diminuindo a energia da resistencia que os feixes carnosos podem oppôr ao deslocamento dos ossos aos quaes elles se fixão, a exaggeração d'estes mesmos musculos, tornando-se por isso sua acção mais viva e mais efficaz, quando os ossos são desviados de sua direcção normal, conduz ao mesmo resultado. A forma plana ou quasi plana das superficies articulares, a falta de comprimento das apophises destinadas a limitar os movimentos d'esta articulação, são outras tantas causas predisponentes das luxações do maxillar inferior.

Relativamente ás idades, estas luxações são frequentes na idade adulta, raras na

velhice e impossível nos primeiros tempos da vida. As condições anatomicas relativas a cada idade explicam peremptoriamente todas estas circumstancias. Assim, ellas são impossiveis na infancia, porque a direcção dos ramos do maxillar sendo quasi parallela á do seu corpo, resulta que os movimentos de abaixamento do osso maxillar se passam ao redor de um eixo ficticio que atravessaria os condylos; d'esta sorte, antes que as extremidades articulares tendessem a sahir da cavidade, seria preciso que o abaixamento do mento levasse todo o osso maxillar em uma direcção vertical, o que é impossível. No adulto, ao contrario, os ramos e o corpo do maxillar tendem a formar um angulo quasi recto; então os movimentos se operam ao redor de um eixo ficticio que atravessaria quasi a parte media dos ramos; assim pois, abaixando-se o maxillar, o mento deve necessariamente se dirigir para traz, e o arco de circulo que elle descreve para se conduzir n'este sentido, o condylo o repete em sentido inverso a fim de se dirigir para diante. São raras as luxações do maxillar na velhice, porque os ossos, friaveis n'esta idade, tem uma tendencia mais pronunciada a se romper, que a se deslocar. Alem disto, a predominancia do systema adiposo nas extremidades osseas, e, em geral, a falta de dentes nesta epocha da vida, contribuem assás para a não determinação da deslocação da mandibula.

A luxação do maxillar ainda é muito commum, segundo Larrey, nas pessoas de uma idiosyncrasia serophulosa; porque entre estas o craneo sendo muito dilatado, os angulos do maxillar devem ser mais separados, e as fossas articulares mais superficiaes.

Entre as causas predisponentes das luxações do maxillar, convem ainda mencionar uma primeira luxação. Os factos parecem comprovar esta nossa asserção: entre outros o caso citado por A. Petit de uma luxação da mandibula que se reproduziu cinco vezes em oito dias.

**CAUSAS EFFICIENTES.** A acção muscular e as violencias exteriores constituem duas sortes de causas efficientes das luxações do maxillar inferior. Estas duas ordens de agentes encontram-se muitas vezes reunidas. E' ordinariamente durante o bocejo, no qual a boca se abre com excesso, no acto do vomito, que se vê estes deslocamentos produzirem-se pela contracção dos musculos. Vidal (de Cassis) diz ter observado, durante a epidemia da cholera-morbus de Paris em 1832, duas luxações da mandibula determinadas pelos esforços do vomito. A luxação póde tambem ser produzida pelas contracções espasmodicas e subitas dos musculos no momento em que a boca está aberta. Astley-Cooper menciona nas suas obras cirurgicas o caso de uma luxação da mandibula determinada pelas tentativas praticadas pelo dentista Fox para a evulsão de um dente. Em summa, o accesso de alegria, o riso exagerado, as convulsões e os gritos dados no momento do parto, são outras tantas causas de luxações produzidas pela acção muscular. Em outras circumstancias, como vimos, a luxação é o resultado de violencias exteriores applicadas sobre o maxillar: assim uma pancada sobre o mento, quando a boca se acha aberta; uma queda sobre um plano inclinado e desigual, abaixando fortemente esta parte; a introducção na boca de um corpo

mui volumoso ; as pressões exercidas sobre o mento ; em geral, todas as causas que obram sobre o osso, independentemente dos musculos, se referem a esta segunda ordem de causas.

## SYMPTOMATOLOGIA.

Uma viva dôr se faz sentir nas articulações luxadas no momento em que se opera uma luxação do osso maxillar ; a separação forçada e permanente dos maxillares, produzida por esta luxação, dá á physionomia um character particular : a boca é largamente aberta, as arcadas dentárias sã o afastadas uma da outra, e a distancia que as separa é de pollegada e meia ; algumas vezes, entretanto, é difficil introduzir-se o dedo pollegar entre as duas ordens de dentes. A arcada dentária inferior acha-se sobre um plano mais anterior, de sorte que, se os dous maxillares podessem ser completamente aproximados, os dentes incisivos inferiores se collocariam adiante dos superiores ; a mesma falta de relação se continúa até os ultimos molares. O mento é allongado em proporção ; os labios não pôdem ser approximados e postos em contacto por causa da separação dos maxillares ; a articulação dos sons é difficil, e a pronunciação das syllabas, nas quaes entram consoantes labiaes, é impossivel ; a mastigação não se pôde effectuar ; a deglutição dos liquidos mesmo é muito difficil, algumas vezes impossivel. A saliva, cuja secreção é augmentada pela irritação e compressão das glandulas parotidas, não é mais retida na boca, e corre involuntariamente. Examinando attentamente a conformação das partes, encontra-se immediatamente adiante do canal auditivo, e debaixo da extremidade posterior da arcada zygomatica de cada lado, uma depressão formada pelo lado externo da cavidade glenoide do temporal, em lugar da saliencia que forma, no estado natural, o lado externo do condylo ; as faces e as regiões temporaes são achatadas pelo forte allongamento que experimenta os musculos, temporaes e masseteres. Sentem-se, a travez das faces, e sobretudo no interior da boca, duas saliencias formadas pelas apophises coronoides. Os doentes não podendo approximar o maxillar inferior do superior, fazem esforços inuteis e dolorosos, aterrados do estado, cuja natureza elles ignoram, e algumas vezes mesmo, irritados da forma ridicula da sua face, experimentam um sentimento de perturbação, de fadiga e de colera. Taes são os symptomas que caracterisam a luxação dos dous condylos do maxillar inferior ; quando, porem, uma só d'estas imminencias é deslocada, aos symptomas que acabamos de indicar, e que existem igualmente, se reúnem phenomenos particulares que servem a caracterisal-a.

Assim no deslocamento de um só condylo, o mento é sensivelmente levado do lado opposto á luxação, os dentes tem necessariamente seguido uma deslocação semelhante ; a boca é menos aberta ; a depressão produzida pelo deslocamento do condylo não se distingue senão adiante do conducto auditivo do lado luxado ; a tensão dos musculos é notavel sómente d'este mesmo lado ; o dedo introduzido entre as faces, encontra do lado doente a saliencia formada pela apophise coronoide ; alfim, a arti-

culação dos sons é ainda possível, posto que muito defeituosa: os doentes não fallam senão balbuciando.

Entretanto, no fim de algum tempo, se a luxação não é reduzida, os symptomas não persistem todos sempre, ao menos no mesmo gráo. Vejamos pois quaes são as modificações, que experimenta a luxação do maxillar abandonada a si mesma.

Os doentes conservam a impossibilidade de pôr em contacto os dentes incisivos inferiores com os superiores; o osso maxillar, entretanto, toma pouco a pouco a faculdade de executar alguns movimentos, e uma mastigação imperfeita se executa, no fim de um lapso de tempo mais ou menos longo, por meio dos dentes molares. Ainda que o mento fique saliente e allongado, os labios, extendendo-se por si mesmos, acabam por approximarem-se; e a pronunciação torna se menos imperfeita, sem contudo tomar jamais sua nitidez normal; o excesso de secreção da saliva cessa, e o escorrimento involuntario desaparece com elle.

A luxação de um dos condylos póde soffrer as mesmas modificações, ellas sómente se fazem sentir de um só lado, e o mento fica desviado. Ravaton falla de um soldado que dous annos depois da luxação de um dos condylos que não tinha podido ser reduzida, mastigava e fallava, ainda que com difficuldade. Sabatier fez vêr, ha longo tempo, á Academia de Cirurgia, uma mulher que soffria, havia um anno, de uma luxação dos dous condylos do osso maxillar inferior: os maxillares eram um pouco separados, o mento fazia saliencia para diante, os dentes inferiores não correspondiam mais com os superiores, e havia um vasio adiante da orelha pelo deslocamento do condylo. Esta mulher, a pezar de sua enfermidade, podia fallar, impedir o escorrimento da saliva para fóra por meio dos labios, mastigar mesmo, sem duvida com difficuldade.

## DIAGNOSTICO.

A' vista de um cortejo de symptomas tão evidentes, como o que acabamos de traçar, facil será ao pratico reconhecer as luxações do maxillar inferior. A deformação do rosto, a impossibilidade de approximar o maxillar inferior ao superior, a difficuldade da pronunciação, o escorrimento continuo da saliva, a distancia mui grande que separa as duas arcadas dentarias, a falta de movimento que experimenta o maxillar, &c., &c., são caracteres mais que sufficientes para determinar o diagnostico d'esta luxação. Entretanto, praticos pouco exercidos tem tomado os symptomas da luxação do maxillar inferior pelos signaes de uma paralyisia, e algumas vezes por aquelles que caracterisam uma contracção espasmodica dos musculos que se fixam no osso hyoide. Refere Larrey que uma senhora acommettida da luxação do maxillar na cidade de Bolonha, fóra pelos Medicos mais habéis do lugar, considerada como affectada de um espasmo nervoso, e para isso se ensaiara de calmar com os anti-spasmodicos. Astley Cooper conta-nos um caso semelhante; o accidente sobrevindo durante o parto, tinha sido considerado e tratado como um espasmo nervoso. Lecat o

mesmo nos diz de um advogado do Hâvre, que fôra julgado acommettido de uma paralytia da face. Estes factos e outros muitos, que deixamos de mencionar, com quanto alguns nos não mereção cabal credito, e outros sejam devidos á inexperiencia e á falta de tacto cirurgico, nos demonstram á toda luz que é sempre preciso que o Cirurgião prudente proceda a um exame serio e attento, e não estabeleça um diagnostico baseado sómente na unica inspecção da face; e n'este caso pôde-se dizer com Celso: "*Non crimen artis id quod professoris est.*„

## PROGNOSTICO.

A luxação do maxillar inferior raras vezes é seguida de accidentes. Diversas lesões, entretanto, pôdem complicar esta luxação, e tornar por isso o seu prognostico mais grave; taes são a contusão das partes molles que rodeiam a articulação, as feridas que penetram até n'esta parte e a fractura do corpo do osso. As luxações antigas devem ainda ser objecto de um prognostico mais desfavoravel que as recentes, em razão da difficuldade ou mesmo da impossibilidade de reduzi-las. Hippocrates, como vimos, leva mais longe esta opinião, pois concede a possibilidade da morte do doente no decimo dia, quando a luxação não tenha sido anteriormente reduzida. Pósto que estejamos convencidos, pelas observações consignadas nas obras cirurgicas, que a tensão mui forte dos musculos e dos nervos pôde em algumas circumstancias fazer experimentar aos doentes accidentes nervosos, febre e mesmo delirio; cumpre todavia dizer, que não podemos de nenhuma sorte abraçar a opinião do Velho Medico de Cós; ao contrario, seguimos a tal respeito as idéas de Jer. Fabricio d'Agoapendente, J. Luiz Petit, Bell, Vidal (de Cassis) e outros praticos que refutam cabalmente uma tal asserção. Portanto, forçoso é concluirmos com estes praticos, que o prognostico das luxações do maxillar inferior não é essencialmente mui grave, consequentemente a vida não é compromettida por uma semelliante lesão.

## ANATOMIA PATHOLOGICA.

Não sendo o prognostico das luxações do maxillar inferior mortal, como levamos dito, não podemos seguramente tirar n'este artigo alguma conclusão fundamentada relativamente á anatomia pathologica d'esta luxação. Entretanto, Lheretier apresentou á antiga Academia de Cirurgia um crâneo, no qual havia uma luxação de um condylo sómente; a disposição, porem, d'esta eminencia e da cavidade glenoide era de tal sorte mudada, que não se podia duvidar que a doença existisse desde longo tempo antes da morte. Alem d'este facto citado por Ribes, Walter nos descreve mui succintamente uma peça d'anatomia pathologica depositada no museu de Berlin: sobre uma cabeça de mulher de trinta annos de idade, diz elle, o maxillar inferior se tinha escapado para diante dos tuberculos articulares dos dous lados, de sorte que

os condylos não se achavam mais em sua cavidade glenoide, o maxillar tinha-se tornado por isso quasi completamente fixado, o masseter tinha mudado de lugar. As mudanças, porem, que experimentam os ligamentos, o musculo temporal, os pterygoidianos, a raiz transversa, a cavidade glenoide, o condylo &c. &c. não são senão verdadeiros problemas no estado actual dos nossos conhecimentos. Comtudo, levados pela analogia do que se passa nas luxações antigas de outras articulações, forçoso é admittirmos que todas estas partes experimentam modificações mais ou menos importantes.

Tratando da symptomatologia, nós fizemos sentir as modificações que experimentam as luxações do maxillar abandonadas a si mesmas; vimos, neste caso, a deglutição, a pronunciação mesmo se restabelecer, de maneira que se podia ainda fazer-se sentir; e por ventura todas estas modificações não trariam mudanças nos diversos elementos que compoem a articulação temporo-maxillar? Certamente nós nos deixaremos levar pela affirmativa, posto que não possamos determinar a natureza d'estas modificações, cuja solução seria eminentemente util para o tratamento das luxações do maxillar inferior mais ou menos antigas.

## TRATAMENTO.

Collocar de novo os ossos luxados em suas relações naturaes, mantel-os reduzidos durante um tempo sufficiente, para que a luxação não possa mais ser produzida pelo exercicio dos movimentos naturaes da parte, taes são as duas indicações curativas que apresentam as luxações do maxillar inferior. A observação prova que é preciso proceder immediatamente á redução; entretanto muitas vezes ha difficuldade, perigo de preencher esta primeira condição, algumas vezes mesmo ha impossibilidade, além das adherencias que contrahem as superficies articulares, mencionam os authores como principal obstaculo á vencer na redução d'esta luxação a resistencia muscular. Os musculos que se oppoem á redução da luxação do maxillar são o masseter, o pterygoidiano externo e o temporal. Estes órgãos, excitados pela dôr e pelo estado de irritação em que o temor dos soffrimentos lançam os doentes, se contrahem involuntariamente de uma maneira convulsiva; elles oppoem muitas vezes uma resistencia invencivel aos esforços dirigidos pelo pratico, á fim de allongal-os; e o resultado d'esta lucta é um augmento de irritação dos tecidos, augmento tanto mais desfavoravel, quanto elle é desnecessario, depois que as tentativas de redução tem sido improficuas, como acontece muitas vezes. Um tal obstaculo era antigamente superado pela força; e é debaixo deste ponto de vista que se empregavam para a redução da luxação do maxillar, meios mecanicos dotados de uma força cega e incalculavel. Os cirurgiões modernos mais esclarecidos no mecanismo da acção d'estes musculos, em lugar de luctar directamente contra o poder muscular, tem procurado diminuir esta força empregando manobras conve-

nientes, fatigando os musculos por tracções e abalos prudentes, e ao mesmo tempo distrahindo a attenção dos doentes. Dupuytren, esse genio da Cirurgia Franceza, seguia continuamente este preccito: elle interpellava viva e seguidamente o doente, desviando d'esta sorte sua attenção, a fim de aproveitar este instante para o operar, o que era então mais facil. Além destes meios empregados, aconselham alguns praticos, nos casos de uma constituição muito vigorosa, suspender as tentativas de reducção, e pôr em uso os meios proprios para diminuir a contractibilidade muscular; estes meios são as sangrias, os banhos quentes, o uso interno do opio, &c. &c. Astley-Cooper recommenda particularmente o emprego do tartaro stibiado para abater as forças dos doentes robustos affectados de luxação. Portanto, logo que o pratico tenha vencido todos os obstaculos que possam existir, elle se deve occupar dos meios de restabelecer o osso deslocado em suas relações naturaes, isto é, a reducção da luxação.

Até que epocha pôde-se tentar reduzir as luxações do maxillar inferior? Esta questão, apresentada desde longo tempo, é hoje agitada mais que nunca. Segundo os authores dos tratados de Cirurgia que consultámos, a reducção será possivel um mez a seis semanas depois de sua luxação, nunca além; nós, porém, acreditamos que a epocha precisa será sempre extraordinariamente difficil de determinar; porque o tempo necessario á formação de uma nova articulação varia singularmente; bem como a natureza e força dos elementos que compoem esta articulação: Donavan reduziu pelo processo ordinario uma luxação do maxillar noventa e oito dias depois de sua formação. Na verdade, no estado actual da sciencia, é impossivel estabelecer um lapso de tempo preciso depois do qual a reducção não deva ser tentada. Se Ravaton não poude conseguir a reducção de uma luxação que datava de dous annos, não convem d'aqui concluir-se que toda a luxação tão antiga seja irreductivel. Nós julgamos, pois, mais racional em iguaes casos, que o pratico não deverá jamais abster-se de empregar a reducção, senão depois de ter debalde empregado tentativas prudentes.

Estabelecidos taes dados, vamos passar á considerações sobre os diferentes processos de reducção, empregados para o tratamento da molestia que nos occupa.

**PROCESSOS DE REDUCÇÃO.** Nós dividil-os-hemos em quatro grupos principaes. Primeiro: processo pelo qual se pretende desprender o osso luxado com a mão sómente; os dedos pollegares são introduzidos na boca e applicados sobre os dentes, os outros abraçam o maxillar para lhe imprimir movimentos convenientes á reducção. Segundo: processos nos quaes corpos extranhos são collocados entre os dentes, e o maxillar levantado por meio de uma ligadura de quatro pontas. Terceiro: processos de reducção por uma pancada levada sobre o mento ou sobre a face. Quarto: processos de reducção pelas alavancas. O processo de Hippocrates, seguido por Celso, Galeno; Paulo d'Eginio, Albucassis, Guilherme de Salicet, Fabricio d'Agoapendente, e Ambrosio Paré, comprehende o primeiro grupo.

N'este processo a cabeça do doente é sustentada por um ajudante; o cirurgião, diz Hippocrates, abraçando a boca por dentro e por fóra pelo mento, em quanto o paciente abre a boca tanto quanto elle pôde sem se esforçar, começará por mover o maxillar inferior durante algum tempo para dentro e para fóra, recomendando ao doente de o conservar em relaxamento, de agital-o simultaneamente e de se prestar o mais possível a estes movimentos; depois, elle o deslocará repentinamente, prestando attenção ao mesmo tempo ás tres posições seguintes: 1.<sup>a</sup>, é preciso conduzi-lo de sua posição viciosa à sua posição natural; 2.<sup>a</sup>, empurrar-o para traz; 3.<sup>a</sup>, o doente obedecendo a estes movimentos, deve approximar as maxillares, e não abrir a boca.

O segundo grupo comprehende o processo attribuido a Junier por Gui de Chauillac, descripto por Lanfranc, e adoptado por Wiseman e por Ambrosio Paré, para os casos somente de redução difficil: o mento é abraçado por uma faixa, as pontas levantadas para a cabeça e conservadas por um ajudante que se colloca atraz, os joelhos d'este apoiam sobre as espaldas do doente; duas cunhas de madeira são collocadas na boca o mais longe que é possível; o ajudante puxa depois pelas fexas, e o cirurgião reduz a luxação, levando o maxillar para traz. Este processo, menos as fexas, é o de Wiseman.

O terceiro grupo comprehende o processo de redução de Forestus, por uma pancada debaixo do mento; o de Favre d'Avignon, que consiste em segurar os dous lados da face com o pollegar e os dedos de uma mão, e dar depois uma pancada sobre o mento de baixo para cima. Heister e J. Luiz Petit dizem ter sido empregada por alguns Cirurgiões a pancada sobre a face. Uma falsa apreciação do mecanismo das luxações do maxillar, fez durante longo tempo empregar estes processos defeituosos para obter-se a redução.

Os processos de Lecat, Astley-Cooper, Asti, Stromeyer e Junk se referem ao quarto grupo. O principio geral destes processos é o emprego dos meios que obram pelo abaixamento do maxillar, a maneira das alavancas do primeiro genero. Estas alavancas obram de duas maneiras: umas vezes ellas tomam seu ponto de apoio sobre os dentes superiores, outras sobre o instrumento que o Cirurgião emprega.

Os processos de Lecat e de Astley-Cooper se acham na primeira ordem; os de Asti, Stromeyer e Junk referem-se á segunda.

Lecat em uma luxação do maxillar inferior, depois de ter esgotado toda sua força em tentativas inuteis, recorreu, sem successo, ás pinças, com as quaes elle tentou desprender o condylo pela depressão do maxillar.

O processo de Astley-Cooper consiste em se servir de um cabo de garfo (o garfo dos Inglezes é guarnecido de um cabo arredondado, de uma certa espessura, ordinariamente de marfim ou ebano) que se colloca entre as arcadas dentarias, atraz dos dentes molares de cada lado. Em quanto um ajudante mantem os instrumentos n'esta po-

sição, o Cirurgião, collocado pela parte posterior do doente, eleva com força o maxillar inferior para o superior, e opéra assim a redução.

Ao segundo modo se referem os processos de redução com o soccorro de instrumentos de uma forma diversa.

Asti, professor de Clinica Cirurgica imaginou servir-se de duas fortes pinças de anéis armados de longos cabos, e cujos ramos curtos eram guarnecidos de almofadas: estas pinças, sendo introduzidas fechadas entre os últimos dentes molares dos dous lados, e abertas depois com força, determinam a separação dos dous maxillares, e permitem a redução que deve ser effectuada levando ao mesmo tempo o maxillar inferior para traz.

Stromeyer, a fim de vencer as difficuldades que o pratico encontra na redução das luxações antigas por meio dos processos ordinarios, imaginou um instrumento cuja descripção passamos a fazer: este instrumento compõe-se de dous ramos, terminados em sua extremidade anterior, aquella que deve ser introduzida na boca por um alargamento ou placa, á maneira de uma ferradura, e articuladas por sua parte media sem se cruzar; a articulação, sendo em distancia, representa um ponto de apoio sobre o qual cada um dos ramos pôde bascular á maneira de uma alavanca do primeiro genero, de tal sorte que a approximação das extremidades posteriores dos ramos traz consigo a separação de suas extremidades anteriores, movimento pelo qual o instrumento é aberto e vice-versa. Uma mola tende a produzir a separação das extremidades posteriores, consequentemente a manter o instrumento fechado. D'estes dous ramos, um é inferior e outro superior. A extremidade posterior do primeiro tem em sua face superior um buraco torto, destinado á receber a extremidade de uma cavilha de ferro, que ahi é solidamente fixada por um parafuso de pressão, collocado sobre o lado do ramo. A extremidade posterior do ramo superior apresenta um buraco por onde passa livremente a outra extremidade da cavilha excedente. Esta cavilha, sendo de roseca ou de parafuso, recebe uma porca de orelha. A' medida que se faz avançar esta porca do parafuso, a extremidade posterior do ramo superior é approximada da do ramo inferior, o instrumento é aberto, e as placas são separadas uma da outra. Este instrumento se fecha rapidamente, o que permite retirá-lo da boca. Stromeyer obteve por meio d'este instrumento a redução de uma luxação antiga do maxillar.

Alfim, Junk de Londres construiu um instrumento, baseado, porem, sobre um outro principio. Seu instrumento forma de alguma sorte um cabo ao maxillar inferior, pois que seu ramo inferior vem collocar-se abaixo d'este, e o superior acima da arcada dentaria inferior. Este instrumento de Junk torna inutil a introdução dos dedos pollegares. A extensão, porem, deve ser feita somente pela força das mãos.

Alom d'estes, se acham consignados nos tratados de Cirurgia, outros processos que não se referem a algum dos quatro grupos que acabamos de indicar: tal é o pro-

cesso que Ravaton diz ter visto empregar com successo por um empirico, em um caso em que tentativas feitas por elle e por outros, segundo os processos ordinarios, tinham sido mallogradas. O Cirurgião de que se trata collocava uma atadura de quatro pontas debaixo do mento; esta atadura era de couro e as suas pontas se achavam guarnecidas de cordas; elle as torcia com um garrote, sobre o alto da cabeça, a qual era coberta com um solidéo ou com uma placa de madeira; em quanto se voltava o garrote, o empirico obrava sobre os condylos para os collocar em sua posição natural. Tal é ainda o processo de Oribase: o doente sendo collocado estendido sobre o banco de Hippocrates, ligava-se-lhe em uma posição horizontal as pernas e as coxas, e fixava-se da mesma maneira os braços ao longo do tronco. Para abaixar depois a parte posterior do maxillar e elevar o mento, fazia-se passar na boca uma corda ou mordação que, applicando-se sobre os dentes molares, era fixada junta dos pés por uma travessa, em quanto uma outra corda, que abraçava a parte anterior do maxillar, estava fixada a outra travessa acima de sua cabeça. É assim que se propunha elevar o mento e abaixar a parte posterior do maxillar, fazendo gyrar as duas travessas á maneira de um cabrestante.

A maior parte d'estes processos apresenta, como faz observar o professor Boyer, o inconveniente grave de levar o esforço principal sobre o mento, isto é, sobre o ponto em que é o menos necessario. É evidente que, obrando-se sobre o mento para o elevar antes de ter desembaraçados os condylos, devia-se experimentar muitas difficuldades para conduzir estes á sua situação normal. Quanto aos instrumentos especiaes mais ou menos complicados, nós julgamos na maioria dos casos desnecessarios; e por isso preferimos os esforços convenientes feitos pela mão do Cirurgião. Todavia, em uma luxação antiga, depois das tentativas inuteis com a mão, poder-se-ha talvez applicar com vantagem o instrumento de Stromeyer ou o de Junk.

O processo que se emprega geralmente hoje é o mais racional e de um successo mais prompto e mais seguro: é o processo de Hippocrates modificado. Elle tem por fim abaixar primeiramente os condylos, para os desprender, até abaixo do nivel da raiz transversa da apophise zygomatica; depois leval-os para traz, a fim de que elles entrem na cavidade glenoide. Eis aqui como se executa:

O doente deve estar assentado sobre uma cadeira solida, a cabeça apoiada sobre o peito de um ajudante, o qual cruza suas mãos sobre o frontal. O Cirurgião, collocado em face do doente, envolve seus dous dedos pollegares em um panno, applica sua face palmar sobre os ultimos dentes molares inferiores, os outros dedos abraçam o maxillar até o mento; então com os pollegares elle comprime com força e directamente de cima para baixo, para abaixar a totalidade do osso maxillar, sem lhe imprimir movimento de bascula. Logo que a mobilidade dos ramos annuncia que os condylos se acham desembaraçados, executa-se o segundo tempo que consiste em conduzil-os para traz. Para esse fim, ao mesmo tempo que os pollegares comprimem

sobre os molares e sobre a base das apophises coronoides, os outros dedos elevam ligeiramente o mento. A contracção dos musculos elevadores do maxillar acaba a redução; algumas vezes mesmo esta acção é tão prompta que os dedos pollegares do operador ficam fortemente feridos entre as arcadas dentarias que se chocam com violencia. D'ahi tem nascido o preceito de desviar n'este momento os pollegares e collocar-os precipitadamente entre as arcadas dentarias e as faces. Este temor exaggerado pôde comprometter o successo, porque a redução não se concluirá se a compressão dos pollegares fôr suspensa antes que os condylos sejam levados abaixo e um pouco para traz da raiz transversa da apophise zygomatica. Não convem, contudo, retirar mui tarde os pollegares, porque sua presença poderia se oppôr á approximação, consequentemente a volta dos condylos á sua cavidade.

O mesmo processo de redução deve ser seguido, quando se trata da luxação de um dos condylos. Sómente não se exerce a compressão com o dedo pollegar senão sobre os molares do lado correspondente. O condylo deslocado tendo sido levado para diante e para dentro, dever-se-ha depois de o ter abaixado, conduzil-o ao mesmo tempo para traz e para fóra. D'esta maneira se evitará as difficuldades que muitos praticos tem assignalado na redução das luxações de um dos condylos, difficuldades que, segundos estes, seriam muito mais consideraveis em geral, que aquellas que se encontram na redução das luxações simultaneas das duas articulações tempo-maxillares.

A redução operada, a dôr e a deformidade cessam, e a liberdade dos movimentos é restabelecida. O doente passa da inquietação a uma viva alegria.

Para manter a luxação reduzida, e prevenir a reincidencia, deve-se sustentar o mento, e se oppôr ao seu abaixamento: a faxa contentiva, applicada por espaço de algum tempo, preenche mui bem esta dupla indicação.

Nutre-se o doente durante os primeiros dias com alimentos liquidos, e recommenda-se-lhe de sustentar o mento durante o bocejo, e todas as vezes que executar algum movimento ao maxillar; a menor separação d'este osso basta, nos primeiros tempos da redução, para operar um novo deslocamento.

Raras vezes o engorgitamento das partes e outros accidentes vem complicar esta luxação; raras vezes vê-se o pratico obrigado a obedecer á indicações particulares.

Entretanto, quando estes accidentes se apresentem, o Cirurgião não os deve desprezar, ao contrario, procurará combatel-os pelo o emprego das sangrias, dos calmantes e de outros meios appropriados.



# HIPPOCRATIS APHORISMI.

---

## I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, iudicium difficile. Oportet autem non modo se ipsum exhibere, quæ oportet facientem, sed etiam ægrum et præsentem, et externa. (Sect. 1.<sup>a</sup>, Aph. 1.<sup>o</sup>).

## II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. (Sect. 1.<sup>a</sup>, Aph. 6.<sup>o</sup>).

## III.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc tenuissimo victu uti necesse est. (Sect. 1.<sup>a</sup>, Aph. 8.<sup>o</sup>).

## IV.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. (Sect. 7.<sup>a</sup>, Aph. 1.<sup>o</sup>).

## V.

Ex osse ægrotante caro livida, malum. (Sect. 7.<sup>a</sup>, Aph. 2.<sup>o</sup>).

## VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. (Sect. 8.<sup>a</sup>, Aph. 8.<sup>o</sup>).

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO



Esta these está conforme aos estatutos. Rio de Janeiro, 9 de dezembro de 1846.

*Dr. Manuel Feliciano Pereira de Carvalho.*