

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR - Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
SECRETARIO INT.º - Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

CORPO DOCENTE - PROFESSORES ORDINARIOS

Anatomia descriptiva - Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia - Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial - Vaga
Farmacologia - Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Patologia geral - Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patologica - Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior
Bacteriologia e Parasitologia - Dr. Carlos Faria Moreira
Ramalhão
Higiene - Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
Medicina Legal - Dr. Manoel Lourenço Gomes
Anatomia topografica e Medicina operatoria - Vaga
Patologia cirurgica - Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica Cirurgica - Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia medica - Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica medica - Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapeutica geral - Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica Obstetrica - Vaga
Historia da Medicina e Deontologia Medica - Dr. Maximiano
Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifiligrafia - Dr. Luiz de Freitas Viegas
Psiquiatria - Dr. Antonio de Souza Magalhães Lemos
Pediatria - Dr. Antonio de Almeida Garrett.
Professor jubilado - Pedro Augusto Dias.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas
na dissertação (Art.º 15.º § 2.º do Regulamento priva-
tivo da Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro
de 1920).

PREFACIO

As pequenas e as grandes deformidades constituem dois capitulos apensos á pediatria.

Todo o policlinico deve saber conhecê-las e saber como devem ser tratadas porque embora se não proponha executar um caso de extrofia da bexiga ou a cura radical da hernia, tem pelo menos que aconselhar a familia a recorrer aos centros chirurgicos, em momento oportuno, indicar-lhe qual a gravidade em que a creança incorre e quais os beneficios que poderá colher de esta ou daquela intervenção.

Precisa mais o policlinico, e principalmente o policlinico da provincia onde a clinica pediatra vai alem de 50 % da total, saber distinguir de entre as deformidades que requerem um tratamento ~~exaxixix~~ de urgencia, as as que são facilmente trataveis.

Embora nas provincias se não possa ser cirur-

gião pois que para isso faltam todos os prediados que no meio hospitalar dos centros existem, pelo menos todos podem e devem executar a cirurgia durgencia reclamada pelas circunstancias, bem como a pequena cirurgia pela qual é desnecessario o deslocamento dos doentes.

É esta a razão de ser deste minusculo trabalho e apenas me occuparei das deformidades ~~XXXXX~~ ~~XXXXX~~ ~~XXXXX~~ ~~XXXXX~~ ~~XXXXX~~ que estão nestas condições, limitando-me ao aspecto clinico do assunto e aos processos de tratamento que se afiguram mais simples e de melhores resultados.

Antes de finalizar estas pequenas considerações quero manifestar o meu profundo reconhecimento ao illustre Professor Dr. Antonio de Almeida Garrett por se ter dignado honrar este meu trabalho presidindo á sua defesa.

LABIO LEPORINO SIMPLES

Chama-se labio leporino simples a uma fenda existente vertical existente no labio superior por baixo das narinas mas compreendendo só o proprio labio. Existe mais frequentemente á esquerda.

Os dois labios desta fenda tem o aspecto de labios normaes isto é: a mucosa vermelha revirada continua-se com a pele numa linha regular. Limitam os dois ~~xxxxxx~~ bordos uma linha em forma de V voltado.

Julgou-se a principio que se tratasse de perda de substancia para dar essa forma, mas, como o provou Louis, na ma simples afastamento das partes moles por contração do orbicular. Este afastamento aumenta com o riso, o choro, isto é, com todas as sensações que façam contrair os musculos orbiculares. Quando as fissuras vão até ás narinas existe muitas vezes uma prega mucosa que une os bordos á gengiva. A fissura labial pode ser bilateral. Esta ultima, labio leporino simples bilateral, é excepcional, porque quasi sempre a fenda é complexa. Ordinariamente

as fendas são simétricas.

O esqueleto é raramente normal, mesmo no labio leporino simples. Muitas vezes no labio externo há uma atrofia por retração e daí a existência duma saliência na face externa da gengiva designada pelo nome de promontório.

A implantação dos dentes é viciosa e faltam algumas vezes os incisivos. O labio leporino simples não tem em geral consequência funesta porque não evita a sucção e a criança facilmente é alimentada ao seio ou ao biberão, mas constitui uma deformidade estética das mais desgraciaosas.

Visto tratar-se de um simples afastamento e não da perda de substância no labio leporino simples, o tratamento a fazer é avivar os lábios da ferida, aproximá-los e suturá-los. Cortaremos a mucosa do vestibulo bucal entre o labio e a gengiva de modo a apanhar no corte a prega que existe entre o bordo alveolar e/ a fenda labial afim de evitar a retração que se produz na cicatrização da sutura dos dois bordos. Evitaremos a hemorragia que se forma e que pode ser perigosa pelo emprego do termocautério.

A sutura faz-se a pontos separados. Toca-se com álcool

a linha de sutura. Evitaremos que a criança leve as mãos á ferida.

Em que idade se pode fazer a sutura ? Variam as opiniões neste ponto. Uns optam pelos 30 dias após o nascimento, depois de verificarem que o peso da criança aumenta normalmente; outros e nestes Broca, operam desde os 3 meses, evitando a broncho-pneumonia muito grave nesta idade, por pensos alcoolizados.

Muitas vezes na extremidade inferior da sutura fica uma depressão proveniente da retração dos bordos. Evita-se pelo processo auto-plastico de Helaton, que consiste em fazer paralelamente ao bordo da solução de continuidade uma incisão com um bisturi fino. Puxa-se para baixo o retalho assim constituido e mantem-se nesta posição enquanto o cirurgião pratica a sutura. Resulta primeiro uma saliencia no bordo livre, que desaparece com o tempo.

FIMOSIS E FALSAS FIMOSIS

Dá-se o nome de fimosis á estreiteza do orifício prepucial.

Daqui resulta que o prepucio não pode passar para traz da glande. A fimosis pode ser mais ou menos completa, conforme na impossibilidade maior ou menor em tornar vizível o meato ou parte da glande. O prepucio pode ser maior, menor ou ter o comprimento normal. Pode manter adherencias ou não com a glande. O orifício prepucial pode não estar na mesma direcção do meato.

Desta deformidade resultam perturbações diversas: mechanicas e reflexas. São frequentes as perturbações da micção

A creança faz esforço para urinar mas o prepucio passando acima do meato deixa-se distender, forma uma especie de sacco e a urina sai gota a gota ou num delgado fio. O prepucio irritado pela urina que retém nesse sacco distendido pode dar origen a uma inflamação viva com edema, isto é, excelente meio de localisação de infecções externas que por propagação podem atingir os outros orgãos do aparelho urinario.

Das perturbações reflexas, sobressai a incontinencia de urina. Auctores na (L. A. Sayre) que attribuem á fimosis convulsões, crises gastralgicas, paralias e contraturas reflexas simulando a coxalgia ou os pés botos, strabismo, incontinencia fecal, etc. Segundo a opinião dos inglezes a manutenção da fimosis traz consigo a esterilidade por dificuldade da saída do esperma e predispõe ao cancro do prepucio.

Pode resultar que o prepucio num momento de esforço seja levado para traz da glande, estrangulando-a, não podendo passar adiante, isto é, que se forme uma parafimosis.

A par da fimosis verdadeira, deve apontar-se a falsa fimosis, que consiste na estreiteza do orificio prepucial, mas sem impossibilidade do descobrimento da glande, que se pode fazer, ainda com dificuldade. A falsa fimosis pode dar logar ás perturbações que não a correspondencia da fimosis verdadeira.

Todas as perturbações atraz referidas desaparecem com o tratamento radical que é a circuncisão. A principio começaram a tratar a fimosis por meio da dilatação mas notaram

que facilmente se dava a recidiva.

Foi posto este processo de parte, e reservou-se para a falsa fimosis um que dá os melhores resultados; faz-se com uma pinça que progressivamente se abre. A sua concisão consiste no seguinte:

Protege-se a glândula puxando para deante o prepucio/colocando transpendente uma pinça, e cortando dum só golpe todo o prepucio que ficou para deante. Desfazem-se as aderencias que possa haver entre o prepucio e a glândula. A pele retrae-se deixando um cone feito pela mucosa. Corta-se esta sobre a linha dorsomedial, limpa-se bem e sutura-se a mucosa á pele depois de ter cortado o freio. Renovaremos os pensos no momento das micções. Por vezes o meato inflama-se, exulcera-se e pode até retrair-se mas facilmente se trata por meio de dilatação com velinhas.

OCLUSÃO CONGENITA DA URETRA

Esta malformação é rara em fetos viáveis. Pode dar-se a oclusão pela existencia de uma ponte formada pela mucosa e que passa sobre o meato obliterando-o, um septo que oblitera o canal em qualquer ponto de preferencia na região bulbar ou ainda pela transformação em um cordão fibroso sobre uma grande parte do trajecto ou na totalidade da uretra. Quando ha retenção de urina, congenita, devemos examinar o meato, afim de ver se o obstaculo neste ponto é formado de uma delgada membrana facil de perfurar com um trocarto. Se o obstaculo á saída da urina não for neste ponto faremos a exploração da uretra por meio de uma velinha filiforme.

Se podermos ultrapassar o obstaculo com a velinha por ruptura da membrana deixa-la hemos ficar afin de manter o orificio aberto e substitui-la hemos nos dias seguintes.

Se o obstaculo oferece resistencia á perfuração pela vela e se ha retenção deixa de se tratar de uma deformidade

facilmente tratavel. É preciso intervir fazendo a cirurgia e como medida urgente fazer a punção vesical ou a cistostomia supra pubica. A creança sucumbe muitas vezes após a ruptura da bexiga.

MANIPULADO
699

ENCURTAMENTO DO FREIO DA

GLANDE

Esta pequena anomalia que a maior parte das vezes se não nota na primeira infancia é constituída pelo engrossamento e resistencia do freio que se incide proximo do meato. Nota-se principalmente no momento das erecções ou do coito que é doloroso e produz a torção da glande.

Trataromos por simples excisão á tesoura no momento da puberdade pois que não apresenta consequencias de gravidade e não é portanto operação de urgencia.

ADERENCIAS DOS PEQUENOS LABIOS

As malformações dos órgãos genitais femininos passam muitas vezes despercebidas até ao momento da puberdade. Assim as imperfurações do canal utero-vaginal e do hímen só são em geral reconhecidas nessa idade, pela retenção do sangue menstrual acima do obstáculo. Uma malformação vulgar e que é notada apoz o nascimento ou nos primeiros tempos de vida extra-uterina é a existencia de aderencias entre os pequenos labios sobre toda ou parte da sua extensão. Quando as aderencias se prolongam para deante produzem uma especie de barragem adiante do meato, o que faz espalhar o jacto da urina.

Passa-se aqui o mesmo que na fimosis. A urina estagnada xxxix irrita a mucosa entre as membranas e o hímen.

O tratamento aqui é desfazer as aderencias a bisturi ou a tesoura e afastá-las com os polegares e pensá-las duas ou três vezes por dia com um pouco de vaselina. Havendo recidiva procede-se da mesma maneira até que não volte a aparecer.

ECTOPIA TESTICULAR

Quando o testículo não existe nas bolsas dizemos que há ectopia testicular. Esta pode apresentar-se nos de duas formas: ou o testículo seguiu o trajecto normal e parou num ponto desse trajecto, ou seguiu um trajecto anormal.

Estudo clínico: Sempre que haja uma ectopia testicular, o outro testículo hipertrofia-se. A evolução genital e o desenvolvimento geral fazem-se normalmente.

A bolsa escrotal apresenta-se na ectopia testicular vazia pregueada ou atrofiada.

Não confundiremos o testículo ectopiado com o testículo oscilante que com a facilidade que sobe para o canal, desce depois da expressão com os dedos, para o escroto.

Quando na ectopia podemos localizar o testículo por meio da: inspecção que nos dá uma bosseladura; palpação - sensação de dureza e dor á pressão. A posição pode ser variavel pre-inguinal, no anel e no trajecto do canal mas nunca um testículo francamente abdominal.

Quando não aparece na virilha examinaremos as regiões

cruro-perineal e crural.

Precisamos estudar com cuidado o volume, consistência, mobilidade e tração e expressão do canal afin de ver se haverá concomitância com um hidrocele ou uma hernia.

Tratar-se há de uma ectopia verdadeira ou de um retardamento da migração? Nada de absoluto podemos dizer pois vemos-se crianças com ectopias até á puberdade e mais tempo e que após um esforço o testículo desce para ocupar o lugar normal.

Como complicações da ectopia teremos 1. dor, que se manifesta principalmente depois de esforços, jogos, ascensão brusca por contração do cremaster, arrepios; 2. torção, e predispõe á orchite e aos neoplasmas nos adultos.

Como trataremos um caso destes?

Visto a descida se fazer muitas vezes tardiamente, não operaremos e apenas auxiliaremos a descida por trações repetidas sobre o testículo. Tendo que operar, mas isto só depois da puberdade, a operação consistirá em descer o testículo para a bolsa e mante-lo ali.

HERNIAS

Posto que as hernias constituam uma deformidade da parede não desenvolverei este assunto nestas breves considerações por constituirem um capítulo especial especial que embora todo o políclinico precise conhecer pode mandar para um centro cirúrgico onde farão a cura radical.

Tentaremos no entanto fazer o tratamento que todos devem experimentar e que consiste em colocar uma funda ou melhor, visto que nas crianças é difícil mante-la em posição, uma bola de algodão mantida por tiras de dia-nylão.

IMPERFURAÇÃO DO ANUS

Todas as variedades de vícios de conformação do anus se podem agrupar em duas classes: 1.ª - Oclusão completa compreendendo a imperfuração ou a ausência de anus; 2.ª - oclusão incompleta (stenose ou desabocamento anormal do tubo ano-rectal). Os doentes atingidos de imperfuração dão a sintomatologia da oclusão intestinal com vomitos, fígado apinhado, anorexia, ventre abaulado e meteorizado. Os outros doentes em que oclusão não é total e em que o desenvolvimento é largo embora anormal não apresentam fenómenos de intoxicação intestinal e casos há de comunicação do recto com a vulva compatíveis com uma bela existência. (Um caso citado por Morgagni de uma mulher que viveu 100 anos com um anus vulvar e que a não perturbava nem na defecção, no coito, nem no parto.)

De todas as comunicações anormais a mais compatível com a saúde é a ano-vulvar. As aberturas na bexiga ou na uretra, predispoem a infecções e assim não é raro encontrar cistites e até pielonefrites em doentes anormais. Facilmente se oblitera o orifício de saída de fezes no homem e o

que neste a comunicação faz-se puctiformemente com a uretra ou bexiga. Dahi a maior gravidade no homem do que na mulher.

No estudo clinico desta anomalia ha a considerar algumas variedades que podem considerar-se pequenas ~~anormalidades~~ deformidades. A ausencia completa do orificio anal pode resultar da existencia de uma delgada membrana que deixa ver por transparencia a côr esverdeada do meconio e que bombeia sob a influencia dos gritos ou de esforços. Neste caso a lesão não tem gravidade, porque a operação a fazer é muito simples consistindo em incidir a bisturi entre duas pinças, a membrana.

Em outros casos o anus faz falta e a extremidade terminal do recto é separada da pele por um tecido mais ou menos consideravel. muitas vezes não existe anus mas a saída do meconio e mais tarde de materias fecais faz-se atravez de perfurações existentes anormalmente e que poem em comunicação, como já atraz refiro, a extremidade do intestino com os orgãos genito-urinaris. Em qualquer dos casos uma operação cirurgica, mais ou menos complexa, é necessaria. O caso de trata de uma ~~intestinação~~ ~~anormalidade~~

indispensável conhecer o que se deve fazer n'as destas circunstancias.

Quando na uma comunicação com o exterior a gravidade para a vida do doente diminua; contudo devemos operar sem demora e do seguinte modo: Incide-se o perineo na linha media desde a extremidade das bolsas até á ponta do coccyo cortando todos os tecidos, plano por plano. Inclina-se a incisão para tras afim de não ferir a bexiga. Deve-se manter uma sonda introduzida na uretra que nos vai servir de guia. Encontrada a ampola rectal e descolada das partes vizinhas atravessa-se com um fio com que fazemos a tracção para baixo. Incide-se a ampola e sutura-se a mucosa á pele.

Quando na comunicação com a bexiga ou uretra, a intervenção operatoria deve ser precoce devendo ser executada em dois tempos: abrir um anus, para mais tarde tratar do orificio anormal. Procede-se libertando os bordos e suturando separadamente o orificio intestinal e vesical por via abdominal enquanto que na uretra se faz por via perineal. Quando ha um orificio externo, localisa-se a ampola rectal por uma sonda introduzida no trajecto fistuloso.

POLIDACTILIA TRANSITORIA

A polidactilia representa um dos mais frequentes vícios de conformação dos dedos. Pode dar-se tanto nos membros superior como no inferior, mas no ponto de vista pratico é na mão que tem mais interesse. É caracterizada pela existencia de um numero maior de dedos do que o normal. Estes podem prolongar a serie normal e temos então mãos com 8,7, 10,12 e 14 (Hagenbach) , dedos regularmente conformados, com tendões, possuindo ou um metacarpiano proprio ou soldando-se ao metacarpiano do dedo normal vizinho. São para o portador uma serie de embaraços nos movimentos de apreensão. O excesso de numero é raro no bordo radial e excepcional nos dedos do meio.

Podem ser pouco desenvolvidos representando então simples apêndices digitais mais ou menos deformados, mais ou menos rudimentares. Encontram-se quer sobre o bordo cubital, quer sobre o bordo radial da mão. São moles, pedunculados tendo apenas no seu interior um nucleo osseo ou cartilaginoso e encontram-se com maior frequencia no bordo cubital principalmente no bordo da primeira falange do dedo

minimo. A esta deformidade chamou o Prof. Pires de Lima -
polidactilia transitoria.

Varia o tratamento com as diferentes formas da dactilia.

Tratando-se de dedos supranumerarios prolongando a serie
normal e regularmente conformados não embarçando o doente
devem ser respeitadas. No caso contrario devemos fazer a
ablação. Quando o dedo possui um esqueleto completo
desarticulamo-lo com cuidado na base para não deixar a epi-
fise proximal pois que cresce e forma nova saliencia. Deve-
se operar quando a criança já é vigorosa, isto é, aos 6
mezes em diante. Já não é pois uma operação de urgencia, e
se bem que não seja uma operação difficil pode o clinico
enviar o caso a um cirurgião.

Quando se trata, porém, de simples apendices molles li-
gados á mão por um delgado pediculo, a ablação não tem gra-
vidade alguma e pode ser feita nos primeiros dias que se-
guem o nascimento por uma simples ligadura ou selnor a ter-
mo-cauterio, intervenção pequena, ao alcance de todos.

SINDACTILIA SIMPLES

Designa-se por este nome a fusão de dois ou mais dedos sobre toda ou parte da sua extensão. Na duas formas de sindactilia congenita. Numa a sindactilia dá-se sobre as partes moles superficiais muitas vezes parcial e cujo tratamento consiste em dar um golpe sobre as superficiais fusiónadas e separá-las, suturando-as sobre cada dedo. Esta simples intervenção pode fazer nos primeiros dias após o nascimento.

Na outra a fusão é mais profunda e solda partes moles profundas. Nesse caso faremos as suturas em separado: num dos dedos deixamos um retalho palmar, no outro um retalho dorsal. Se mais de dois dedos estão soldados temos muitas vezes que sacrificar um deles, amputando-o com o fim de que os retalhos sirvam para couvrir os outros vizinhos. Esta operação far-se ha só depois dos 4 ou 5 anos, porque a criança nos primeiros meses parece particularmente exposta ao esfacelo dos dedos.

PÉS BOTOS

Pé boto é uma atitude permanente viciosa do pé sobre a perna de tal modo que o pé não assenta sobre o solo pelos 3 pontos de apoio normais. Segundo o sentido dos desvios temos quatro variedades de pés botos: Equino, varo, valgo e talo.

Podem produzir-se em qualquer altura da vida ou poder ser congénitos. Entre estes o mais frequente é o varo-equino que geralmente se apresenta pela seguinte forma: O pé aparece em adução forçada sobre a perna, a ponta voltada dentro e o bordo externo dirigido mais ou menos para deante e para baixo. O pé está enrolado á volta do seu bordo interno de modo que este bordo está elevado e dirigido para dentro. Existe uma prega cutanea no bordo interno correspondendo á articulação medio-tarsiana e coincidindo com o vertice do angulo que forma a ponta do pé com a parte posterior. A este pé varo junta-se um grau mais ou menos marcado o equinismo: o calcanner é levantado e desviado para dentro. O tendão d'Achilles é retraído e forma uma corda na parte posterior do calo.

Como as lesões de pé bico varo-equino congeni-
to se dão em quasi todos os tecidos do pé o stramento
deve ser tal que incida sobre esses tecidos. Realisa-se
por meio da massagem. Esta deve comprehender duas mano-
bras distintas: uma dirigindo-se ao varo; a outra ao
equinismo. Relativamente á primeira, fazemos, depois
de fixo o calcanhar com uma das mãos vamos imprimindo
á ponta do pé pequenos movimentos tendendo a leva-la pa-
ra fora do eixo da perna; estes movimentos são continua-
dos durante o tempo necessario para que a ponta do pé
fique no eixo da perna. Relativamente á segunda manobra
depois de fixa a perna por uma mão colocada na face an-
terior imprime-se ao pé um movimento de flexão fazendo-o
passar na articulação tibio-tarsica. Procederemos sem-
pre assim, reduzindo primeiro o varo e depois o equi-
no porque temos a vantagem de termos um ponto de apoio
fixo solido no tendão de Achilles retraído, da do portan-
to a immobilização do calcanhar. Depois de reduzido assim,
procedemos á immobilização por meio de ligaduras passa-
das á volta de talas de madeira, ou melhor ainda fazen-

do a imobilização com um aparelho gessado, que se manterá durante três semanas, após as quais imobilizaremos o pé com massagens e pequenos movimentos, a fim de evitar a anquilose.

Em que idade deveremos fazer este tratamento? Segundo a opinião de todos os pediatras deve-se fazer a seguir ao nascimento ou passados 8 a 10 dias, isto é, logo que a criança retome o seu peso normal. De qualquer dos modos trata-se de uma enfermidade que requer uma terapêutica imediata, sendo de reprovar a atitude de passividade que se toma perante uma criança com pés botas.

269

MANHÃ

CONCLUSÕES

1.ª - Todo o clinico deve saber tratar as deformidades congenitas que não requeiram dificeis intervenções cirurgicas;

2.ª - Comquanto a cirurgia seja na verdade uma especialização na profissão medica, todo o clinico deve saber operar as deformidades congenitas que exijam um tratamento cirurgico de urgencia;

3.ª - Estão nas condições acima indicadas a maior parte dos casos das seguintes deformidades: labio leporino simples, encurtamento do freio da lingua, fimosis, oclusão congenita da uretra, encurtamento do freio da glande, adherencias dos pequenos labios, ectopia testicular, imperfuragão do anus, polidactilia, sindactilia, pés botas;

4.ª - Dos metodos de tratamentos aconselhados para os casos de deformidades congenitas, o policlinico deve empregar os que, sendo mais simples, sejam eficazes;

5.ª - Parece que as deformidades citadas, apparecem pela seguinte ordem decrescente de frequencia; labio leporino, adherencias dos pequenos labios, fimosis, pés botas,

encurtamento do freio da glândula, sindactilia, polidactilia, imperfuração do ânus, imperfuração do meato.

CONSULTA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL GERAL
DE
SANTO ANTONIO

ESTATISTICA DE ENFERMIDADES CONGENITAS

LACIO IEPORINO SIMPLES

-----	-----	-----	-----	-----
Ano de 1917 :	1918 :	1919 :	1920 :	
193	325	589	330	
L.P. - 6 d.	L.P. - 2 a	M.M. - 2 m	R.S.P. - 2 m	
Cr. nasc. 2 d.	P.M.P. - 4 d	Cr. nasc. 2 d.	M.A. - 5 m	
	M.S. - 10 m		Cr. 4 d.	
Ano de INEM :	1921 :	1922 :	Total:	Percentagem
	500	418 (413)	3300	0,60 %
	D.O. 1 m	M.A.S. 7 a		
	O.P.P. 3 a	M.P. 1 m		
	R.S.P. 18 m	C. J. 25 d.	20	
	D.R.M. 18 m	A.C. 1 a.		
	J.S. 1 m	M.R. -		
-----	-----	-----	-----	-----

FIMOSIS

-----	-----	-----	-----	-----
Ano de 1919 :	1920 :	1921 :	1922 :	
A.P.S. - 3 m	F.D.B. - 4 m	P.O - 4 a.	M.A.S. - 7 a	
A.S.C. - 4 m		J.F.P. - 3 a.	M.P. - 1 m	
			C.J. - 25 d	
			A.C. - 1 a	
			M.R. -	
			Total:	Percentagens
			12	0,39 %
-----	-----	-----	-----	-----

IMPERFURACÃO DO MEATO

ANO de 1919	: 1920	:	Total:	Percentagem
Cr. m. 29	: Receim. 2 3 n	:	3	: 0,06 %

ADERENCIAS DOS PEQUENOS LABIOS

1917	:	1918	:	1919	:	1920	:
J.R. - 14 m	:	R.C.S. - 11 m	:	F.J.A. - 1 a	:	A.O. 6 m	:
A.S. - 13 m	:	N.C. - 10 m	:	L.M.C. - 16 m	:	A.F.S. - 9 m	:
A.C. - 12 m	:		:	R.C. - 1 a	:	R.P.M. - 7 m	:
K.C. - 13 m	:		:		:	M.A.P. - 8 m	:
1921	:	1922	:	Total	:	Percentagem	:
M.C. - 7 m	:	A.S. - 1 a	:		:		:
V.R. - 2 a	:	A.S.M. - 17 m	:	18	:	0,54 %	:
R.N.S. 5 a	:		:		:		:

IMPERFURACÃO DO ANUS

1920	:	1921	:	1922	:	Total:	Percentagem
Cr.m. - 28	:	Cr.m. - 4 d.	:	C.F.	:		:
	:		:	Fistula re-	:	3	: 0,098 %
	:		:	cto-vaginal	:		:

POLIDACTILIA

1917	:	1920	:	1921	:	Total	Percentagem
M.A. - 3 m	:	A.P. 2 m	:	L.J. - 7 a.	:	6	: 0,11 %
Cr.fem. 15 d.	:		:	J.F. - 3 a.	:		:
	:		:	A.J.P. 11 m	:		:

269

ENCURTAMENTO DO FREIO DA LINGUA

1918 : 1919 : 1921 : 1922

A.D.A.-8 m : O.A.-3 sem. : F.P.-10 a : H.A. -1 m
T.M. - 6 m : : S.A.-3 m : Cr. em 60 d

Total : Percentagem

7 : 0,21 %

HINDACTILIA

32

1917	1918	1919	1920	1921
M.A. 5 m.	A.P.G. 2 m.	M.H. 20 d.	M.J. 16 d.	F.G. 2 a
:	:	:	F.J. 1 m	:
:	:	:	Cr. m. 7 d:	:
Total	Percentage			
7	0,81 %			

PÉS VOTOS

1917	1918	1919	1921	1922
M.A.A. 1 m	F.C. 5 m	Cr. f. 13 d.	Cr. f. 24 h	F.M. 2 a
:	:	:	:	J.F. 10 m
:	:	:	:	J.G. 1 a
Total	Percentage			
7	0,81 %			

FIN

VISTO

PODE IMPRIMIR-SE

Alcides Garrett
Presidente

Lopes Martins
Director