

BIMESTRAL JUL./AGO. 88

# REVISTA

VOL. XXVI - 4

**portuguesa  
de  
otorrinolaringologia  
e  
cirurgia cervico - facial**



ORL

# Equipe de ORL

**FILIPA 25**



Unidade Compacta com todas as funções para tratamento e diagnóstico em O.R.L.  
Unité Compacte avec toutes les fonctions pour traitement et diagnostique en O.R.L.

Treatment and Diagnostic Unit for E.N.T.

CENTRO TÉCNICO HOSPITALAR

**CTH**

RUA JOSÉ CARLOS DOS SANTOS, 7-A - 1700 LISBOA - TELEFONES 77 81 66/7  
ENDEREÇO TELEG. «HONOR» LISBOA TELEX: 13752 P TELEFAX: 764182

# **X CONGRESSO PORTUGUÊS DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICO-FACIAL**

**LISBOA 30 NOV — 1, 2, 3, 4 — Dezembro 1988**

**LISBOA PENTA HOTEL**

## **PROGRAMA CIENTÍFICO**

- SYMPOSIUM INTERNACIONAL
- CURSOS POST-GRADUADOS
- CURSO DE ACTUALIZAÇÃO PARA CLÍNICOS GERAIS
- CONFERÊNCIAS
- MESAS-REDONDAS
- COMUNICAÇÕES LIVRES
- VÍDEOS E FILMES
- POSTERS
- EXPOSIÇÃO TÉCNICA



# Tissucol

## Two-Component Fibrin Sealant



Representante em Portugal:

**QUILABAN, LDA.**

Sede: Largo da Lota, 7  
2750 Cascais  
Telef. 28 18 51 — Telex 43159 FARCOR P

Filial: R. Mártires da Liberdade, 87  
4000 Porto  
Telef. 31 12 55

# ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E DE CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL

## PRESIDENTE

*Prof. Ruy da Silva Santos Penha*

## VICE PRESIDENTES

*Prof. Manuel António Caldeira Pais Clemente*  
*Dr. Jorge Manuel Carvalho Sofia*

## SECRETÁRIO GERAL

*Dr. Vitor Manuel Gabão Veiga*

## TESOUREIRO

*Dr. José António Silva Costa Quinta*



# broncho-vaxom®

IMUNOBIOTERÁPICO ORAL DE DUPLA UTILIZAÇÃO



## 1 Tratamento curativo dos episódios agudos

1 cápsula por dia (mínimo 10 dias)  
até remissão dos sintomas.

- estimula** a capacidade de defesa do organismo
- reduz** a intensidade e duração da sintomatologia
- restringe** o consumo de antibióticos

## 2 Tratamento preventivo e de consolidação

1 cápsula diária durante 10 dias  
consecutivos por mês durante 3 meses.

**mantém** as defesas naturais num nível  
estável e eficaz

**diminui** a frequência ou a intensidade  
das recidivas

**retarda** a passagem à cronicidade.

Laboratoires OM 1217 Meyrin 2/Genève  
Suisse

Apresentações:  
Adultos emb. 30 cáps. — 2922800  
Infantil emb. 30 cáps. — 1970800



# REVISTA PORTUGUESA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL

## SUMÁRIO

Interesse do Estudo do Sistema HLA na Otosclerose . . . . .	167
Rui Silva Carvalho	
Manuel Garcia Ribeiro	
 Otosclerosis Revision Surgery: Bad Pressure of Labyrinthine Fluids . . . . .	173
J. Bernard Causse	
Jean R. Causse	
R. Wiet	
Ruy Penha	
C. Parahy	
C. Briand	
 Bacteriologia da Orofaringe — Adenoamigdalite de Repetição . . . . .	185
A. Matos	
 Estatutos da Associação Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial . . . . .	197

### DIRECTOR

PROF. RUY PENHA

### DIRECTOR ADJUNTO

DR. V. M. GABÃO VEIGA

### SEDE

ORDEM DOS MÉDICOS  
AV. DA LIBERDADE, 56  
1200 LISBOA-PORTUGAL

### PROPRIETÁRIO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE OTORRINOLARINGOLOGIA  
E CIRURGIA  
CÉRVICO-FACIAL

### EDITOR

### PUBLICIDADE E ASSINATURAS

CARLOS GAMITO DA PONTE  
EDIÇÕES «RECIPE»  
CALÇADA DO MONTE, 23 R/C.  
TEL. 87 48 47  
1100 LISBOA - PORTUGAL

### FOTOCOMPOSIÇÃO

MIRANDELA & C.ª (IRMÃO), LDA.

### FOTOLITOS E MONTAGEM

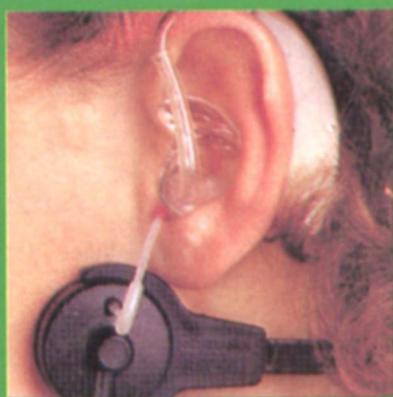
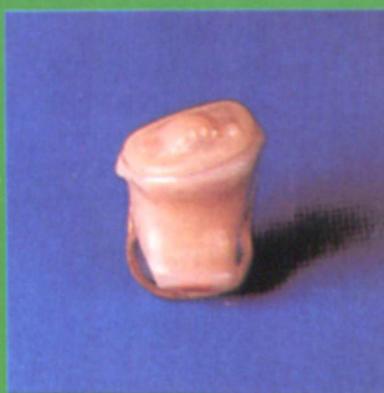
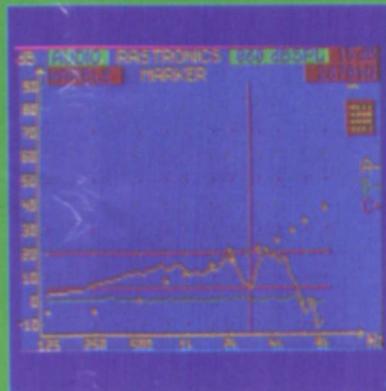
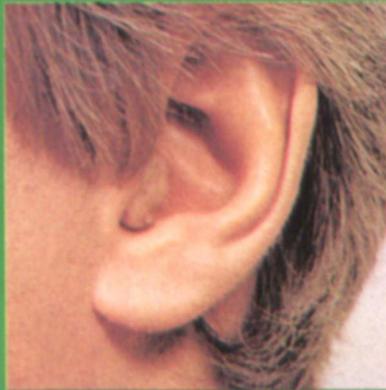
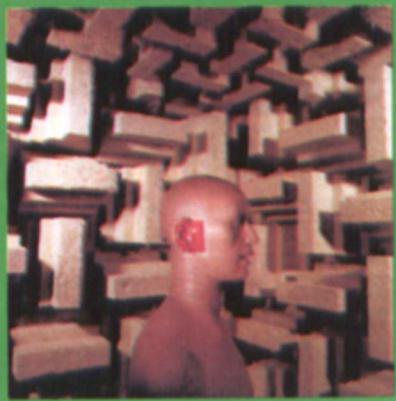
GRMMA 4 artes gráficas lda  
Rua Pessanal de Melo, 134 c/v Dto. 1000 LISBOA

52 34 97

### IMPRESSÃO

ARTES GRÁFICAS SIMÕES, COM. E IND. GRÁFICA, LDA  
Rua da Liberdade, Lote 4 Vale de Figueira 2685 SACAVÉM

OUVIR MELHOR E VIVER MELHOR



**WIDEX**

WIDEX – CENTRO DE REabilitação AUDITIVA, LDA.  
RUA LUCIANO CORDEIRO, 123, r/c, Esq.  
1000 LISBOA  
TEL. 53 82 15

*Informações complementares à disposição*

## INTERESSE DO ESTUDO DO SISTEMA HLA NA OTOSCLEROSE

Rui Silva Carvalho\*, Manuel Garcia Ribeiro\*\*

**RESUMO:** Os autores estudaram o Sistema HLA — Antigénios A, B e C em 28 doentes com o diagnóstico de Otosclerose, confirmado cirurgicamente.

Constataram um aumento da incidência do Antigénio B<sub>51</sub>, estatisticamente significativa.

São tecidas considerações sobre a importância clínica da associação Otosclerose/B<sub>51</sub> na previsão da incidência da doença, particularmente nos familiares de Otoscleróticos que, a serem portadores do B<sub>51</sub>, veriam o seu risco aumentado.

**Palavras chave:** HLA抗原; Otosclerose.

**SUMMARY:** The pattern of HLA antigens was studied in 28 Portuguese patients with the diagnosis of Otosclerosis, verified by operation.

There was a highly significant increase of the antigen HLA-B<sub>51</sub>.

These findings indicate the possible clinical interest in predicting the higher incidence of Otosclerosis on members of the same family considered to be B<sub>51</sub>.

**Key words:** HLA Antigens; Otosclerosis.

### 1. INTRODUÇÃO

O sistema HLA, localizado no braço curto do cromossoma 6, desempenha um papel importante na expressão antigénica dos tecidos, pelo que é fundamentalmente utilizado no estudo e

controle de fenómenos de rejeição em doentes com transplantes. (1, 2).

É constituído por 4 loci (A, B, C, D/Dr) podendo corresponder 2抗原s a cada loci.

O Fenótipo HLA é, portanto, a expressão antigénica

\* Médico do Internato Complementar do Serviço de O.R.L. do Hospital de S. João. Assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do Porto.

\*\* Médico do Internato Complementar do Serviço de O.R.L. do Hospital de S. João.



do conjunto de alelos de que cada indivíduo é portador, podendo ser reconhecidos 8抗原s em cada caso.

São conhecidos 96抗原s diferentes para os 4 loci HLA (1, 2), conforme podemos observar no Quadro I.

QUADRO I

Locus HLA	A	B	C	D/Dr	Total
N.º de Atgs. conhecidos	23	49	8	19	99

Antigénios conhecidos para o sistema HLA

A descoberta das associações HLA/doença, iniciou-se em 1967, com trabalhos de Kourinsky e Amiel e Col., que estudaram respetivamente o sistema HLA na leucemia linfoblástica aguda e na doença de Hodgkin (2).

Já foram efectuados múltiplos ensaios, procurando relacionar a presença de certos抗原s com a incidência de diferentes patologias.

Das associações demonstradas, a de maior interesse, parece ser a da presença do Atg. B<sub>27</sub>, na Pelvispondilite anquilosante, com uma frequência de 90% e um risco relativo para os portadores de 87% (1, 2, 3 e 4).

No entanto, outras associações entraram já na prática clínica como por exemplo:

Hemocromatose-A<sub>3</sub> (1, 2); Deficiência de 21 OH-B<sub>14</sub> (1, 2); e a Diabetes juvenil-D/Dr<sub>3</sub>, e<sub>4</sub> (2).

No âmbito da Otorrinolaringologia, são conhecidos os estudos do sistema HLA em doentes com carcinoma da nasofaringe, como o de Chan e Col. (1982) (2) em que foram estudados 36 doentes, e atribuído um risco relativo de 1,6 aos portadores do抗原 B<sub>46</sub>.

Observamos também um estudo de Wayoff e Col. 1979 (5) sobre HLA e Otosclerose, no entanto, neste estudo, foram apenas avaliados os loci A e B, e determinados 8抗原s para o loci A e 12 para o loci B. Neste trabalho, sugere-se um aumento da incidência do抗原 B<sub>8</sub>, mas sem significado estatístico.

Sendo a Otosclerose uma doença de componente hereditária não completamente esclarecido (5, 6, 7, 8, 9), o estudo do sistema HLA nestes doentes, pareceu-nos de provável utilidade clínica. Os resultados obtidos são estimulantes e entusiasmam-nos a prosseguir os estudos, até um completo esclarecimento deste problema.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1 CASOS ESTUDADOS

Foram seleccionados 28 doentes com o diagnóstico clínico de Otosclerose, comprovado cirurgicamente durante Estapedectomy.

A sua distribuição etária e do sexo, pode ser observada nos Quadros II e III

QUADRO II

IDADE	N.º CASOS	%
20-30	4	14
30-40	11	39
40-50	10	36
50-60	3	11
TOTAL	28	100

Distribuição etária

QUADRO III

SEXO	N.º CASOS	%
0	9	32
0	19	68
TOTAL	28	100

Incidência do sexo

## 2.2 DETERMINAÇÃO DO SISTEMA HLA

O material utilizado foi o seguinte:

— Linfócitos frescos obtidos a partir do sangue periférico.

— Antisoros HLA utilizados:

- 15 anti-soros específicos do loci A

- 23 anti-soros específicos do loci B

- 4 anti-soros específicos do loci C

Estes anti-soros são de origem comercial e fruto de uma pesquisa de anti-corpos citotóxicos efectuada em multiparas e politransfundidos pelo Centro de Histo-compatibilidade do Norte.

— Complemento do coelho preparado por sangria de uma amostragem superior a 300 coelhos.

O método utilizado neste estudo foi um teste de linfo-citotoxicidade, em que os lin-



fócitos foram isolados a partir do sangue periférico. Estes, se portadores do determinante antigénico contra o qual o anti-soro HLA é dirigido, formam um complexo antigénio-anticorpo que é capaz de activar o complemento de coelho, adicionado em excesso, e levar à destruição da membrana celular do linfócito.

A visualização da morte da célula éposta em evidência pela eosina que penetra na célula e avaliada por observação num microscópio invertido em contraste de fase.

### 2.3 ANÁLISE MATEMÁTICA

Para avaliação dos resultados, foi comparada a frequência dos diversos antigénios na população doente, com uma população controle de indivíduos saudáveis, da mesma etnia e região geográfica, utilizando o método do  $\chi^2$ , de acordo com a maioria dos estudos HLA/Doença já realizados, e seguindo as recomendações do I Simpósium Internacional HLA/Doença, Paris 1976 (2).

## 3. RESULTADOS

### 3.1 ANTIGÉNIO $B_{51}$

O antigénio  $B_{51}$  esteve presente em 8 dos 28 doentes estudados, numa frequência de 29%. Na população controle, de 180 casos, o antigénio esteve presente em apenas 19, numa frequência de

11% (Quadro IV).

Aplicando o método de  $\chi^2$ , obtemos uma relação estatisticamente significativa, com um risco relativo de 3,380 para:

$$\chi^2 = 6,962 \\ g.l. = 1 \quad P = 0,0083$$

### QUADRO IV

	DOENTES		POP.CONTR.	
	N.º Casos	%	N.º Casos	%
C/ ANTIGÉNIO	8	29	19	11
S/ ANTIGÉNIO	20	71	161	89
TOTAL	28	100	180	100

Antigénio  $B_{51}$

### 3.2 ANTIGÉNIO $B_{27}$

O antigénio  $B_{27}$  esteve presente em 4 dos 28 casos estudados, numa frequência de 14% enquanto na população controle, de 248 casos, esteve presente em apenas 12, numa frequência de 5% (Quadro V). Aplicando o método de  $\chi^2$ , obtém-se um risco relativo de 3,13 para:

$$\chi^2 = 2,327$$

Este resultado não tem, no entanto, significado estatístico, por a população estudada ser insuficiente.

### QUADRO V

	DOENTES		POP.CONTR.	
	N.º Casos	%	N.º Casos	%
C/ ANTIGÉNIO	4	14	12	5
S/ ANTIGÉNIO	24	86	226	95
TOTAL	28	100	248	100

Antigénio  $B_{27}$

### 3.3 ANTIGÉNIO $B_8$

O antigénio  $B_8$  esteve presente em 2 casos dos 28 doentes estudados (7%), e em 37 dos 238 casos da população controle (15%).

Aplicando o método do  $\chi^2$ , para  $\chi^2 = 6,103$ , obtemos um risco relativo de 0,417, sem significado estatístico.

### QUADRO VI

	DOENTES		POP.CONTR.	
	N.º Casos	%	N.º Casos	%
C/ ANTIGÉNIO	2	7	37	15
S/ ANTIGÉNIO	26	93	201	85
TOTAL	28	100	238	100

Antigénio  $B_8$

### 3.4 ANTIGÉNIOS PROTECTORES

Na análise dos resultados verificamos que alguns antigénios apresentam um risco relativo inferior a 1 ( $A_1$ ,  $A_3$ ), no entanto, sem significado estatístico, não sendo, por isso, possível demonstrar a existência de antigénios protectores.

Esta hipótese, não pode, no entanto, ser excluída, podendo ser pesquisada em estudos posteriores, com maior número de casos.

## 4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos, levam-nos a concluir a existência de uma associação HLA/Otosclerose, para o antigénio  $B_{51}$ , com um risco relativo, para os portadores,

cerca de 3,4 vezes superior à população em geral.

Este conhecimento, que deve ser confirmado em estudos mais amplos, parecem-nos suficientemente seguro, porque o número de casos estudados, a população controle e a avaliação estatística, respeitam as normas utilizadas em muitos estudos internacionais, que vieram posteriormente a projectar-se com fidelidade em populações mais amplas. O抗énio  $B_{51}$ , não foi estudado no ensaio de Wayoff.

O抗énio  $B_{27}$ , mereceu a nossa atenção por ser raro na população controle (5%) e aparecer na série doente com uma frequência muito maior (14%).

Estes resultados não têm significado estatístico, e visam apenas chamar a especial atenção para este抗énio em futuros ensaios a efectuar.

Os resultados do抗énio  $B_8$  não confirmaram a hipótese de Wayoff, embora sem significado estatístico.

Não foi possível demonstrar a existência de «Antígenos Protectores», que confirmam ao portador um risco menor que a população em geral. Esta hipótese não pode no entanto ser excluída e deve estar presente em futuras avaliações.

## 5. CONCLUSÕES

1. Os resultados que obtivemos parecem-nos de utilidade clínica, porque a associação Otosclerose/ $B_{51}$  po-

derá de futuro ser utilizada na previsão da incidência da doença, sobretudo, nos familiares de otoscleróticos, que a serem portadores do  $B_{51}$ , verão assim o seu risco aumentado.

2. Também nos casos de diagnóstico de Otosclerose, a presença do  $B_{51}$  poderá ser um auxiliar adicional.

3. Finalmente, diremos que falta ainda um longo caminho a percorrer para a interpretação de todas as potencialidades da associação HLA/Otosclerose, e que esperamos que futuros ensaios venham não só a confirmar os nossos resultados, como também a descobrir novas pistas, como as que parecem desenhar-se neste estudo, nomeadamente em relação à possível existência de «Antígenos Protectores».

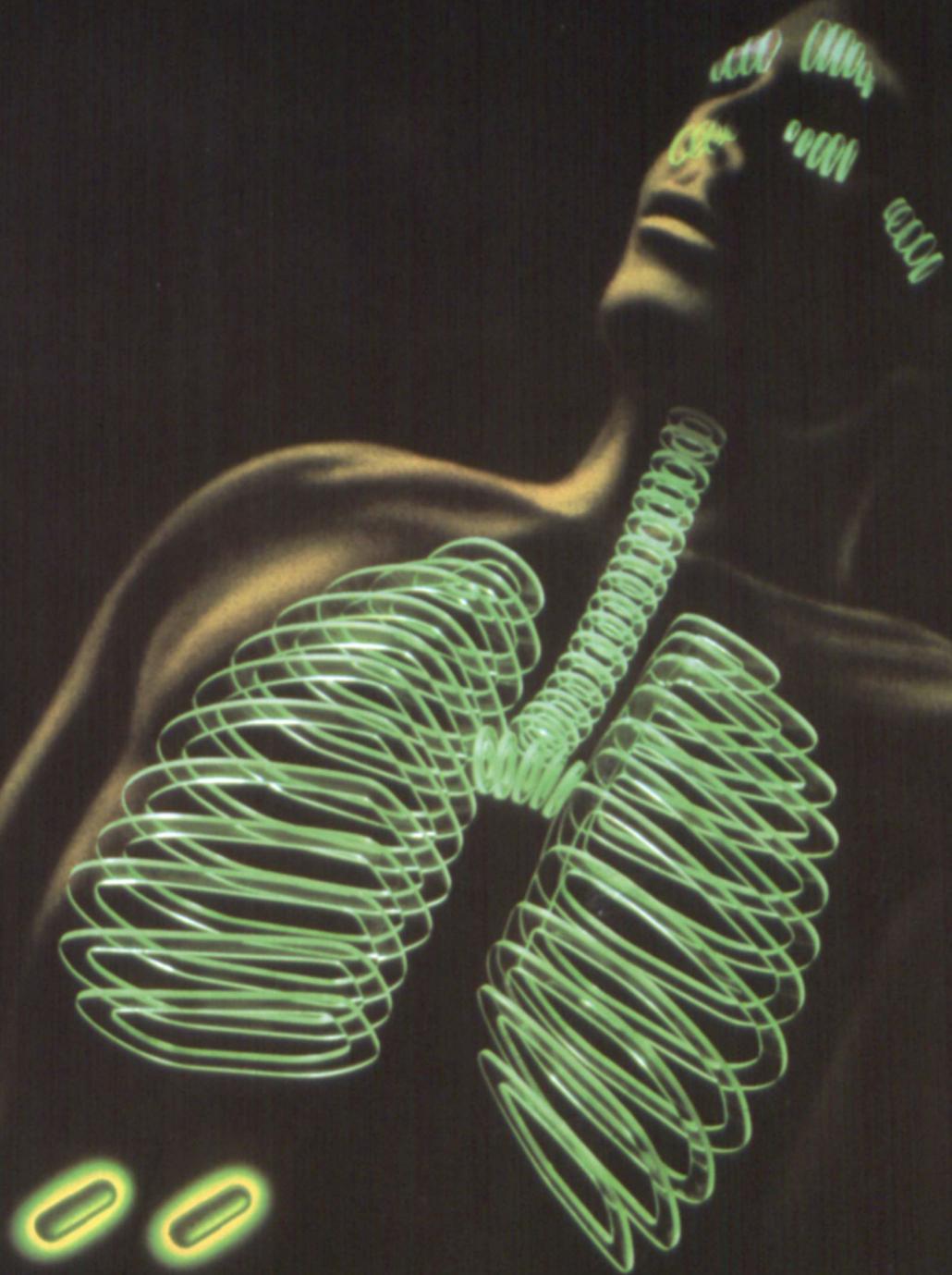
## AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Armando Mendes e Dra. Paula Xavier, do Centro de Histocompatibilidade do Norte, agradecemos a disponibilidade e entusiasmo com que acolheram este trabalho.

Ao Dr. Fernando Póvoas, por toda a colaboração e amizade.

## BIBLIOGRAFIA

1. Dausset J., Svegaard A.: HLA and Disease 1977 pp. 20-29, 46-53, 94-95.
2. Dausset J.: Complex Majeur D'histocompatibilidade de L'homme, 1985 Chap. 14-HLA et Maladie pp. 227-256.
3. Dick M. H.: HLA and Disease. British Med. Bulletin, 1978, Vol. 34 n.º 3 pp. 271-274.
4. Ritzman S.: HLA Patterns and Disease Association. JHAMA 1976, Vol. 28 n.º 5, pp. 299-301.
5. Wayoff M. e Col.: Journal Français d'Oto-Rhino-Laryngologie 1979, Vol. 28 n.º 5 pp. 299-301.
6. Causse J. B. e Col.: L'otospongiosis, maladie familiale. Sa détection précoce. Son traitement médical. Ann. Oto-Laryng. 1980, 97, n.º 4-5, pp 325-351.
7. Paparella, M. M. Shumrick D. A.: Otolaryngology 1980 Vol. II — The Ear Chap. 25 — Otosclerosis.
8. Scott-Brown, W. G.: Diseases of the Ear, Nose and Throat 1979, Vol. II — The Ear Chap. 14 Diseases of Otic Capsule.
9. Deweese D., Sanders M.: Otolaryngology, 1982, Chap. 25 Hearing Losses pp 358-359.



Quanta actividade com tão pouco antibiótico!

**ABSORÇÃO → PENETRAÇÃO → EFICÁCIA (ESPECTRO)**

# Vibramicina<sup>®</sup>

## Propriedades farmacocinéticas determinantes para o tratamento das infecções das vias respiratórias

**Preços de venda ao público:** 16 caps. x 100 mg - 1.249\$00 (SNS 250\$00), xarope fr. 60 cc. - 515\$00 (SNS 103\$00)

**Nota:** Para mais informações sobre o produto solicitar a Lab Pfizer SARL, Apartado 1402, 1012 Lisboa Codex.



# betaserc®

O TRATAMENTO  
SINTOMÁTICO E CAUSAL  
DA VERTIGEM.

PÓS-LOGIA:



Apresentação:

10 comp. — PVP 200\$00 SNS 50%  
Custo médio de tratamento diário 90\$00

60 comp. — PVP 899\$00 SNS 50%  
Custo médio de tratamento diário 67\$42

FIRMA PROPRIETÁRIA: QUIMIFAR, LDA. (divisão duphar)  
Contribuinte nº 500225249 Av. Estados Unidos da América, 51-45  
1700 LISBOA. Matriculada na C. R. C. de Lisboa sob o nr. 36803  
Capital Social 100 000 000\$00\*

LICENÇA DE:

**duphar B.V. HOLANDA**

A NOSSA INVESTIGAÇÃO PREPARA A SAÚDE DO AMANHÃ

# OTOSCLEROSIS REVISION SURGERY: BAD PRESSURE OF LABYRINTHINE FLUIDS\*

J. Bernard CAUSSE, Jean R. CAUSSE, R. WIET, Ruy PENHA, C. PARAHY, C. BRIAND

**SUMMARY:** Increased or decreased labyrinthine fluid pressure, caused by tympano-ossicular impedance change, induces poor bone conduction (as well as tinnitus or vertigo). This is voluntarily limited to surgically induced bad labyrinthine fluid pressure: how they occur, how to treat and avoid them and what the results are.

**RESUMO:** O aumento ou a diminuição da pressão dos fluidos labirínticos, por modificações da impedância, causam má condução óssea (assim como zumbidos ou vertigem). Este artigo é propositadamente limitado às alterações da pressão induzidas cirurgicamente: como surgem, como se tratam e evitam e quais os resultados da cirurgia de revisão.

## INTRODUCTION

**A — The hairs of the Corti hair cells by their bending, change the microphonic cochlear potential value.**

The bending of the hairs depend upon the pressure and the mobility of the mobility of the labyrinthine fluids in the cochlear canal.

Whatever the cause may be, this fluid pressure and mobility will change the level of the audiometric bone conduction.

**B — The middle ear bony annulus area is like a drum cylinder, retaining and holding up the tympanic membrane.**

Too large a bony annulus area resection may cause the tympanic membrane to rest on the long process of the incus.<sup>1</sup>

— The incus acts like a record-player arm.

The long process of the incus is like the arm of a

\* Request for reprints: J. Bernard CAUSSE, M.D., Otology Clinic, 2 avenue Alphonse Mas — 34325 Béziers - France  
Apresentação in International Symposium on Otosclerosis, Lisboa 18/20 June, 1986.



record-player vibrating at  $2,5\mu$  on the 250 Hz frequency. The body of the incus is like a weight allowing good equilibration and control of this system. This system is moved and controlled by the tympanic membrane retain-

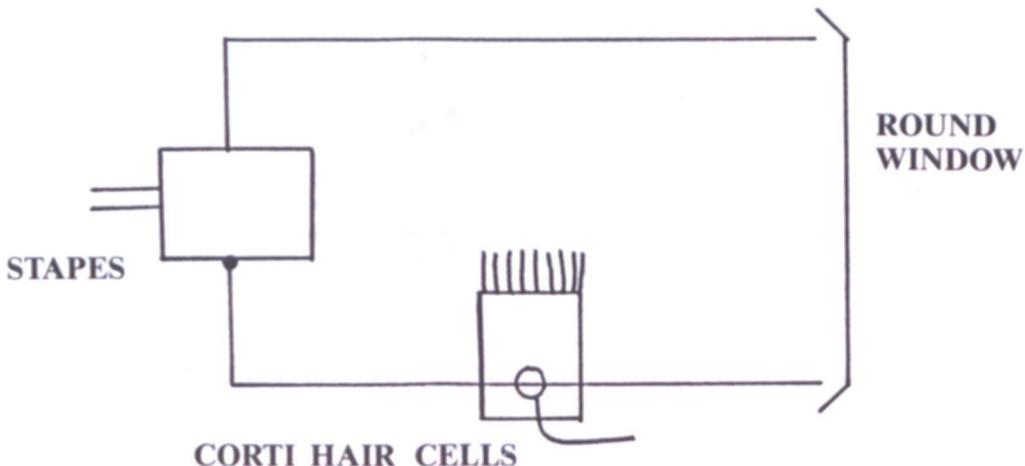
ing the malleus. The suspension by the annular ligaments is located so that it ensures two parts of equal weight, between the body and the long process of the incus.

**C — The stapes acts like a record-player needle.**

The stapes is so light, that the structure is hollowed, to make it even lighter.

## AUDITORY FUNCTION (FLEXION = HEARING)

HAIR OF THE CORTI HAIR CELLS ARE INFLUENCED BY  
INCREASED OR DECREASED FLUID PRESSURE  
IN THE COCHLEAR CANAL



THE BONY ANNULUS AREA IS LIKE A DRUM CYLINDER



THE INCUS ACTS LIKE A RECORD-PLAYER ARM



THE STAPES ACTS LIKE A RECORD-PLAYER NEEDLE





**Clavamox®**  
amoxicilina plus

Infecções ORL

Infecções respiratórias baixas

Infecções urinárias  
da criança



Composição: CLAVAMOX 500 — Cada comprimido contém: Amoxicilina (tridrato) 500 mg. Ac. clavulânico (sai potássico) 125 mg.  
CLAVAMOX 250 — Cada 5 ml contém: Amoxicilina (tridrato) 250 mg. Ac. clavulânico (sai potássico) 62,5 mg.  
CLAVAMOX 125 — Cada 5 ml contém: Amoxicilina (tridrato) 125 mg. Ac. clavulânico (sai potássico) 31,25 mg.

Indicação: CLAVAMOX 500: Infecções de origem bacteriana das vias respiratórias baixas, das vias urinárias e das vias respiratórias superiores. CLAVAMOX 250: Infecções de origem bacteriana das vias urinárias e das vias respiratórias superiores. CLAVAMOX 125: Infecções de origem bacteriana das vias urinárias.

a forma *segura* de prescrever amoxicilina

 BIAL

# ANTIBIOLOGIA

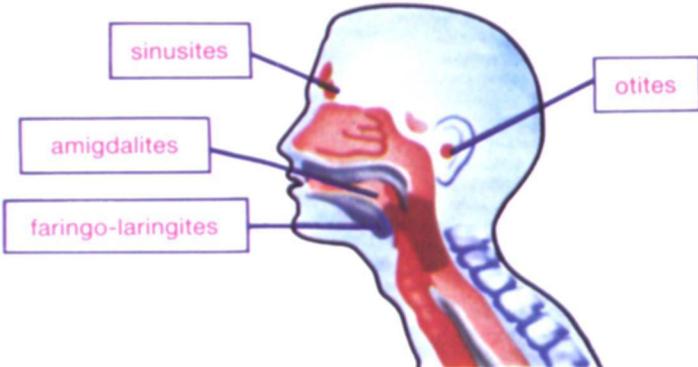


“É o estudo do antibiótico  
no seu quadro global:  
a sua utilização e os efeitos que produz  
num hospedeiro infectado”

Prof. P. Lagrange-Hôpital Hôtel Dieu, Paris

## Cefacile<sup>®</sup>

(Cefadroxil, BRISTOL)



### ANTIBIÓTICO BACTERICIDA com ACÇÃO IMUNO-SELECTIVA

Informações complementares à disposição da classe médica  
Lab. Bristol — Conserv. Reg. Com. Lisboa N.º 36 467 • Capital Social 12 500 000\$00  
P. Colectiva N.º 500 048 193

- Cápsulas 500 mg (Frs. de 16)
- Captabs 1 g (Frs. de 10)
- Captabs 1 g (frs. de 16)
- S.O. 500 mg/5 ml (Frs. pó para 60 ml)

PVP — 1971\$00  
SNS — 394\$00  
PVP — 2 379\$00  
SNS — 476\$00  
PVP — 3829\$00  
SNS — 766\$00  
PVP — 1 423\$50  
SNS — 285\$00



BRISTOL FARMACÉUTICA PORTUGUESA, LDA.  
Av. João Crisóstomo, 49, 3.º - Tel. 53 90 81/2/3 - 1000 LISBOA  
R. Gonçalo Cristóvão, 140, 2.º Dto. - Tel. 2 09 22 - 4000 PORTO



## DIAGNOSIS

Diagnosis of a poor endolabyrinthine fluid pressure can be suspected by the consequences of this abnormal pressure disturbing the anterior and posterior labyrinthine function, that is to say: hypoacusia, tinnitus and vertigo.

### I — HEARING DROP

#### A. AIRBONE GAP OPENING

— Increased labyrinthine fluid pressure opens the gap on low tone frequencies.

— A decrease of the labyrinthine fluid pressure opens the gap on high tone frequencies. Otosclerotic patients with stapes fixation have a wider gap on low tone frequencies. In ossicular chain disruption (for instance osteolysis of the long process of the incus), the gap is wider on high tone frequencies.

#### B. POOR BONE CONDUCTION

Increased pressure of the labyrinthine fluids causes a bone conduction drop on all frequencies. The impairment is predominant on low tone frequencies ranging from 250 Hz to 1000 Hz. The 2000 Hz is usually good. The 4000 Hz is the most impaired frequency. In case of extended increase of the labyrinthine fluid pressure, the low frequencies suffer

the most. In case of sudden increase of the labyrinthine fluid pressure within a short period of time, a notch appears on the 4000 Hz frequency, as in sound traumas.<sup>2</sup>

### II — TINNITI APPEARANCE

When tinnitus are due to a bad labyrinthine fluid pressure, the patient usually compares them with an ocean noise or a gas leak, wherever the labyrinthine fluid pressure is increased or decreased. Sometimes the patient experiences a high tone whistling localized on the 4000 Hz frequency by audiometry testing, like after a sound trauma.

J. Bernard CAUSSE originated a preoperative test to materialize the consequences of any increase or decrease of the labyrinthine fluid pressure. An impedancimetry probe increases or reduces slowly and progressively the air pressure in the external ear canal.

Our clinic being highly specialized in otosclerosis surgery, many French or foreign colleagues kindly send patients to us for revision operations.

A series of 376 French and foreign patients who underwent a revision operation have had a computerized survey over a two year period, for the high tone tinnitus over 2000 Hz, which usually do not stop after the revision surgery.

In 43% of cases, the intensity of the tinnitus can be increased or reduced, after only a few seconds with this fluid pressure tinnitus test. This enables to know if at the time of revision surgery the new transmission will have to be done in order to increase or decrease the labyrinthine fluids pressure.

This preoperative test, has proved in 35.4% of cases, that negative pressure (for inst. -300 mm H<sub>2</sub>O) introduced by the impedancimetry probe in the external ear canal, reduces the tinnitus.

In 7.6% of cases, tinnitus are reduced when the labyrinthine fluids pressure is increased (+300 mm H<sub>2</sub>O).

### III — VERTIGO

Imbalance-type vertigo very often exist, but they are very difficult to characterize.<sup>3, 4</sup> These vertigo nearly always disappear after the revision operation, if the new transmission gives good pressure and mobility to the labyrinthine fluids.

More classical and easier to understand is the fistula sign (occurring when the patient blows his nose). Impedancimetry combined with electronystagmography shows a nystagmus appearing when the air pressure in the external ear canal is increased or decreased.<sup>5</sup>

However, if a nystagmus is recorded only when high positive air pressure is introduced in the external ear canal, it can be induced by an excessive labyrinthine

fluid motion reaching the posterior labyrinth.

N. B. — If tympanometry is normal (that is to say an actual pike centered on the zero level), adhesion tissues may exist in the middle ear creating complete adhesion

between the tympanic membrane, the long process of the incus and the second portion of the facial nerve. These adhesion tissues may force the piston to penetrate excessively into the vestibule. In that case tympanometry is

normal, as the remaining free tympanic membrane acts like being in a smaller cavity, and the process of the incus and the facial nerve are excluded from this new small cavity.

## DIAGNOSIS

## HEARING LEVEL

- **AIRBONE GAP** { OPEN ON LOW TONES = ↗ PRESSURE  
OPEN ON HIGH TONES = ↙ PRESSURE
- **BONE CONDUCTION: ALL FREQUENCIES**
  - MAINLY 250 Hz → 1000 Hz = CAUSE
  - 4000 Hz = CONSEQUENCE

**TINNITUS** { **LOW TONES: GAS LEAK** = ↘ or ↙ **PRESSURE**  
**4000 Hz** = ↘ **PRESSURE**  
**TINNITUS PRESSURE TEST: MODIFIES TINNITUS**

**VERTIGO** { **IMBALANCE**      { **ACTUAL FISTULA SIGN**  
**FISTULA SIGN**      { **ONLY EXCESSIVE PRESSURE**  
**(POST. LABYRINTH)**

**N. B. — TYMPANOMETRY: EUSTACHIAN TUBE DYSFUNCTION ONLY**



## ETIOLOGY

The origin of bad labyrinthine fluid pressure and mobility caused by the middle ear in otosclerotic patients is due to:

### I — INCREASED LABYRINTHINE FLUID PRESSURE:

Various phenomena may exist after the first operation:

- tympanic membrane retraction;
- too wide bony annulus area resection, resulting in a

tympanic membrane sticking upon the long process of the incus and upon the second portion of the facial nerve;

— dislocation of the incus;

— adhesion tissues due to blood stagnation in the middle ear (remaining after the first operation), organized in a red, then white blood clot, and finally constituting adhesion tissues. In a few very rare cases, even if there is no blood stagnation in the middle ear, an autoimmune reaction of the middle ear mucosa may lead to impor-

tant formation of adhesion tissues and to thickening of the mucosa.

### II — DECREASE OF LABYRINTHINE FLUID PRESSURE:

It may be due to abnormalities appearing after the first operation:

— displacement of the prosthesis place at the time of the first operation:

— dislocated or osteolysed incus, without adhesion of the tympanic membrane upon the long process of the incus.

## ETIOLOGY

- **TYMPANIC MEMBRANE RETRACTION**
- **WIDE BONY ANNULUS AREA RESECTION**
- **DISLOCATED INCUS**
- **ADHESION TISSUES**

**INCUS (or MALLEUS)**

- **OSTEOLYSED**
- **DISLOCATED**
- **PROSTHESIS DISPLACEMENT**

**STAGNANT BLOOD**  
**AUTOIMMUNE (Mucosa)**

**PRESSURE**

**PRESSURE**

## SURGICAL MANAGEMENT OF BAD LABYRINTHINE FLUID PRESSURES

- In case of a too large resection of bony annulus area, or in case of dislocated or osteolysed incus, the best solution is a gutter-type prosthesis (Treace Malleus-to-Footplate Prosthesis), placed under the malleus handle, short-circuiting the incus, and bent in order to

obtain a better axis of transmission. This prosthesis must be combined with a very large veingraft sealing.

- In case of adhesion tissues formation, they must be removed with scissors and forceps. One or several extra-thin teflon sheets must be placed and vigorous inflation of the middle ear performed (by Valsalva or Politzer manoeuvres only permitted when the surgeon has performed a narrow stape-

dotomy at the third posterior part of the footplate with large veingraft sealing, in order to avoid the risk of excessive pressure of the prosthesis upon the membranous labyrinth).

- In case of osteolysed malleus: cartilage or bony fragment are used to remodel a new malleus handle (sustained by veingraft connective tissue, excellent biological glue) and by the prosthesis' gutter.

## SURGICAL TREATMENT OF BAD PRESSURES

- WIDE B. A. AREA RESECTION
- DISLOCATED } INCUS
- OSTEOLYSED }

Malleus to footplate prosthesis  
+ large veingraft



- ADHESION TISSUES

ADHESION T. REMOVAL  
EXTREMELY THIN TEFLON SHEETS  
INFLATION  
CORTICOIDS (4 days)



- OSTEOLYSED MALLEUS

Malleus to footplate prosthesis





## RESULTS

- The quality of the hearing result is of course related with the skill of the surgeon in placing the new transmission device, but it depends chiefly upon the tubal function.

Thanks to this technique, the results improved from 61% to 87% in revision operations.

- Tinnitus: low tone tinnitus

up to 2000 Hz frequency disappear in 84.5% of cases. Tinnitus located beyond 2000 Hz very seldom disappear. The higher the frequency is the lesser chance exist for tinnitus disappearance after a revision operation. Thanks to the preoperative test allowing to determine if the tinnitus can be influenced, 47.3% of concerned patients obtained a subjective reduc-

tion of their tinnitus postoperatively, out of the 43% of patients for which this test showed a possibility to modify the tinnitus by reducing or increasing the pressure through the impedance method.

Vertigo practically always disappear. In only 3 cases vertigo did not disappear in the postoperative follow-up of the second operation.

## RESULTS

- HEARING LEVEL: DEPENDS UPON EUSTACHIAN TUBE FUNCTION
- TINNITUS      {
  - LOW TONES 8/10 DISAPPEAR
  - OVER 2000 Hz: NEARLY NEVER DISAPPEAR
- VERTIGO: NEARLY ALWAYS DISAPPEAR



## PREVENTION OF BAD LABYRINTHINE FLUID PRESSURE

To get a good labyrinthine fluid pressure, it is important to:

- Perform a preoperative tympanometry and never operate if tympanometry is worse than  $-150$  mm H<sub>2</sub>O;
- Realize the smallest possible posterior (and not

postero-superior) bony annulus area resection;

- Use a technique allowing vigorous postoperative middle ear inflation. This inflation avoids blood stagnation in the middle ear (which would form a blood clot, then adhesion tissues jamming the tympano-ossicular system).

In case of small fenestra without interposition tech-

nique, vigorous postoperative inflation of the middle ear is strictly forbidden, as a risk of excessive penetration of the piston into the labyrinth may lead to a Reissner membrane rupture causing the Sodium/Potassium exchange arrest on both side of the membrane, which in turn will induce a drop of cochlear microphonic potentials from  $80$  to  $20$   $\mu$ V.

## TO AVOID FLUID BAD PRESSURES REVISION OPERATION

- PREOP. TYMPANOMETRY ( $-150$  mm H<sub>2</sub>O)
- SMALL }  
• POST } BONY ANNULUS AREA RESECTION
- AVOID INCUS DISLOCATION
- SURGICAL TECHNIQUE ALLOWING INFLATION





## CONCLUSION

The audiometric bone conduction level, the changes of tinnitus intensity by an impedancimetry method increasing or reducing the labyrinthine fluid pressure, the elicitation of the fistula sign through impedancimetry and electronystagmography, are the factors allowing a better understanding of the role played by the labyrinthine fluid pressure and mobility in the inner ear function.

In otosclerosis surgery, besides the vascular<sup>6, 7</sup> enzymatic<sup>8, 9</sup> and autoimmune<sup>10</sup> factors, the parameter «good pressure and good mobility of the labyrinthine fluids in the cochlear canal» appears to be an essential factor. Therefore this is extremely important to get an airbone gap closure, and the best postoperative bone conduction level, as well as a reduction of tinnitus and vertigo.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CAUSSE J. B., CAUSSE J. R., WIET R. J. and YOO T. J.: Complications of stapedectomies — The Amer. J. of Otology, Vol. 4, n° 4, 275-280 (1983).
2. CAUSSE J. B., CAUSSE J. R., BEL J., MICHAUX P., CEZARD R., LUCAS A., MICHAT M., CANUT Y., RESSEGUIER P., PARAHY C.: Devenir des acouphènes en postopératoire de l'otospongiosis — Ann. Oto. Laryng. (Paris) 102, 407-413 (1985).
3. CAUSSE J., CAUSSE J. B.: Eighteen-year report on stapedectomy — Clinical Otolaring. 5, 49-59, 329-337, 397-402 (1980) and 6, 67-72 (1981).
4. CAUSSE J. R.: Present problems in the surgery of otosclerosis — The J. of Laryng. Otol., 79, 265-299 (1965).
5. CAUSSE J. R., CAUSSE J. B., BEL J.: Tympanometry and Fistula Test — Audiology 22, 451-462 (1983).
6. RUEDI L., SPOENDLIN H.: Pathogenesis of sensorineural deafness in otosclerosis — Ann. Otol. 75, 525-552 (1966).
7. NAGER G. T.: Histopathology of otosclerosis — Arch. Otol. 89, 341-363 (1969).
8. CAUSSE J. R., SHAMBAUGH G. E. Jr., CAUSSE J. B., BRETLAU P.: Enzymology of otospongiosis and Naf Therapy — Amer. J. of Otology, Vol. 1, n° 4, 206-213 (1980).
9. BRETLAU P., CAUSSE J. R., CAUSSE J. B., HANSEN H. J., JOHNSEN N. J., SALOMON G.: Otospongiosis and Sodium Fluoride. A blind experimental and clinical evaluation of the effect of Sodium Fluoride treatment in patients with otospongiosis — Annals of ORL, Vol. 94, n° 2, 103-107 (1985).
10. YOO T. J., STUART J. M., KANG A. H., TOWNES A. S., TOMODA K., DIXIT S.: Type II collagen autoimmunity in otosclerosis and Ménière's disease — Science, Vol. 217, 1153-1155 (Sept. 1982).

# TAMPÕES DE SILICONE



NATAÇÃO

DORMIR

DESPORTOS

ESTUDAR

PROTECÇÃO

RUÍDO

## A PROVA DE ÁGUA MOLDÁVEL

*O silicone pode ser utilizado várias vezes, é moldável ao pavilhão articular e à concha.*

*Não deve ser introduzido no conduto auditivo, nem deve ser partido ou esticado.*

**OUVIR MELHOR E VIVER MELHOR**

*Informações complementares à disposição*

*Distribuído em Portugal por  
WIDEX, Lda.*

*Rua Luciano Cordeiro, n.º 123 r/c, esq. 1000 Lisboa  
Tel. 53 62 15*

## BACTERIOLOGIA DA OROFARINGE; ADENOAMIGDALITE DE REPETIÇÃO

A. Matos\*

**RESUMO:** Tendo como ponto de partida uma população pediátrica com adenoamigdalites de repetição, realizam-se exames culturais da orofaringe. Os sintomas, achados do exame físico e tratamentos são discutidos. Os erros de procedimento e suas possíveis soluções são apontados.

*Palavras chave:* crise, antibioterapia, bacteriologia, cirurgia

**SUMMARY:** The author studied by bacteriologic examination a group of children with frequent adenoiditis and tonsillitis. The symptoms, clinical examination findings and treatment are discussed. Errors of management and possible solutions are also described.

*Keywords:* crises, antibiotic therapy, bacteriology, surgery

### INTRODUÇÃO

O Hospital de Maria Pia é na cidade do Porto e em todo o Norte do País o único exclusivamente vocacionado para a população pediátrica.

Ao iniciar funções em Novembro de 1985 teve de rever grande parte dos seus conceitos e filosofias de actuação.

Decidiu assim criar um protocolo para observação e tratamento dos doentes com problemas de adenoamigdalite.

Em Março de 1986 apresentou em reunião do INTERNATO MÉDICO os critérios que adoptava e razão porque os tinha seleccionado.

Desde Junho de 1986, aquando da introdução do Phadirect® no seu hospital, fez uma recolha de doentes e processos para posterior estudo.

Em Fevereiro de 1987 tinha 36 doentes estudados e na revisão dos dados colhidos obteve dados curiosos que resolveu publicar.

\* Assistente Hospitalar de Otorrinolaringologia  
Hospital Maria Pia — Porto  
Assistente convidado de Higiene e Epidemiologia  
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — Porto



## MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudadas 36 crianças pertencentes à consulta de O.R.L. do Hospital Maria Pia.

Todos os exames foram realizados segundo a orientação de um protocolo (apresentado em anexo).

De cada criança, para além de uma anamnese e do exame O.R.L., foram obtidas duas zaragatoas da orofaringe para exame cultural.

Estas por seu turno eram enviadas de imediato ao Serviço de Patologia Clínica para realização do PHADIRECT® e de exames culturais.

O exame cultural era considerado negativo caso não se isolassem bactérias patogénicas.

A positividade dos exames era indicada pela presença de bactérias patogénicas.

## RESULTADOS

Das 36 crianças estudadas, 18 eram do sexo masculino e 18 do sexo feminino.

O grupo etário variava entre um mínimo de 3 anos e um máximo de 10 anos, com uma média de 4 anos e 6 meses.

66,6% tinham proveniência urbana e 33,4% rural.

### QUADRO I

	M	F	%
Idade média	4	5	
Urbano	12	6	66,6
Rural	6	12	33,4

O motivo de consulta mais frequente foram as crises repetidas de adenoamigdalites (44,1%), seguindo-se-lhe adenoamigdalite com otites de repetição (33,3%) e obstrução respiratória sem queixas de infecção (22,6%).

### QUADRO II

	M	F	%
Adenoamigdalites de repetição .....	5	11	44,1
Adenoamigdalites de repetição associadas a otites de repetição .....	6	6	33,3
Obstrução respiratória .....	7	1	22,6

O número de crises/ano é sensivelmente igual para os dois sexos com uma média de 5/ano sem diferenças apreciáveis entre o grupo urbano e rural.

No grupo estudado os sintomas distribuiram-se da seguinte maneira:

### QUADRO III

	M	F	Total
Obstrução nasal .....	13	10	22
Sono agitado .....	6	6	12
Enurese .....	2	2	4
Voz de «batata quente» .....	5	3	8
Dificuldade de deglutição .....	3	3	6
Hipoacusia .....	6	5	11

Como seria de esperar, é muito nítida a predominância dos sintomas do tipo «obstrutivo», mesmo naqueles em que o número de crises foi a razão da consulta.

Como anteriormente, não foram significativas as diferenças intersexo e de área

# Pulmicort® nasal



**Na rinite  
alérgica e  
vasomotora**

**2 x dia**

- **O controle mais eficaz dos sintomas nasais**
- **Segurança, também a longo prazo**

**Indicações:** Rinites alérgicas crónicas e sazonais, e rinites vasomotoras. Profilaxia do aparecimento de polipos nasais após polipectomia. **Precauções:** Em doentes com infecções nasais de origem fungica ou com certas infecções nasais de origem vírica, por exemplo herpes, devem observar-se cuidados especiais. Até se adquirir uma mais larga experiência não é recomendado o tratamento prolongado em crianças. São necessários cuidados especiais no tratamento de doentes que passaram de uma terapêutica corticosteróide sistémica para Pulmicort nasal, até que a função do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal esteja restabelecida. **Efeitos secundários:** Ocasionalmente podem surgir, logo após a inalação crises esternutatórias (de espirros). Pode aparecer também uma ligeira secreção hemorrágica nasal. **Administração na gravidez e aleitamento:** A administração durante a gravidez deve ser evitada, a não ser em casos de absoluta necessidade. Em animais, a administração de budesonide provocou anomalias no desenvolvimento fetal. A relevância deste facto para o homem não foi ainda estabelecida. Até à data não há informação sobre a passagem do budesonide para o leite materno. **Posologia:** Polinose (febre dos fenos): 2 aplicações (100 µg) em cada narina, de manhã e à noite. Rinite perene: 2 aplicações (100 µg) em cada narina, de manhã e à noite. NOTA: Deve informar-se o doente de que o efeito máximo de Pulmicort nasal só se obtém após alguns dias de tratamento. O tratamento de rinites sazonais deve ser iniciado, se possível antes da exposição aos alergenos. Pode, por vezes, ser necessário o tratamento concomitante para prevenir o aparecimento de sintomas oculares devidos a alergia. No tratamento a longo-prazo deve observar-se regularmente a mucosa nasal, pelo menos uma vez por ano. **Presentação e Preço:** Pulmicort nasal - Inalador nasal 50 µg de budesonide/dose. Embalagens com 200 doses (PVP 2088\$00). **Comparticipação:** 50%

**ASTRA**

Merck Portuguesa, Lda.

Rua Miguel Lupi, 12 - D  
1200 Lisboa

**MERCK**

# Hextril

(hexetidina 1%)



# Collu-Hextril

(hexetidina 2%)



## Indicações

Estomatites, Aftas, Micoses (Candida), Parodontites, Gengivites. Adjuvante nos tratamentos das infecções buco-faríngeas. Mau hálito e higiene bucal quotidiana. Uso de próteses. Cirurgia buco-dentária: *extracção, cuidados pré e post-operatórios.*

## Hextril

### Posologia:

1 colher das de sopa de Hextril puro para bochechar ou gargarejar, 2 ou 3 vezes ao dia.

### Apresentação:

Frasco de 200 ml — P.V.P. 214\$00

## Collu-Hextril

### Posologia:

1 ou 2 pulverizações, 2 ou 3 vezes ao dia.

### Apresentação:

Frasco nebulizador de 40 ml  
P.V.P. 207\$00

## PARKE-DAVIS

Divisão de Warner Lambert Portugal  
Comércio Indústria, Lda.  
Rua Gregório Lopes, Lote 1512, 1.º  
1400 LISBOA — Portugal

Capital Social: Esc. 28.200.000  
Registo Comercial n.º 51333 de 77.8.24  
da CRC de Lisboa.

geográfica.

O exame objectivo O.R.L. demonstrou:

#### QUADRO IV

	M	F	%
Hip. adenóides .....	13	12	69,4
Hip. amígdalas .....	9	10	50
O. M. efusão .....	6	5	33,3
Hipertrofia dos cornetos c/ mucosa tipo alérgico .....	1	1	5,4

No exame físico predomina a hipertrofia das vegetações adenoides associadas ou não a hipertrofia amigdalina, algumas vezes com O.M. com efusão.

Nenhum dos doentes com sintomas exclusivamente obstrutivos tinha O.M. efusão, sendo esta apanágio dos doentes com história de crises de repetição.

Os tratamentos prévios eram outro dos pontos importantes a analisar.

Tratando-se de um Hospital Central raro é o doente que tem acesso ao hospital sem previamente ter percorrido uma «via sacra» de antibióticos.

No pediatra, no médico de família ou mais raramente no médico especialista O.R.L. todos sem excepção tinham feito tratamentos prévios para as crises de repetição.

#### QUADRO V

	Total	%
Antibioterapia oral e injectável .....	32	82
Antibioterapia exclusivamente por injectáveis	3	9
Sem antibioterapia .....	3	9

A predominância esperada da antibioterapia oral associada ou não à injectável, em relação à terapia exclusivamente injectável não nos surpreendeu conhecendo as características do nosso povo e a orientação clínica dos internatos.

Surpreendeu-nos sim, a quase concordância do período de tratamento entre os doentes de proveniência rural e urbana.

#### QUADRO VI

	U	R
Tempo médio de tratamento (dias) .....	7,7	8

É de crer que a diferença mínima observada entre os dois grupos corresponda mais a factos sociais urbanos (ausência no emprego, creches, avós, etc.) do que às diferenças de tratamento prescritas pelos médicos.

Estamos em crer que o «factor iatrogénico» é desprezível dada a cobertura já hoje disponível nas zonas rurais, particularmente neste caso, regra geral, num raio de 50 km do Porto.

Assim, com uma média de 8 dias de tratamento oral e/ou de uma ampola de PNC G as crianças estudadas mantinham crises de repetição!

Para maior confusão, a leitura dos dados novos da bacteriologia (quadro VIII) não veio em nada facilitar conclusões.



QUADRO VII

	% Positivo
Phadirect R Zaragatoa A	—
Exame cultural Zaragatoa	50%

Em todos os casos foi negativa a pesquisa do streptococo  $\beta$  - Hemolítico do Grupo A e as bactérias quando encontradas correspondem a flora de superinfecção.

QUADRO VIII

	M	F
H. Parainfluenza .....	5	3
H. Influenza .....	2	2
Stafil. Aureus .....	1	1
E. Coli .....	—	2
Candida Albicans .....	1	—

## CONCLUSÕES:

As infecções das vias aéreas superiores na infância põem um sem número de problemas de diagnóstico e tratamento.

A convicção da etiologia bacteriana leva a esmagadora maioria dos médicos ao tratamento por antibióticos.

Na realidade sabe-se que aproximadamente metade dos casos não podem ser associados a qualquer microorganismo.

É também lugar comum afirmar que deficiências laboratoriais estarão na origem deste paradoxo, mas não é de excluir factores coadjuvantes e predisponentes, como a alergia, poluição, humidade excessiva e as infecções víricas.

Por outro lado em muito poucas bactérias está convincentemente demonstrado o seu papel nas amigdalites e faringites.

Para efeitos práticos só os estreptococos dos grupos A, C e G, N. GONORREA e C. DIPHTERIAE causam faringite.

Podemos concluir que:

1 — É necessário o tratamento correcto das crises durante um período nunca inferior a 10 dias com antibióticos orais.

2 — Uso preferencial das PNC G nas crises agudas.

3 — Algumas vezes a penicilina não é suficiente e apontam-se as razões principais:

a) A associação de microorganismos produtores de penicilina (p. ex. Staf.) protege o estreptococo;

b) A sobrevivência dos estreptococos nas criptas amigdalinas, local em que a concentração de PNC é insuficiente.

4 — O PHADIRECT R sendo uma prova rápida e sensível tem interesse nos casos agudos, mas no doente com crises de repetição e sobretudo nas intercrises a sua utilidade é discutível.

5 — A supressão da flora indígena e a promoção de superinfecções com Gram-negativos aeróbios e Staf. resistentes à PNC é facilitado pelo uso imoderado e inadequado de antibióticos orais.

Para correcção destes factores propõe-se a adopção de critérios paracirúrgicos das amígdalas e vegetações adenoides, adaptadas dos da U. de Pittsburgh.

## CRITÉRIOS PARA AMIGDALECTOMIA

1 — Infecções recorrentes.

1.1. Três episódios em cada um de 3 anos sucessivos, cinco episódios em cada 2 anos, ou sete em cada 1 ano.

1.2. Cada episódio caracterizado por um ou mais dos seguintes:

1.2.1. Tempo oral  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ;

1.2.2. Adenopatias cervicais dolorosas e/ou aumentadas de tamanho ( $> 2\text{ cm}$ );

1.2.3. Exsudado amigdálico;

1.2.4. Cultura positiva para estreptococo  $\beta$ -hemolítico do Grupo A.

1.3. Tratamentos prévios correctos.

1.4. Registo de todos os episódios.

2 — Abcesso periamigdálico.

3 — Sintomas obstrutivos:

3.1. Respiração bucal com ou sem «sleep apnea»;

3.2. Voz de «batata quente» numa criança de pelo menos 6 anos de idade.

4 — Adenopatias cervicais aumentadas de tamanho apesar de terapêutica correcta.

a periodicidade das crises. São neste caso candidatos a cirurgia.

C — Todo o doente suspeito de ATOPIA deve ser enviado ao serviço de imunoalergologia onde é estudado.

Se não se confirmar a etiologia alérgica deve ser sujeito a cirurgia.

D — Sempre que disponível, um exame cultural com antibiograma do exsudado da orofaringe pode orientar e modificar a terapêutica.

## BIBLIOGRAFIA

Box, O. T. Cleveland, R. T., and Willard, c.y. 1961. Bacterial Flora of the upper respiratory tract. Am. J. Dis. Child. 102:293.

Catanzaro, F. J. Rammel Kamp, C. H. Jr., and Chamowitz, R. 1958 Prevention of Reumatic Fever by Treatment of Streptococcal Infections II. Factors responsible for failures. N. Eng. J. Med. 259:51.

Charney, E. Bynum, R., Eldredge, D. cal. 1967. How Well do patients take oral penicillin a collaborative study in Private Practice Pediatr., 36:637.

Hill, H. R., Caldwell, G. G., Wilson, E., et al 1978. Epidemic of Pharyngitis due to Streptococci of Lancefield Group. Lancet 2:371.

Kapian, J. M. McCracken, G. H. Jr. and Culbertson, M. 1974. Penicillin and Erythromycin concentrations in tonsils. Am. J. Dis. Child. 127:206.

Kundsin, R. B. and Miller, J. M. 1964. Significance of the Staphylococcus Aureus Carrier State in the treatment of disease due to group A Streptococci. N. Eng. J. Med. 271:1395.

Massachusetts Department of Public Health, 1971. Tonsillectomy and adenoidectomy in Mass. N. Eng. J. Med 285:1537.



Mondzac, A. M. 1967. Throat culture Processing in the office — a Warning. *J. A. M. A* 200:1132.

Paradise, J. L. and Bluestone, C. D. 1976 Toward Rational Indications for Tonsil and Adenoide surgery. *Hosp. Pract.* 11(2):79-87.

Rosenstein, B. J., Maxkourtz, M. Go-  
lostern, E., et al 1968. Factor involved in treatment failures following oral Penicillin Therapy of Phar. *J. Pediatr.* 73:513.

Sen, P.; Chewel, H.; Armstrong, D.A.: Superinfection; another look. *Am. J. Med.* 73:706, 1982.

Saene, H., K., F., Willens, F., and Zweens, J. Influence of Amoxycillin and cefaclor on the colonization resistance of oropharynx.

Wannamaker, L. W. 1972 Preplexity and precision in the diagnosis of Streptococcal phar. *Am. J. Dis. Chil.* 124:352.

# clínica S. JOÃO DE DEUS



**CTD — CENTRO DE TRATAMENTO DE DOENTES**  
ORGANIZAÇÃO AO SERVIÇO DOS MÉDICOS E DOS DOENTES

Internamentos — Bloco Operatório — Posto de Socorros Médico ao Domicílio — Urgências oftalmológicas Angiografias Fluoresceínicas — Raios Laser — Ecografias Endoscopias Altas — Artroscopias — Urofloxometria Cirurgia Endo - Urológica — Destrução de Cálculos por Ultra-Sons — Ureterorrenoscopias — Consultas de Alergologia — Análises Clínicas — Radiografias — Mamografias e Clínica da Mulher

Rua António Patrício, 25 — 1700 Lisboa — Telef. 76 61 71 (10 Linhas)

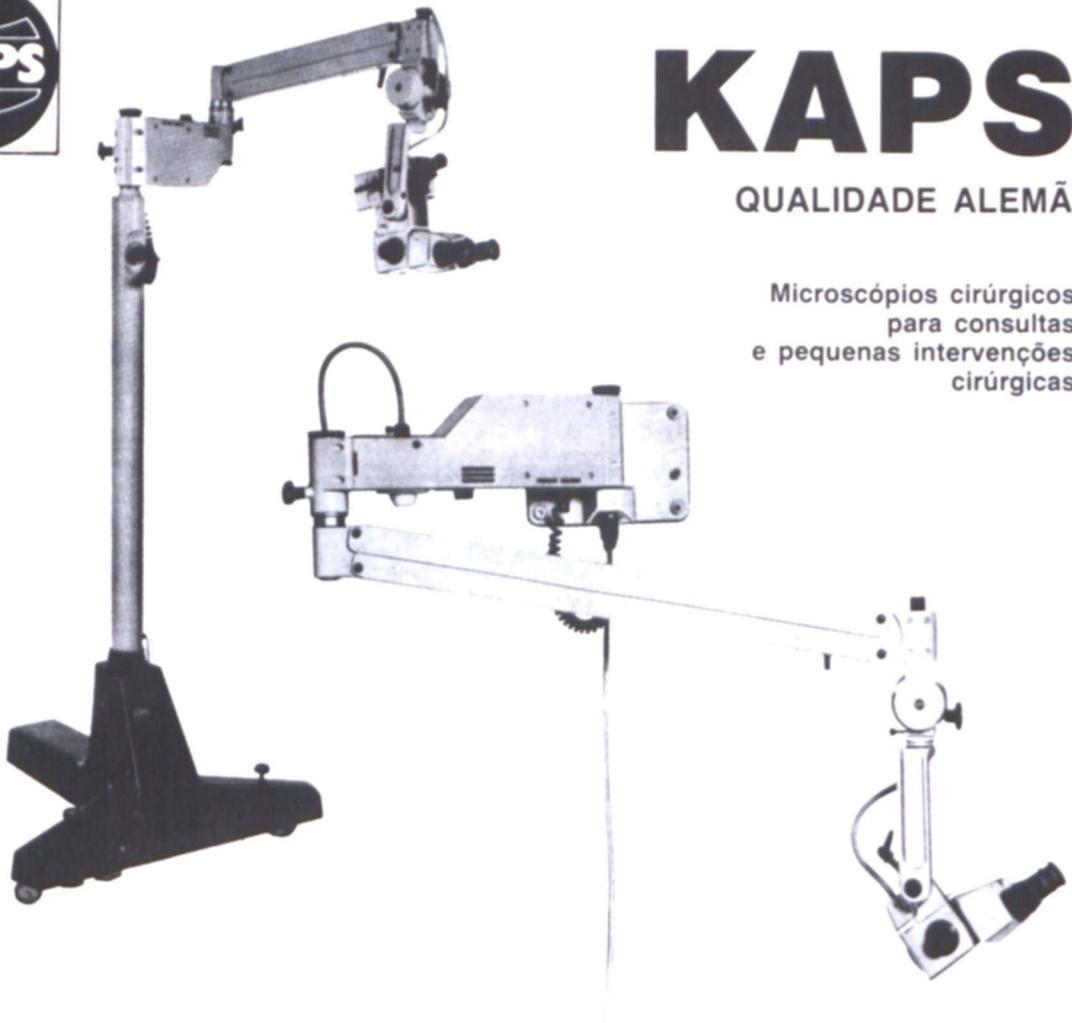


## CASA DE REPOUSO DE S. JOSÉ DE CAMARATE

ASSISTÊNCIA A IDOSOS E CONVALESCENTES

- Posto de Socorros (Médico e Enfermagem Permanente)
- Posto de Colheitas de Análises Clínicas

QUINTA DA AREEIRA — CAMARATE — TELEF. 257 22 24



# KAPS

QUALIDADE ALEMÃ

Microscópios cirúrgicos  
para consultas  
e pequenas intervenções  
cirúrgicas

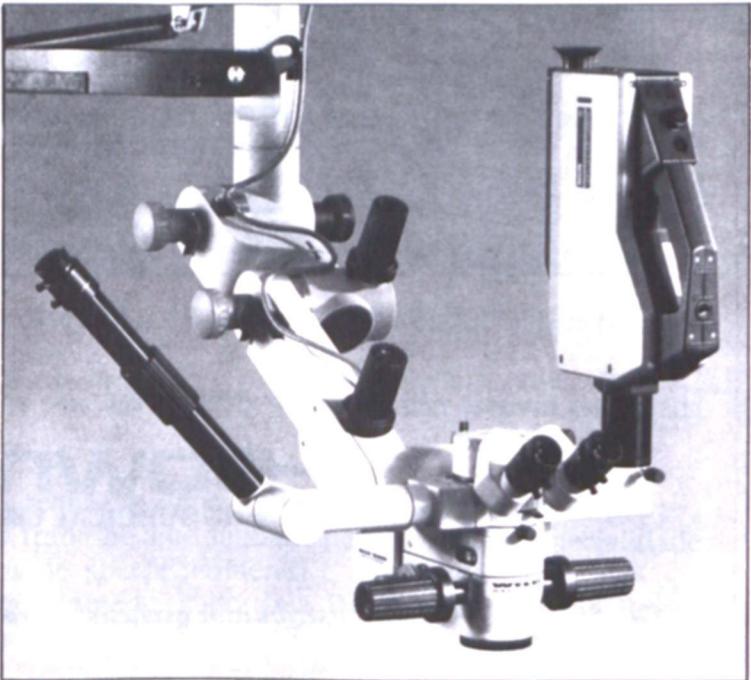


## WILD LEITZ

### Sinónimo de precisão

- Microscópios cirúrgicos
- Microscópios biológicos
- Microscópios de análise
- Microscópios estereoscópios
- Micrótomos
- Sistemas modulares  
de microfotografia
- Sistemas óptico-electrónicos  
de análises

WILD + LEITZ  
PORTUGAL, LDA.



Instrumentos e sistemas para Topografia, Geodesia, Microscopia, Microcirurgia, Medições e Controle, Material para Fotografia, Projeção e Ensino, Binóculos

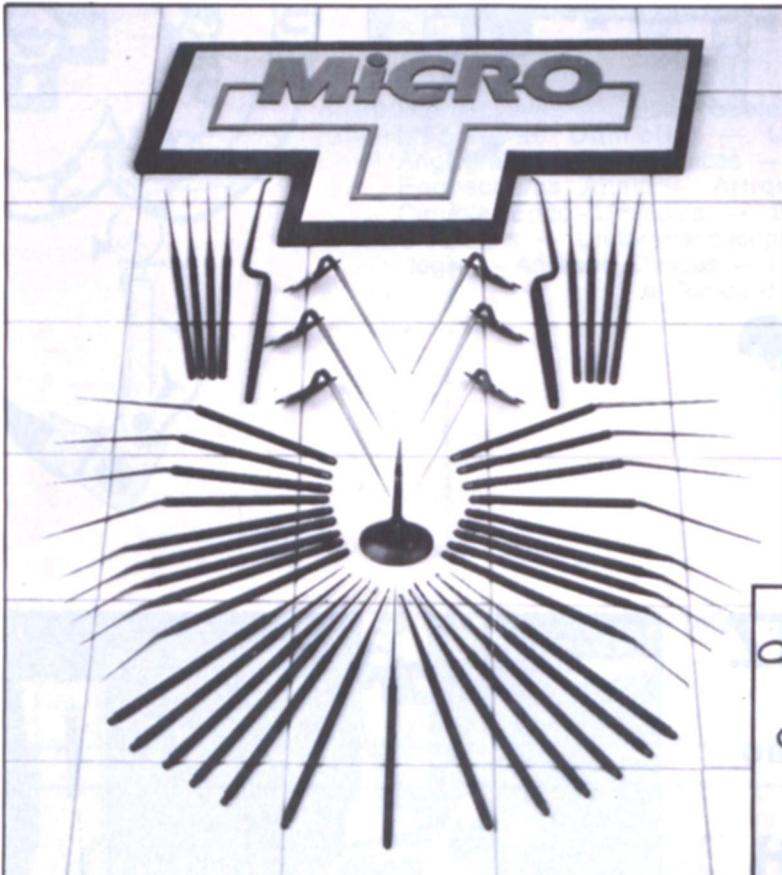
Pç. Águas Livres, 8 — 1200 LISBOA — Tel. 68 91 12 — Telefax 65 46 68

Matos, Costa, Reg. Com. Lisboa N. 24.781 Capital Social 22.000.000,00 P. Comercial N. 100.500.421

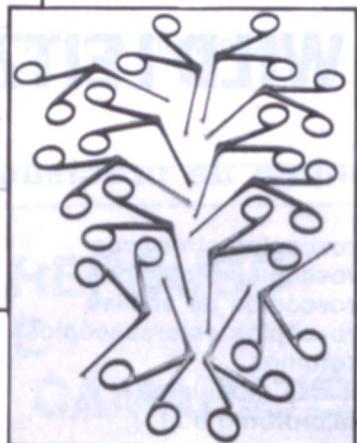
# MICRO

## ITANIO

### *Instrumentação do Ouvido Médio*



*Leve  
Durável  
Resistente*



**DOWNS**  
DOWNS SURGICAL LIMITED

*Distribuidor exclusivo para Portugal*

CENTRO TÉCNICO HOSPITALAR

SA

**CTH**

RUA JOSÉ CARLOS DOS SANTOS, 7-A - 1700 LISBOA - TELEFONES 77 81 66/7

ENDEREÇO TELEG. «HONOR» LISBOA TELEX: 13752 P TELEFAX: 764182

Matr. Corte Reg. Com. Lisboa N° 21.980 Capital Social 10.000.000\$000 P. Comissária N° 500 061 244

## ESTATUTOS DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL

### CAPÍTULO I

#### Artigo Primeiro

**Número 1** — A Associação adopta denominação de Associação Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Cirurgia Cérvico-Facial.

**Número 2 — Objecto** — A Associação Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Cirurgia Cérvico-Facial, tem por objectivo agrupar os médicos da especialidade com interesse comum na realização de investigações científicas, clínicas terapêuticas.

#### Artigo Terceiro — Atribuições

**Número 1** — Incumbe à Associação de Otorrinolaringologia e de Cirurgia Cérvico-Facial, como contribuição para o progresso da especialidade:

Desenvolver as actividades respeitantes aos estudos, investigação e desenvolvimento tanto no plano teórico como no prático;

a) Cooperar com Associações Portuguesas e Estrangeiras que prossigam idênticos objectivos;

b) Representar a Otorrinolaringologia e a Cirurgia Cérvico-Facial, tanto Nacional como Internacionalmente.

**Número 2** — Para concretizar as suas atribuições a Associação actuará designadamente:

- a) Realizando Congressos;
- b) Participando em Congressos realizados por outras organizações científicas;
- c) Participando em reuniões de trabalho que tenham por objecto a especialidade;
- d) Efectuando reuniões e cursos de aperfeiçoamento e actualização;
- e) Editando publicações; e nomeadamente a de uma Revista denominada Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Revista oficial desta Associação;
- f) Cooperando com entidades docentes e hospitalares com vista à melhoria do ensino e prática da especialidade.

## CAPÍTULO II

### Artigo Quarto — *Dos Sócios*

Os Sócios classificam-se:

- Ordinários;
- Extraordinários.

### Artigo Quinto — *São Sócios Ordinários:*

a) Efectivos, que são os médicos inscritos na Ordem dos Médicos nas respectivas especialidades ou os que possuam o grau correspondente da carreira hospitalar devendo a sua admissão ser feita pela Direcção sob proposta de dois outros sócios efectivos;  
 b) **Candidatos**, que são os médicos inscritos na Ordem dos Médicos que frequentem o estágio para as especialidades.

### Artigo Sexto — *São Sócios Extraordinários:*

a) **Honorários**, as pessoas que à Associação ou às especialidades prestem serviços reconhecidamente relevantes e são eleitos pela Assembleia Geral sob proposta da Direcção;  
 b) **Correspondentes**, as pessoas, médicos ou não, que tenham demonstrado notável interesse pelos assuntos relativos à especialidade e são admitidos pela Direcção sob proposta assinada por um mínimo de cinco sócios dos quais um, pelo menos, faça parte da Direcção.

### Artigo Sétimo — *Direitos dos Sócios*

**Número 1** — São direitos de todos os Sócios:

- Participar nos actos da Sociedade;
- Ter acesso aos documentos da Associação, mediante autorização da Direcção;
- Receber as publicações da Associação.

**Número 2** — São direitos exclusivos dos Sócios efectivos ser eleito para os órgãos da Associação.

**Número 3** — São direitos dos Sócios Ordinários:

- Ser membro da Assembleia Geral e nela participar;
- Votar na Assembleia Geral.

### Artigo Oitavo — *Deveres dos Sócios*

**Número 1** — São deveres de todos os Sócios:

- Cumprir os Estatutos da Associação.
- Acatar as decisões dos Órgãos da Associação.

**Número 2** — Constitui dever dos Sócios Ordinários pagar a jóia de inscrição e quota estabelecidas pela Assembleia Geral.

**Número 3** — Os Sócios que tenham quotas em dívida há mais de sessenta dias não podem participar nos trabalhos da Assembleia Geral nem eleger ou ser eleito para qualquer cargo dos Órgãos da Associação.

### Artigo Nono — *Perda de qualidade do Sócio*

**Número 1** — A qualidade de Sócio perde-se através de:



- a) Exoneração;
- b) Demissão.

**Número 2** — A exoneração dá-se a pedido do interessado.

**Número 3** — A demissão é de competência da Assembleia Geral e é determinada pela verificação de algum facto grave, nomeadamente:

- a) A condecoração por prática de crime;
- b) A violação grave da ética e deontologia profissional;
- c) A falta injustificada de pagamento de quotas.

#### **Artigo Décimo — *Diplomas***

A Associação pode conferir diplomas aos seus sócios, nos termos a regulamentar pela Assembleia Geral sob Proposta da Direcção.

### **CAPÍTULO III** **Dos Órgãos**

**Artigo Décimo-Primeiro** — São Órgãos da Sociedade:

- a) Assembleia Geral;
- b) Direcção;
- c) O Conselho Fiscal.

**Artigo Décimo-Segundo** — A Assembleia Geral é constituída por todos os Sócios Ordinários.

#### **Artigo Décimo-Terceiro — *Mesa da Assembleia Geral***

**Número 1** — Os trabalhos da Assembleia Geral são dirigidos pela respectiva Mesa que é constituída por um Presidente e três vogais, sendo um suplente, devendo cada um dos vogais pertencer a cada núcleo definido no artigo vigésimo.

**Número 2** — A mesa é eleita pela Assembleia Geral e o mandato dos seus membros é de três anos.

**Número 3** — O Presidente da Mesa é substituído, nas suas ausências pelo vogal mais antigo.

#### **Artigo Décimo-Quarto — *Reuniões***

**Número 1** — A Assembleia Geral Ordinária reúne anualmente.

**Número 2** — A Assembleia Geral pode reunir extraordinariamente nos seguintes casos:

- a) Sempre que a Direcção ou o Conselho Fiscal o requeiram ao Presidente da Mesa;
- b) Sempre que seja requerida pelo menos por um décimo dos seus membros;
- c) Sempre que o Presidente da Mesa considere indispensável a sua convocação.

#### **Artigo Décimo-Quinto — *Funcionamento***

**Número 1** — A Assembleia Geral será convocada pelo Presidente da Mesa, por aviso postal expedido para cada um dos associados com a antecedência mínima de quinze dias devendo constar da Convocatória a ordem do dia, o local, dia e hora.



**Número 2** — A Assembleia Geral, em primeira convocação pode deliberar quando estejam presentes pelo menos metade dos seus associados e em segunda convocatória com pelo menos a presença de um décimo dos membros.

**Número 3** — A Assembleia Geral só pode deliberar sobre os assuntos constantes da ordem do dia, salvo quando estejam presentes a totalidade dos seus membros, caso em que pode deliberar sobre o assunto.

**Número 4** — Os membros da Assembleia Geral que desejam submeter algum assunto à apreciação na discussão devem requerê-lo ao Presidente da Mesa com a antecedência mínima de vinte dias, sendo a inscrição obrigatória se o requerimento for subscrito pelo menos por um quinto dos seus membros.

**Número 5** — As decisões da Assembleia Geral são tomadas por maioria, pelo sistema de votação que será secreto nos casos previstos neste Estatuto, quando a lei não exigir outra maioria.

#### **Artigo Décimo-Sexto — *A Direcção***

**Número 1** — A Direcção é eleita pela Assembleia Geral e é composta da seguinte forma:

- a) Presidente;
- b) Dois Vice-Presidentes;
- c) Secretário Geral;
- d) Tesoureiro;
- e) Quatro Vogais.

**Número 2** — O mandato de Direcção é de três anos.

**Número 3** — O Presidente e os Vice-Presidentes da Direcção deverão pertencer obrigatoriamente a núcleos diferentes.

#### **Artigo Décimo-Sétimo — *Competência***

**Número 1** — Compete à Direcção:

- a) Gerir a Associação actuando no sentido da concretização dos objectivos da Associação;
- b) Dar execuções às deliberações da Assembleia Geral;
- c) Organizar e propor à Assembleia Geral o Orçamento respectivo;
- d) Propor à Assembleia Geral os Regulamentos necessários ao bom funcionamento da Associação;
- e) Convocar as Assembleias Gerais;
- f) Destituir os Associados nos termos do Artigo oitavo, havendo recurso de tais actos para a Assembleia Geral;
- g) Obrigar a Associação em todos os seus actos e contratos em juízo ou fora dele bastando as assinaturas do Presidente e de qualquer outro membro da Direcção;

**Número 2** — Compete, especialmente, ao Presidente:

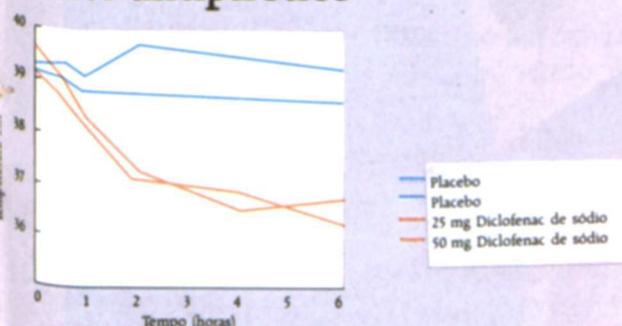
- a) Coordenar as actividades da Associação;
- b) Convocar e presidir às reuniões de carácter científico;
- c) Convocar as reuniões a que se refere o número dois do Artigo Décimo-Sétimo;
- d) Representar oficialmente a Associação;
- e) Investir os membros dos Conselhos Directivo, Fiscal e Consultivo;
- f) Dirigir a Revista da Associação, podendo todavia delegar tal competência num Associado Efectivo.



# Quando é urgente tratar os sintomas...

# Amigdalites

## Rápido efeito antipirético<sup>(1)</sup>



**Não basta ser antipirético...  
Tem que ser**

# Flameril®

**nas  
AMIGDALITES  
OTITES  
SINUSITES  
FARINGITES**

## Elevada segurança<sup>(2)</sup>

### Tolerância GASTRO-INTESTINAL

- Superior à do ácido acetilsalicílico
- Comparável à do paracetamol

<sup>2)</sup> M. Anderton, and M. Thompson, Department of Rheumatology, Royal Victoria Infirmary, Newcastle upon Tyne, England.

Imediata redução da dor  
e do edema

# Stugeron TRADEMARK forte

MILHÕES DE DOENTES TRATADOS  
NO

## SINDROMA VERTIGINOSO



 **JANSSEN**

FARMACÉUTICA PORTUGAL, LDA.  
Campo Grande, 28, 1- D-1700 Lisboa

Apresentação

Manutenção - 60 cápsulas a 75 mg

200 cápsulas a 75 mg

Mantenção - 60 comprimidos a 25 mg

205 comprimidos a 25 mg

Mantenção - 60 ml gotas 75 mg/ml

974800 (00%)

362800 (00%)

413800 (00%)

179800 (00%)

705800 (00%)

Para informações mais pormenorizadas queira consultar a Janssen Farmacéutica Portugal, Lda.

Capital Social: Esc. 121.000.000 - Conservatória do Registo Comercial de Lisboa - Matrícula n.º 58016



**Número 3** — Compete, em especial, ao Secretário-Geral:

- a) Coadjuvar o Presidente;
- b) Assegurar o expediente da Associação;
- c) Elaborar as actas das reuniões das sessões do Conselho Directivo;
- d) Dar cumprimento às deliberações respectivas;
- e) Assegurar a Edição da Revista da Associação como Director Adjunto.

**Número 4** — Compete, em especial, ao Tesoureiro assegurar a administração financeira da Associação, de harmonia com o orçamento e as directrizes do Conselho Directivo.

**Número 5** — Compete aos restantes Vogais coadjuvar a acção do Presidente em todos os assuntos que não forem da competência do Secretário-Geral e do tesoureiro.

**Número 6** — O Tesoureiro poderá fazer-se assessorar por um técnico de Contas pago pela Associação.

**Número 7** — Aos Vice-Presidentes compete especialmente substituir o Presidente em todos os seus impedimentos.

#### **Artigo Décimo-Oitavo — *Responsabilidade***

**Número 1** — A Direcção é responsável perante a Assembleia Geral.

**Número 2** — A Assembleia Geral pode destituir a Direcção ou alguns dos seus membros desde que tal deliberação seja tomada por voto secreto e por maioria constituída por metade e mais um da totalidade dos membros.

#### **Artigo Décimo-Nono — *Conselho Fiscal***

**Número 1** — O Conselho Fiscal é eleito pela Assembleia Geral e é constituído por um Presidente, e três Vogais, sendo um suplente.

**Número 2** — Os membros do Conselho Fiscal não podem ser membros da Direcção ou da Mesa da Assembleia.

#### **Artigo Vigésimo — *Competência***

*Compete ao Conselho Fiscal:*

- a) Fiscalizar a legalidade de actuação da Direcção;
- b) Fiscalizar as contas da Sociedade;
- c) Dar parecer sobre as contas da Direcção a serem aprovadas pela Assembleia Geral;
- d) Elaborar um relatório anual a apresentar à Assembleia Geral.

#### **Artigo Vigésimo-Primeiro — *Núcleos***

**Número 1** — Existirá um núcleo por cada Secção Regional da Ordem dos Médicos, constituído pelos médicos nele inscritos.

**Número 2** — Ao Presidente e aos Vice-Presidentes da Direcção compete dirigir o núcleo a que respectivamente pertençam.

# AGORA EM PORTUGAL

*Introducing. . .*



## The GSI 33 Middle-Ear Analyzer

A MAIS MODERNA CONCEPÇÃO EM IMPEDANCIMETRIA



CENTRO TÉCNICO HOSPITALAR

SA

SERVIÇOS COMERCIAIS: R. JOSÉ CARLOS DOS SANTOS, 7-A — 1700 LISBOA — TELEFONES: 778166/7  
ENDEREÇO TELEGRÁFICO: «HONOR» LISBOA — TELEX: 13752 P — TELEFAX: 764182

Matr. Cons. Reg. Com. Lisboa N° 23.090. Capital Social: 10.000.000\$00. P. Cofreco N° 300.061.246



## CAPÍTULO IV Receita e Despesa

### Artigo Vigésimo-Segundo — *Receitas*

*São receitas da Associação, nomeadamente:*

- a) As jóias e as quotas pagas pelos Sócios Ordinários;*
- b) Subsídios atribuídos a qualquer título;*
- c) Legados, heranças e doações;*
- d) Rendimentos provenientes das suas realizações.*

### Artigo Vigésimo-Terceiro

*São despesas da Associação, nomeadamente:*

- a) As relativas à gestão corrente;*
- b) As relativas às organizações científicas;*
- c) As relativas à organização de cursos de aperfeiçoamento e de actualização;*
- d) As relativas às publicações.*

## CAPÍTULO V Congressos e Reuniões Científicas

### Artigo Vigésimo-Quarto — *Disposições Gerais*

**Número 1** — A Associação realizará um Congresso de três em três anos.

**Número 2** — A Associação realizará anualmente reuniões científicas.

**Número 3** — O Congresso e as reuniões científicas reger-se-ão por regulamento próprio, a aprovar pela Assembleia Geral.

### Artigo Vigésimo-Quinto — *Termos de Congresso*

**Número 1** — A Assembleia Geral Ordinária tem competência para definir os temas dos Congressos.

**Número 2** — A definição referida ao número anterior deverá respeitar uma antecedência de um ano sobre a realização do Congresso, para permitir o melhor desenvolvimento e publicidade dos temas.

### Artigo Vigésimo Sexto — *Comissão Organizadora*

A Direcção designará o número de elementos da Comissão Organizadora de cada Congresso.

### Artigo Vigésimo-Sétimo — *Presidente do Congresso e de Reuniões Científicas*

**Número 1** — O Congresso e as Reuniões Científicas serão presididas pelo Presidente da Direcção.

**Número 2** — A Comissão organizadora poderá designar um Presidente Honorário, depois de parecer favorável da Direcção.

### Artigo Vigésimo-Oitavo — *Organização*

**Número 1** — A Comissão Organizadora deverá propor à Direcção no prazo de seis meses após a sua designação, um programa científico, social administrativo e financeiro do Congresso.



**Número 2** — O programa definitivo deverá ser apresentado à Direcção para aprovação, em prazo a ser fixado por esta, mas que deverá respeitar sempre a antecedência de seis meses em relação à data da realização do Congresso.

## CAPÍTULO VI

### Disposições Finais e Transitórias

#### **Artigo Vigésimo-Nono — *Congresso***

A realização do primeiro Congresso depois da entrada em vigor destes Estatutos deverá conter nos trabalhos a aprovação do Regulamento.

#### **Artigo Trigésimo — *Dissolução***

*A dissolução da Associação só poderá ser deliberada em Assembleia Geral Extraordinária, por voto secreto, e por maioria correspondente a três quartos de todos os seus Associados.*

#### **Artigo Trigésimo-Primeiro — *Alterações dos Estatutos***

A alteração dos Estatutos é da competência da Assembleia Geral desde que votada por três quartos de todos os seus Associados.

#### **Artigo Trigésimo-Segundo**

A Associação tem a sua sede provisoriamente na Avenida da Liberdade, número sessenta e cinco, primeiro andar, em Lisboa, na freguesia de S. José.

#### **Artigo Trigésimo-Terceiro**

Enquanto não forem eleitos os corpos sociais a Associação será dirigida e representada por uma Comissão Instaladora, composta pelos intervenientes da escritura de constituição, tendo como Presidente o Senhor Professor Rui da Silva Santos Penha, e como Vogais os restantes outorgantes, obrigando-se com duas assinaturas.

## CALENDÁRIO DE ACTIVIDADES

1988

Julho

- THE FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON LARYNGEAL CANCER  
3-7 Julho  
Presidente: Prof. Sun Kai-Lai  
Shenyang — CHINA

Setembro

- 1<sup>er</sup> CONGRES EUROPEEN D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE  
26-29 Setembro  
Presidente: Prof. M. Portmann  
Secretário Geral: Prof. Ch. Freche  
Paris — FRANÇA

Dezembro

- X CONGRESSO PORTUGUÊS DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL  
30 Novembro — 1-2-3 Dezembro 1988  
Tema: Progressos em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

1989

Junho

- INTERNATIONAL CONFERENCE ON ADVANCES IN OTOTOLOGY AND OTONEUROSURGERY

Setembro

Organized by The Politzer Society  
Ibiza — Ilhas Baleares — ESPANHA  
Secretariado:  
Instituto de Otolgia García-Ibañez  
91 Dr. Roux — 08017 Barcelona

- XIV CONGRESSO MUNDIAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA  
10-15 Setembro  
Presidente: Dr. Sacristan Alonso  
Secretário Geral: Dr. Alvarez Vicent  
ESPAÑA

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS

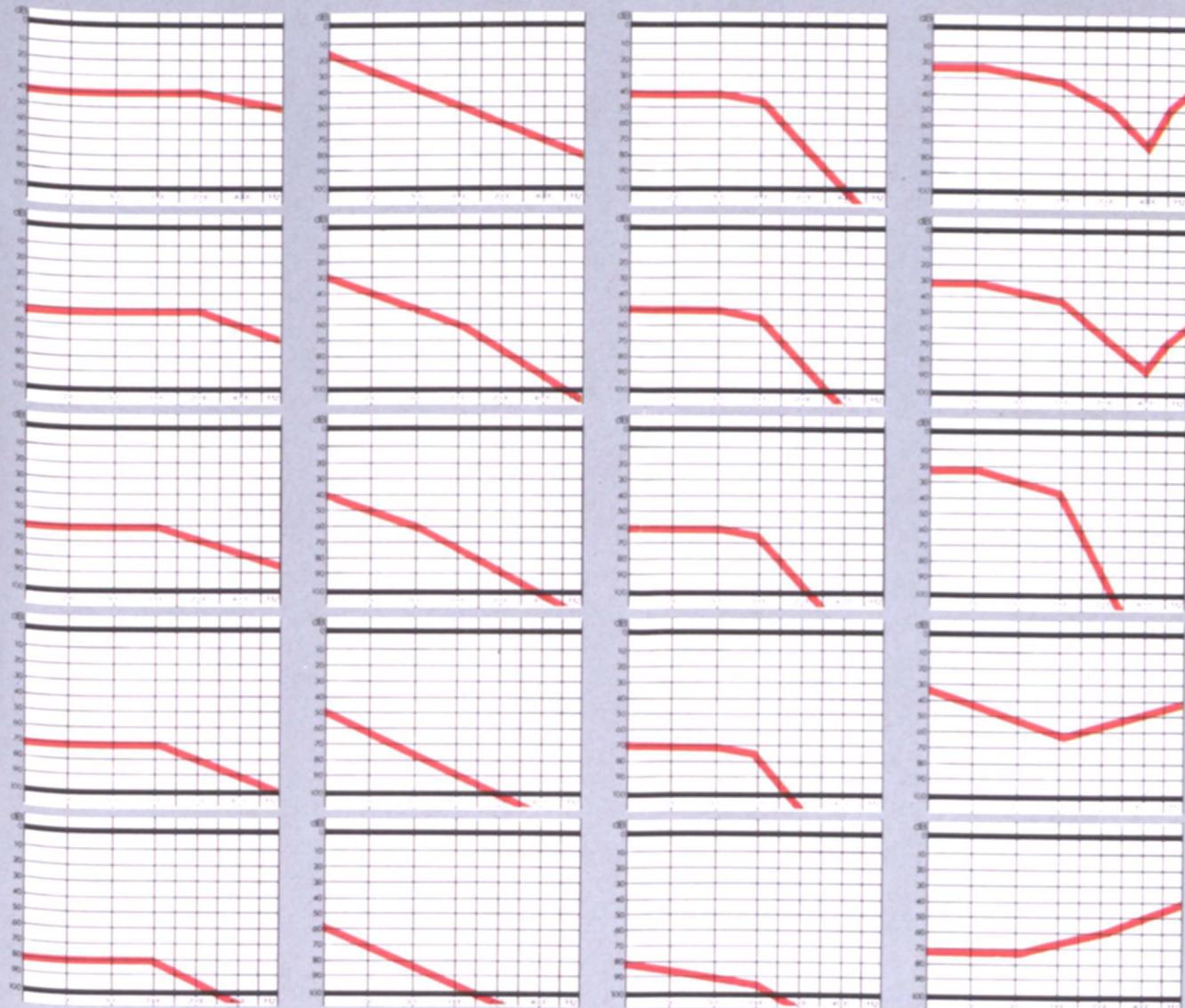
- Os trabalhos devem ser dactilografados a 2 espaços e não deverão exceder as 20 (vinte) páginas dactilografadas. Os trabalhos com maior número de páginas, poderão eventualmente ficar sujeitos a uma publicação repartida por várias revistas.
- Todos os trabalhos ficam obrigatoriamente sujeitos a serem acompanhados de resumos em português e inglês, os quais não devem exceder 200 palavras.
- Todos os trabalhos devem ainda ser acompanhados das palavras chave, sendo as mesmas indicadas em português e inglês.
- Condições a observar para a publicação de trabalhos:
  - a) Título, o qual não deve exceder os 80 caracteres.
  - b) Sub-título, o qual não deve exceder os 35 caracteres.
  - c) Nome dos autores. Devem constar os nomes completos dos autores, assim como dos colaboradores, respectivos graus académicos e ainda as instituições a que pertencem.
- Morada completa do autor, tendo em vista o envio das provas de texto, as quais deverão ser devolvidas à redacção no prazo máximo de 10 (dez) dias, depois de devidamente revisadas. A não observância deste prazo para revisão de provas por parte dos autores, implica na publicação do trabalho só com a revisão feita pelo corpo redactorial da Revista.
- Ao autor de cada trabalho, serão enviadas 10 (dez) separatas do respectivo trabalho.
- As normas da Bibliografia, ficam sujeitas ao que é normal (Ex. Smith, J. F. — Frontal Acute Sinusitis — Arch. Otolaryng. 70 : 45 - 48 (1978), ou seja, apelido do autor, respectivo nome próprio, título do artigo citado, nome da revista em que foi publicado e respectivos volumes, páginas e ano. Se se tratar de citação dum livro, consignar-se-á o nome do autor, o título do livro, o editor e o ano da edição).
- As ilustrações devem acompanhar os trabalhos, com obrigatoriedade do autor referenciar no texto o local da sua inserção (Ex. Fig 1; Fig 2; etc.), assim como o envio das respectivas legendas.
- As imagens devem ser a preto e branco. Fica-nos reservado o direito de debitar aos autores dos trabalhos a publicação de imagens a cores.
- As imagens para publicação, devem ser preferencialmente em película (negativos), slides ou radiografias originais. As reproduções perdem sempre qualidade e fidelidade.
- Quadros, tabelas, gráficos, etc., devem ser dactilografados em papel branco com os traçados a preto.
- Os trabalhos enviados para publicação, devem incluir o original e duas cópias, acompanhados de carta de pedido de publicação, endereçada à Comissão de Redacção da Revista.
- Comissão de Redacção: Dr. Gabão Veiga — Ordem dos Médicos  
Av. da Liberdade, 56 — 1200 Lisboa - Portugal





*Audiogramas de casos típicos de deficiências de audição em que se deve tentar uma correcção auditiva.*

*A prescrição para a utilização de uma audioprótese resultará da observação clínica prévia.*



CENTRO PORTUGUÊS DE AUDIOLÓGIA



A. MENDES OSÓRIO, LDA.

**Madsen**  
Electronics A/S

**oticon**

OTICON INTERNATIONAL A/S

**AUDIOMETRIA    AUDIOPRÓTESE**

Avenida António Augusto de Aguiar, 169-173 r/c e 183 - 1º Esq. 1000 LISBOA  
Consultas c/ marcação: Telefones 5333 13 - 57 45 38