Escola de Odontologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre

Do tratamento da

Constrição das maxilas

pelo Aparelho Universal

TÉSE

Apresentada pelo cirurgião-dentista

OSMÁN VELÁSQUEZ

no concurso para docente livre da cadeira de Protese-buco-facial

PORTO ALEGRE — Setembro - 1938

1938
Typ. Santo Antonio do Pão dos Pobres
PORTO ALEGRE



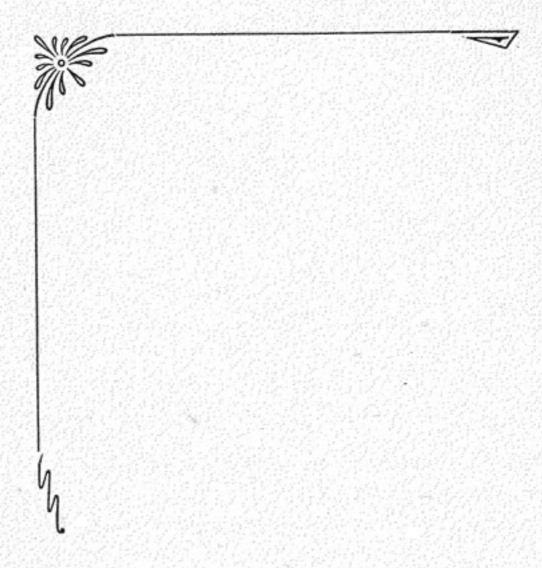
Bib.Fac.Med.UFRGS

T-0990

Do tratamento da constricao da

minha esposa

Aos meus filhos



Duas palavras

O tratamento da perda total ou parcial do movimento do maxilar inferior, por meio do aparelho "UNIVERSAL", de força mecanica, é de resultados surpreendentes, como se poderá verificar pelas observações que nos foi dado fazer.

O assunto da presente tése, foi sugerido pelo professor dr. Oswaldo Lautert, catedratico da cadeira de protese buco facial, da 3.ª serie da Escola de Odontologia, anexa á Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre, logo ao ter constatado as primeiras observações.

Desde então tenho empregado, sempre que se me oferece oportunidade, quer em minha clinica particular, quer no serviço do ambulatorio da Santa Casa de Misericordia de Porto Alegre do qual sou assistente, o aparelho UNIVERSAL no tratamento das constrições das maxilas, e em individuos de todas as idades e sexos.

Não venho de espirito preconcebido, exaltar o metodo do tratamento com o meu aparelho, emprestar-lhe virtudes que não possue ou negarlhe o valor real de que é dotado, mas tão somente expôr, sem pretenções, o resultado de nossos estudos e de nossa observação. E' indiscutivel que o tratamento das constrições das maxilas, por meio do aparelho UNI-VERSAL, cura esse sintoma em tempo relativamente rapido; provam-n'o numerosas observações por nós feitas.

Ao ilustre mestre, professor Oswaldo Lautert, testemunha ocular de todas estas observações, pela sua bondade, constatando o que acabo de referir, pela sua sincera indicação do motivo da nossa tése, a expressão sincera do meu profundo agradecimento e da minha véra amizade.

CAPITULO I

Estudo clinico da constrição das maxilas

A constrição das maxilas é um sintoma que se manifesta pela impossibilidade temporaria ou permanente de abaixar o maxilar inferior, ou pelo menos de obter um afastamento das maxilas, que seja fisiologicamente suficiente.

Ela se apresenta sob tres formas clinicas distintas:

- 1.ª Forma intermitente.
- 2.ª Forma temporaria.
- 3.ª Forma permanente.

A forma intermitente sobrevem por crises e dura muito pouco tempo; póde sobrevir durante a mastigação, no momento em que um orador faz os esforços necessarios para articulação clara das palavras destinadas a serem ouvidas de longe.

A' forma temporaria dá-se o nome de trismo, sua evolução é rapida, pois é causada por perturbações reflexas ou lesões inflamatorias. E' um sintoma habitual de todas, as inflamações peri-articulares.

Nessa forma o doente conserva a faculdade de entreabrir as arcadas dentarias, mas este movimento é doloroso. A forma permanente, caracterisa-se pela maneira lenta e progressiva com que se instala; mas a maxila conserva ainda um ligeiro movimento e nos limites em que é possivel executal-o, ele é absolutamente *indolor*.

Isto é um sinal importante que permitediferençar a constrição permanente, forma fixa, forma de cura, da constrição temporaria ou trismo, forma em evolução, forma aguda, inflamatoria, reflexa e que é dolorosa.

A pouca amplitude dos movimentos, determina uma dificuldade notavel da mastigação.

Quando em casos raros, os movimentos da maxila inferior ficam completamente abolidos, as perturbações funcionais se agravam. A alimentação fica extremamente dificil, só se podendo introduzir os alimentos na boca por meio de uma sonda, passada no triangulo retro molar ou no espaço de algum dente anteriormente extraido.

A's vezes, se é forçado passar uma sonda pelas fossas nasais para levar os alimentos até o faringe; a palavra é prejudicada, a pronuncia pouco clara.

Se sobrevem vomitos, eles não poderão serevacuados repidamente pela boca, eles correm pelas fossas nasais; deve-se sempre temer o seu refluxo para a traqêa, produzindo a asfixia.

A respiração é feita exclusivamente pelonariz, mas á primeira coriza que sobrevier, ela é grandemente dificultada. A boca não sendomais atravessada e varrida pelos alimentos levados pelas bebidas, os dentes não sendo mais limpos pela mastigação, nem pela escova, o meio bucal não tarda a se tornar extremamente setico.

Os dentes se infectam, as caries aparecem com todo o cortejo de complicações que lhe são-

proprias. As fistulas do fundo de saco gengival derivam incessantemente para a boca, puz,

que o paciente deglute.

Ele não tarda a emagrecer, sua pele torna-se seca, pergaminacea; esta caquexia bucal faz progressos rapidos, e torna o doente incapaz de resistir á menor infeção que, se surgir, terminará pela morte.

Tais são as consequencias da constrição

permanente das maxilas.

A divisão de temporaria e permanente, está muito longe de ficar isenta de criticas. Dizse que a constrição é passageira, quando se prevê ou se espera o retrocesso deste sintoma; mas se a cura não sobrevier não se hesita em admitir que a constrição se tornou permanente.

De fato, o termo temporaria, traduz o prognostico que fazemos. Para que este prognostico tenha probabilidades de ser exato, é preciso saber a causa que determinou a constrição. pois a noção etiologica que nos deve sobretudo preocupar no estudo deste sintoma.

CAPITULO II

Etiologia

Sob este ponto de vista, diversas classificações foram propostas, baseadas quer na anatomia, quer na fisiologia da mastigação. Frey, anais do Congresso Dentario Inter aliados — engloba as causas da constrição em tres grandes grupos, e que se adaptam perfeitamente ás necessidades da clinica. Como Frey, dividiremos as constrições em:

- 1.º Constrição de origem muscular.
- 2.º Constrição de origem cicatricial.
- 3.º Constrição de origem articular.

As do 1.º grupo são formas temporarias; as do 2.º são permanentes.

CONSTRIÇÕES DE ORIGEM MUSCULAR

Nas constrições de origem muscular, devese distinguir:

- a) as não inflamatorias, isto é, por hypermiotonia simples ou espasmodica, sem espinha issitativa.
- b) as inflamatorias por espinha irritativa como miosite, celulite, osteite, etc.

Descritas sob numerosos nomes pelos neurologistas; amnesia motora localisada, de Meige; inercia funcional de Tinel, tem uma patogenia pouco conhecida.

Pelas proprias denominações vê-se que Meige faz intervir um factor cortical.

Tinel, crê somente em um fator funcional. Mas é fóra de duvida que na sua produção, entre como elemento preponderante o fator siquico.

Doufourmentel, sob este ponto de vista traz o seu testemunho, pois viu depois do armisticio a coorte inumera e inveterada de trismos irredutiveis, ceder com uma rapidez incrivel á aproximação da volta á vida civil.

O diagnostico diferencial desta hypermiotonia, poderá ser facilitado pela pesquisa de tres sintomas.

- a) Sinal de Konindjy (anais do Congresso Dentario Inter aliados) Paris, 1916. Se a dilatação não importa, porque o aparelho permite obter um afastamento superior a 10 milimetros de um unico golpe, trata-se de uma hyper miotonia espasmodica, porque uma constrição inflamatoria nunca poderá apresentar uma separação brusca tão grande.
- b) Sinal de Roy Revista maxilo facial, 1925 — A pressão exercida com um abaixador de lingua, sobre a base deste orgão, sem que haja necessidade de exercer pressão apreciavel sobre a maxila inferior, provoca o desaparecimento momentaneo da constrição reflexa, de origem sicopatica.

Este sinal nunca existe nas constrições de natureza organica, a menos que a esta se junte um certo gráo de contratura reflexa.

c) Sinal de Duchange (Fractures des Machoires), 1925.

O reflexo oculo cardiaco, (bradysphygmia radial) obtida por compressão simultanea dos globos oculares é exagerado nas constrições reflexas.

CONSTRIÇÕES INFLAMATORIAS

As constrições inflamatorias pódem ser devidas a uma afeção dos proprios musculos, ou a uma lesão da visinhança, que repercute sobre eles.

As lesões musculares suscetiveis de provocar a miosite são: as contusões e as hemorragias intramusculares, os ferimentos, a presença de corpos extranhos, como esquirolas osseas ou restos de projectis, irritação provocada por liquido de uma injeção anestesica, etc.

A inflamação dos tecidos situados nas visinhanças dos musculos elevadores da maxila é suscetivel, pela invasão destes musculos, de determinar o trismo.

E' neste quadro que se colocam os principais fatores da constrição muscular inflamatoria, a peri-coronarite, no curso da evolução dos dentes do sizo inferiores, todas as lesões dentarias, tanto superior como inferior, suscetiveis de darem acidentes infeciosos perimaxilares, com propagação para a região dos musculos elevadores da mandibula; todos os fleumões agudos ou cronicos, que possam atingir o tecido celular da região; actynomicose cervico facial, que infecta as mais das vezes os planos superficiais da face, serão causas capazes de produzir o trismo.

As lesões osseas, como por ex.: fraturas do angulo do maxilar inferior, interessando o masseter e peterigoideo interno, as afeções osseas como osteo mielite, quando situados nas proximi-

dades dos musculos elevadores, provocam o tris-

Os tumores malignos, suscetiveis de invadir os musculos elevadores, tambem produzem o trismo, taes como o epitelioma das bochechas, o cancer do véo do paladar, da amigdala e do faringe; os tumores malignos dos maxilares.

O trismo de origem inflamatoria, não é pois mais do que um sintoma no curso de diversas afeções, mas deve se sublinhar que os musculos assim contraturados pódem sofrer uma evolução, quer para a cura, quer para a esclerose intersticial, dando neste caso, lugar a uma constrição permanente das maxilas, que persistirá depois da cura da causa bucal ou peribucal, diagnosticada como origem do trismo.

CONSTRIÇÃO DE ORIGEM CICATRICIAL

Os tegumentos das bochechas e a porção da mucosa bucal que corresponde a esta região, podem se tornar a séde de cicatrizes que limitam ou mesmo suprimem completamente a abertura da boca.

Elas reconhecem como causa as queimaduras, ferimentos por arma de fogo, largas ulcerações sifiliticas ou tuberculosas, intervenções cirurgicas, para ablação de tumores malignos, gangrena da boca, estomatite mercurial de forma grave, tal como foi observada nos obreiros da mina de mercurio de Almaden, Espanha.

Estas lesões cicatriciais se apresentam sob a forma de bridas fibrosas, óra estreitas e salientes, como cordas, óra bastante largas.

Muito excecionalmente, elas pódem sofrer a degeneração cartilaginosa ou mesmo ossea. As bridas mucosas intra bucais são as mais perigosas que as cutaneas.

CONSTRIÇÃO DE ORIGEM ARTICULAR

São as determinadas pela anquilose da articulação temporo-maxilar, são as mais importantes das constrições das maxilas.

Encontram-se sobretudo na infancia, raramente são congenitas e neste caso, deve-se atribui-las á micronagtia ou a perturbações intra uterinas ou mesmo lesões articulares, provocadas
pelo forceps. As mais das vezes a anquilose é
adquirida em seguida a uma artrite traumatica
por ferimento articular, luxação não reduzida,
fratura do conduto auditivo ou do condilo; ou em
seguida a uma artrite infeciosa, que sucedeu a
uma escarlatina, uma febre tifoide, a uma infeção puerperal; ou ainda a uma infeção purulenta da visinhança, como a otite media escarlatinosa, ou a osteoperiostite do ramo montante,
etc.

Esta anquilose póde ser uni ou bi lateral; fibrosa ou devida a formações osseas ao redor da articulação; mas, mais frequentemente, trata-se de fusão das faces articulares, verificando-se neste caso uma ostéogenese exuberante, que torna reconhecivel a extremidade superior do ramo montante do maxilar inferior.

O ramo montante acha-se unido ao craneo por uma massa eburnea que liga a apofise caronoide á arcada zigomatica, enchendo a fossa temporal.

Nas anquiloses congenitas ou adquiridas, na infancia ha sempre a temer, além dos perigos que já apontamos ao ser descrita a forma permanente da constrição, as perturbações troficas que geralmente as acompanha.

O maxilar inferior se atrofia, o mento se retrae, ha retração dos dentes da arcada inferior, dando ao rosto o *perfil de passaro* ou musaranha. (Dufourmentel).

Se a anquilose for unilateral, a atrofia é mais acentuada do lado imobilisado para o qual se desvia o mento.

CAPITULO III

Do tratamento das constrições

Dous são os metodos empregados para o tratamento das constrições das maxilas: o tratamento mecanico e o tratamento cirurgico.

O tratamento mecanico é empregado em todas as formas temporarias e em algumas permanentes; o tratamento cirurgico será empregado sempre que o tratamento mecanico for ineficaz. Convem acentuar que todas as vezes que a causa da constrição for removida cirurgicamente, a intervenção deverá ser seguida do tratamento mecanico, por meio de aparelhos de mobilisação continua para assegurar e consolidar os resultados obtidos.

Passaremos em revista ligeiramente, primeiro os metodos mecanicos e após, os cirurgicos até hoje empregados, para depois descrevermos o aparelho Universal, que como se verá é extremamente simples, de facil construção e destinase a substituir todos os outros até hoje usados, o que equivale a dizer que, como o seu nome indica, é aplicavel a qualquer caso.

DO TRATAMENTO MECANICO DA CONS-TRIÇÃO DAS MAXILAS

A mecanoterapia da constrição das maxilas realisa-se por meio de aparelhos que de tres modos diferentes, agem sobre a maxila inefrior.

- a) baixando-a, pela tração de pesos.
- b) afastando da superior por meio de instrumentos introduzidos entre as arcadas e acionados pela mão.
- c) mobilisando-a por meio de dispositivode força elastica intermaxilar.

Baseado na maneira de ação os aparelhos dividem-se:

- 1.°) Aparelhos abaixadores, acionados por pesos.
- 2.°) A parelhos afastadores acionados pela mão.
- 3.°) Aparelhos mobilisadores acionados por um dispositivo de força. Os deste grupo subdividem-se em:
 - a) Aparelhos de força intra bucal.
 - b) Aparelhos de força extra bucal.

Os aparelhos abaixadores mais empregados, são: os de Gernez e Girez e o de Pitschs.

Entre os afastadores, isto é, colocados entre os dentes e acionados pela mão, citaremos: Cunhas de madeira ou cortiça.

Cones de madeira ou de marfim em forma de pião, tendo na superficie uma ranhura helicoidal.

Abridor de boca de Delabarre, ligeiramente modificado por Collin.

Aparelho de Ponroy.

Aparelho de Delguet.

Entre os aparelhos mobilisadores de força intra bucal, faremos menção dos de:

> Morineau; Darcissac; Huguet.

Entre os de força extra bucal são os mais conhecidos os de Besson e Colas, Solas, Lebedinsky, Darcissac e Imbert e Real.

Todos eles, alguns dos quais são realmente de valor inestimavel, e cuja concepção, como os de Ky Lebedins e Darcissac, revelam a enorme capacidade dos autores, tem os seus inconvenientes a par de vantagens incontestes.

Alguns, e isso se evidenciaria se fosse nosso proposito fazer deles um estudo demorado, são de construção dificil e de preço elevado, outros são de facil construção, porém de emprego limitado, outros ainda, requerem ser construidos especialmente para cada caso. Daí o nosso empenho em construir o Aparelho Universal, de pouco preço, facil construção e, principalmente aplicavel a qualquer caso e a qualquer individuo.

DO TRATAMENTO CIRURGICO

O tratamento cirurgico é indicado para as constrições de origem cicatricial e para as de origem articular.

Se porém, as bridas não tiverem mais do que uma inserção ossea, póde-se tentar o tratamento mecanico; no caso porém de insucesso é necessario recorer á intervenção, resecando o tecido cicatricial e, preenchendo a brecha por meio de uma auto-plastia, seguido do tratamento mecanico, para evitar uma nova constrição.

Nas constrições de origem articular, extremamente serradas, diversos tem sido os metodos cirurgicos empregados:

1.º Em 1854 a reseção do condilo, praticada por Humphrey.

2.º Em 1880, reseção do colo do condilo, proposta por Berard e Richet.

3.º Reseção de um segmento do ramo montante seguida de interposição muscular, tem sido substituida por um retalho da pele por Gluck.

Um retalho da mucosa por Murphy e até mesmo por um corpo inorganico, tal como uma lamina metalica, como usaram Roser e Orlow.

Não comporta a natureza do nosso essunto um estudo detalhado destes processos cirurgicos aos quais apenas nos referimos para a bôa compreensão das vantagens e maneira de ação do meu Aparelho Universal.

Mas é claro que estas intervenções devem ser praticadas, tão aproximadas quanto possivel, da articulação para restabelecer o centro de movimento do maxilar inferior.

Daí a vantagem do processo de Dufourmentel, que consiste em fazer cirurgicamente uma nova interlinha articular, seguida da mobilisação continua afim de evitar a reconsolidação do tecido osseo e restabelecer perfeitamente os movimentos do maxilar inferior.

Dufourmentel, após a operação, entrega seus pacientes á capacidade de Darcissac, que com seu notavel aparelho mobilisador prefaz o áto cirurgico.

Mas o aparelho de Darcissac, é tambem de construção dificil e necessita sempre a confeção de goteiras individuais.

Pesando bem todas as dificuldades e inconveniencias destes aparelhos e processos, foi que me abalancei construir o aparelho Universal, para, pelo metodo Velásquez, ser empregado em todos os casos em que se torne necessario o emprego do tratamento mecanico da constrição das maxilas.

CAPITULO IV

Aparelho Universal, metodo Velásquez

APARELHO

SUA DESCRIÇÃO E MODO DE EMPREGA-LO

O Aparelho Universal, pertence ao grupo dos aparelhos mobilisadores, de força extra-bucal.

Compõe-se de:

- a) duas molas construidas de fio de aço.
- b) duas goteiras metalicas, uma para a arcada superior, e outra para a inferior.
- c) dois fios metalicos recurvados, destinados á substituirem as goteiras nas constrições muito serredas.
 - d) 4 tubos cilindricos ou quadrados.
- e) 4 colchetes, suportes de aneis de borracha, reguladores da força.

MOLAS Fig 2 A

São construidas de fio metalico de aço ou fio galvanisado, do que se usa comumente na vida domestica, de calibre 5 ou 6, ainda pode ser corda de piano, enrolada na parte central, á maneira das tenazes uzadas nos laboratorios de pro-

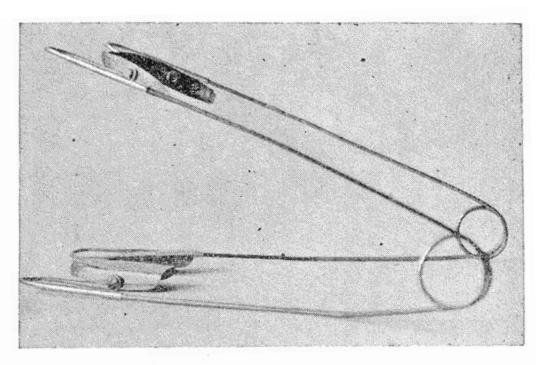


Fig. n. 1 - Aparelho Universal

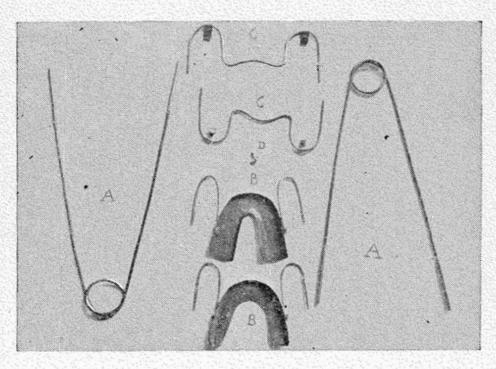


Fig. n. 2 — Partes do aparelho

tése dentaria; este enrolamento deve apresentar um diametro no maximo de 3 centimetros, conforme a grossura do fio empregado, e terminar em duas astes de comprimento de 6 á 8 centimetros. As extremidades destas astes, são providas de tubos cilindricos ou quadrados.

GOTEIRAS Fig. 2 B

São em numero de duas, uma para cada

arcada, superior e inferior.

Ambas metalicas, confecionadas com metal inoxidavel ou latão, aluminio etc. Com mais ou menos 1 centimetro de largura e com uma curvatura que lhe permita adaptar-se á qualquer arcada. A borda interna é muito pouco elevada, de modo a poderem ser introduzidas na boca desde que se obtenha um pequeno afastamento das maxilas.

No momento de serem aplicadas, devem ser revestidas de uma pequena camada de godiva, amolecida, cera branca ou rosa em condições de asepsia ou melhor ainda uma pasta feita de engenol e oxido de zinco, que terá por fim distribuir com uniformidade a força mobilisadora, sobre todos os dentes que existem na arcada superior ou inferior do paciente.

A' goteira superior, é soldada de cada lado, na altura do primeiro molar, uma aste metalica feita com fio, que póde ser de qualidade e calibre do que serviu para confecionar a mola. Esta aste deve sair da boca ao nivel das comisuras e encurva-se para tráz, num plano paralelo á linha de oclusão, extendendo-se até ao nivel do 2.º molar. Ela deverá logo após á sua saida da boca, ter as suas extremidades ou pontas, embutidas nos tubos que se acham nas extremidades da mola, dispositivo de força extra-bucal. A goteira inferior é construida, sob os mesmos principios da superior. Será munida das mesmas astes que como as superiores, contornarão as comisuras, e se prolongarão até ao nivel do 2.º molar inferior direito e esquerdo.

Estas astes, não serão fixas ás goteiras como estão as superiores, tambem em numero de duas, uma para cada lado, elas serão solidarisadas á estas, por uma charneira que lhes permita girarem de modo a exercerem, á medida que o maxilar inferior se abaixar, uma pressão sempre, uniformemente distribuida sobre toda a arcada inferior.

Estas goteiras, poderão ser confecionadas, utilisando-se, moldeiras para tomada de impressão, fazendo-se-lhes as adaptações e modificações precisas.

Para o maxilar superior, teremos as de tipo J n.º 0 e para o inferior as de tipo C n.º 1.

NOTA — Dois jogos de goteiras devemos ter sempre á nossa disposição, de curvatura maior, para os adultos e de curvatura menor para crianças.

FIOS METALICOS RECURVADOS.

Fig. 2 C

São em numero de dois: um para o maxilar superior e outro para o maxilar inferior. São curvados da forma em que se vê na fig. 2 C. Com este dispositivo, e utilisando o fio metalico, cujo calibre será escolhido conforme o caso á ser tratado, tem-se em vista suprir as molas de um recurso que substituam as goteiras, enquanto estas não possam ser introduzidas nas arcadas, nos casos de constrição muito serrada. Desta forma, a parte intra-bucal destes fios, deve apoiar-se

sobre o 1.º molar de cada lado de ambas as arcadas e as extremidades que saem fora da boca ao serem recurvadas na altura da comisura irão embutir-se nos tubos nas astes das molas.

TUBOS

Da fig. 2 na extremidade das astes da mola A. São em numero de 4. Pódem ser confecionados em qualquer metal, não oxidavel, terão a forma cilindrica ou quadrada, se assim se desejar, com 3 centimetros de comprimento. A parte que corresponde á ponta da mola, na extensão de 1½ centimetros, póde á ela estar fixo; e a outra restante, tambem de 1½ centimetros será livre, e onde irão embutidas as astes das goteiras ou fios recurvados.

COLCHETES REGULADORES, Fig. 2 D

São em numero de 4. Tambem confecionados com o mesmo material que se emprega para as goteiras e tubos. Estão adaptados ás astes recurvadas do fio metalico das goteiras, ou fio metalico recurvado que substitue estas, na sua porção extra-bucal, na parte antes da entrada deste no tubo.

Servem para conter os aneis de borraca, controladores do dispositivo de força. Devem ser dispostos de tal maneira que, de um mesmo lado, tenham, uma vez o aparelho em posição, as partes recurvadas estarão dirigidas, no de cima, para baixo, e os de baixo, para cima.

Alguns detalhes que visam equilibrar as forças mecanicas do aparelho Universal foram sugeridos pelo culto professor Oswaldo Lautert, quando lhe solicitei sua valiosa opinião, referente ao meu aparelho.

CAPITULO V

Indicações e modo de ação do aparelho Universal

Nas constrições de origem muscular, quer se trate de origem inflamatoria ou não, o aparelho deve ser aplicado em diversas seções diarias, cuja duração será sempre maior nas hypermiotonias sem espinha irritativa, nestas devem-se exercer sobre as arcadas pressões que aumentarão progressivamente de força e duração.

Nas constrições musculares inflamatorias, é preciso agir lentamente, progressiva e sem dor, em seções diarias que nunca deverá exceder de 15 minutos. A força afastadora, deve ser graduada de acordo com a resistencia muscular, evitando-se agir violentamente, o que determinaria uma especie de tetanisação dos musculos mastigado-

res, com aumento da constrição.

A maneira de regular a força, se faz por meio de aneis de borracha, distendidos entre os colchetes. Estes aneis cujo numero e espessura,

devem estar de acordo com a necessidade.

A força elastica destes aneis, se opondo á força distensora da mola extra-bucal (Fig. 2 A) permite regular á vontade a força mobilisadora do aparelho Universal.

NAS CONSTRIÇÕES DE ORIGEM CICATRICIAL

Aplica-se o aparelho do mesmo modo, graduando a força, de maneira a não produzir rupturas dos tecidos moles, cuja cicatrisação viria determinar nova retração cicatricial, que limitaria mais ainda os movimentos do maxilar inferior.

NAS CONSTRIÇÕES DE ORIGEM ARTICULAR

Nas anquiloses fibrosas, recentes, póde-se empregar o aparelho com relativa probabilidade de exito, sempre tomando-se as mesmas precauções, afim de evitar possiveis acidentes, como rupturas, etc.

Nas anquiloses osseas, em que as superficies articulares desapareceram e uma massa ossea contínua une o maxilar ao osso temporal, o processo a seguir será o de Dufourmentel, metodo cirurgico, que se seguirá a mobilisação com o aparelho Universal.

Antes de ser aplicado o aparelho, será esterilisado por meio de antiseticos; peças como as goteiras e os fios metalicos recurvados, substitutos destas e de uso intra-bucal, devem ser cuidadosamente fervidas.

Este ultimo áto preparatorio executa-se momentos antes de serem elas usadas.

CAPITULO VI

Vantajens que se obtem com o emprego do referido metodo

Nos casos em que é necessaria a mobilisação continua do maxilar inferior com o uso do aparelho Universal se obtem facilmente este objetivo.

Posto ele em posição, determina sobre as arcadas em que está apoiado, uma força dilatadora, que domina rapidamente a resistencia muscular, obrigando o paciente a ficar de boca aberta.

O cansaço de conservar a boca aberta, a secura da lingua, o acumulo de saliva na boca, ou simplesmente o desejo de falar, obrigam o paciente lutar contra a força do aparelho e levar a mandibula á posição de oclusão.

Esta posição não poderá ser mantida muito tempo, porque a força das molas extra-bucais a ela se opõem.

Os musculos cansam, e o paciente torna a ficar de boca aberta.

Desta luta sem tregua, resultam movimentos antagonicos, quasi continuos. O paciente, sempre procurando fechar a boca e o aparelho, ao contrario, em força continua procura abril-a.

Em resumo, com este aparelho que é de facil e rapida construção, estaremos sempre habilitados para atender qualquer caso de constrição, passivel de ser tratada pelos meios mecanicos.

De facil aplicação, perfeita tolerancia, perfeito controle na ação dinamica das molas e perfeita uniformidade na força empregada, que é sempre igual para todos os dentes da mandibula.

CAPITULO V

Observações

OBSERVAÇÃO 1.ª

R. C., com 26 anos, côr mixta, solteira, serviços domesticos, natural deste Estado.

DIAGNOSTICO: Constrição temporaria.

CAUSA: Contratura dos musculos elevadores do maxilar inferior, particularmente o masseter, em consequensia de um dente do sizo impacto.

TRATAMENTO: Após alguns dias de medicação adequada, resolvemos empregar o dilatador Universal durante ¼ de hora cada dia e pelo tempo de 32 dias. Findos os quais, a doente estava em condições de se alimentar bem, e fazer a limpeza dos dentes.

Dias depois, com relativa facilidade lhe foi extraido o dente.

OBSERVAÇÃO 2.ª

R., com 12 anos, branca, escolar, deste Estado.

DIAGNOSTICO: Constrição de origem inflamatoria.

CAUSA: Artrite no 2.º molar inferior esquerdo, com carie de 3.º gráo.

Antes de nos consultar, já havia feito uso

de cataplasmas e frições.

TRATAMENTO: Resolvemos de imediato, empregar o aparelho Universal para dilatação progressiva da mandibula.

Seu uso foi por espaço de ¼ de hora, 3 ve-

zes por dia.

Apezar de sua pouca idade, o aparelho foi perfeitamente tolerado.

Ao fim do 3.º dia já havia um afastamento suficiente para o dente ser extraido.

RESULTADO: Cura completa em 6 dias.

OBSERVAÇÃO 3.ª

P. B., com 26 anos, branco, casado, maquinista, natural deste Estado.

DIAGNOSTICO: Degeneração fibrosa unilateral da articulação temporo maxilar, produzida por traumatismo na região auricular direita.

Supuração pelo conduto auditivo do mesmo lado.

TRATAMENTO: Para combater a supuração, irrigação com agua oxigenada primeiramente, e oleo gomenolado e acido borico mais tarde.

Seguiu-se o emprego do aparelho Univer-sal.

RESULTADOS: Como fosse bem tolerado devido a sua força ser bem controlada pelo doente, seu uso foi de 3 horas por dia, e no fim de 26 dias estava ele perfeitamente curado.

OBSERVOÇÃO 4.º

O. M., 30 anos, branca, casada, lavandeira, natural deste Estado.

DIAGNOSTICO: Trismo.

CAUSA: Erupção tardia dos dentes do sizo, que ocasionou acidentes agudos.

TRATAMENTO: Empregamos o aparelho Universal. Aconselhamos seu uso de $\frac{1}{2}$ hora, 3 vezes por dia.

RESULTADOS: Ao fim de 7 dias a paciente já podia abrir com facilidade a boca. Alimentava-se bem e fazia ampla limpeza nos dentes.

NOTA: — Além destas observações, fizemos muitas outras aplicações do Aparelho Universal, sem no entretanto ter podido constatar o resultado obtido, deixando de relata-las porque, muito pouco, quasi nada, nos elucidam sobre o resultado obtido, interesse capital deste trabalho.

CAPITULO VI

Conclusões

Cingindo-nos tão somente ao que observamos praticamente, tendo em vista que o uso do aparelho Universal foi bem indicado, na sua quasi totalidade, concluimos:

T

Dentro das indicações mecanoterapia, o aparelho Universal, será um metodo de tratamento, de efeitos seguros.

II

Confeccionado com bôa técnica, será bem tolerado, e não determina acidentes.

$\Pi\Pi$

E' sempre indicado quando mesmo tenha havido um tratamento cirurgico — para completar ou abreviar a cura.

IV

De facil confeção e não menos facil adaptação, higiene simples, além de ser bem tolerado, o aparelho Universal, mobilisador dos maxilares, acionado por um dispositivo de força extra bucal, deve ser sempre o preferido toda vez que nos propuzermos mobilisar progressivamente o maxilar inferior.

V

Exigindo longo tempo o tratamento de algumas constrições pela mecanoterapia, e uma observação constante do clinico, a sua aplicação e uso em casas de saúde e hospitais seria sempre mais aconselhavel.

BIBLIOGRAFIA

Ombredane — Maladies des Machoires.

Lebedinsky e Virenke — Prothese e cirurgie, craneo-maxillo-faciale.

Imber e Real — Les fractures de la machoir inferieure.

Duchange — Fracture des machoires.

Ponroy e Psaume — Restauraction et Prothese maxillo faciales.

Dufourmentel — Cirurgie de l'articulation temporo-maxillaire.

Darcissac — These, Paris, 1921.

