

SERVIÇO ODONTOLÓGICO NO SANATÓRIO PADRE BENTO

JORGE TOLEDO SALES

Cirurgião-Dentista
Do Sanatorio Padre Bento

Dizem os mestres da odontologia brasileira que o tratamento dos dentes de criança constitue unia especialidade a que o profissional deverá dedicar-se com grande interêsse afim de conseguir uma técnica peculiar e desenvolver ao lado desta certas qualidades pessoais, como expansibilidade de caráter, afabilidade e, sobretudo, muita paciência. Não temos a pretensão de nos chamarmos especialista no tratamento dos dentes de crianças. Movidos, porem, pelo desejo de prestar nossos serviços profissionais aos pequeninos internados do Sanatório Padre Bento, aproveitamos com vivo interêsse o feliz ensejo que para isso se nos ofereceu. E, se hoje não somos senhores de trabalhos apreciáveis, creiam aqueles que nos honram com sua atenção que o pouco que nos foi dado fazer na clínica odontológica infantil dêsse sanatório, fizemo-lo com satisfação, com solicitude e com o melhor de nossas forças.

Nestas poucas linhas pretendemos com os dados estatísticos dos nossos trabalhos de rotina e de observação demonstrar se a odontologia pode consignar na bôca do pequeno pacienste de lepra alguma particularidade digna de menção que sob qualquer ponto de vista a diferencie da bôca de pessoas de saúde. Vejamos então o que para êsse fim já fizemos no terreno da clinica prôpriamente dita.

* * *

Podemos afirmar que a odontopedia ocupa o lugar que lhe é devido no campo das realizações ; onde quer que se encontre uma coletividade infantil há sem dúvida ao seu lado um consultório dentário e o respectivo profissional para servi-la. Como bem sabemos, os sete estabelecimentos de saúde que hoje agasalham cêrca de 8.000 han-senianos tiveram respectivamente desde os seus primeiros dias de funcionamento uma assistência dentária infantil própria, cujas instalações cresceram com as internações sucessivas, contando hoje para mais de 550 menores ate 15 anos de idade. Dêstes 550 pequenos internados,

253 constituem a clinica odontológica infantil do Sanatório Padre Bento, a qual se caracteriza pelo número reduzido dos seus componentes e pelo bom estado sanitário de cada um deles.

QUADRO N. 1

**CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE MENORES INTERNADOS NO
SANATÓRIO PADRE BENTO**

<i>Idade</i>	SEXO		<i>Total</i>
	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	
0-5 anos	6	6	12
6	6	11	17
7	9	7	16
8	9	11	20
9	8	17	25
10	19	4	23
11	9	11	20
12	21	12	33
13	20	18	38
14-15	28	21	49
	135	118	253

Antes de entrarmos na parte essencial deste nosso trabalho, queremos referir-nos ao 7.º Congresso Dentário Internacional de Filadélfia. Esse Congresso ratificou as bases em que se firma a teoria bio-química relativa à carie dentária e aprovou, entre outras, as seguintes conclusões submetidas ao seu juízo pela Comissão de Higiene da Federação Dentária Internacional:

I — O tratamento da gestante e o tratamento e educação dental da criança desde o nascimento até a idade escolar são os primeiros passos na formação de tecidos dentários fortes e bem constituídos.

II — A higiene e assistência odontológica da criança em idade escolar constituem a base do desenvolvimento físico do adolescente e o fundamento da saúde pública.

III — Os serviços odontológicos públicos constituem a continuação dos cuidados dentários na escola e deverão ser realizados por dentistas em boas instalações hospitalares e nas assistências.

* * *

Como se vê, as conclusões acima são de ordem geral e parecem ter sido ditadas para lembrar aos governos que os bons dentes são fa-

tores de importância na formação de uma raça forte. Reclamam dos poderes públicos medidas de proteção aos dentes, visando seus portadores desde o período de gestação até a idade adulta.

O Serviço de Profilaxia da Lepra, a nosso ver, está quites com a parte de responsabilidade que lhe pode ser atribuída, especialmente com relação ao S. P. B., porque, segundo a documentação por nós elaborada, a assistência odontológica infantil é ali permanente e eficiente. Dos seus 253 clientes, nenhum foge à disciplina do tratamento dentário que lhes é ministrado pelo profissional responsável e por enfermeiros competentes, em ambiente apropriado e boas instalações.

Queremos ainda preambular o nosso assunto principal informando que no desempenho de nossa missão odontológica no S. P. B. observámos fielmente os princípios estatuídos pelo Conselho de Higiene Dentária de Massachussetts, que assim se resumem:

I — Tôda cárie inicial deverá ser obturada ou cauterizada.

II — Todos os dentes temporários deverão receber igual cuidado e atenção dispensados aos dentes permanentes.

III - Todos os dentes afetados que possam constituir ameaça possível à saúde, deverão ser extraídos.

IV — Deve haver estreita cooperação entre dentistas e médicos no que respeita ao tratamento da criança.

* * *

As conclusões do 7.º Congresso de Filadélfia, bem como os princípios estabelecidos pelo Conselho de Higiene Dentária acima referido não foram até hoje contestados por nenhum homem de ciência; todos tecem os melhores comentários em tôrno desses conceitos. Daí, portanto, nos valermos deles como pontos de referência para nossos estudos e conclusões.

* * *

Desde a vida embrionária a cárie dos dentes tem sua predisposição assinalada na criatura humana, sendo mesmo possível que nesse período já se dê a transmissão dos estigmas. Aos 45 dias de vida intrauterina o ser em formação reclama do organismo materno os sais minerais indispensáveis à boa estrutura dos seus dentes, que naquela data iniciam a sua evolução. Portanto, a gestante que nesse período tão delicado de sua vida não desfrutar uma saúde perfeita e não dispuzer de fartos recursos cálcicos, dos quais possa legar boa parte ao filho, não poderá, sem lamentáveis consequências para êle, prescindir de um tratamento médico que se lhe torna absolutamente necessário. O estado da bôca da gestante influirá poderosamente

no valor dos dentes de seu filho, de forma que não se pode esperar bons dentes em filhos de mãe portadora de uma bôca mal cuidada. Assim, a necessidade do tratamento dos dentes infantís surge com a vida embrionária, ocasião em que o odontólogo deve ser solicitado para os cuidados com a bôca da gestante, enquanto esta confia ao seu médico a orientação do regime conveniente ao seu estado. O tratamento dos dentes da criança enquanto os mesmos não se irrompem dos alvéolos está a cargo do médico exclusivamente; a êle cabe controlar a saúde da nutriz e do lactante, ou, na falta daquela, prescrever o regime alimentar artificial, visando o maior aproveitamento quantitativo e qualitativo para o organismo do bebê e muito especialmente para seus dentinhos. A cárie dos dentes continua tendo na criatura humana as predisposições asseguradas durante o período lactante, por deficiência dos princípios impostos pela pediatria a essa idade. Na infância, o sarampo, a escarlatina, as parotidites, estados mórbidos que lhe são peculiares prolongam as predisposições do terreno à cárie dentária porque no decorrer dessas moléstias baixam-se as resistências individuais com as alterações do metabolismo e perturbações das funções endócrinas. A cárie ainda impera tendo a seu favor a predisposição do terreno quando no decorrer do tempo o metabolismo cálcico se desequilibra por falta de vitaminas ou por disfunção endócrina.

Seria sumamente vantajoso se se pudesse levar a efeito um estudo estomatológico em doente de lepra acompanhando desde a mais tenra idade a evolução dos respectivos dentes até a juventude, sabendo-se algo sôbre os progenitores de cada paciente e se êste paciente foi ou não alimentado ao seio, se adquiriu hábitos prejudiciais e se sofreu moléstias agudas etc. A falta absoluta desses conhecimentos bem poderá ter alterado em alguma coisa certos dados estatísticos deste nosso trabalho, sem prejudicar todavia nossas conclusões.

Eis o que nos foi dado observar na bôca de 12 menores de 0 a 5 anos, idade essa em que o paciente tem normalmente os seus vinte dentes caducos.

QUADRO N.º 2

CONSERVAÇÃO DOS DENTES DE LEITE DE 0 A 5 ANOS

Quadro por idade, sexo, n.º de dentes e respectivas percentagens

N.º de dentes	3 Anos		4 Anos		5 Anos		Observ.	Totais	
	m.	/.	m.	f.	m.	f.		m.	f.
20	1			1	2		Boca ótima	3	1
19				1	1				
18							boca boa	1	3
17									
16						1	boca regular	1	2
15				1					
14						1	boca ma	1	
13			1	1					
12									
11									
10									
9									
8					1				
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	1	0	1	4	4	2	TOTAIS		
	20	0	13		67		N.º de dentes perfeitos encontrados : m, 100 -- f. 97		
	100	0	65		75		% para os do sexo m. = 83,33%.		
				67		30			
	0	0	0	83,	0	75 0/0	Idem sexo f. 80,83% 76,		
				75 0/0		76,			

Ao primeiro exame, o quadro supra nos diz que o estado sanitário da bôca dos doze menores de 0 a 5 anos é relativamente bom, considerando-se que em média global os seis meninos examinados possuem 83,33% de dentes perfeitos e as seis meninas 80,83%. Ou-

trossim, tendo-se em conta o número de dentes perfeitos de que são portadores nas respectivas idades êsses doze menores, é satisfatório notar as percentagens isoladas com que concorrem respectivamente:

Meninos de 3 anos — 100%; 4 anos, 65%; 5 anos — 83,75%
Meninas de 3 anos — ——— ; 4 anos, 83,75%; 5 anos, 75%

Somos de parecer que as percentagens resultantes são ótimas, levando-se em conta o fato de aquí no sul do país a cárie dentária ser muito frequente desde os 2 anos, e terem passado por essa idade, livres de cárie, mais de 33% dos menores em apreço. Os meninos tiveram 16,67 de seus dentes perdidos e as meninas 19,17%. Hereditariedade, idade e constituição contirbuíram certamente para essas perdas a que nos referimos. A alimentação, rubrica sob a qual se encontra uma das mais impotrantes causas predisponentes à cárie dentária, se contribuiu nesse caso, só o fez antes de os menores se internarem no S. P. B., visto que da data de sua internação em diante tiveram êles uma alimentação apropriada, de alto valor nutritivo, capaz certamente de contribuir como fator preservador da cárie dentária ao em vez de constituir causa predisponente como sóe acontecer com a alimentação deficiente como a que recebe um grande número de crianças nossas. Além de receberem uma alimentação adequada como a que todos os demais internados recebem nos hospitais do S. P. L., são os menores do S. P. B. mantidos em dia com seus esportes e divertimentos, cuidados higienicos, bons costumes e mais disciplinas de efeitos físicos inestimáveis como se vê pelo bom estado geral de cada um e dos dentes daqueles que óra são objeto de nossa atenção. Entre clientes de saúde não se encontra com grande facilidade igual número de crianças cujas bôcas se classifiquem com vantagem entre estas dôze. Encontramos, sim, e não poucas vêzes, bôcas mal cuidadas, ou em completo abandono e ainda, aliás muito infelizmente, outras, portadoras de fôcos de infecção que põem em perigo permanente a saúde e a vida de seus portadores, com o ajutório da ignorância ou da indiferença dos respectivos pais.

Examinemos a seguir o estado dos dentes caducos de 81 meninos e 73 meninas de 6 a 12 anos.

QUADRO N.º 3
**CONSERVAÇÃO DOS DENTES DE LEITE APÓS OS
 6 ANOS DE IDADE**

N. de dentes	6 anos		7 anos		8 anos		9 anos		10 anos		11 anos		12 anos	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	2	2	1	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0
11	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0
10	2	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
9	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
8	0	1	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	1	2	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0
6	0	1	0	0	0	1	1	1	2	0	1	0	1	0
5	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	0	1	0	0
4	0	0	0	1	1	1	2	3	1	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	0
2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	1	1	2	7	6	3	7	10	17	12
—	6	11	9	7	9	11	8	17	19	4	9	11	21	12

As perdas precoces dos dentes de leite se dão quasi sempre por motivo de cárie e outras vèzes pela expulsão natural exercida pelo dente permanente que neste caso surge antecipadamente; em caso contrário, o dente de leite permanece no alvéolo retardando a erupção do permanente que há de substituir. Os casos de erupção muito tardia quasi sempre traduzem uma tara hereditária de sífilis ou idiotismo. As moléstias agudas ou infecciosas influem poderosamente na formação e evolução dos dentes, assim como o aleitamento artificial.

Pela leitura do nosso quadro n.º 3 verificamos que dos 17 menores de 6 anos, idade em que a criança começa a perder os incisivos, podendo ficar somente com 16 ou 12 dos seus dentes de leite, os primeiros dez menores, portanto a maior parte dèles, conservam perfeitos nessa idade 12-13-15 e ate 18 dentes de leite. Êsses 10 meninos estão perdendo seus dentinhos na ocasião própria, sem antecipação. Dos 7 últimos pacientes, 3 possuem 10 dentes cada um; 2 com 9, 1 com 8 e 1 com 6 dentes apenas. Com 7 anos, idade em que a criança

raramente possui mais de 12 dentes de leite, encontramos 2 meninos e 1 menina com 16 dentes caducos. Com idade de 8 anos encontramos 5 meninas com 14, 13, 12 e 11 dentes respectivamente e do lado dos meninos, 1 deles com 11 dentes apenas. Com 9 anos, as meninas conservaram a dianteira com 12, 11 e 9 dentes; a melhor boca de menino contava somente 7 dentes de leite. Nos grupos de 10, 11 e 12 anos que examinámos, o número de bôca sem dentes temporários aumenta progressivamente, como é natural, de 9 para 17 e para 29.

Estabelecendo-se paralelo entre as quantidades máximas de dentes de leite sem cárie, perfeitos, com que se classificaram ambos os sexos nas diversas idades, verificamos que a melhor contribuição feminina foi de duas bôcas com 18 dentes, aos 6 anos, ao lado de igual apresentação por parte dos concorrentes masculinos ; que os 81 clientes do sexo masculino apresentaram-se possuindo, em estado perfeito, 23,39% dos seus dentes, isto e, computando 20 dentes para cada bôca, tendo os 73 do sexo feminino concorrido com 22,32%, ou seja, com 1.07% a menos. Esta diferença é realmente pequena, mas serviu para confirmar de algum modo a proclamada superioridade dos dentes do homem em relação aos da mulher, superioridade essa que mais se faz sentir A. medida que a mulher vai passando pelos períodos próprios de seu sexo, durante os quais são inevitáveis as perdas fisiológicas, notadamente as que dizem respeito aos sais minerais tão estreitamente relacionados com o esqueleto e os dentes.

Finalizando os nossos comentários sôbre o quadro acima, repetimos que na clínica de pessoas de saúde difficilmente se poderia reunir um grupo de 154 crianças de 6 a 12 anos que apresentassem um índice favorável de conservação dos dentes caducos como este grupo que aqui apresentamos; isto porque no S. P. B. e como se dá nos demais hospitais do S. P. L., as crianças vivem sob cuidados médicos e obedecem a uma série de disciplinas inteligentemente estabelecidas em favor do seu melhoramento fisico, moral intelectual.

QUADRO N.º 4

PRIMEIROS MOLARES PERMANENTES. SUA ERUPÇÃO E CONSERVAÇÃO

	6 anos		7 anos		8 anos		Totais		Percentagens	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
4 Mol. Perfeitos	3	6	6	1	7	3	16	10	66,66	34,48
2 Mol. Perf. e 2 obturados . .	1	3	0	2	2	4	3	9	12,50	31,03
4 Mol. obtur. . .	1	0	0	1	0	0	1	1	4,16	3,44
2 Mol. perfeitos 2 não irromp. . .	1	0	0	0	0	0	1	0	4,16	—
1 Mol. perf. e 3 não irromp. . .	0	1	0	0	0	0	0	1	—	3,44
4 Mol. não ir- rompidos . . .	0	1	0	0	0	0	0	1	—	3,44
3 Mol. perfeitos 1 obturado	0	0	2	1	0	1	2	2	8,33	6,89
2 Mol. obtur. 2 extraídos . . .	0	0	0	1	0	1	0	2	—	6,89
1 Mol. perf. e 3 obturados . . .	0	0	1	1	0	1	1	2	4,16	6,89
2 Mol. perf. e 2 extraídos . .	0	0	0	0	0	1	0	1	—	3,44
N.º de exami- nados	6	11	9	7	9	11	24	29	—	—

São componentes do quadro precedente 24 meninos e 29 meninas. Encontrámos entre êles, com os 4 molares absolutamente perfeitos 16 meninos e 10 meninas, ou sejam 49,05% da totalidade dos examinados. Os 16 menores do sexo masculino perfazem 66,66% do total dos seus congêneres; e as 10 meninas representam 43,48% do seu total. Como se vê, a superioridade está do lado masculino e vai a 32,18%, confirmando-se mais uma vez que o sexo masculino é portador de uma dentição mais forte e mais completa.

Na parte referente a não erupção dos molares no correr dos 6 anos, vimos que a um menino faltam 2 molares não irrompidos ; que a uma menina não irromperam 3 dos molares e que a uma outra estão faltando os 4 molares. Essas 3 bôcas têm seus maxilares normais ; o estado de conservação de seus dentes é ótimo; não havendo

nelas nenhum índice de heredo-sítilis e, ainda, não tendo seus portadores passado dos 6 anos de idade, não podemos de modo algum positivar essas ausências de molares como casos de erupção tardia. Quer parecer-nos que êsses dentes irromperão em breve sem passar a época em que deve dar-se o seu aparecimento. Consignamos apenas que essas faltas de erupção foram verificadas na bôca de 1 menino e de 2 meninas.

* * *

Examinando 6 menores de 5 anos (4 meninos e 2 meninas) observamos que dos meninos, um possuía dois primeiros molares irrompidos antecipadamente, e um outro já possuía os quatro ; uma das meninas também já se apresentava com os primeiros molares, todos êles bem irrompidos.

Seguindo o mesmo critério adotado em relação às erupções tardias dos primeiros molares permanentes, não reputamos de nenhuma importância as erupções dos mesmos dentes aos 5 anos ; isto é, não achamos que elas constituam casos de erupções precoces verdadeiramente. Os fatores que são muitos a influir sôbre as erupções, podem bem modificar para mais ou para menos alguns meses o aparecimento de um dente, sem que entretanto êsse fato mereça ser incluído no estudo das anomalias de erupções dentárias.

Nossas observações acima foram feitas, como dissemos, em 6 menores, número reduzidíssimo de pacientes; isto muito naturalmente impede que o seu resultado possa ser tomado ao pé da letra como testemunho demolidor de qualquer opinião já formada sôbre erupção tardia ou precoce dos dentes permanentes. Seria possível que com um número maior de clientes de 5 anos obtivêssemos um resultado diferente.

Como, porém, o nosso objetivo é verificar se há ou não alguma circunstância que diferencie ou caracterize a bôca do pequeno doente de lepra, contentamo-nos com o que nos foi dado verificar.

QUADRO N.º 5

ERUPÇÃO TARDIA DOS SEGUNDOS MOLARES PERMANENTES.

N.º de molares não irrompidos	sexo masculino		sexo feminino		Total
	13 anos	14-15 anos	13 anos	14-15 anos	
1	4	0	4	0	8
2	1	0	0	2	3
3	2	0	0	0	2
4	1	0	0	0	1
T O T A I S	8	0	4	2	14

Estudando as fichas médicas iniciais do menino de 13 anos que ainda não tem nenhum dos segundos molares, e das duas meninas de 14-15 anos que entraram para o quadro com falta de 2 molares cada uma, não encontramos nenhum informe que se relacione de algum modo com a erupção desses dentes.

Sendo as erupções tardias menos frequentes na mulher, concordamos que os 48 componentes masculinos do quadro acima tivessem figurado com maior número de casos que os seus 39 concorrentes femininos. Como se vê, porém, a diferença foi tão pequena que qualquer circunstância de pequeno vulto poderia modificá-la ou eliminá-la de vez.

QUADRO N. 6

**ERUPÇÃO PRECÓCE DOS SEGUNDOS MOLARES
PERMANENTES**

N.o de molares irrompidos	Sexo masculino				Sexo feminino			
	8.a	9.a	10.a	Total	8.a	9.a	10.a	Total
1	2	0	0	2	0	0	0	0
2	0	0	2	2	1	0	0	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	1	1	0	1	0	1
TOTAIS	2	0	3	5	1	1	0	2

Relacionando as percentagens de erupção precoce dos segundos molares permanentes com as dos primeiros, vemos que em ambos os grupos de dentes ha a mesma superioridade de 100% a favor dos menores do sexo masculino. Esta vantagem pode, em parte, ser atribuída ao grau de calcificação dos dentes, geralmente maior nos homens, e ao bom estado de saúde destes concorrentes. Repetimos, porém: Os fatores que são muitos a influir na erupção dos dentes podem bem retardar ou antecipar o aparecimento de um dente sem que, como no caso presente, esse fato mereça ser estudado no capítulo das anomalias de erupções.

Foram examinados para confecção do quadro acima 36 meninos e 32 meninas ; portanto, aqueles contribuíram com 13,88% do seu total, ou sejam, 5 casos de erupção precoce; os 2 casos apresentados pelas meninas representam 6,25% do número das pequenas examinadas.

* * *

Dos 49 clientes de 14 e 15 anos que examinámos, 28 são do sexo masculino e, destes, só 1 apresentou erupção precoce de 1 dente do siso; os demais, 21 do sexo feminino, deram 4 portadores de 1 siso cada um, irrompidos adiantadamente. Portanto, as mulheres contribuíram com 19% do seu total e os homens com 3,57%

Dentre os 5 clientes acima, verificámos que uma menina não tem nenhuma falta dos primeiros nem dos segundos molares. O aparecimento de um siso em sua bôca, aos 15 anos, não pode, portanto, ser atribuído a extrações prematuras. Os demais pacientes já perderam 2 e ate 3 dos seus dentes molares, facilitando, quem sabe, as erupções antecipadas do siso.

* * *

Arrematando êste capítulo em que tratámos das erupções dos dentes permanentes e, tendo presente que os dados estatísticos nele contidos não estão, aparentemente, de inteiro acôrdo com a literatura odontológica, queremos dizer algo sobre essa circunstancia, justificando de antemão as nossas conclusões finais.

Com os quadros 1, 2, 3 e 4 estampados atrás, quizemos aventar a questão das erupções tardias ou precoces e demonstrar o estado da bôca dos 253 menores de nossa clínica.

Em sua Patologia Dentária, capítulo das anomalias, FREY e LEMERLE dizem que "a erupção dentária é geralmente mais precoce nas meninas que nos meninos"; no entretanto, vimos que os meninos concorreram com 50% e as meninas com 50% das erupções antecipadas dos primeiros molares. Essas antecipações, porém, são no máximo de meses porque os clientes seus portadores são todos de 5 anos e o dente de cuja erupção tratamos irrompe normalmente mais ou menos aos 6 anos de idade. Assim, devemos acrescentar, não encontrámos verdadeiramente nenhuma anomalia de erupção dos primeiros molares permanentes ; encontrámos, isso sim, erupções ligeiramente antecipadas.

Em nossa clínica particular deparamos seguidamente com crianças de ambos os sexos que aos 5 anos já, possuem os seus primeiros molares e outras que não os possuem tendo já 6 anos de idade. Em meio destas circunstâncias consideramos sempre que essas antecipações até certo ponto podem correr por conta de uma boa constituição que só os pais mais sadios podem transmitir aos respectivos filhos, e de uma alimentação adequada; o retardamento é uma consequência provável das intercorrências verificadas durante os primeiros anos de vida da criança.

Com referência à erupção dos segundos molares, dentes chamados dos 12 anos, verificou-se para os clientes do sexo masculino a maioria de suas erupções, tanto precoces como tardias. E quanto as erupções antecipadas do siso, achamos que representa relativa ante-

cipação sômente o caso de erupção apresentado pela menina de 15 anos que não perdeu nenhum dos molares ; as demais contribuições, notadamente das meninas, não passam de simples antecipações mais ou menos comuns no sexo frágil como nos ensinam os autores franceses que citámos.

As divergências de resultados que ora são favoráveis aos meninos e ora às meninas, em desacôrdo, algumas vêzes, com os ensinamentos de velhos mestres, também podem ser atribuídos ao aleitamento da criança: A que foi alimentada ao seio possui bons dentes que se irrompem a seu tempo, livres de anomalias; tem seus maxilares desenvolvidos regularmente, possui boa articulação e consequentemente boa superfície de mastigação ; dá-se o contrário com a criança que teve alimentação artificial. Consideremos em seguida, coadjuvando a má dentição, a falta de cuidados higiênicos, as moléstias agudas e infecciosas que contribuem poderosamente para que se processe em más condições a calcificação dos dentes em desenvolvimento, para que estes se cariem e por sua vez prejudiquem outros dentes, arruinando a saúde dos seus portadores. São muitas, como se vê, as razões pelas quais um grupo de dentes não irrompe na época que lhe é própria. Ademais, essa época não é rigorosamente marcada á folhinha e, sendo assim, só está fóra da época a erupção que se processa muito antes ou muito depois do tempo que se pode chamar de regular para essa erupção.

* * *

Quanto às anomalias, muitas e muitas são as suas causas determinantes. Desde o período pré-eruptivo como durante a erupção, o folículo dentário pode ser atingido por um acidente teratológico que afaste o órgão do seu tipo normal. Mais tarde, quando a erupção do dente já se processou completamente, apresentam-se os casos patológicos de anomalias, afastando a bôca e os dentes do seu tipo padrão. A sífilis e o alcoolismo como taras hereditárias são poderosos transmissores de anomalias dos dentes. Fazem o mesmo as moléstias adquiridas durante a infância, deficiência das arcadas, falta de higiene, falta de calcificação consequente de aleitamento artificial, perturbações nervosas ou infecciosas, moléstias agudas etc. Um estudo das anomalias e suas causas numa coletividade composta de elementos ainda em desenvolvimento e conhecidos em várias idades, dentre os quais há os que nos foram trazidos de um ambiente onde talvez fôssem desconhecidos os princípios de higiene e faltassem os recursos de uma alimentação adequada e ainda vivessem livres na aquisição de hábitos extravagantes e prejudiciais aos dentes e aos maxilares por falta de uma boa orientação é tarefa que difficilmente nos leva a resultados positivos e seguros. Assim sendo, limitar-nos-emos

a relacionar por número e natureza as várias anomalias encontradas, dando especial atenção às que possivelmente se enquadrem no rôldos estigmas de heredo-sífilis.

COELHO e SOUZA, estomatologista brasileiro dos mais ilustres, escreve que "o dente de Hutchinson é considerado o tipo genuíno da hipoplasia sífilítica". Referindo-se aos que fazem da hipoplasia um sinal patognomônico da sífilis hereditária, cita FOURNIER, PARROT e HUTCHISON, para os quais há duas formas especiais que constituem o indício da sífilis hereditária : Dente de Hutchinson e Dente em forma de favo de mel. Depois, o professor patricio adverte que Fournier não é precisamente um sistemático quanto à hipoplasia estigma da sífilis por dizer que uma influência mórbida qualquer perturba a evolução dentária dando lugar a estas lesões. Diz também que MAGITOT as atribue à eclâmpsia, e que GALIPPE diz que elas são antes estigmas da degeneração, e pergunta : "Onde está a razão?" "A hipoplasia será ou não unicamente o estigma da sífilis?"

Os 253 menores de nossa clínica, 135 meninos e 118 meninas, apresentaram anomalias dentárias seguintes:

Anom. de Posição

Afastamento II CC. SS	12 casos
Antero, látero e retroversão	28 "
Torção	19 "

Anom. de Séde.

Caso de canino sup. direito. Erupção palatina : (E. D., sexo femin. 14 anos)	1 caso
---	--------

Anom. de Fôrma.

Gigantismo	1 "
Tub. Carabelli	7 "
Amorfo	1 "
Unciforme	1 "

Anom. de Evolução.

Permanência prolongada de dentes de leite	6 "
---	-----

Anom. de Número.

Dente extranumerário : F. M. sexo femin.) Dente existente entre os incisivos centrais superiores.....	1 "
--	-----

Anom. dos Maxilares.

Abóbada em ogival	4 "
-------------------------	-----

Anom. de Estrutura.

Dentes de Hutchinson	3 "
Depressão de esmalte	5 "

Bem complexos são os fatores que influem sobre a evolução dos dentes e respectivas anomalias. Já no primeiro ano de vida vemos, por exemplo, que se retarda a erupção dos dentinhos de leite em consequência do raquitismo, que vem agindo precocemente desde a vida embrionária. Os distúrbios nutritivos produzindo repercussões intestinais, tão frequentes na criança de colo, deixam vestígios nos dentes, esses órgãos que se desenvolvem de forma tão característica. Acredita-se que a calcificação dos dentes representa uma causa essencial para o seu crescimento e que precisamente no raquitismo a calcificação defeituosa constitui a razão fundamental da erupção retardada, enquanto a simples perda de um dente de leite acelera o aparecimento de um dente permanente. Os primeiros molares, chamados dentes dos 6 anos, são de extraordinária importância fisiológica; sua estrutura, sua forma e erupção dependem muito dos elementos componentes da primeira dentição. Evoluído, vai o primeiro molar permanente influir por sua vez na erupção dos demais dentes, do mesmo modo que do desenvolvimento ósseo dos maxilares muito depende a sua própria conformação, como as erupções dentárias fáceis ou difíceis, antecipadas ou retardadas, articulações viciosas etc..

Das anomalias dentárias por nós observadas na clínica infantil do S. P. B. destacam-se as de posição com 59 casos em 253 clientes, ou sejam 23,32% dos examinados. Acreditamos que entre nós a principal causa das anomalias de posição ou direção diz respeito aos dentes de leite que ora são extraídos precocemente, ora muito depois da época aprazada. No primeiro caso o dente permanece em um campo mais vasto menos dificuldades a vencer durante o trabalho de sua erupção, que assim pode antecipar-se; irrompido, e sem ter ao seu lado os seus imediatos ou sem os seus antagonistas com os quais deveria conjugar-se, vai o dente crescendo livremente, desviando-se do alinhamento normal dos demais, desorganizando em fim a arcada dentária; quando o dente de leite é conservado no alvéolo, faz frente à evolução do permanente que, estando apto para vencer tal dificuldade, irrompe para fora do seu próprio eixo como no caso anterior. Os dentes que mais apresentaram tais anomalias foram os premolares inferiores, seguindo-se-lhes os premolares superiores e finalmente os incisivos. Nesta mesma ordem de frequência se cariavam os dentes de leite; e isso nos leva a crer que essas anomalias podem ser atribuídas em grande número de vezes às perdas, precoces ou tardias, dos dentes de leite correspondentes.

Com referência às hipoplasias, que para uns autores constituem característica de lues e que para outros não representam sinão transtornos do metabolismo cálcico que impedem a calcificação uniforme armação orgânica do esmalte, observamos apenas 3 casos de dentes de Hutchinson e 5 outros de depressões de esmalte; o estudo das fichas médicas iniciais dos respectivos portadores não nos levaram a

crer um pouco mais na teoria de HUTCHINSON, também defendida por FOURNIER, PARROT etc. etc..

Finalizando, cumpre-nos informar que não encontrámos clinicamente na bôca dos pequeos doentes de lepra nenhuma particularidade digna de menção que sob qualquer ponto de vista a diferencie da bôca de pessoas de saúde. Não tivemos ocasião de observar cousa alguma diferente daquilo que comumente se conhece na clínica odontológica. O mesmo tratamento ; os mesmos cuidados; as mesmas técnicas. Topámos com as mesmas dificuldades, removendo-as com os mesmos recursos como em nosa clínica particular. Lembramos entretanto que, como dissemos, a clínica odontológica infantil do Sanatório Padre Bento se caracteriza pelo número reduzido de seus componentes e pelo bom estado sanitário de cada um deles; não podemos afirmar, portanto, que em condições diversas não se possa ter ensejo de consignar na clínica odontológica alguma particularidade que se relacione com o mal de Hansen.

Desejaríamos fazer um estudo comparativo dos resultados numéricos apresentados neste nosso trabalho; isto porém não nos foi possível porque, segundo fomos informados, além de relatórios de serviços, não há trabalho algum de observações ou pesquisas feito com os nossos menores escolares matriculados nas clínicas odontológicas do Estado.