

COIMBRA MÉDICA

ANO XI

JUNHO DE 1944

N.º 6

SUMÁRIO

| | Pág. |
|---|------|
| «DOIS DEDOS» DE CRIPTOGRAFIA — dr. Fernando de Almeida Ribeiro | 275 |
| OS AGENTES FÍSICOS NO TRATAMENTO DOS TUMORES — dr. Alexandre da Silva | 292 |
| ESTADO ACTUAL DA CRIPTORQUIDIA. OS CRIPTORQUIDIANOS ENTRE AS CRIANÇAS PORTUGUESAS — drs. A. César Anjo e A. Santos Veloso | 301 |
| SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES | XXV |

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elísio de Moura
— Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J.
Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Feliciano Gui-
marães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maxi-
mino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto —
Prof. Lúcio de Almeida — Prof. Augusto Vaz Serra —
Prof. António Meliço Silvestre

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Nunes da Costa
João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
José Correia de Oliveira

Luis Raposo
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão
Tristão Ilídio Ribeiro

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

| | |
|------------------------------------|--------|
| Continente e Ilhas — ano | 50\$00 |
| Colónias | 65\$00 |
| Estrangeiro | 75\$00 |
| Número avulso — cada | 10\$00 |

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Em resumo, las experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inibitório sobre as bacterias pathogenas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Cláudio Lequice



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal."
ANTI SEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NOROCCIDENTAL

Alcalinésia BISMÚTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, nevralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, rinitismo, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

Hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL"

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfínomania dentro de certos limites.

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÔ-SËRO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



«DOIS DEDOS» DE CRIPTOGRAFIA ⁽¹⁾

POR

FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO

*À saúdosa memória de Sérgio Ferreira
da Rocha Calisto*

SUMÁRIO

I

1. — Superdisfarce. 2. — Um concurso. 3. — Um elogio. 4. — Malidicência.
5. — Providência de ignorantes. 6. — Confissão. 7. — «*Quand l'amour meurt...*». 8. — O *mystério* em crise. 9. — Classificação. 10. — Transposição. 11. — Interversão. 12. — Métodos, sistemas e processos.
13. — Absoluto e relativo. 14. — «Dividir para reinar». 15. — Um pouco de estatística. 16. — «*Os seis mosqueteiros*». 17. — Hesitações.
18. — «*Souvent... lettre varie*». 19. — Largando da boia. 20. — Diagnóstico. 21. — Mais de vagar ou mais depressa... 22. — César, Augusto & C.^a 23. — Repertórios novos, dicionários de sempre.
24. — «*Quod abundat... nocet*». 25. — Santa ingenuidade... 26. — Um émulo de Cambronne. 27. — Cotas de nível. 28. — Gronsfeld. 29. — Porta.
30. — Vigenère. 31. — Um criptograma por interversão polialfabética.
32. — *Oito pontos*. 33. — Aplicando as regras... 34. — ...e as régua.
35. — Um rasgo de génio. 36. — *Thalassa! Thalassa!* 37. — Mudança automática. 38. — Criptogramas numéricos por dicionários e códigos.
39. — «Muito se engana quem cuida». 40. — Um criptograma por interversão numérica, regular, parcial, monoalfabética. 41. — Um criptograma esteganográfico. 42. — A eterna canção... 43. — ...e a eterna

(1) Conferência do VI Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em 9-6-1943.

cançoneta. 44. — E, agora, transposições. 45. — Panegírico do Q. 46. — Manobra das tiras. 47. — Transposição com chave. 48. — Grades... sem prisão. 49. — Tentativas vãs. 50. — ; Formar quadrado! 51. — ; *To be or no to be!* 52. — Arvorando as nossas côres. 53. — Dois compassos da «Maria da Fonte»... 54. — ...e um bom avanço. 55. — Esforços esparsos. 56. — Mais felizes do que Hamlet. 57. — Noutras freguesias... 58. — Precedência de côres. 59. — Aspectos panorâmicos. 60. — ; Eis a grade! 61. — Apesar da crítica... 62. — Recordação de Esparta. 63. — Adivinhação do pensamento.

II

APÊNDICE

64. — Palavras de uma letra. 65. — Palavras de duas letras. 66. — Palavras de três letras. 67. — Palavras mais freqüentes no discurso. 68. — Freqüência das palavras de uma, de duas e de três letras. 69. — Iniciais. 70. — Segundas letras. 71. — Penúltimas letras. 72. — Terminais. 73. — Bigramas mais freqüentes. 74. — Bigramas terminais. 75. — Letras dobradas ou repetidas seguidamente. 76. — Bigramas impossíveis ou improváveis, em palavras sem separação. 77. — Outros bigramas impossíveis ou improváveis em palavras isoladas. 78. — Volume de palavras por iniciais. 79. — Grupos dobrados. 80. — Palavra chave. 81. — Freqüência das letras em línguas estrangeiras. 82. — «Assim falou Z...» eferino! 83. — Bibliografia.

Meus Senhores:

1. — Como está dito e é bem sabido, a linguagem foi dada ao homem para ocultar o seu pensamento. Mas há quem queira disfarçar o próprio disfarce.

Por isso, além das palavras técnicas das profissões e dos modos convencionais de falar *inter-amicos*, apareceram as *gírias*, empregando quer vocábulos conhecidos, desviados do seu sentido normal ou modificados com interposições, terminações, deturpações *ad hoc*, quer termos de nova formação, uns e outros mais ou menos pinturescos e não raro de grande felicidade humorística.

Por isso, se descobriram e empregaram as chamadas *tintas simpáticas*, eventualmente simples líquidos orgânicos, dando escritas incolores que artificios apropriados revelam.

E, por isso, se recorreu na escrita, visível de aspecto mas oculta de significado, à representação das palavras normais por

outras convencionais ou, mais freqüentemente, por letras sem formação de sentido aparente, por algarismos, ou mesmo por sinais variados de outra espécie, dando lugar aos sistemas literais, numéricos ou esteganográficos, ou, eventualmente ainda, a sistemas mistos, de combinação de duas ou das três espécies de sinais da *criptografia*.

É óbvio que, na prática, a *gíria*, a *tinta simpática* e a *criptografia*, tôdas três, ou duas delas, podem ser associadas, complicando o disfarce. Mas é só da *criptografia* — etimologicamente, da escrita oculta — dos seus processos de cifragem e de decifração, que eu aqui me proponho dizer alguma coisa, tentando a paciência dos meus benévolos ouvintes, bem dignos de melhor sorte.

2. — Mas acudirá talvez uma pergunta. ¿A que propósito vem a *criptografia*, num Curso de Férias de Medicina?

Eu poderia responder com simplicidade — que a propósito, precisamente, de dar férias à Medicina. Mas, com ingenuidade, vou dar outra explicação.

Há mais de trinta anos, preparava-me eu para o concurso ao professorado da nossa Faculdade, em competência com Raposo de Magalhães, que hoje em Lisboa, em comissão, presta o serviço da sua previligiada inteligência e da sua comprovada competência no Instituto de Oncologia, e com o inolvidável Sérgio Calisto, levado pela morte tão cedo mas não sem ter tempo de mostrar que era um grande cirurgião e se empenhava em fazer bons cirurgiões dos seus discípulos. Apesar de êsse tempo ter sido duro para nós três, que fomos, durante anos, mais do que as vagas existentes, conservo dêle a recordação mais grata: ficou-me a saúde imorredoura da boa e leal camaradagem que tivemos...

3. — Ora, um dia, um amigo comum, referindo-se a umas palavras generosas que a meu respeito pronunciara, contou-me que o meu velho condiscipulo Sérgio Calisto abundara gentilmente, concordando em que, realmente, eu me dedicava, às vezes com algum êxito, ao estudo de assuntos muito interessantes, e principalmente até, notara, dos que não eram da Medicina.

Aproveitei o primeiro ensejo, que não tardou, para agradecer a êste último o seu amável elogio — ligeiramente *fúnebre*. E rimos os dois, de coração lavado. Sòmente, aconteceu que logo o tornei perplexo com o declarar-lhe que, para seguir o seu implícito conselho, me ia dedicar à Medicina Legal. Ficou a olhar, até que me expliquei.

4. — Eu não concordava, disse, com o crítico de mau humor que se lembrou um dia de comparar a Medicina Legal a uma espécie de trapeiro que andasse a apanhar a gancho cousas velhas e em mau estado às portas das Ciências e das Artes: Nem concordava com aquêles que, considerando-a sem terra própria, vagueante no mar infindo e capaz de fulminantes descidas em mal defendidas praias, a vêem desconfiadamente como a uma espécie de corsário ou de pirata sempre pronto a tomar, para proveito próprio, o que lhe convenha, dos navios ou das habitações alheias. Porque, na realidade, para altruístico serviço é que ela, a Medicina Legal, muito louvavelmente manifesta, na prática, ter a opinião que Victor Cousin formulou de que «a verdade é um bem de que devemos tomar conta onde quer que o encontremos».

5. — Mas, continuei, não podia eu deixar de reconhecer que, talvez por isso mesmo, era o campo da Medicina Legal, afinal, aquêles que melhor se prestaria para que um ignorante como eu se arriscasse uma vez ou outra a poder fazer uma relativa figura, falando aos juristas em coisas de Medicina, aos médicos em coisas de Direito, a uns e a outros de coisas que não fôsem nem de Medicina nem de Direito e, em geral, a cada espécie de ouvintes daquilo que êles menos bem e mais pela rama conhecessem.

Claro era, acrescentei ainda, que se poderia também dar o caso infeliz de os assuntos tratados serem dos hábitos profissionais ou dos cuidados mais chegados de alguns dos meus auditores. E então ficaria patente a insuficiência do orador. Mas, conclui resignadamente, seriam desastres no trabalho, dependentes dos riscos da profissão; nenhuma há que os não tenha; menos há-de ignorar a Medicina Legal a existência dêles, já que da Infortunística ela faz uma das suas secções de mor consideração.

Assim eu disse!

6. — E, agora, já transparece, na minha ingénua confissão, a pouco complicada traça, que nenhuma trapaça leva, ao querer tratar aqui da *criptografia*.

Com efeito: ¿que havia eu de dizer a ouvintes tão distintos e sabedores da Medicina? Uma coisa que Medicina não fôsse, mas que se pudesse dizer ser ainda Medicina Legal.

Ora a Medicina Legal tem as costas largas; e também pode nelas agüentar com a *Criptografia*, pois que esta, afinal, não interessa apenas aos serviços de comunicação e investigação da Diplomacia e da Guerra, da Política e da Administração; interessa também à Criminalística, para a decifração das correspondências secretas.

7. — E também já em tempo a *Criptografia* interessou ao Amor! Mas, sôbre isso, uma geração passou, com indiferença. Os diários de aprêço popular não mais têm nas suas últimas páginas, sob a abreviatura de uma data feliz ou sob o nome de uma flor, uma série de linhas sem aparente significado que só duas almas haviam de entender. Os anúncios amorosos são agora em texto claro e, se nem sempre são de uma limpidez absoluta, isso é apenas porque as palavras são em abreviatura, de uma só letra por vezes, pelo cuidado mesquinho de, com o Amor, se não fazerem despesas de maior. O anúncio amoroso clássico, e cifrado, foi uma moda que passou, tal como as do chapéu alto, da camisa branca, do colarinho engomado e a da deferência carinhosa para com as mulheres...

Tudo isso está no rol do que a geração actual com irreverente impiedade diz ser... «à Luis XV»! *Sic transit!*...

Já anos são passados, com efeito, depois que o ilustre Afrânio Peixoto (1), profético, assim falou:

«Foi soberano até agora, o Amor. Está, como os soberanos depostos, em caminho do exílio. Aí ficará, banal como tôdas as outras necessidades da espécie e do indivíduo...

(1) Afrânio Peixoto — *Sexologia Forense. Introdução à Sexologia*. 3.^a edição. Companhia Editora Nacional. S. Paulo. Rio de Janeiro. Recife. Porto-Alegre.

«Veiu da Idade Média, da Cavalaria, no século XII, o moderno prestígio feminino, e, com êle, êsse «eterno feminino», o prestígio obsedante do amor, até nossos dias. Os Russos já o declararam um sub-produto da sociedade capitalista... Êsse amor, está em crise, no seu crepúsculo...

«...o amor perde sua poesia... O amor retorna à modestia natural, cauto e conformado...»

Mas êste cauto, na intenção do autor, significa apenas que o amor, agora, já não quiere ter filhos. Talvez pudesse significar também que êle «tem mêdo de apanhar alguma doença». Mas não significa que o Amor queira ser discreto e oculto como nos tempos já volvidos...

8.— A evolução também nisto se deu: já não se aprecia o mistério. Não admira: êste, o próprio vocábulo, que outrora ostentava um ipsilão, desde que o perdeu, perdeu com êle a convicção de si mesmo e tornou-se muito menos misterioso!...

Hoje em dia, pois, assim banal e sem enleio de maior, é claro que o Amor não tem que fazer da *Criptografia*. Também, um anúncio cifrado, de amoroso, nos jornais é hoje mais raro do que um melro branco. E é pena: nas duas ou três aulas anuais em que eu falo aos meus alunos juristas, futuros diplomatas e criminalistas, de *Criptografia*, fazem-me falta textos dêsses para exercícios práticos de decifração; a experiência demonstra, com efeito, que os rapazes, apesar de tudo, se interessam muito mais por cifras que lhes palpitam dessa origem do que por aquelas em que êles supõem que eu lhes sirvo algum trecho dos Sermões do Padre António Vieira ou mesmo, em género de maior lirismo, do «Alma minha gentil que te partiste...».

* * *

9.— Como lembrei, um texto cifrado, ou seja um *criptograma*, pode conter em si o texto claro representado em letras, em algarismos, ou em outros sinais.

Se o texto é exclusivamente literal, pode dar-se o caso de cada letra conservar o seu próprio valor e de, então, o aspecto obscuro da escrita resultar tão somente de as letras estarem des-

Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfafiazol ou sulfadiazina.
Grande solubilidade na água:
Praticamente eliminadas as complicações renais.

Eliminação lenta:
Excreção urinária nas 24 horas: 50 a 80 %.

INDICAÇÕES:

Pneumococos, estreptococos, estafilococos, B. Friedlander e Welch, meningococos.
Máxima actividade e polivalência.
Perfeita tolerância.

DIAZINOL

WANDER

Tubo de 20 comprimidos

FABRICANTES

DR. A. WANDERS. A.

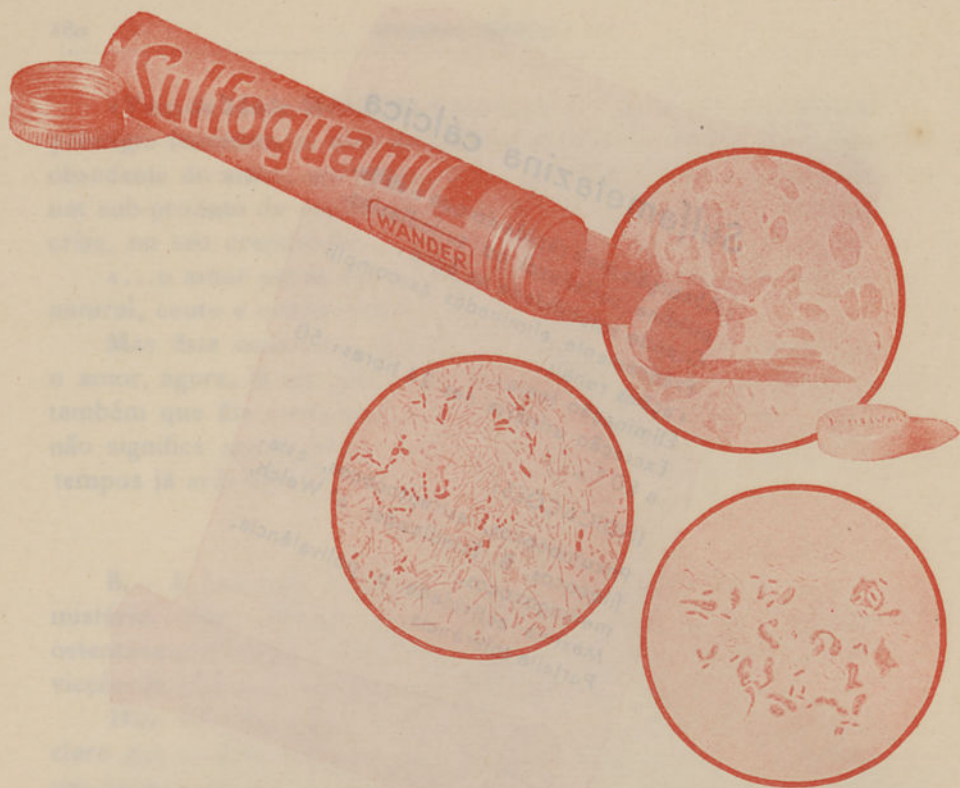
Berne • Suíça

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA

Sub-Agente em Coimbra: F. PINTO DOS SANTOS Rua Marins de Carvalho, 2-2.º



PENSO SULFAMIDADO DOS INTESTINOS

Com *Paro-amino-fenil-sulfamida Guanidina*

Indicações: desenteria bacteriana aguda, diarreias infantis, colites mucomembranosas, gastro-enterites epidémicas dos lactantes, preventivo para as operações do conduto gastro intestinal.

Adjuvante: no tratamento da febre tifoide, etc.

Tubos de 20 comprimidos

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correios, 41-2.º • LISBOA

locadas, *transpostas* dos seus lugares normais, isto é, de terem alterado, não o seu valor absoluto, mas apenas o seu valor relativo, de posição; neste caso, trata-se de uma cifra por *transposição*.

Mas, se o texto a decifrar é numérico, esteganográfico, ou, se, sendo literal, as suas letras ou algumas destas não conservam o seu valor do alfabeto normal, mas são *substituídas* por outras, *intervertidas* com estas, trata-se, então, de uma cifra por *substituição ou interversão*, com troca do valor absoluto das letras, ou até do valor absoluto das palavras, se não são letras apenas, mas sim os próprios vocábulos, que se trocam por outros.

Exemplifiquemos :

10. — O adolescente pede ao objecto dos seus cuidados que encontre na palavra *Roma* o segrêdo dos sentimentos seus, que lhe dedica. E a damizela, que aparentemente poderia gastar tempo a considerar, entre as vinte e quatro combinações realizáveis com quatro letras (1), outros anagramas possíveis — romã, ramo, roam, omar, oram, mora, armo — tem logo uma talentosa intuição e lê — *Amor*.

E, do mesmo golpe, ela descobre a regra da decifração para continuação da correspondência pelo método de *transposição* usada neste texto: leitura de diante para trás, o que constitui a infância da arte. (Mas mesmo que o não fôsse e se tratasse de tarefa mais difícil naturalmente seria também descoberta a cifra: porque já houve quem dissesse que, em negócios de amor e suas espertezas, às mulheres, mesmo às mais raparigas e ingénuas, de há muito o diabo reconheceu que não tem, para lhes oferecer, qualquer arte que lhes falte).

(1) Com duas letras são possíveis evidentemente apenas duas combinações; com três letras são possíveis $2 \times 3 = 6$ combinações; com quatro letras, $6 \times 4 = 24$ combinações; com cinco letras $24 \times 5 = 120$ combinações e assim por diante, de forma que, sabido quantas são as combinações possíveis para um dado número de letras, a quantidade de combinações, para um número de letras com mais uma unidade se obtém multiplicando este pelo número de combinações possíveis para o número de letras antes dêsse acréscimo. Para vinte letras diferentes, são possíveis 2.432.902.008.176.640.000 combinações.

De resto, nem sempre será uma regra retível de memória, mas um artifício irregular com substrato material — uma tira com ordenação convencional das letras, uma grade aberta na quadrícula de papel, por exemplo —, o que terá permitido a cifra-gem e levará o correspondente escolhido à decifração do texto literal transposto.

11. — Tomemos agora um exemplo de *interversão*.

Amor (apesar de ter sido desterrado da criptografia, continuemos, já agora, a prestar ao soberano deposto uma melancólica homenagem...), *Amor* pode muito bem ser representado por *d p r u*, pelo avanço regular e uniforme, para cada letra da palavra, de três casas no alfabeto — o que constitui o processo, ainda muito empregado, chamado de Júlio César, que não se sabe se o usou na correspondência com Cleopatra, mas que, segundo tôdas as probabilidades, o terá usado nas comunicações com os seus lugares tenentes nas Gálias⁽¹⁾.

1. — a m o r
2. — b n p s
3. — c o q t
4. — d p r u

Muitas outras regras, simples ou complicadas, ainda poderiam também ser aproveitadas. Mas, sem regra alguma, o texto claro pode ser passado a cifra representando-se cada letra daquele por outra letra, por um algarismo, ou por qualquer sinal, conforme o constante de uma lista em que a cada letra do alfabeto tenham sido postas arbitrárias equivalências combinadas.

Quere dizer: os processos criptográficos de *interversão* (como os de *transposição*) podem ser *regulares* ou *irregulares*.

Já se deixa compreender que os segundos, os *irregulares*, exigem a conservação de listas, ou acessórios nem sempre cómo-

(1) «Empregava, para cousas secretas, uma espécie de cifra que consiste em empregar sempre, em lugar da letra necessária, aquela que é a quarta depois, como D por A, e assim para as outras». *Suetónio*. — *História dos Doze Cesares*. *Júlio César*. — LVI.

SANEDRINE

Efedrina levogira

**TERAPEUTICA
ANTIALERGICA**

— **ASMA** —
**RINITES ESPASMÓDICAS
BRONQUITES CRÓNICAS
URTICÁRIA
PRURIDOS-ENXAQUECAS
DOS HEPATO-BILIARES**

**PREVENÇÃO DOS
ACIDENTES SERICOS
HIPOTENSÃO
POST-OPERATÓRIA
ASTÉNIAS
POST-INFECCIOSAS**
Comprimidos de 0 gr. 025

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE**

SPECIA

**MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21. RUE JEAN GOUJON - PARIS**

BOETTE
Z 840

CYREN-B

Composto sintético
com a acção biológica da
hormona folicular

usado com ótimos resultados nos casos de ginecologia, medicina interna e dermatologia em que até hoje apenas se praticava a terapêutica pela hormona folicular.

O diminuto preço do Cyren torna possível a sua aplicação em grande escala.

Comprimidos de Cyren B: frasco com 20 comp. de 0 mg. 10 de dipropionato de dietildioxistilbeno

Ampôlas de Cyren B: caixa com 5 amp. de 1 c. c. do soluto oleoso de 0 mg. 50 de dipropionato de dietildioxistilbeno

Comprimidos de Cyren B-forte: frasco com 20 comp. de 0 mg. 50 de dipropionato de dietildioxistilbeno

Ampôlas de Cyren B-forte: caixa com 5 amp. de 1 c. c. de soluto oleoso de 2 mg. 50 de dipropionato de dietildioxistilbeno

Pomada de Cyren: tubo com 20 gr.; um cordão de pomada expremido do tubo com 5 cm de comprimento corresponde approx. a 1 gr. de pomada com 1 mg. de dietildioxistilbeno



«Bayer»
LEVERKUSEN



Representantes:
BAYER, LIMITADA
Largo do Barão de Quintela 11-2º USBOA

dos de manter fora do alcance dos indiscretos e, que, uma vez apreendidos, descobrem o segrêdo da correspondência. Ao passo que para os primeiros, para os *regulares*, os acessórios ou são dispensáveis por completo, ou são fabricáveis de momento, de cada vez que se tornem necessários, ou ainda, se de conservação permanente, nada têm por si mesmos de tão característico que bastem para esclarecimento do assunto.

Considerando os textos por *interservação*, logo vemos que cada letra do discurso claro poderá ser, em todo e qualquer ponto do criptograma, representada sempre por um mesmo e único sinal — letra, número ou desenho — e, então, diremos que é *mono-alfabético* o processo. Mas, se dois ou mais sinais diferentes representam no criptograma, alternadamente, cada letra do claro intervertida, então teremos de nos bater com um criptograma *bi* ou *tri*, ou em geral *poli-alfabético*, de tantos alfabetos quantos são os sinais que correspondem a cada letra substituída no texto leal. E, conforme para tôdas as letras dêste a troca se tenha feito com outras letras ou sinais, ou, pelo contrário, algumas daquelas permaneçam imudadas, assim diremos que o texto criptográfico é de *interservação completa* ou de *interservação incompleta*.

Quanto aos textos obscuros por *transposição*, em que a mudança de uma letra implica, na relatividade do conjunto, o deslocamento de tôdas, é sempre *completa* a cifra e sempre *mono-alfabética* e *literal* por natureza própria, como vimos.

12.— É tempo agora de apresentar um quadro com uma tentativa de classificação dos métodos, sistemas e processos criptográficos, em que estejam já contidas as nossas aquisições e feitas referências aos pontos a tratar ulteriormente.

QUADRO N.º 1

| | | | |
|--|----------------|--|---|
| | | $\left\{ \begin{array}{l} a = d \\ b = e \\ \dots \\ z = c \end{array} \right.$ | |
| | | processo de Júlio César | |
| monofabéticos | regulares .. | <ul style="list-style-type: none"> » Augusto — a = b; b = c; ... z = aa Altbash — a = z; b = y; c = x... Albam — a = l; b = m... | |
| | irregulares | processo dos dicionários vulgares e repertórios convencionais | |
| polialfabéticos . | regulares .. | processo de Grönsfeld { chave numérica literal <ul style="list-style-type: none"> » Porta (quadro) » Vignere (quadro) » reguas de St. Cyr | |
| | irregulares... | mudanças automáticas, » » » incluindo os processos com utilização de aparelhos (Bazieres e outros) palavra chave | |
| sistemas literais .. | completos . | regulares .. | processo de Júlio César e semelhantes |
| | incompletos | irregulares | imitação dos processos completos regulares |
| sistemas numéricos . | completos | regulares .. | imitação dos processos completos regulares literais |
| | incompletos | irregulares | dicionários criptográficos (códigos) |
| sistemas estegano-gráficos .. | completos . | regulares — | processo dos livros vulgares de leitura |
| | incompletos | irregulares | palavra chave |
| sistemas mistos | completos . | regulares | processos dos Franco-Mações |
| | incompletos | irregulares | etc. |
| literais .. — completos. — monofabéticos | completos . | regulares | do ho, do zigue-zague, etc. |
| | incompletos | irregulares | |
| transposição (anagramas) | completos . | regulares . | simples { escrita invertida |
| | incompletos | irregulares | divisores (colunas de letras) |
| | | com chave { scytalas dos espartanos | |
| | | grãdes, vários aparelhos | |
| | | etc. | |

Metodos criptográficos

13. — Entre os processos indicados de *intersversão, literais, completos, mono-alfabéticos, regulares*, chamo de momento a atenção para o dos *dicionários vulgares e repertórios convencionais*; e, nos de *intersversão, numéricos, completos, mono-alfabéticos, regulares*, semelhantemente para o dos *dicionários ou códigos criptográficos*. Têm de particular êstes processos de intersversão que nêles se procede pela alteração do *valor absoluto* não das letras, como nos outros processos de intersversão, mas das próprias palavras.

Quanto aos processos de *transposição*, sempre se aproveita nêles, como se disse, a alteração do *valor relativo*, de posição, das letras, pois não bastaria a do *valor relativo* de posição das palavras, visto que o embrulhar simplesmente a ordem das palavras deixando cada uma destas integras não daria segurança apreciável.

É o que se põe em evidência na seguinte forma de organização do quadro de classificação:

QUADRO N.º 2

| | | | | | | | | |
|------------------------|--------------|----------------------|---------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|----------------|----------------|
| Métodos criptográficos | { | por alteração | { | das letras .. | { | processos literais... .. | de alfabetos . | } intersversão |
| | | do valor absoluto | | { | . numéricos... .. | . esteganográficos | | |
| | { | das palavras | { | processos literais..... | repertórios | } de ou | | |
| { | | . numéricos..... | } de | códigos | | | | |
| por alteração | | | | | | | | |
| do valor relativo — | das letras — | processos literais — | de anagrama — | <i>transposição</i> | | | | |

14. — Como os processos de intersversão e os de transposição têm forma de construção diversa e exigem diligências diferentes para sua decifração, logo se deixa compreender que o primeiro cuidado do criptógrafo em frente de um texto obscuro será o de classificar êste numa daquelas primordiais divisões. Se se trata de um texto numérico ou misto, logo êle se impõe, por sua própria natureza, como de intersversão; só para os textos literais é precisa a destrinça, aliás fácil desde que se tenha presente a freqüência das letras na escrita em português.

15. — Se algum dos meus ilustres ouvintes, à falta de ocupação mais meritória, se quiser dar à contagem de alguns milhares, digamos, de dez mil letras seguidas em prosa portuguesa e, nesse exército de letras, contar separadamente o número de vezes em que cada uma delas tem lugar, auguro-lhe que, como prémio dêsse interessante trabalho, haverá de poder construir um quadro de pernilagem muito semelhante àquêlê que agora peço licença para exhibir :

QUADRO N.º 3

| | | | | |
|---------|--------|--------|--------|-------------|
| a = 140 | r = 69 | u = 45 | g = 11 | x = 3 |
| e = 135 | d = 52 | c = 40 | q = 10 | z = 3 |
| o = 110 | m = 48 | p = 25 | f = 8 | j = 2 |
| s = 88 | n = 47 | l = 20 | h = 8 | k = 0 |
| i = 70 | t = 45 | v = 14 | b = 7 | y = 0 |
| 543 | + 261 | + 144 | + 44 | + 8 = 1.000 |

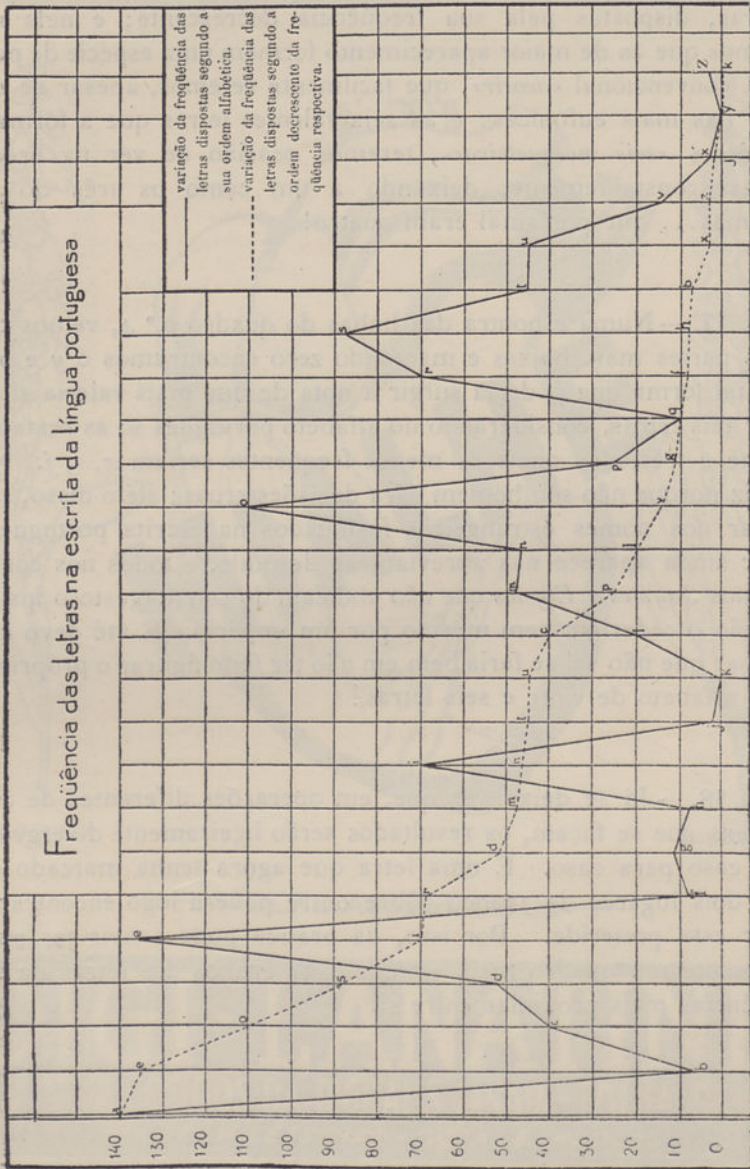
Pernilagem das letras no discurso português (1)

Com os elementos fornecidos pelas pernilagens achadas para as letras podemos desenhar os gráficos do quadro n.º 4.

A linha cheia indica, com os seus cumes e os seus vales, a sucessão das freqüências segundo a ordem natural do alfabeto no discurso da língua portuguesa. Os pontos mais altos da cordilheira são ocupados pelo *a* e pelo *e* com uma freqüência quasi igual (apenas ligeiramente maior para o primeiro) e vizinha dos 140 por mil, ou seja de cêrca de $1/7$ do total das letras, para cada uma daquelas duas.

(1) É de notar que a soma dos números correspondentes às freqüências das cinco vogais é, neste quadro, de 500, ou seja de metade do número total, 1.000, a que se faz referência, para o total das letras do alfabeto.

QUADRO N.º 4



16. — A linha pontuada do quadro marca a sucessão das letras, dispostas pela sua frequência decrescente; e nela nós vemos que as de maior aparecimento formam uma espécie de palavra convencional «*aeosir*», que facilmente retemos, apesar de não ser das mais eufónicas: e às seis valentes letras que a formam, a êsses «*seis mosqueteiros*», teremos ocasião de ver na brecha quási constantemente, deixando a um canto os três do pai Dumas... que por sinal eram quatro!

17. — Numa e noutra das linhas do quadro n.º 4, vemos que nas partes mais baixas e marcando zero encontramos o *y* e o *k*, de tal forma que poderia surgir a nota de que mais valeria eliminar tais letras, considerando no alfabeto português só as restantes vinte e três, das quais as menos frequentes seriam *x*, *z*, *j*. Não o fiz porque não sou homem para decisões cruas; além disso, sem falar nos nomes estrangeiros insinuados na escrita portuguesa, o *k* ainda aparece nas abreviaturas de quilo, e todos nós conhecemos *Jaymes* e *Elysios* que não abdicam do seu magestoso ipsilão e não o cederiam nem mesmo por um império. E até devo confessar que não sei se faria bem em não ter feito figurar o próprio *w*, em alfabeto de vinte e seis letras!

18. — Já se deixa ver que, em operações diferentes de contagens que se façam, os resultados serão ligeiramente divergentes de caso para caso. E uma letra que agora tenha marcado um ou dois lugares de avanço sôbre outra poderá logo encontrar-se por esta preterida. Por isso, na prática pode convir ter antes presente um quadro mais sintético, de grupos das letras de frequências mais próximas entre si.

DIGITALINE-MIALHE

GLICOSIDO DA DIGITALIS PURPUREA

SOLUTO MILÉSSIMAL - GOTAS E EMPOLAS



DIGITALIS PURPUREA

DIGITALIS LANATA

— STOCKS ASSEGURADOS —

DIGI-LANATINE

TODOS OS GLICOSIDOS DA DIGITALIS LANATA = FOLHA DE DIGITAL

SOLUTO MILÉSSIMAL - GOTAS E EMPOLAS

LABORATOIRES MIALHE

8, RUE FAVART

PARIS (2^e)

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E TODO O IMPÉRIO

F. A. CANOBBIO & C^A LTDA.

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 14-2

LISBOA

I
O
D
A
L
O
S
E

IODO FISIOLÓGICO
SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL

Substitui todas as preparações iodadas e iodetadas
SEM IODISMO

PARIS 1900
10 GRANDES PRÊMIOS
HORS CONCOURS

MILÃO 1906
DIPLOMA DE OURO

IODALOSE
GALBRUN

SOLUÇÃO TITULADA DE PEPTONIODE

Segundo a fórmula do DOUTOR

Preparada por Farmacêutico per
Rua Damas
Cinco centigramas
Vinte gotas ag

REPRESENTANTE
F. A.
Rua Damas

IODO FISIOLÓGICO
SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL

Substitui todas as preparações iodadas e iodetadas
SEM IODISMO

PARIS 1900
10 GRANDES PRÊMIOS
HORS CONCOURS

MILÃO 1906
DIPLOMA DE OURO

IODALOSE
GALBRUN

SOLUÇÃO TITULADA DE PEPTONIODE

Segundo a fórmula de E. GALBRUN
DOUTOR EM FARMÁCIA

Preparada por J. R. de AZEVEDO E CASTRO
Farmacêutico pela Escola de Lisboa (Reg. D. 9. 5. 17)

Laboratório NEMOSI
Rua Damas nº 144 - LISBOA

Cinco gotas desta Solução contém um centigramas de IODO combinado com o Peptoniode. Vinte gotas agem como 500 grama de iodeto alcalino

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL LHAS & C. Lda
F. A. CANOBBIO & C. Lda
Rua Camargo Monteiro, 142 LISBOA

STOKS ASSEGURADOS

G
A
L
B
R
U
N

Assim por exemplo:

QUADRO N.º 5

| | | | |
|---------|-------|-----------|------------------|
| a, e | | 140 a 135 | } por mil letras |
| o | | 110 | |
| s, i, r | | 88 a 69 | |
| d, m, n | } ... | 52 a 40 | |
| t, u, c | | | |
| p, l | | 25 a 20 | |
| v, g, q | } ... | 14 a 7 | |
| f, h, b | | | |
| x, z, j | | 3 a 2 | |
| k, y | | 0 | |

Bem entendido, repetindo: estas permilagens são calculadas para grandes quantidades de letras e apenas fornecem probabilidades e nunca certezas. E nada mais possível, tratando-se de textos claros de poucas palavras, do que acontecer que nêles não figure nenhuma das letras que nos nossos quadros têm lugar de honra ou elas apareçam em menor número do que outras habitualmente mais raras.

19. — E, agora, com as reservas feitas, já podemos meter o nosso frágil bote ao mar da criptografia. Assim os meus ouvintes queiram nêle ser levados!...

Vão conosco, como instrumentos e equipamento náutico: algumas listas de cálculos de freqüências de letras, e de grupos de letras⁽¹⁾, em português; um manual de criptografia que pode muito bem ser o de Langie⁽²⁾, pois é de agradável leitura; o Vocabulário Ortográfico da Academia das Ciências; duas régua, uma com um alfabeto, outra maior com dois alfabetos seguidos, com iguais espaçamentos entre as letras, tendo o primeiro alfabeto da régua maior, sob as suas letras, duas linhas de numeração, uma de 0 a 24, outra de 1 a 25; outras duas régua iguais em comprimento, uma numerada de 1 a 50, outra numerada de 51 a 100; papel

(1) Veja apêndice.

(2) Veja bibliografia.

quadriculado (1); uma ardósia também com quadricula; papel transparente para decalque; lápis de côres, bem afiados; um esquadro e uma régua graduada em centímetros e milímetros; fichas com letras isoladas, abundando mais as de maior freqüência normal. E, finalmente, como lastro, levamos alguns lotes de paciência.

;E ao mar!... Mas só ao mar enquanto manso; pois para mar alto e bravo não poderia eu servir de timoneiro; e só nos interessa e está ao nosso alcance a criptografia ligeira, de processos relativamente simples e freqüentemente ingénuos que felizmente é a usada em geral no campo criminal, onde os seus cultores, por via de regra, não têm possibilidade, nem idéia de recurso a processos de grandes complicações como os que usam os diplomatas e os Estados-Maiores e seus auxiliares. São pois as nossas intenções muito modestas, e em harmonia com a modéstia dos nossos recursos.

20.— Se vemos um texto matizado de *kk* ou de *yy*; se nêles são relativamente numerosos os *jj*, *xx*, *zz*, ou ainda os *bb*, *ff*, *hh*, *qq*, *gg*, *vv* ou outros habitantes dos vales profundos da nossa paisagem alpestre; se, porventura, algum dêles predomina entre todos os do quadro, já sabemos que se trata de um *texto intervertido*, em que as letras do claro foram trocadas por outras antes de aparecerem no criptograma. Se se dá o contrário, se a letra *a* e a letra *e* conservam o seu domínio a ponto de, ao dividirmos o total das letras do texto por 7, termos em quociente um número aproximado ao de qualquer dessas duas letras nos nossos quadros, e se a soma das vogais anda por cêrca de 50% do total das letras, está claro que o texto cifrado o foi por simples deslocamento das letras do seu lugar normal; é um criptograma por *transposição*.

21.— Suponhamos o primeiro caso — o da *interversão*, literal por exemplo. Por haver troca de letras, não tem cada uma delas

(1) O papel quadriculado, que permite a fácil disposição das letras, números ou sinais não só em linhas mas também em colunas, é o que deve ser sistematicamente usado nas operações de cifragem e decifração criptográficas.

no criptograma a sua freqüência normal, mas sim aquela que pertence à letra que foi substituir.

Se a cifra é mono-alfabética, isto é se cada letra do claro é sempre representada no texto obscuro por outra determinada letra (ou por si própria, se permanece não mudada na intervenção incompleta), é claro que esta letra criptográfica aparecerá revestida da freqüência respectiva da substituída. E, pela contagem, num texto cifrado suficientemente longo, da totalidade das letras e de cada uma das espécies destas, obteremos uma linha quebrada de freqüências diversas, semelhante em desníveis àquela que nos oferece a das freqüências normais das letras, com a diferença apenas de diferirem as titulares de cada altura. E haverá sempre a possibilidade de, por tentativas de equivalências, se encetar, e acelerar depois rapidamente, a decifração.

Mas por vezes, se se pensa em que se trata de um processo regular de cifra e se acerta com êle, a tarefa é extremamente facilitada.

(Continua).

SERVIÇOS DE PATOLOGIA CIRÚRGICA

Director: Prof. Luís Raposo

Os agentes físicos no tratamento dos tumores

POR

ALEXANDRE DA SILVA

ASSISTENTE DA FACULDADE DE MEDICINA

(Continuado da pág. 273, vol. XI, n.º 5)

Noções sôbre o tratamento dos principais tumores

Tumores benignos da pele — Verrugas, naevus, queloides, molluscum pendulum, vegetações, etc., são vantajosamente tratados pelos raios X, rádio e diatermo-coagulação. A escolha do agente terapêutico depende de cada caso particular, levando-se em linha de conta que para a electro-coagulação se deve fazer anestesia, que pode ser local.

Os angiomas e linfangiomas podem tratar-se com aplicações de raios X, rádio ou electrocoagulação, sendo esta última terapêutica de efeito mais rápido mas com o inconveniente de deixar cicatriz, devendo, por êste motivo, preferir-se o rádio sempre que se trate de angiomas das superficies expostas.

Tumores malignos da pele — O epitelíoma baso-celular é o mais freqüente e aparece bastante na face podendo igualmente localizar-se em qualquer território cutâneo, sendo raro nas mucosas. A sua evolução é, em regra, lenta, as metastases são raras e é bastante rádio-sensível.

— O epitelíoma espino celular apresenta geralmente uma malignidade um pouco mais acentuada que o baso-celular e como êle localiza-se na superficie cutânea, com predilecção especial pela mucosa dos lábios, lingua e pavimento bucal.

Dá com mais freqüência, adenopatia e tem tendência para invadir as camadas profundas e evoluir rapidamente. Êstes epitelíomas, embora curem com as radiações, são mais resistentes que os baso-celulares, necessitando de uma maior dosagem terapêutica.

Há formas mistas de epitelíomas, denominados intermediários, em que aparecem elementos dos dois tipos anteriores, sendo a sua malignidade mais acentuada.

Sôbre a escolha do tratamento citaremos a opinião de Belot e Aimard: «actualmente pode certificar-se que os epitelíomas cutâneos, limitados à pele, curam pelos raios X ou pelo rádio, numa tal proporção, que podemos afirmar terem os meios físicos destronado completamente os antigos

processos». Regand vai mais longe, afirmando que a curieterapia cura carcinomas que jamais a melhor cirurgia poderia atingir, com a vantagem de mutilar menos.

Quando se trate de epitelomas infectados, é indispensável proceder à sua desinfecção como preparação para o tratamento das radiações.

Como norma de tratamento, o epiteloma cutâneo deverá receber, num tempo curto, a dose de radiações necessárias para destruição das células neoplásicas.

As radiações serão pouco penetrantes quando se trate de lesões superficiais, e penetrantes filtradas, se a lesão apresenta certa espessura. O fim em vista é fazer absorver a todos os elementos cancerosos a dose de raios necessária para a sua destruição.

Esta dose é inferior àquela que podem tolerar os elementos normais da vizinhança.

A dose total varia entre 3.500 a 5.500 r e é aplicada em sessões diárias de 405 r com filtros de 0,5 a 1 milímetro de cobre à distância focal de 0,4 a 0,50 cm.

Este esquema, como é natural, está sujeito a variações conforme o tipo de epiteloma e a sua invasão local.

Sob a acção dos raios X o tumor começa a regressar e a cicatrização obtém-se sem retracção nem dor viva.

Depois do Congresso Internacional de Radiologia (1931) deu-se preferência ao método das radiações após limpeza cirúrgica do tecido carcinomatoso exuberante ou necrosado, por meio de raspagem ou electroexérese.

Deste modo há economia de tempo e menor dispêndio de radiações, não sendo o organismo sobrecarregado com a reabsorção da totalidade dos produtos neoplásicos destruídos.

Alia-se, com esta técnica, a electrocirurgia às radiações (raio X e rádio), aproveitando as suas vantagens com o mínimo de prejuízo para o organismo.

Este método é hoje seguido em quasi todas as Clínicas anti-cancerosas incluindo o Instituto Português de Oncologia.

A curieterapia, do mesmo modo que a radioterapia, pode só por si curar os neoplasmas da pele preferindo-se em regra, actualmente, fazer a sua electroexérese e depois a aplicação de rádio.

Em lesões superficiais empregam-se tubos de rádio ou a sua emanacção na dose média de 1 a 2 milicuries destruídos, por centímetro quadrado.

Em tumores espessos recorre-se à curiepuntura empregando agulhas de 2 miligramas de Ra. que se introduzem na massa tumoral e à sua periferia de modo a assegurar uma irradiação o mais homogênea possível na dose de 1 milicurie por centímetro cúbico.

— Os naevo-carcinomas da pele merecem uma descrição especial pela gravidade que apresentam.

São tumores malignos pigmentados que em regra têm origem em naevus, salientes ou planos, por transformações progressivas, a maior parte das vezes favorecidas por irritações e cauterizações.

O saevo-carcinoma pode atingir a criança, o adolescente e o velho.

O naevus benigno da face ou de outra região, pode cancerizar, o que se manifesta, inicialmente, por aumento de volume, com rubor e sensibilidade acentuada, ulcerando-se pouco depois, mostrando a presença de pigmento melânico.

Os gânglios são precocemente tomados, os tumores secundários não demoram e as metástases viscerais estabelecem-se rapidamente.

Em presença de um poder de generalização desta natureza o prognóstico de tais tumores, é sempre muito grave.

A cirurgia, o raio X e o rádio, são contra-indicados como métodos de tratamento.

Um destes tumores extirpados cirurgicamente é quasi sempre seguido de generalização.

A diatermo-coagulação é o único tratamento aconselhável, seguido de aplicações de raios X no caso de haver gânglios tomados, embora sejam pouco sensíveis.

— Os sarcomas da pele aparecem em regra dos 40 aos 60 anos, iniciando-se sob a forma de nódulos difusos acompanhados de edema duro. Localizam-se de preferência nas extremidades dos membros, são múltiplos e algumas vezes dispõem-se em simetria, têm volume de grãos de milho e a sua coloração é vermelho escura; apresentam grande tendência para a generalização, arrastando rapidamente para a morte.

A radioterapia está indicada nestes tumores.

Cancro do pulmão — Hoje de diagnose mais fácil em virtude dos modernos processos radiológicos (quimografia) a sua frequência representa actualmente 5 a 10% da totalidade dos cancros.

A cirurgia só pode intervir no cancro circunscrito sem adenopatia hilar e sem rebate pleural e, mesmo nestes casos, os resultados são pouco seguros.

Resta a acção das radiações e devemos acentuar que, no estado actual da ciência, esta terapêutica é mais paliativa do que realmente curativa, mas é legítimo e vantajoso o seu emprêgo em grande número de casos.

Nas formas adiantadas, muito extensas, com invasão acentuada dos territórios ganglionares, é preferível a abstenção, embora alguns autores aconselhem a teleröntgenterapia, mas a anemia que lhe sucede, parece ser mais prejudicial do que o beneficio colhido pelas radiações.

Por princípio devemos evitar sempre a radioterapia em doentes com acentuado mau estado geral e sempre que a fórmula sangüinea revele uma anemia abaixo de dois milhões de glóbulos vermelhos.

Sarcomas — Os sarcomas como neoplasmas do tecido conjuntivo podem aparecer em qualquer ponto do organismo, em todos os órgãos e em todos os sistemas.

Geralmente têm uma grande tendência a difundir, localmente e a distância; a sua generalização faz-se por via sangüinea nos fibrosarcomas e por via sangüinea e linfática nos linfo e retículo-sarcomas. São tumores

com grande tendência para a recidiva e para a formação de metástases.

Indicações terapêuticas — Nos fibro-sarcomas está indicada a intervenção cirúrgica embora as estatísticas dos melhores cirurgiões não sejam brilhantes:

Hintze apresenta 12,1 % de mortalidade operatória, Kaitlner 6,5 % de mortalidade e 30 % de recidivas no primeiro ano. Seyerbing tem 54 % de recidivas no primeiro ano.

Forsell melhora estes resultados com o emprêgo do bisturi diatérmico que diminui o risco de disseminação celular durante o acto operatório.

Os fibrosarcomas são pouco radiosensíveis, motivo pelo qual a terapêutica das radiações é mais paleativa do que curativa.

Está indicado depois das operação aplicar raios X, para evitar recidivas ou reter metástases, o que melhora bastante o prognóstico.

A estatística de Hintze nos sarcomas dos membros dá:

| | |
|--|---------------|
| Tratamento cirúrgico seguido de roentgen.. | 39 % de curas |
| » » exclusivamente . . . | 33 » » » |
| » exclusivamente de raios X . . . | 25 » » » |

Os sarcomas dos órgãos hemolinfopoiéticos são rádio-sensíveis, deduzindo-se desta propriedade a vantagem das radiações sobre a cirurgia.

A curieterapia está indicada em sarcomas superficiais acessíveis como no linfosarcoma da amígdala.

Nos tumores profundos a röntgenterapia está mais indicada pelo seu poder de maior penetração, salvo quando se dispõe de aparelhos potentes de telecurieterapia.

Carcinoma da mucosa bucal — Está indicado o tratamento pelo rádio sempre que seja possível, quer em aplicação de superfície quer por curiépuntura.

Pode, também, recorrer-se à electrocirurgia.

Cancro do esófago — A intervenção cirúrgica está indicada mas a dificuldade da sua execução dá uma grande percentagem de mortalidade e poucos casos de cura a distância.

A curiépuntura intra-esofágica associada à röntgenterapia dá resultados interessantes, fazendo-se de antemão uma gastrostomia.

Cancro da língua e do lábio inferior — Apresenta uma particular gravidade em virtude da rapidez de invasão local e regional motivada pela grande riqueza de vasos linfáticos e grupos ganglionares.

A orientação terapêutica é variável conforme os centros oncológicos, preferindo uns empregar a curieterapia na lesão inicial seguida de intervenção cirúrgica ganglionar e aplicação de raios X, caso a análise histológica mostre os gânglios tomados; outros oncologistas preferem a extirpação total ou parcial do tumor por electrodiérese seguida de

aplicação local de rádio e esvaziamento ganglionar com ou sem röntgenterapia.

Moure foi defensor da cirurgia do cancro da língua apresentando a sua estatística à Sociedade de Cirurgia (Paris 1932) para verificar mais tarde com Menegaux que a curieterapia era preferível, à excepção dos casos recentes do bordo livre da língua.

Cancro do estômago e do intestino — Os cancros do estômago e intestinos são em regra epiteliomas de evolução relativamente lenta e, durante bastante tempo, local.

Os sarcomas são excepcionais.

O tratamento é principalmente cirúrgico.

A profundidade destas vísceras e a diminuta radiosensibilidade destes tumores torna pouco eficaz a terapêutica das radiações. Pode, no entanto, a radioterapia tornar-se valioso auxiliar da cirurgia, como adjuvante e ainda como tratamento paleativo nos casos inoperáveis.

A técnica da röntgenterapia, nestes casos, é de aplicação difícil pelo inconveniente que pode existir de lesar outros órgãos da cavidade abdominal.

Finsterer preconizou a exteriorização do estômago para melhor sujeitar o tumor às radiações mas este método encontra-se hoje abandonado por expor o doente a um choque grave.

Tumores benignos na bexiga — Os urologistas empregam a electrocoagulação e a electrodiérese por via citoscópica no tratamento dos tumores benignos, que tem a vantagem de não necessitar de anestesia geral nem sujeitar o doente às complicações duma intervenção por via abdominal.

Cancro da bexiga — Este tumor é relativamente freqüente, tanto no homem como na mulher, sob a forma histológica de epitelioma e, raras vezes, sarcoma.

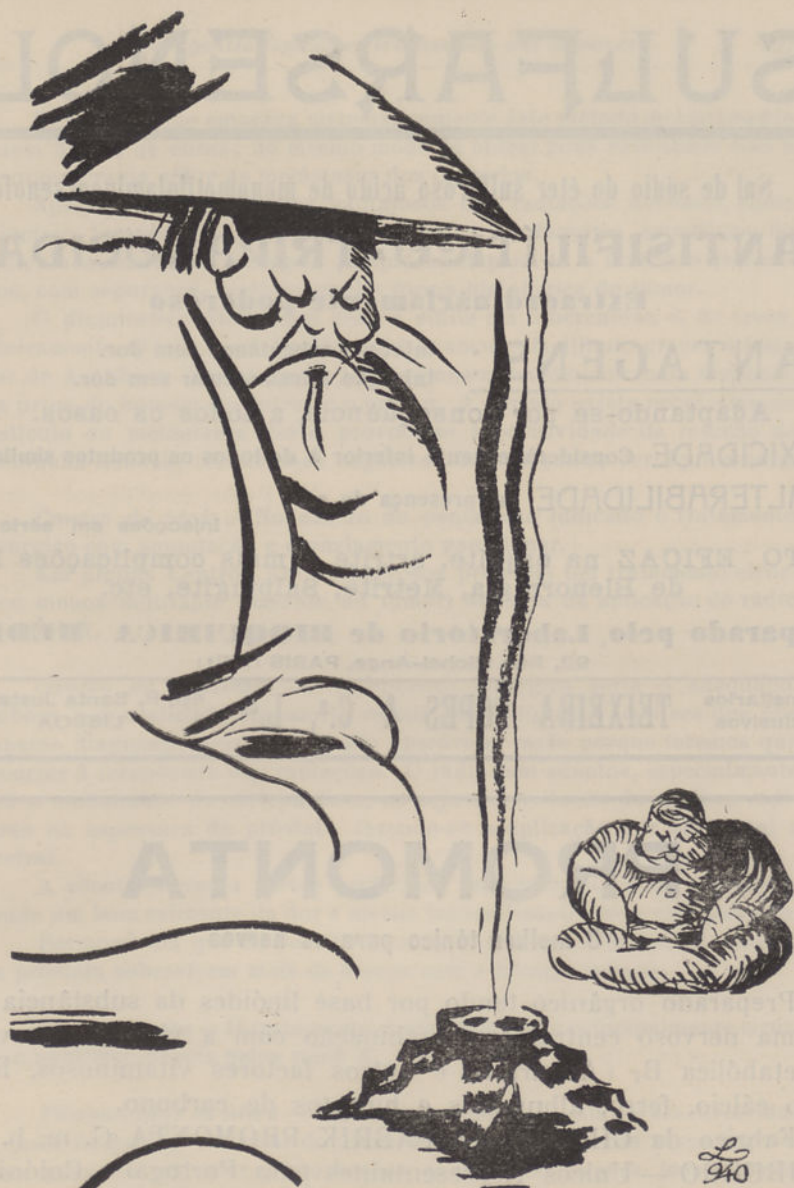
O tratamento cirúrgico com exérese total ou parcial da bexiga, não tem dado os resultados que se esperavam, sendo bastante elevada a mortalidade operatória.

Os urologistas americanos têm obtido bons resultados com a electrocoagulação seguida da aplicação de rádio.

Cancro do testículo — Os cancros do testículo são, sob o ponto de vista anátomo-patológico, de espécies muito diversas. Nenhum órgão como este apresenta uma tão grande variante, enquanto ao tipo do tumor e à sua radiosensibilidade. Uns, os seminomas, apresentam grande sensibilidade para as radiações, enquanto outros, como os epiteliomas canaliculares, são refractários às radiações no grau mais elevado.

Os seminomas do testículo devido à sua radiosensibilidade são vantajosamente tratados pela röntgenterapia.

Barringer apresentou em 115 casos inoperáveis, 44 curas ao fim de 5 anos à custa da röntgenterapia.



felizes dos que puderam
recolher-se em si próprios
porque só esses entenderam
a linguagem do filósofo.

Calmo-Lab

Sedativo do sistema nervoso

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS : Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^o)

Depositarlos
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^a
LISBOA

PROMONTA

O melhor tónico para os nervos

Preparado orgânico tendo por base lipóides da substância do sistema nervoso central em combinação com a vitamina nervina e metabólica B₁ (Aneurina) e outros factores vitamínicos, bem como cálcio, ferro, albuminas e hidratos de carbono.

Fabrico da CHEMISCHE FABRIK PROMONTA G. m. b. H. HAMBURGO — Unicos Representantes para Portugal e Colónias:

HERMANN BIENER L.^{da}

COIMBRA

EMBALAGENS DE ORIGEM

EM PÓ

Caixas de 100 e 250 grs.

EM PASTILHAS

Caixas com 54 pastilhas de 2 grs.

Aos mesmos preços de antes da guerra

Fergusson que emprega sistematicamente este método de tratamento obtém 32,6% de curas; do mesmo modo se obtém bons resultados com a röntgenterapia sobre as metástases dos operados.

Apezar destes resultados vantajosos das radiações devemos, como princípio terapêutico, preconizar em todos os tumores primitivos do testículo a castração cirúrgica porque só depois de a fazermos poderemos, com segurança, verificar qual a forma histológica do tumor.

O diagnóstico diferencial com a sífilis e a tuberculose, è, às vezes, clinicamente difficil, encontrando-se ultimamente facilitado graças à reacção de Aschheim-Zondek que é positiva nos casos de cancro do testiculo. Na urina do homem encontra-se o prolan. A quando existe neoplasma do testículo ou metástases deste, provoca-se a positividade da reacção de Aschheim-Zondek, tornando-se negativa uma vez que se verifique a cura.

Cancro do pénis — No cancro do pénis está indicado o tratamento cirúrgico com amputação e esvaziamento ganglionar.

Em alguns Centros Anti-Cancerosos preferem um tratamento cirúrgico menos mutilante (exérese do tumor) seguida da applicação de rádio ou raios X.

Cancro da próstata — O tratamento cirúrgico seria o adequado, embora a mortalidade operatória regule por 60%, mas acontece que nos cancros diagnosticáveis só 5% são operáveis, razão porque teremos que recorrer à terapêutica das radiações. O rádio tem adeptos, especialmente sob a modalidade de curiepuntura, ou seja a introdução de agulhas radíferas na espessura da próstata, fazendo-se a applicação por via rectal e uretral.

A röntgenterapia parece preferível, especialmente como paleativo, sendo um bom calmante da dor e menos traumatizante que a curiepuntura.

Bermond diz que 50 por 100 dos doentes que tem tratado de cancro da próstata sobrevivem mais de 3 anos com a röntgenterapia.

Cancro do rim — O tratamento destes tumores é principalmente cirúrgico auxiliado depois pelos raios X.

Fibromiomas do útero — São tumores fibro-musculares desenvolvidos à custa da parede muscular do útero, são benignos e raras vezes degeneram, podendo provocar perturbações e accidentes graves (compressão, hemorragia, etc.) que levam à morte.

O tratamento cirúrgico está indicado podendo conservar-se o útero (miomectomia) ou fazer a sua extracção (histerectomia).

Nos casos em que está contra-indicada a intervenção ou se temem os seus inconvenientes pela mortalidade, que vai de 4 a 7%, e pela sua morbidade, recorre-se à röntgenterapia que dá a cura dos fibromas sem mortalidade e em tratamento ambulatório. Tem o inconveniente de actuar não só sobre o útero como ainda sobre os ovários perturbando a sua função.

O rádio em aplicação intra-uterina não prejudica a fisiologia ovárica mas só dá resultado nos fibromiomas sub-mucosos e alguns intersticiais.

Cancro do colo do útero — O cancro do colo uterino é o mais freqüente dos cancros do aparelho genital da mulher.

Quando o tumor atinge só o colo sem invadir os paramétrios (tipo I) pode tentar-se a intervenção cirúrgica mas sempre uma intervenção larga (Wertheim extensa).

Esta operação mesmo na mão dos melhores cirurgiões dá uma mortalidade elevada e uma cura duvidosa, razão porque hoje muitos cirurgiões preferem o tratamento pelo rádio que não apresenta perigo e fornece maior número de curas.

Se as opiniões se dividem enquanto a indicação terapêutica do carcinoma tipo I e II, a cirurgia estabelece ali as suas barreiras. A fisioterapia, porém, consegue bastantes curas mesmo nos casos considerados inoperáveis.

O rádio aplica-se do seguinte modo: 2 tubos em sonda ametálica intra-uterina e 2 tubos nos fundos de saco vaginais.

O tratamento de rádio deve ser seguido de röntgenterapia penetrante em dose elevada (esquema de Holfelder).

Os resultados dos tratamentos pelo rádio são superiores aos obtidos pelos melhores cirurgiões.

Louis Faure apresenta 40% de curas no tipo I e II enquanto que o Instituto de Rádio de Paris dá:

| | | | | | |
|------|-----|----|---|----|-------|
| Tipo | I | 75 | % | de | curas |
| » | II | 40 | » | » | » |
| » | III | 27 | » | » | » |
| » | IV | 1 | » | » | » |

Mostra ainda êste resultado que enquanto a cirurgia abandona os carcinomas do tipo III a curieterapia consegue ainda abter um número elevado de curas.

Cancro do corpo do útero — Sempre que seja possível está indicada a intervenção cirúrgica. Nos casos inoperáveis preconiza-se a röntgenterapia.

Cancro da mama — O cancro da mama, assim como o cancro do colo uterino, são os tumores que mais discussões têm provocado sôbre a orientação terapêutica a seguir.

O cancro do seio apresenta uma multiplicidade de formas histológicas e clínicas, com grande diversidade de evolução e poder de disseminação.

Esta circunstância leva a aceitar terapêuticas variáveis conforme o tipo histológico e ainda conforme a localização.

Sendo a glândula mamária um órgão acessível e dispensável, sob o ponto de vista fisiológico, parece ser a cirurgia o melhor método de tratamento.

Observação de numerosos casos operados levou alguns oncologistas a duvidar desta afirmação, e, por outro lado, verificou-se que tumores inoperáveis, sujeitos às radiações podem curar.

As técnicas de tratamento presentemente são bastante variáveis conforme os Centros Anti-Cancerosos.

Alguns preferem sistematicamente as radiações à cirurgia logo que haja adenopatia; outros fazem a amputação do seio evitando a enucleação ganglionar para aplicarem de seguida as radiações; finalmente, outros fazem a exérese total pela técnica de Halsted.

Por o julgarmos bastante completo e com bons resultados terapêuticos, vamos descrever o tratamento destes tumores, segundo o método seguido no Instituto Português de Oncologia:

1.º Fazem-se aplicações de röntgenterapia pré-operatória nas seguintes regiões: supra-clavicular, infra-clavicular, supra-espinhosa, infra-espinhosa, pre-external e axilar. A glândula mamária e o tumor propriamente dito, não são irradiados.

A dose é de 300 r por campo com filtro de 1 mm. de cobre.

Estas radiações têm por fim bloquear o tumor provocando a esclerose dos vasos linfáticos no propósito de evitar a propagação de células cancerosas durante o acto operatório.

2.º Intervenção cirúrgica, sendo a técnica do Prof. Francisco Gentil que consiste, em traços largos, no seguinte: emprêgo exclusivo da electrodiérese, em substituição do bisturi, com incisão da pele de forma elíptica de grande eixo vertical que partindo de um ponto, um pouco abaixo da parte média da clavícula contorna a glândula mamária e termina quatro dedos acima do rebordo costal; depois descolamento da pele e extirpação em bloco da glândula mamária, peitorais, gordura perivascular, grupos ganglionares infra-claviculares e axilares, feitos, do mesmo modo, por electrodiérese.

A hemostase dos vasos é feita por electrocoagulação, à excepção dos colaterais, junto dos vasos axilares que se laqueiam com categut.

3.º Curieterapia — Colocação, no fim da operação, de dois tubos de rádio de 50 m. c. d. na cavidade axilar ao longo dos vasos, mantidos durante 50 horas.

4.º Röntgenterapia post-operatória — Aplicam-se raios X sobre a cicatriz operatória, na região axilar e região supra-clavicular do lado operado, fazendo-se, também, do lado oposto, sempre que haja suspeita de propagação linfática.

Trata-se deste modo o cancro da mama, utilizando o que de melhor nos oferece o arsenal terapêutico: bisturi eléctrico, rádio e raios X, mostrando os resultados colhidos uma percentagem importante de curas ao fim de cinco anos.

* * *

Para terminar diremos que, a terapêutica das radiações permite, actualmente curar e melhorar bastantes cancerosos, podendo afirmar-se que, graças às radiações, 70% dos doentes outrora considerados incuráveis e abandonados, obtêm hoje grandes benefícios terapêuticos.

Há, ainda, muito a esperar dêste ramo da Medicina que se encontra em pleno desenvolvimento, idealizando-se hoje aparelhos de raios X de um milhão de volts e aparelhos de telecurieterapia com 8 grs. de rádio, dos quais muito tem a esperar a cancerologia.

A electrocirurgia, por outro lado, permite executar intervenções com muito maior segurança, representando para alguns tumores, mesmo, o único processo de tratamento: carcinomas melânicos, neoplasmas da baxiga, etc.

Se aquele medicamento maravilhoso que ainda se espera para a cura dos tumores, não surgir, estamos convencidos que será no aperfeiçoamento da electrocirurgia, associada às radiações bem doseadas, que se orientará a terapêutica futura.

CLÍNICA PEDIÁTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA
(*Serviço do Prof. Dr. Lúcio de Almeida*)

ESTADO ACTUAL DA CRIPTORQUIDIA OS CRIPTORQUIDIANOS ENTRE AS CRIANÇAS PORTUGUESAS

POR

A. CÉSAR ANJO E A. SANTOS VELOSO

Nos últimos meses de 1940, freqüentando os serviços da Clínica de Pediatria, ao observarmos algumas crianças com ectopia testicular e verificando não haver publicado entre nós (tanto quanto os ficheiros da Faculdade de Medicina e da Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra no-lo permitem afirmar) qualquer estudo sôbre a freqüência daquela anomalia de posição entre os portugueses, nem sôbre os resultados dos modernos ensaios terapêuticos com os preparados hormonais, resolvemos fazer o trabalho que só agora apresentamos.

Circunstâncias poderosas, completamente estranhas à nossa vontade — em grande parte devidas à actual conflagração mundial — fizeram com que o nosso primitivo plano, que compreendia, além do ensaio terapêutico das hormonas sexuais, o estudo do biótipo dos criptorquidianos — este último que nenhum autor, dos que consultámos, ainda tratou —, tivesse de ser reduzido às proporções modestas dêste trabalho. O ensaio terapêutico não foi feito por não conseguirmos obter os preparados hormonais em quantidades suficientes e o biótipo não pôde ser determinado pela impossibilidade de trazer as crianças a horas convenientes aos hospitais da Universidade.

Com estas restrições, todavia, achamos que o nosso estudo tem algum interêsse de publicidade. É uma revista sintética e crítica da maioria dos trabalhos últimamente publi-

cados sobre a criptorquidia; os dados estatísticos sobre a frequência da criptorquidia nas 1.000 crianças da 3.^a infância, dos 7 anos até à puberdade, exclusivé, das escolas primárias (na idade mais conveniente para o tratamento e onde o interêsse teórico do problema é maior) que observámos, são originaes não só entre nós, onde nada há publicado sobre a questão, como mesmo no estrangeiro. Serão, portanto, elementos de valor, servindo de base a trabalhos posteriores que os virão confirmar ou corrigir.

Feita a apresentação do nosso estudo, queremos agradecer a todos aquêles que, de qualquer modo, auxiliaram a sua elaboração. Além do Prof. Dr. LÚCIO de ALMEIDA, sob a orientação do qual o nosso trabalho foi feito, há a acrescentar os nomes do Prof. Dr. JOÃO PORTO, com a interferência do qual obtivemos rapidamente determinadas facilidades, do Director do Distrito Escolar de então e de todos os professores primários que tão amavelmente se puseram à nossa disposição, para que as observações fossem feitas do modo mais conveniente.

I — Estado actual da criptorquidia

1. Definição e frequência — Designa-se por ectopia testicular a ausência do testículo na bolsa escrotal correspondente. Quando unilateral, esta falta tem o nome de monorquidia e de criptorquidia quando bilateral (1). A ectopia pode ser causada quer por uma paragem de migração do testículo, quer por uma migração aberrante, que o leve para fora do seu trajecto normal de descida.

As percentagens da criptorquidia são muito diferentes segundo os autores e por vários motivos: os dados estatísticos referem-se conjuntamente a crianças, adolescentes e adultos, não se tendo em conta que muitas ectopias da criança desaparecem com a crise pubertária; alguns testículos são considerados por uns observadores simples testículos retrácteis, ao passo que outros os

(1) No entanto, queremos prevenir os leitores de que, segundo a maioria dos autores, empregamos frequentemente o têrmo de criptorquidia para designar qualquer tipo de ectopia testicular destituindo-o, portanto, do seu significado preciso.

incluem já no quadro da ectopia verdadeira; as observações não têm sido feitas sistematicamente, numa grande escala, e com um mínimo de rigor clínico.

É, no entanto, curiosa e de um certo interesse especulativo a evolução da frequência da criptorquidia segundo as idades: de 10% nos recém-nascidos (10), é de 2,5% nas crianças dos 6 aos 14 anos (observações pessoais), e de 1,72% nas crianças dos 7 aos 17 anos, segundo as observações de WILLIAM W. JOHNSON (14), feitas de 1931 a 1937, em 31.609 rapazes do «Boys Club of New York», no «Jefferson Park Building»; atinge nos adultos, mancebos em idade militar, 0,155%, variando entre 0,11% pelos cálculos de M. FÉVRE (10), nas inspecções para o serviço militar em França (com uma ectopia unilateral por cada 1.000 mancebos e uma ectopia bilateral por cada 10.000) e 0,2%, segundo as estatísticas do exército norte-americano, nas inspecções depois da 1.^a Grande Guerra, referidas por W. W. JOHNSON. Não tivemos em consideração, para esse cálculo, as percentagens dadas por A. J. KRAMER, por não nos merecerem confiança, tão divergentes são das duas referidas. Segundo THORET (30), que o cita, KRAMER teria encontrado 2,5% de ectopias testiculares nos recrutas norte-americanos da 1.^a Grande Guerra, das quais um quarto eram bilaterais.

2. Paragens de migração — Na sua descida normal, desde a região lombar, onde primitivamente se forma no embrião, até à sua fixação na bolsa escrotal correspondente, o que já acontece, como vimos, em 9 décimos dos recém-nascidos, o testículo pode sofrer uma paragem e assim, consoante o local onde esta se dá, temos as diferentes variedades de ectopia: lombar, ilíaca, e inguinal.

1.^a — *Ectopia lombar*. Esta ectopia é de aparecimento excepcional e o seu diagnóstico, também muito difícil, só possível quando, após infrutíferas tentativas de palpação de um testículo suspeito de ectopia, numa larga intervenção cirúrgica abdominal, o vamos encontrar ao nível da região onde é primitivamente formado.

2.^a — *Ectopia ilíaca*. De aparecimento mais freqüente que a anterior, os testículos ilíacos são em regra francamente sub-peritoniais, mas difíceis de revelar em virtude do fraco relêvo que

geralmente fazem sob o folheto peritonial. Na maior parte dos casos estão situados na vizinhança do orifício inguinal interno. Os testículos, nesta situação, podem ser de reduzidas dimensões, moles, em forma de feijão, de epididimo desenrolado na sua proximidade e de cordão e vasos curtos, correspondendo ao «tipo gravemente aplásico» de OMBRÉDANNE, ou ter dimensões normais e até um pouco superiores às normais, de forma arredondada, duros e brilhantes, formando o «tipo sensivelmente normal» do mesmo autor. Como é compreensível, o abaixamento cirúrgico destes é de mais fácil execução de que no 1.º tipo.

3.^a — *Ectopia inguinal*. Esta modalidade de ectopia, a mais freqüentemente verificada, não é, infelizmente, a melhor, já que, em conjunto, estes testículos são de um menor valor funcional e de dimensões mais reduzidas que os testículos ilíacos, a que não é estranha a compressão que sofrem por parte dos planos musculares do canal inguinal. Os testículos inguinais podem ser fixos ou móveis. Os móveis, designados ainda por OMBRÉDANNE com o nome de testículos flutuantes, fazem saliência no orifício inguinal externo, mas subindo imediatamente no canal inguinal ao menor contacto cutâneo na região. A sua mobilidade, no entanto, é variável, podendo uns ser levados com os dedos até ao fundo das bôlsas, enquanto outros são incompletamente abaixados ou é mesmo impossível trazê-los às bôlsas. O aspecto destes testículos é geralmente normal, com um cordão suficientemente longo para permitir um fácil abaixamento cirúrgico. Os testículos inguinais fixos, de aspecto atrofiado, pequenos e moles, têm as situações mais variáveis dentro do canal inguinal. As reduzidas dimensões do canal deferente e dos vasos espermáticos tornam freqüentemente difícil o seu abaixamento operatório.

Na ectopia inguinal, em regra, os testículos estão contidos numa vaginal, o que explica a associação de um hidrocelo ou de uma hérnia inguinal.

Qual é a freqüência dos diferentes tipos de ectopia? Mesmo desprezando o factor idade, só há possibilidade de homologar as percentagens e estabelecer uma média na freqüência das ectopias unilaterais e bilaterais. A freqüência da bilateralidade sobre o total dos casos vai desde 11,76%, segundo ZELSON e STEINITZ — num estudo feito entre 17 criptorquídianos (33) —, até 48,53%, segundo THOMPSON e HECKEL — numa revista da literatura publi-

Pervitin

Analéptico central com acção -prolongada sôbre a circulação



Hipotonia e suas conseqüências. Tendência para estados de vertigem e de síncope. Estados de esgotamento depois de operações e no decurso de doenças infecciosas. Analéptico respiratório e medicamento excitante a empregar depois de anestésias e de intoxicações.



TEMMLER - WERKE - BERLIN - JOHANNISTHAL

Representante para Portugal:

Alfredo Cavalheiro, L.^{da}, Rua de Entre-Campos, n.º 5, LISBOA



ALGUNS PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

| Produto e composição | INDICAÇÕES | Posologia média diária |
|---|---|--|
| <p>ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida</p> | <p>Diarreias Disenterias Fermentaões Art-rioesclerose</p> | <p>6 a 12 drageas por dia</p> |
| <p>BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da beladona fresca</p> | <p>Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.</p> | <p>1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 empôlas por dia</p> |
| <p>BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) + feniletilmalonilureia</p> | <p>Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorreia, ansiedade, etc.</p> | <p>2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.</p> |
| <p>BELLERGA Associação de fracas doses: <i>Bellafoline</i>: Inibidor tipo do vago. <i>Gynergene</i>: frenador electivo do simpático. <i>Feniletilmalonilureia</i>: Sedativo de acção central</p> | <p>Medicação estabilizadora do sistema neuro-vegetativo</p> | <p>3 a 5 drageas por dia</p> |
| <p>CALCIBRONAT Combinação bromo-calcica organica.</p> | <p>Todas as indicações da medicação bromada e brometada</p> | <p>1 a 4 colheres de sopa por dia ou 1 a 4 comprimidos efervescentes por dia ou 2 a 3 injeções endovenosas ou intramusculares por semana</p> |
| <p>CALCIUM-SANDOZ. Sal organico de cal, eficaz por via gástrica. E' o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes</p> | <p>Descalcificação, raquitismo, estados tetani-gêneos, espasmofilia, pneumonias, gripe, asma, dermatoses, hemorragias, etc.</p> | <p>2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)</p> |
| <p>DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glucosidos iniciais A+B+C da <i>Digitalis lanata</i></p> | <p>Todas as indicações da digital</p> | <p>(Posologia média) 1 dragea ou XV gotas 3 vezes por dia ou 2-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas</p> |
| <p>GYNERGENE Tratrato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio especifico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada</p> | <p>Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático: Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.</p> | <p>(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 drageas ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez</p> |
| <p>OPTALIDON Nova associação antineuralgica e sedativa</p> | <p>Todas as dôres: nevralgias, ciáticas, dôres reumáticas, dôres de dentes, etc.</p> | <p>2 a 6 drageas</p> |
| <p>SCILLARÈNE Complexo glucosidico, cristalizado e estabilizado do bolbo de Cila</p> | <p>Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oliguria assistolia, aritmia, coração senil, miocardite</p> | <p>2 a 6 comprimidos, ou XL a CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empôla por via endovenosa.</p> |

cada até Fevereiro de 1939—calculando sobre 579 doentes (28); e passa por 34,21%, num total de 38 doentes—observações pessoais dos mesmos autores (29)—, 45,22%, sobre 544 casos de W. W. JOHNSON, e 48,27%, num total de 29 casos—de rapazes dos 10 aos 12 anos—observados, nas suas inspecções, por J. C. DE ANDRADE (2), médico escolar de ensino técnico do Pôrto (1).

Desprezando a percentagem de ZELSON e STEINITZ, por ter sido estabelecida sobre um número muito reduzido de observações e, portanto, poder prestar-se a um grande erro provável, podemos considerar, como média de frequência das criptorquidias bilaterais sobre o total, o número de 44%.

Nas ectopias unilaterais, W. W. JOHNSON encontrou uma maior frequência das ectopias direitas—61,41% (183 ectopias direitas num total de 298 de ectopias unilaterais), percentagem que em J. C. DE ANDRADE se eleva a 86,67% (13 ectopias direitas num total de 15 ectopias unilaterais).

A classificação e a frequência das vários tipos de ectopia são muito diferentes, conforme os autores, e, assim, é-nos impossível tirar quaisquer conclusões proveitosas. Todavia, apresentamos os dados que conseguimos obter. Segundo SOULIGOUX e VILLARD, num relatório apresentado ao congresso francês de cirurgia em 1906, em 100 casos de ectopia testicular encontram-se: 77 inguinais, 12 ilíacas, e 11 de outros tipos (10). THOMPSON e HECKEL, na sua revista de literatura já referida, distribuem do modo seguinte 860 testículos ectópicos de 579 doentes:

| | |
|--|-----|
| Testículos intra-abdominais | 150 |
| » inguinais | 298 |
| » na parte superior de escroto | 17 |
| » de localização não referida | 395 |

(1) Este é o único trabalho português com umas 5 páginas dedicadas ao estudo da descida dos testículos durante o período embrionário e às diferentes formas da ectopia testicular, a que se segue uma lista de 29 criptorquidianos com as simples indicações de idade e da bilateralidade ou unilateralidade da anomalia. O autor não faz qualquer referência à posição e aspecto físico dos testículos ectópicos, nem à percentagem total da criptorquidia entre as crianças que observou sob este ponto de vista.

Nos seus casos pessoais, referidos no mesmo artigo, os 50 testículos ectópicos de 38 doentes são distribuídos assim:

| | |
|--|----|
| Testículos intra-abdominais | 20 |
| » inguinais | 21 |
| » para cima do músculo oblíquo externo | 7 |
| » para cima da bainha do músculo recto | 1 |
| » ao lado do escroto | 1 |

Para que os leitores tenham uma idéa de tãda a complexidade do problema da ectopia testicular, da dificuldade que muitas vezes surge ao querer-se fazer uma classificação racional, e dos maiores cuidados de que necessitamos rodear-nos na determinação de um diagnóstico preciso, para que um tratamento eficaz seja imposto e dos seus resultados possamos tirar conclusões valiosas, são dignas de referência as considerações feitas a tal propósito por DENIS BROWNE (5). Êste autor classifica as variadas posições que os testículos ectópicos, ou considerados como tais, podem ocupar, em 3 grupos:

1.º — *O grupo das «variações normais»*: nêle são incluídos todos os testículos que, com o aumento da idade, ao atingirem o seu desenvolvimento completo, descerão espontâneamente até ao fundo das bôlsas. São os testículos que o autor chama «retrácteis em posição baixa» (muitas vezes considerados «testículos não-descidos») e «retrácteis em posição alta» (quási sempre considerados testículos não-descidos). Admitindo esta classificação, lògicamente, tais testículos não necessitarão do tratamento hormonal, que não terá outra vantagem além de fazer descer mais ràpidamente um órgão que espontâneamente viria ocupar o seu lugar normal.

2.º — *O grupo dos testículos não-descidos* («undescended positions»): são os testículos que sofreram uma paragem no caminho da sua migração. Nestes testículos, em que freqüentemente há uma hérnia associada, ou em que só a intervenção cirúrgica permitirá um diagnóstico firme, a operação impõe-se.

3.º — *O grupo das «posições ectópicas»*: são os testículos que se encontram fora do caminho normal da migração. Como curiosidade, o autor assinala o caso dum operado com o diagnóstico de apendicite, em que a intervenção permitiu verificar que a causa do síndrome apendicular era a torsão de um testículo

entre os dois músculos oblíquos, no ponto de MAC BURNEY. Como se compreende facilmente, êstes testículos são do domínio exclusivo da cirurgia. Os testículos do 2.º e 3.º grupo são considerados pela maioria dos autores como verdadeiros testículos ectópicos, não tendo em conta se os testículos se encontram no caminho normal da migração ou fora dêle.

3. Aberrações de migração — Desviando-se no seu percurso na migração normal, o testículo pode ocupar as mais diversas posições. Para alguns autores, muitas ectopias testiculares, que se consideram ser devidas a uma paragem de migração, são antes consequência de uma aberração de migração. É o que DENIS BROWNE diz acontecer em muitas ectopias do tipo inguinal, pois o testículo não se encontra no canal inguinal, como um exame rápido e superficial poderia fazer crer, mas sim na profundidade dos tecidos da região circunvizinha dêsse canal.

Saindo do canal inguinal, pode o testículo aberrante manter-se sob os tegumentos e seguir variadas direcções. Assim, ficando debaixo dos tegumentos do abdómen, temos a considerar uma *ectopia sub-abdominal*. A *ectopia pré-púbica* dá-se quando o testículo se coloca diante do púbis; a *ectopia peniana* se o testículo vai ocupar a bainha do pênis. A ectopia pode ainda ser *cruro-escrotal*, *crural superficial* e *perineal*, conforme o testículo caminha, respectivamente, saindo do orifício externo do canal inguinal, para fora, para fora e para baixo ou para fora e para trás. Para evitar a confusão destas ectopias com as do canal inguinal (o que, como já dissemos, muitas vezes se faz com as gravíssimas consequências da indicação de um tratamento hormonal inadequado e ineffcaz), devemos observar com todo o cuidado o testículo ectópico. Quando a ectopia se deu por aberração de migração, o testículo é mais superficial e pode ser fãcilmente movido sob a pele.

Antes da entrada no canal inguinal, pode o testículo perder-se no abdómen e colocar-se em *ectopia retro-vesical*, ocupando a betesga de DOUGLAS. SCARPA relatou o caso de um testículo em *ectopia crural profunda*, seguindo o trajecto de uma hérnia crural. Casos têm sido registados de *ectopia cruzada* em que os dois testículos estão na mesma bôlsa escrotal, em virtude de um dêles e o seu canal deferente terem cruzado o septo mediano e passado para o lado oposto.

4. Lesões e perturbações várias associadas à criptorquidia —

Desde BROCA, que verificou a associação quasi constante da hérnia com a ectopia testicular, a maioria dos autores considera como regra esta coexistência, em particular a coexistência de uma hérnia inguinal. Todavia, esta opinião é contestada por outros, entre os quais MARCEL FÉVRE que, admitindo essa associação, não a crê tão freqüente. É assim que, enquanto MIMPRISS (19) diz ter encontrado uma hérnia a acompanhar a ectopia testicular em 85 % de 172 doentes, W. W. JOHNSON só a encontrou em 2,39 % de 544 doentes e ZELSON e STEINITZ, ainda que com um reduzido número de observações, 17, também só a encontraram em 17,64 % destes casos.

Há ainda várias perturbações gerais, somáticas e psíquicas, que se podem associar à ectopia testicular. ORLIAC considera como mais freqüentes: o síndrome adiposo-genital de FRÖLICH, o infantilismo, o eunucoidismo, e o «chetivisme» (22). W. W. JOHNSON, entre 544 criptorquidianos, encontrou desnutrição em 5, hipospádias em 2 e outras doenças congénitas em 2. BLÉRIOT (4) refere, além das cardiopatias congénitas, outras perturbações funcionais, entre as quais a enurésia é a mais freqüente — 20 % em 10 casos estudados. OMBRÉDANNE notou que as crianças criptorquidianas apresentavam nervosismo, atraso nos seus trabalhos escolares, e eram incapazes de sustentar um esforço ou uma atenção prolongados (21).

5. Classificação dos criptorquidianos quanto ao seu aspecto geral —

Dos 17 rapazes criptorquidianos que ZELSON e STEINITZ submeteram ao tratamento hormonal, 5 eram magros, «thin», 8 normais no seu desenvolvimento estatural e ponderal, 2 pequenos para a sua idade, 1 era obeso, e 1 apresentava síndrome de FRÖLICH.

6. Patogenia da criptorquidia —

A criptorquidia, como justamente acabamos de ver, é uma anomalia de desenvolvimento que tanto pode aparecer em crianças aparentemente normais, como em degeneradas somaticamente, adiposo-genitais entre outras, e cujo estudo patogénico levou à formação de teorias diversas, às primeiras das quais, as mecânicas, breve se opposeram as teorias endocrínicas e outras invocando uma anomalia reversiva.

As teorias mecânicas apoiam-se na verificação de causas anatómicas tornando muitos testículos ectópicos fixos e inabaixáveis. Estas causas, para muitos a causa única da ectopia testicular, podem referir-se a um obstáculo diante do testículo, a uma implantação anormal do gubernaculum testis, às pequenas dimensões do cordão espermático ou dos seus elementos constituintes, ou ainda a traumatismos.

Numerosos têm sido os obstáculos que as intervenções cirúrgicas, feitas por testículo ectópico, revelam. Os mais freqüentes são as bridas fibrosas entrecruzadas, observadas, entre outros, por JALAGUIER e OMBRÉDANNE, formando, sobretudo no orifício externo do canal inguinal, uma barreira que impede a passagem da glândula. HOFFMISTER dá grande importância à peritonite fetal, que pode levar a aderências peritoneais e epiploicas, barrando a descida dos testículos. Se no ponto onde a glândula encontrou um obstáculo que impediu a sua descida normal, os tecidos deixam abrir um caminho aberrante, temos então a ectopia por aberração de migração.

Para o Prof. MARION (17) a ectopia encontra a sua melhor explicação na teoria que éle próprio formula do *gubernaculum testis*. Se o gubernaculum testis se implanta noutro lugar que aquêle que dá origem à constituição das bôlsas, o testículo mantido por êste gubernaculum fixar-se-á nessesoutro lugar de implantação.

As reduzidas dimensões do cordão espermático podem ser primitivas ou secundárias à ectopia; neste caso, deixam de ser um argumento a favor das teorias mecânicas. Primitivo, êste encurtamento pode ainda ser considerado como uma anomalia temporária e devida a um simples atrazo no desenvolvimento da formação do cordão, que não acompanha o desenvolvimento geral do corpo, ou então ser considerado uma anomalia definitiva. Em qualquer dos casos, o cirurgião encontra nas suas reduzidas dimensões um obstáculo, por vezes bem sério, ao abaixamento operatório do testículo não-descido. Quando estas ectopias por encurtamento do cordão espermático se revelam, só algum tempo depois do nascimento, podem ser, e com justiça, consideradas ectopias adquiridas, ectopias aparecendo ainda por outro mecanismo, e que OMBRÉDANNE julga «longe de serem excepcionais». É o que sucede com o traumatismo, quer pequeno e repetido,

quer forte e único, como no uso das fundas (provocando-se mais, no entanto, uma aberração de migração do que uma paragem) e com a operação precoce da hérnia inguinal nos rapazes, levando à formação de aderências que aprisionam o testículo na sua descida.

Se as teorias mecânicas explicam satisfatoriamente muitas ectopias, deixam sem explicação aquelas em que nenhum obstáculo se encontrou na intervenção cirúrgica e as que se curaram com um tratamento endocrínico — e dezenas e dezenas são os casos apontados na literatura mundial —, ou que desaparecem espontaneamente na puberdade.

Como uma tentativa para a explicação destes casos, surgiram as *teorias endocrínicas*.

Baseando-se no papel importante das glândulas de secreção interna, particularmente da hipófise, na formação e desenvolvimento do aparelho sexual e, portanto, na migração normal do testículo, as teorias endocrínicas concebem a criptorquidia, quer como uma paragem do desenvolvimento sexual tendo por causa uma insuficiência definitiva dessas glândulas, quer como um atraso de desenvolvimento sexual, causado por uma insuficiência temporária das mesmas glândulas. A sua confirmação está na frequente coexistência da ectopia testicular com o síndrome adiposo-genital, cujas relações com um hipofuncionamento endocrínico, em especial da parte da hipófise, hoje ninguém contesta; ou com um conjunto de sintomas, testículos moles e de reduzidas dimensões, parede abdominal excessivamente fraca, cordão espermático curto, canal peritônio-vaginal permeável, sistema piloso reduzido e bôlsas escrotais de reduzidas dimensões — índice de um infantilismo também em relação com uma insuficiência endocrínica. Finalmente, o argumento de grande valor, a pedra de toque — se me permitem a expressão —, é a resposta positiva de muitas criptorquidias ao tratamento hormonal, dando a impressão de que as hormonas injectadas vão tornar suficiente, por adição ou estímulo, uma secreção que o não era. De um significado idêntico é a exteriorização, em certos ordens de mamíferos, como nos roedores, dos testículos na época do cio, em que se pode e deve admitir uma secreção da hormona sexual masculina ou das gónado-estimulinas mais intensa; e o facto de estes testículos, escondidos na cavidade abdominal fora dessa época, ou os testículos doutros mamíferos, que só descem para as bôlsas quando da sua matu-

ração sexual, poderem ser abaixados pela terapêutica hormonal empregada na ectopia humana fala no mesmo sentido.

Para outros autores, a criptorquidia deve ser considerada como uma *anomalia reversiva*. Apoiam-se no facto de na série animal os testículos terem sedes diferentes que, no do total, correspondem a quasi tôdas as etapas percorridas pelo testículo humano na descida normal. Assim, no galo os testículos têm uma sede abdominal; nalguns paquidermes, o elefante e o rinoceronte, entre outros, os testículos têm normalmente uma sede ilíaca; no camelo é normal o testículo fixado no orificio externo do canal inguinal; no gato, e de um modo geral nos roedores, existe o testículo móvel, não se exteriorizando senão na época do cio; noutros mamíferos, ainda, os testículos só descem para as bôlsas quando da maturação sexual. Esta teoria explicaria também algumas aberrações de migração, baseando-se no facto de, em certos animais, como o varrasco, o almiscareiro, o testículo ter uma situação perineal.

7. Evolução histológica dos testículos ectópicos — O aspecto histológico dos testículos ectópicos difere conforme são observados antes ou depois da instalação da puberdade.

Antes da puberdade, quer o epitélío que mais tarde formará os espermatozoides, quer o tecido intersticial, têm um aspecto normal em nada diferindo do aspecto de um testículo descido nas bôlsas duma criança da mesma idade.

Depois da puberdade êstes testículos ectópicos apresentam um aspecto diferente: encontra-se um epitélío estéril, onde nunca se vêem espermatozoides ou espermatogónias, e uma glândula intersticial e um tecido intersticial fibroso muito desenvolvidos. Em vista da ausência da espermatogénese, se a ectopia é bilateral, os criptorquidianos são infecundos. Contudo ficam potentes e com a sua personalidade viril não afectada, pois esta e a aptidão para o coito dependem da secreção hormonal, realizada na glândula intersticial, e não, de qualquer modo, da secreção externa.

Sob o ponto de vista terapêutico, tem interêsse saber se os testículos abaixados recuperam as suas funções de procreação. São excepcionais os casos em que esta recuperação se dá, quando a descida testicular, hormonal ou operatória, se faz depois da puberdade. Outros autores, entre os quais MIMPRISS (19), basean-

do-se em estudos histológicos modernos, são, porém, menos cépticos. Diz MIMPRISS que o aspecto de degenerescência apresentado por um testículo ectópico não implica que êle não possa desenvolver-se, pois trabalhos experimentais de WANGENSTEEN permitem-nos concluir que êstes testículos, desde que os seus túbulos contenham ainda espermatogónias, são capazes de atingir um desenvolvimento e uma actividade normais, logo que sejam colocados em boas condições no escroto. Em cortes feitos em testículos ectópicos, tirados em indivíduos com idades compreendidas entre os 16 e os 48 anos, observaram-se modificações degenerativas em todos, mas vendo-se ainda em 5 dêles espermatogónias (16, 17, 17, 21 e 48 anos). Nos dois últimos, contudo, o estado de atrofia era tal que nada se podia esperar da sua futura secreção externa. Por isto, ainda que depois da idade dos 16 anos as modificações degenerativas sejam constantes, é razoável seguirmos os conselhos daqueles, entre os quais CABOT, que indicam a orquidopexia nos adolescentes e adultos jovens, sabendo-se, no entanto, que as probabilidades de êxito, depois da idade dos 20 anos, são muito reduzidas.

Em opposição, os testículos abaixados antes da época da puberdade recuperam geralmente as suas funções, desenvolvendo-se normalmente, nas suas dimensões e no aspecto histológico do seu epitélio germinativo, até se tornarem aptos para a fecundação. Não é demais encarecer o alcance terapêutico desta afirmação: — *a altura óptima para o abaixamento de um testículo ectópico é antes da instalação da puberdade.*

A recuperação do valor funcional do testículo descido, levando ao aparecimento dos espermatozoides, seria devido, segundo OMBRÉDANNE, à mobilidade indispensável ao testículo só adquirida na bôlsa escrotal correspondente, enquanto que para WANGENSTEEN tal facto seria devido ao papel termo-regulador do escroto.

8. Estudo clínico — A — Exame físico. A verificação de uma ectopia testicular requiere uma certa prática e não pode ser feita apressadamente, em especial se dela queremos tirar conclusões diagnósticas e prognósticas que nos levem a um tratamento racional e eficaz. Assim, antes de quaisquer outras considerações, com THOMPSON e HECKEL (29), desejamos chamar a atenção para

NAS CONVALESCENÇAS...

O PESO AUMENTA!
tomando



COMPOSIÇÃO:

| | | |
|------------------------------------|-------|------|
| Suco de carne crua conc . . . | 250 | grs. |
| Oxihemoglobina | 50 | » |
| Glicerofosfato de cálcio | 3 | » |
| Glicerofosfato de sódio | 3 | » |
| Glicerofosfato de magnésio . . . | 1 | » |
| Glicerofosfato de potássio . . . | 1 | » |
| Glicerofosfato de quinina | 0,5 | » |
| Glicerofosfato de estircina . . . | 0,015 | » |
| Veículo glicerinado q. b. p. . . . | 1000 | c.c. |

Frasco 20\$00

PREPARAÇÃO DOS

LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5-Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua dos Caldeiros, 31

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

Acaba a casa Manuel Marin de Barcelona de editar mais uma interessante obra :

GSTIRNER

Métodos Físicoquímicos para la Determinación de Vitaminas

Tradução da 3.^a edição alemã. Obra ilustrada com 56 figuras e 52 tabelas.

Para que o leitor possa avaliar do valor da obra, damos indicação de alguns dos assuntos tratados:

Vitamina A :

Determinação da Vitamina A nos órgãos.

» » » » nas fezes.

» » » » na urina.

Carotina :

Determinação da Carotina nos vegetais.

» » » » órgãos

Vitamina A e Carotina :

Determinação da Carotina e da Vitamina A no sangue.

» » » » » » nos órgãos.

» » » » » » no leite.

Vitamina B₁ — Sua determinação nos alimentos, sangue, urina, fezes, etc.

Vitamina B₂ (Lactoflavina).

Vitaminas antipelagrosas (ácido nocotínico e nicotinamida) — Sua determinação nos órgãos, urina, sangue, alimentos, etc.

Vitamina C, Vitamina D, Vitamina E.

o facto de certos doentes considerados criptorquidianos serem simplesmente pseudo-criptorquidianos, pois nêles os testículos podem ser facilmente levados às bôlsas. São os testículos, conforme os autores e as circunstâncias, chamados migratórios, retrácteis, oscilantes, alguns dos quais podem voluntariamente ser postos em posição ectópica ou que a adquirem pela passagem da posição erecta para o decúbito. O mecanismo destas falsas ectopias ainda não está bem esclarecido.

Nalguns casos, o aspecto das bôlsas é suspeito, orientando a atenção dos pais, dos doentes, ou dos médicos. Nos criptorquidianos—no sentido preciso do termo—, as bôlsas estão atrofiadas, com muitas pregas, e nos monorquidianos há uma assimetria nítida entre a bôlsa vazia e a bôlsa cheia.

Para se fazer o diagnóstico de uma ectopia testicular são necessárias duas condições: 1.^a) verificar a existência do testículo num dos pontos da sua descida normal ou no trajecto das suas aberrações de migração, por um sinal de certeza, apertando a glândula entre os dedos, ou por um sinal de probabilidade, evidenciando uma sensibilidade especial; 2.^a) assegurar-se de que a ausência do testículo nas bôlsas não é o resultado de um reflexo provocado pela emoção ou até pelas simples manobras do exame.

Tôdas as manobras devem ser feitas com doçura, num local não muito frio, com as mãos levemente aquecidas, e dirigindo os nossos dedos de cima para baixo na fossa ilíaca e de baixo para cima na região escrotal, em direcção ao canal inguinal, que poderemos tentar percorrer com o dedo mínimo — manobras a repetir algumas vezes nos casos suspeitos e naqueles em que não conseguimos sentir ou palpar a glândula.

Feito o diagnóstico da ectopia testicular, há que verificar, para uma boa determinação terapêutica e prognóstica, a mobilidade do testículo escondido, a possibilidade do seu abaixamento, e o presumível valor funcional. Como se compreende, o tratamento médico só terá possibilidades de êxito quando a glândula não estiver fixada, por aderências ou bloqueios fibrosos do trajecto de descida; estreiteza do canal inguinal, ausência do orifício externo do canal inguinal; brevidade dos elementos do cordão espermático, canal peritôneo-vaginal fibroso e inextensível ou direcção anormal do mesmo, e excesso de potência do cremaster, — obstáculos êstes tomados isoladamente ou associados; e, sendo

possível, só será proveitoso quando a glândula não está muito atrofiada. Estas aderências são de tal importância e em tal proporção que HECKEL e THOMPSON só consideram possível o tratamento médico num quarto dos casos de criptorquidismo verdadeiro.

O facto de não encontrarmos o testículo não quer dizer que haja anorquidia (ausência de qualquer testículo em qualquer parte do abdómen). Podem as nossas pesquisas ser infrutíferas porque o testículo é pequeno e mole, porque o examinado é um obeso, como tantas vezes sucede nas crianças com o síndrome adiposo-genital de BABINSKI-FRÖHLICH, ou ainda porque a ectopia é lombar e, assim, só possível de diagnosticar por uma laparotomia exploradora. Há não muito tempo, contudo, foram assinalados 14 casos de anorquidia, 4 dos quais verificados operativamente e os restantes confirmados pela autópsia (10).

Uma ectopia dolorosa pode-nos obrigar a um diagnóstico diferencial com uma hérnia ou uma apendicite.

B — *Inconvenientes e complicações dos testículos ectópicos.* A ectopia não interfere com a potência genital do indivíduo, o que se explica pela evolução histológica do testículo não-descido. OMBRÉDANNE vai até ao ponto de afirmar que nalguns casos, em especial nos chamados testículos flutuantes, as crianças suas portadoras podem apresentar uma excitação genital repetida que, em determinadas condições, facilitará os hábitos das masturbação. Nos casos de ectopia depois da puberdade, há também uma hipergenésia, como se a glândula substituisse a sua secreção externa por um aumento de secreção interna — hiperfuncionamento em tudo idêntico ao que os veterinários verificam em certos cavalos de corrida, criptorquidianos infecundos mas perfeitamente potentes.

Porém, a mesma evolução histológica já nos mostra que os testículos ectópicos não abaixados antes da puberdade, regra geral, não têm qualquer valor espermatogénico. Por isso, se o indivíduo é atingido de ectopia dupla, será infecundo. Há, no entanto, várias excepções e o mais prudente será não fazer juízos prognósticos categóricos. Se certos criptorquidianos têm todo o aspecto de castrados, provando que a função hormonal do testículo está extinta, todavia, outros criptorquidianos são fecundos, mostrando que a espermatogénese continua.

Ainda que com um prognóstico dos mais favoráveis, quanto ao valor funcional total do testículo, a sua ausência nas bôlsas pode ser, para certos indivíduos, simplesmente por questões de ordem estética ou psíquica, ou para a admissão em algumas escolas — é o que sucede em França em certas Escolas de Guerra —, uma verdadeira enfermidade.

Algumas vezes o testículo ectópico apresenta dores constantes ainda que discretas, por motivos vários, podendo, porém, transformar-se em verdadeiras crises de nevralgia testicular.

Ao lado destes acidentes, de resto pouco freqüentes, há outros mais graves. A torsão do cordão espermático parece ser mais freqüente assim como a dor provocada é mais intensa nos adultos ectópicos do que nos normais, em vista das maiores dimensões da sua vaginal, mas não no total de criptorquidianos, crianças e adultos, como nos ensinam os clássicos. Em vinte casos de torsão do cordão nas crianças, operados por FÈVRE, êste autor pôde verificar que apenas um se referia a uma criança portadora de ectopia testicular.

A orquite blenorragica na glândula ectópica é sempre bastante grave. As dores são intensísimas e a sua irradiação para a fossa ilíaca direita, com o aparecimento de vômitos, pode-nos conduzir a um diagnóstico de apendicite. Referem-se ainda peritonites moriais por propagação da inflamação do testículo, explicadas pela persistência do canal peritôneo-vaginal.

Sem se poder dar uma explicação única, o testículo ectópico parece ser fácil prêsa dos tumores malignos. Entre os tumores do testículo, as estatísticas referem 11,6% (CHEVASSU) a 85% de tumores (BLAND SUTTON) aparecendo nas glândulas ectópicas (10). TAYLOR e TILL (27), em 50 casos de tumores malignos do testículo, encontraram 15 em testículos ectópicos (30%); destes, 8 em ectopia abdominal e 7 em ectopia inguinal. PACE e CABOT, em 24 testículos ectópicos operados, em indivíduos variando entre os 18 e os 67 anos, só encontraram 2 ou, possivelmente, 3 casos de degenerescência maligna precoce, revelada pelo exame histológico. PETRASINCU e CROZAVESCU referem a coexistência de um testículo ectópico de um lado e a degenerescência maligna dum testículo normalmente colocado do outro lado. O prognóstico da malignidade nos tumores dos testículos fora das bôlsas é mais grave do que nos tumores das glândulas nor-

malmente situadas. KOCHER, numa série de 55 casos pessoais e numa outra série referida por BULKLEY de tumores malignos de testículos ectópicos, somente encontrou um doente com uma sobrevivência de 2 anos (27).

O testículo em ectopia abdominal, sede de um neoplasma, pode provocar perturbações de micção, simular um abscesso apendicular, um tumor retro-peritoneal de outra natureza; e a sua torsão pode-nos levar no caminho errado de uma crise abdominal aguda.

O estrangulamento da hérnia inguinal associada à ectopia é excepcional.

9. Descida espontânea — Antes de fazermos o estudo do tratamento, é absolutamente indispensável, para a avaliação objectiva, dentro de um certo rigor científico, dos seus resultados, que consideremos a questão da descida espontânea do testículo ectópico, da frequência com que ela se verifica. Desde o nascimento até à puberdade muitas glândulas ectópicas continuam a sua marcha normal, que, por qualquer motivo, se não realizou durante a vida intra-uterina, como acontece em 9 décimos das crianças. Nos primeiros anos da existência, na 1.^a e 2.^a infância, aquela descida pode ser explicada pelo restabelecimento do equilíbrio entre o crescimento da glândula, com os vários elementos do seu cordão, e o crescimento das regiões do organismo, com as bôlsas, por onde deve passar e onde, finalmente, se aloja. Na 3.^a infância, nos anos que precedem a puberdade e em especial durante a crise pubertária, o alojamento das glândulas nas bôlsas escrotais é manifestamente devido, como todo o desenvolvimento da *genitália*, nos seus caracteres primários e secundários, ao estímulo das hormonas gonadótropas da ante-hipófise, então iniciando a sua laboração.

Já pelas estatísticas que no início dêste artigo são referidas, na distribuição da ectopia segundo as idades — ainda que sob a reserva então formulada — é possível avaliar-se da evolução da descida espontânea dos testículos ectópicos. Havendo uma percentagem de 10 0/0 de ectopias nos recém-nascidos, nas crianças dos 6 aos 14 é já de 2,5 0/0, nos rapazes dos 7 aos 17 anos só de 1,72 0/0, e nos adultos atinge o número mínimo de 0,155 0/0.

Alguns autores dão estatísticas precisas sôbre a freqüência da descida expontânea dos testículos ectópicos. MIMPRISS (19), tendo obtido em 14 casos, submetidos ao tratamento hormonal, 28,57% de curas, num grupo de contrôle de 12 crianças criptorquidianas (8 bilaterais e 4 unilaterais), verificou a descida expontânea em 5 crianças (1 com ectopia unilateral e 4 com ectopia bilateral), ou seja em 41,66% dos casos. Em 517 criptorquidianos dos 7 aos 17 anos, observados por JOHNSON, êste verificou a descida expontânea em 300, ou seja em 58,02%. Nestes havia 162 ectopias bilaterais e 138 unilaterais. A maior percentagem das descidas expontâneas deu-se entre os 11 e os 13 anos — precisamente em 174 casos —, altura em que, como muito bem nota o autor, se instalou a puberdade, com todo o seu cortejo de modificações e sinais funcionais: mudança de voz, desenvolvimento dos pêlos púbicos e dos outros caracteres sexuais secundários. JOHNSON, baseado nestas observações e no facto da maior parte dos casos favoráveis obtidos com o tratamento hormonal se darem neste mesmo período, conclui que: «a terapêutica glandular antes da puberdade é inutil ou prejudicial, por trazer uma adolescência prematura; na idade da puberdade, é desnecessária, podendo então sômente ser considerada como um adjuvante de valor duvidoso».

10. Tratamento—Sôbre as indicações do tratamento, o acôrdo ainda não está feito entre os diversos autores, não só quanto ao domínio da terapêutica médica, como ainda sôbre os casos em que ela é realmente eficaz e se impõe. FÈVRE, por exemplo, tendo em vista o tratamento, agrupa os criptorquidianos em 4 categorias: 1.^a) a dos testículos que se abaixam até ao fundo das bôlsas — trata-se de ectopias temporárias, evoluindo expontaneamente para a cura; 2.^a) a dos testículos móveis que se não conseguem abaixar ou se abaixam com dificuldade — para os quais o melhor tratamento é o médico; 3.^a) a dos testículos fixos, que só um tratamento cirúrgico poderá trazer às bôlsas; 4.^a) a dos testículos não-encontrados, em que o tratamento médico, sendo na maioria dos casos aleatório, deve, no entanto, ensaiar-se para, no caso de insucesso, fazer a intervenção exploradora a que se seguirá a orquidopexia ou em que se confirmará o diagnóstico provisório de anorquidia. SPENCE e SCOWEN (26) estão de acôrdo

com êste parecer e recomendam um ensaio com a hormona gonadótropa durante uns 6 meses.

Outros autores são ainda mais precisos na escôlha dos casos a submeter ao tratamento médico ou cirúrgico. Além da classificação muito criteriosa de DENIS BROWNE já atrás citada, e com a qual concordam EISENSTAED, APPEL e FRAENKEL (8), há outra não menos racional e cuidadosa apresentada por MIMPRISS (18) e que, por isso, não queremos deixar de referir em detalhe. Considerando as indicações da hormonoterápia pela hormona gonadótropa da ante-hipófise, MIMPRISS divide os casos de ectopia em 3 grupos:

1.^o — *Ectopia bilateral*, em que, por sua vez, considera três sub-grupos:

a) Com bom desenvolvimento dos órgãos genitais. É de supor que nestes casos a retenção seja de origem mecânica e, como é óbvio, só a intervenção cirúrgica fará descer êstes testículos;

b) Com mau desenvolvimento de todo o aparelho genital. A hormonoterápia está indicada, pois com ela se provoca um desenvolvimento normal de tôda a genitália e inclusivé dos testículos retidos, quando se não provoca, ao mesmo tempo, a sua descida para as bôlsas. VAN GELDEREN, porém, não especifica tipos na ectopia bilateral e considera que a hormonoterápia é de resultados mais eficazes nos criptorquidianos bilaterais (30);

c) Ectopia associada com o síndrome adiposo-genital de FRÖHLICH-BABINSKI. Apesar do insucesso num caso pessoal, aconselha a hormonoterápia, no que está de acôrdo com SEXTON, citado por THORET, que afirma mesmo ter obtido os melhores resultados nestas crianças dispituitárias;

2.^o — *Ectopia unilateral*. Admitindo que em quási todos êstes casos há um desenvolvimento normal de todo o aparelho genital, MIMPRISS julga não valer a pena tentar a hormonoterápia, pois ela poderá acarretar alguns prejuízos, como uma hipertrofia dos órgãos genitais;

3.^o — *Testículos definitivamente em posição ectópica* (testículos imóveis?). Para MIMPRISS o tratamento hormonal não tem nenhuma possibilidades de sucesso.

SEXTON (28) é um defensor convicto, entusiasta, da hormonoterápia e para êle, fora dos testículos ectópicos complicados de

hérnia, do domínio da cirurgia, não há quaisquer limites ao seu emprêgo.

II. Tratamento médico — Posta de lado a mecanoterápia pelas massagens e mobilização, sem quaisquer efeitos (ainda que o Prof. MARION (17), com a sua autoridade, a recomende para os testículos retrácteis), o único tratamento médico a tentar é a opoterápia: por enxertos, extractos, e hormonas sintéticas.

A idade em que se deve iniciar o tratamento varia um pouco consoante os autores. MIMPRISS considera que o problema terapêutico da ectopia testicular se não deve pôr antes dos 10 anos, em virtude duma possível descida expontânea se fazer como consequência da correcção de um desenvolvimento sexual atrasado (18). MARION (16), não precisando a idade mais conveniente para a instituição do tratamento médico, contudo, diz que, se até aos 12 anos a terapêutica hormonal não provocar o desaparecimento da ectopia, não há vantagem no seu prosseguimento e se deve entregar o doente a um cirurgião. SPENSE e SCOWEN (26) acham que a idade óptima para o tratamento é entre os 10 e os 14 anos. Ao contrário destes autores e de MIMPRISS, ZELSON e STEINITZ consideram conveniente instituir-se o tratamento antes dos 10 anos, de preferência entre os 8 e os 10.

A opoterápia até hoje empregada tem sido obtida a partir dos princípios activos do timo, da ante-hipófise, e da glândula intersticial do testículo, isoladamente ou associados de várias maneiras.

O timo é aconselhado pelo Prof. LEREBoullet e os seus colaboradores (10). É-nos impossível avaliar da eficácia deste tratamento visto não serem referidos quaisquer dados estatísticos com as percentagens das curas. A opoterápia pelo timo, como a realizada com o enxerto da glândula testicular, parece-nos estar hoje completamente abandonada; em tôda a bibliografia que lemos, à excepção do estudo de M. FÈVRE, nem sequer há referência ao uso dos extractos tímicos, e só vimos uma pequena comunicação, anunciando bons resultados num criptorquidiano em que foi feito um enxerto testicular.

Doutra sorte, a hormonoterápia pela hormona gonadótropa da ante-hipófise, extraída da própria hipófise, da placenta ou da urina da mulher grávida, e pela hormona sexual masculina sintética, o propionato de testosterona, tem aplicações cada vez mais

vastas; os resultados são nitidamente favoráveis, ainda que com uma certa variação de autor para autor, comprovados pelas dezenas de ensaios já publicados, com centenas de casos, e apesar dela se ter iniciado praticamente há só uns 6 anos.

Os primeiros trabalhos sôbre a acção dos princípios anti-hipofisários no desenvolvimento dos órgãos genitais são de ENGLE. Foi êle que em 1929 notou que o extracto de urina de mulher grávida desenvolvia os órgãos genitais do rato. Um ano depois, SHAPICO publicava um estudo sôbre a hormona gonádótropa e os resultados da sua aplicação no tratamento da ectopia testicular; e desde então os princípios gonadótropos de várias origens têm sido ensaiados, sob êste aspecto, quer nos laboratórios, quer na clínica humana.

A *hormona gonadótropa* tem sido empregada só ou em associação com o propionato de testosterona. Isoladamente, entre outros autores, ensaiaram-na MIMPRISS, FELIX THORET, SPENCE e SCOWEN, KRAETSCH, e THOMPSON e HAFKEL.

MIMPRISS (18) (com o *Pregnil* dos Laboratórios Organon) injecta, nos nadegueiros, uma dose de 500 unidades-rato, uma ou duas vezes por semana, e variando o número total de injecções entre 8 e 40, conforme os casos. O tratamento é abandonado quando da descida dos testículos, quando, sem esta se verificar, se apercebe uma exagerada hipertrofia dos órgãos genitais, ou se, no fim de um certo prazo, variável para cada caso, não se obtêm quaisquer melhoras. Numa série de 20 doentes —, dos quais 14 não tinham sofrido qualquer tratamento prévio e os 6 restantes tinham feito a orquidopexia, mas sem qualquer resultado —, MIMPRISS obteve 6 descidas no total ou seja em 30% dos casos (5 bilaterais e 1 unilateral), sendo 4 descidas no 1.º grupo e 2 descidas no 2.º. O mesmo autor (19), noutra série de 14 rapazes, de idades compreendidas entre os 5 e 15 anos, obteve a descida dos testículos em 4, ou seja em 28,57%. Tôdas as crianças desta série, com fraco desenvolvimento genital, sem evidenciarem modificações pubertárias, apresentavam os testículos móveis para baixo, na direcção do escroto — condições necessárias, segundo o autor, para o tratamento hormonal, ter probabilidades de êxito. Para MIMPRISS, como para outros autores adiante citados, mesmo nos casos em que se verifique, antes ou depois de iniciado a hormonoterápia, a exis-

tência de um obstáculo mecânico, como causa da ectopia, o tratamento produziu sempre alguns resultados benéficos, visto que, tendo aumentado o desenvolvimento do cordão espermático, do testículo e do escroto, vai facilitar a orquidopexia posterior (20).

THORET, em 3 casos tratados, obteve duas curas nítidas. O outro caso menos influenciado era de uma criança adiposo-genital.

SPENCE e SCOWEN empregam a hormona gonadótropa, extraída da urina da mulher grávida, na dose de 500 u.-rato, por cada injeção, em duas injeções intra-musculares por semana. Os testículos retrácteis descem já no fim de 3 meses de tratamento; não obstante, segundo os autores, na maioria dos casos, um tal tratamento é inútil, pois o mesmo se obteria quando da instalação da puberdade. SPENCE e SCOWEN verificaram a cura da ectopia inguinal em 76 % dos casos, quando a anomalia é bilateral, e apenas em 64 % dos casos, quando é unilateral.

KRAETSCH usa a ante-hipófise (*Preloban* da Bayer) *per os*. Nesta modalidade, num tratamento de 6 semanas, aconselha começar por 3 comprimidos diários e aumentar progressivamente a dose até atingir 9 comprimidos, em 3 vezes; após duas semanas de um tal tratamento, uma pausa de 10 dias; e assim sucessivamente. Geralmente o tratamento é associado com as injeções da hormona gonadótropa da placenta (*Prolan* da Bayer). Com esta associação obteve entre 10 crianças, nas quais, na idade dos 4 aos 6 anos, tinha sido feita uma tentativa infrutífera de orquidopexia e em que os testículos se palpavam dificilmente no canal inguinal, uma descida completa em 6, ou seja em 60 % dos casos. Aconselha as injeções de *Prolan*, duas vezes por semana. Num rapaz de 8 anos a cura completa fez-se com a administração de um total de 3200 u.-rato de *Prolan* e 105 u.-maturação de *Preloban*.

À luz das observações publicadas até 1939, THOMPSON e HECKEL (28) admitem que, em regra, a descida ocorre em menos de dois meses, após a administração de 100 a 1000 u.-rato diárias. Em 860 testículos ectópicos de 579 doentes, a descida, pelo tratamento hormonal dos princípios activos da ante-hipófise, verificou-se em 524, ou seja em 60,93 % dos casos. Tendo em conta

os diferentes tipos de ectopia, os resultados repartem-se da maneira seguinte :

| | | |
|---|-----|---------------------|
| Em 150 testículos intra-abdominais | 83 | descidas ou 55,33 % |
| Em 298 » inguinais | 172 | » ou 57,71 » |
| Em 17 » na parte superior do escroto | 15 | » ou 88,23 » |
| Em 395 testículos de localização não referida | 254 | » ou 64,05 » |

Nos seus casos pessoais, em 50 testículos ectópicos de 38 doentes, cujas idades iam de 1 ano e meio até aos 37, a descida produziu-se somente em 10 ou sejam em 20 %. Se considerarmos só os casos dos doentes com idade inferior aos 16 anos, aquêles onde o tratamento hormonal está racionalmente indicado e há as maiores probabilidades de êxito, a percentagem eleva-se a 27 %. Por grupos, as descidas verificaram-se do modo seguinte :

| | | |
|--|---|----------|
| Em 20 testículos intra-abdominais | 0 | descidas |
| Em 21 » inguinais | 9 | » |
| Em 7 » por cima do músculo obliquo externo | 0 | » |
| Em 1 testículo por cima da bainha do recto | 0 | » |
| Em 1 » ao lado do escroto | 1 | descida |

THOMPSON e HECKEL verificaram ter havido um desenvolvimento da genitália externa em 10 doentes dos 31 tratados, sem ocorrer a descida, enquanto a descida, sem desenvolvimento genital, só foi notada em 7. Êstes autores concluem que, apesar da baixa percentagem das suas curas e de os casos bem sucedidos se darem em testículos cuja descida expontânea era de esperar na época da puberdade, o tratamento pela hormona gonadótropa deve sempre ser tentado, uma vez que nos permitirá fazer o diagnóstico diferencial entre uma ectopia por insuficiência glandular e uma ectopia em que está em causa um factor mecânico.

Até neste último caso o tratamento não foi inútil, em virtude de ter ido facilitar a futura intervenção cirúrgica, por alargamento dos tecidos que envolviam o testículo. Contra êste parecer erguem-se EISENSTAEDT, APPEL e FRAENKEL que, operando os testículos de criptorquídianos submetidos à terapêutica hormonal

em grandes doses e de criptorquidianos sem qualquer tratamento, verificaram que nos primeiros os testículos eram mais pequenos, tinham uma consistência acentuadamente reduzida e apresentavam aderências mais numerosas e mais firmes que os segundos — condições estas que tornavam a orquidopexia mais aleatória, quanto ao valor funcional do testículo fixado, e mais difícil tècnicamente.

A associação da hormona gonadótropa com a hormona sexual masculina sintética foi experimentada por vários autores, entre os quais SAND (23), ZELSON e STEINITZ.

Em 17 rapazes, cujas idades variavam entre os 7 anos e meio e os 12 anos e meio, dos quais 9 já tinham sido submetidos anteriormente, sem qualquer resultado positivo, a outros tratamentos hormonais, ZELSON e STEINITZ empregaram doses de propionato de testosterona variando entre 40 e 270 mgr. (injecções intra-musculares de 5 ou 10 mgr., três vezes por semana) (*Neo Hombreol* da casa Roche Organon) e doses de hormona gonadótropa coriônica, indo de 4.000 a 14.500 u.-rato (injecções intra musculares de 500 u.-rato, 3 vezes por semana) (*Pregnyl* da mesma casa). Os autores fazem notar que a grande diferença nas doses totais dependia, pelo menos nalguns casos, do facto de os doentes nem sempre virem ao tratamento quando se lhes pedia, e que, noutros, o tratamento era suspenso desde que a cura parecia evidente. Nove (52,94 %) dos rapazes responderam com a descida completa dos testículos. Êste número incluí 4 dos 9 rapazes que tinham sofrido outro tratamento hormonal — mesmo neste grupo eficaz em 44,44 % — e 5 dos rapazes restantes. Em todos os doentes o pénis e o escroto aumentaram de dimensões; o desenvolvimento dos pêlos púbicos verificou-se em 8 dos 17.

Os autores concluem pelas considerações seguintes, que reputamos bem fundamentadas e para as quais queremos chamar a atenção: «Dêstes resultados ficámos com a impressão de que o tratamento combinado é mais efectivo; considerando o lado económico da terapêutica e com o fim de prevenir qualquer estimulação sexual prematura e desnecessária, achamos que a técnica do tratamento, em muitos casos, pode ser esta: primeiramente, deverá injectar-se a hormona gonadótropa coriônica, 300 a 500 u.-rato, 3 vezes por semana, até um total de 10.000 u.-rato. Se a resposta fôr negativa, está indicada a instituição de um tratamento combinado com o propionato de testosterona, depois de um

período de repouso de 1 a 3 meses. Se mesmo assim os resultados obtidos não foram satisfatórios — será a ocasião de darmos a vez ao cirurgião. O tratamento deve ser instituído antes dos 10 anos, de preferência entre os 8 e os 10».

Outros autores empregam a *hormona sexual masculina sintética* isolada; entre êsses podemos citar BAUER e KOOCH (3) BLÉRIOT, GKIGNON (13), VINCENT (32), ORLIAC e GOGLIA (12). As doses são variáveis segundo os autores e os casos, mas, na generalidade, recomenda-se uma ou duas injeções intra musculares de 5 ou 10 miligramas por semana. Os testículos começam a descer após uma dose total de 100 a 150 mgrs. de testosterona; e, consoante a evolução que então se segue, o tratamento pode considerar-se findo ou é retomado após um período de 10 a 15 dias.

Em 10 casos tratados, de crianças dos 6 aos 12 anos — dos quais 4 apresentavam ectopia bilateral —, houve 3 descidas (ou sejam 30%), tôdas nos doentes do último grupo, refere BLÉRIOT, utilizando o *Perandren* da Ciba. Para êste autor o tratamento pelo proprionato de testosterona é sempre recomendável: alguns testículos que não se sentiam em qualquer parte do seu trajecto, não descendo até às bôlsas, passam a palpar-se no orifício externo do canal inguinal e com as dimensões normais; todos os doentes sentem uma grande melhora no seu estado geral, pêso, apetite, psiquismo; desaparece a enurésia freqüentemente associada — circunstâncias que «facilitarão consideravelmente a intervenção cirúrgica» (4).

(4) No nosso mercado, temos conhecimento de existirem à venda os seguintes produtos indicados no tratamento hormonal: Da hormona gonadótrópica: *Antélobine* (Bila), com ampôlas tituladas a 100 e a 500 u.-rato; *Horpan* (Sachsioches Serumwerk A.-G. de Dresden), com comprimidos titulados a 200 u.-rato e ampôlas a 100 e a 500 u.-rato; *Preloban*, com drágeas de 5 u. de saturação cada uma e *Prolan* (ambas da Bayer) com drágeas a 150 u.-rato e ampôlas a 100 u.-rato. Da hormona orquítica sintética (proprionato de testosterona): *Anertan* (Boehringer e Soehne G. m. b. H. de Mannheim-Waldhof) em ampôlas de 5, 10 e 25 miligramas; *Erugon* (Bayer) em ampôlas com 2 u.-galo (Pézard) e drágeas com 0,25 u.-galo; *Perandren* (Ciba) em ampôlas de 5, 10 e 25 mgrs., comprimidos a 5 mgrs. (de metiltestosterona) e em pomada, em bisnagas de 25 mgrs., contendo 25 mgrs. de testosterona) e *Testoviron* (Schering) em ampôlas de 5, 10 e 25 mgrs.

12. Complicações do tratamento hormonal — Sôbre esta questão as opiniões estão muito divididas e até autores como THOMSON e HECKEL e MIMPRISS que, nos seus primeiros ensaios, consideravam o tratamento hormonal benéfico em quasi todos os casos, pois naqueles em que a descida não se dava, as modificações sofridas pelo cordão espermático, testículo, tecidos circunvizinhos e escroto, vinham facilitar a orquidopexia, ou só por êste tratamento era possível saber-se, com certeza, quais os testículos em que estava nitidamente indicado um tratamento médico ou uma intervenção cirúrgica, mesmo êsses, dizíamos, reviram os seus pareceres e, últimamente, chamam a atenção e põem-nos em guarda contra inconvenientes gravíssimos a que a hormonoterápia pode conduzir.

As hormonas injectadas podem ir lesar as células dos tubos seminíferos, e numa tal intensidade, de maneira a levar à diminuição do número de espermatozóides, diminuição que nalguns casos atinge a azoospermia (THOMPSON e HECKEL, MIMPRISS, CABOT, COLE e EVANS, EINSENSTAEDT, APPEL e FRAENKEL) (29 e 8). Atendendo a êste facto, os dois primeiros autores querem que se limite a hormonoterápia (propionato de testosterona) aos indivíduos castrados ou apresentando sintomas de eunucoidismo. Os três últimos autores têm um ensaio laboratorial, sôbre a acção de largas doses de hormona gonadótropa em ratos experimentalmente tornados criptorquidianos, bem elucidativo. O estudo macroscópico dêstes testículos revelava as mesmas lesões que os autores tinham já encontrado nas glândulas operadas a doentes submetidos a um tratamento pela referida hormona. Elas consistem em: *a*) densas aderências fibrosas entre os folhetos visceral e parietal da túnica vaginal; *b*) maior aumento do tecido intersticial e uma mais acentuada diminuição dos elementos germinativos (espermatozóides maduros e espermátídios) e do seu desenvolvimento, entre outras modificações anatómicas.

Contra êstes autores tomam partido SPENCE e SCOWEN que dizem não poder confirmar as suas observações (25). Há contudo um caso clínico bem preciso da acção destruidora das hormonas ao nível da glândula — uma gangrena testicular que sobreveio após 14 injeccões de hormona (gonadótropa?), referida por KUNSTADTER, citado por THORET.

Sobre a super-estimulação sexual, revelada por uma hipertrofia exagerada dos órgãos genitais, o aparecimento duma puberdade precoce, e erecções freqüentes, também nos não é possível manter uma opinião firme. ZELSON e STEINITZ admitem este perigo e, conseqüentemente, recomendam que se não ultrapasse a dose de 5 a 10 mgr. de testosterona e se não prolongue o tratamento para além de 6 a 8 semanas; e que, mesmo assim, o tratamento não deve ser feito sistematicamente, sem a aquiescência completa da família. KUNSTADTER, já citado, MIMPRISS (18), SPENCE e SCOWEN, entre outros, não consideram razoável tal receio, por não terem verificado êsses sintomas.

Outras perturbações de menor importância foram ainda notadas. Os doentes de THORET referiam uma dor muito viva nos testículos, duas horas após a injeção. THOMPSON e HECKEL (29), ainda que obtendo os resultados desejados com a testosterona (*Oreton* da Schering americana), referem, nuns doentes, o aparecimento isolado de edemas maleolares transitórios e, noutros, palpitações, dores precordiais, taquicardia, dispneia, edemas generalizados, acne da face e do tronco, tendo sido algumas destas perturbações tão intensas que obrigaram a uma interrupção do tratamento. Para êstes autores a patogenia dos edemas é diferente conforme se trata de velhos ou indivíduos novos: naqueles explicar-se-iam por uma insuficiência cardíaca, provocada pelo aumento do seu metabolismo, conseqüência da hormonoterapia; nestes por uma retenção do cloreto de sódio e de outros electrólitos.

13. Tratamento cirúrgico — Está indicado em todos os casos de insucesso com a hormonoterapia; logo de início, nas glândulas em que a fixação por obstáculos mecânicos tenha sido determinada rigorosamente. Também aqui o tratamento deve ser feito antes da puberdade: de preferência entre os 6 e os 12 anos, conforme as circunstâncias. É este o conselho de FÉVRE. MIMPRISS e JOHNSON estão em desacordo com semelhante parecer. O primeiro (19) diz que a orquidopexia será feita em óptimas condições, dos 10 aos 14 anos, quando do aparecimento das modificações pubertárias — maior desenvolvimento do escroto e do testículo e alongamento do cordão —, que muito a facilitarão. O segundo desaconselha a orquidopexia antes dos 16 anos, a não ser se houver associação com outras lesões, não permitindo

contemporização, em virtude da possível descida espontânea até então e do fracasso da maioria das orquidopexias, segundo os seus próprios ensaios.

Para FÉVRE, ultrapassada a puberdade, conquanto se conheçam raros casos felizes, a operação terá simplesmente uma finalidade estética e psíquica; o indivíduo, se a ectopia era dupla, conservar-se-á infecundo.

O tratamento cirúrgico consiste na orquidopexia. Para a fazer há as mais variadas técnicas. Em 1920 assinalava-se já o número fantástico de 912 variantes para efectuar cirurgicamente a descida do testículo. Actualmente o processo de escolha é a *orquidopexia trans-escrotal*, segundo a técnica indicada por OMBRÉDANNE (10). Êste cirurgião não faz propriamente uma fixação do testículo, já que êste conserva toda a sua mobilidade. O cordão é simplesmente fixado pelo septo elástico das bôlsas, através do qual passa por um orifício de dimensões inferiores às da glândula. Por esta espécie de tractor elástico, que é o septo, os testículos ectópicos são progressivamente descidos até à sua posição normal. Dada a índole do nosso trabalho, dispensamo-nos de entrar em pormenores sobre os diferentes tempos da intervenção

Se após a intervenção cirúrgica, a glândula, ainda que descida, se mantiver normal, quer anatómica quer fisiologicamente, o que só excepcionalmente acontece, na opinião de FÉVRE, o tratamento será completado, com muitas probabilidades de êxito, fazendo actuar as hormonas.

Os resultados obtidos com a orquidopexia são muito variáveis consoante os autores e as técnicas usadas. Assim, enquanto KRAETSCH nos seus criptorquidianos tratados cirurgicamente nos últimos 10 anos, só obteve êxito completo em 20% dos casos e resultados considerados satisfatórios em outros 17%, e JOHNSON refere, entre 42 rapazes, 12 curas ou sejam 28,59%, MIMPRISS foi muito mais feliz, chegando a atingir com a técnica de TURNER (que nos parece ser muito semelhante à de OMBRÉDANNE, visto MIMPRISS a chamar também «transposição septal») 85% de resultados satisfatórios, baixando para 44% e 40% com outras técnicas (19).

(Conclui no próximo número).



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

O VII Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra

No dia 3 de Junho e sob a presidência do sr. Reitor da Universidade, secretariado pelos srs. Professores drs. Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina e João Pôrto, director dos Hospitais da Universidade, realizou-se a inauguração do VII Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, acto que foi muito concorrido.

Abriu a sessão o sr. Prof. dr. Maximino Correia que começou o seu discurso por afirmar que duas fortes razões o obrigam a estar presente neste acto e a endereçar à Faculdade de Medicina palavras de louvor e de gratidão. Mais ainda do que o dever do cargo que desempenha, o impele a devoção pela Faculdade a que se honra de pertencer.

Aludindo aos cursos de férias da Faculdade de Medicina disse que estes nasceram pela feliz iniciativa do sr. Prof. dr. João Pôrto quando da sua passagem pela direcção da Faculdade, iniciativa logo abraçada pelo corpo docente e prosseguida brilhantemente com os esforços e dedicação do actual director sr. Prof. dr. Novais e Sousa.

Sem qualquer ajuda do Estado e tendo de vencer dificuldades de várias ordens, em seis anos já decorridos eles têm sido coroados de indiscutível êxito e contribuído para afirmar os créditos da Faculdade e portanto avigorar o prestígio da nossa Universidade.

Bastaria isso, continuou, para serem devidas à Faculdade de Medicina palavras de gratidão.

Prosseguindo: mas se observarmos as condições em que estes cursos se efectuam, no período consecutivo às aulas, em que seria legítimo e até necessário um repouso bem merecido antes de entrar no exaustivo trabalho dos exames, se tivermos em consideração que grande número dos Professores que colaboram no Curso, têm outras obrigações, desde as da sua vida profissional até aos deveres impostos de argumentarem em concursos doutras Faculdades, como neste momento acontece, então a gratidão que a Universidade deve ao serviço que a Faculdade de Medicina lhe presta é dedicada no próprio espírito de sacrificio de que dão sobejas provas os seus colaboradores.

É esta compreensão dos deveres de Professores universitários que é preciso exaltar e agradecer.

Continuando, o sr. Prof. Dr. Maximino Correia disse que há quem pense e afirme que o cargo de Professor universitário está integralmente satisfeito e cumprido quando se dão as aulas entrando pontualmente e saindo ainda mais pontualmente à tabela do horário, fazendo no fim do ano os exames dos alunos, com o escrúpulo e rigor que as circunstâncias exigem. Sim, isto é um dos deveres que é preciso cumprir; mas não é o único e aí daqueles que fazem deste critério comodamente simplista, o seu bordão e a sua couraça. Não!... Uma Faculdade é um organismo que tem a sua vida de relação permanentemente alimentada com sessões científicas, conferências públicas, publicações periódicas ou eventuais, viagens de estudo, cursos de extensão universitária e outras manifestações de actividade que se podem resumir em duas palavras: anseio de aprender e de ensinar. Mas para que tudo isto se possa fazer, quantos esforços, quanta dedicação, quanta abdição e sacrificios não são precisos por parte dos elementos do mesmo organismo?

E aquêles que não contribuem com a sua quota parte de esforço que valor têm o organismo em questão? Não são porém éstos que nos importam; são justamente os outros a quem a Universidade presta agradecida, a sua homenagem de reconhecimento e de louvor.

Quanto ao estímulo éle aqui está implicito e significa apenas a consciência do dever cumprido, o culto vivo pela instituição a que se pertence, a realização das aspirações de aperfeiçoamento e difusão da ciência.

Em seis anos, prosseguiu, muitos dos nossos queridos colegas, mestres dos mais distintos da nossa Faculdade, nomes consagrados que por aqui passaram, iluminando-nos com o brilho do seu talento e do seu saber, tomaram para sempre. Moraes Sarmiento, Angelo da Fonseca, Geraldino Brites, Marques dos Santos, Alberto Pessoa. Relembrando-os neste momento, curvamo-nos reverentes perante a sua memória, sentindo transbordar do peito os sentimentos de gratidão pelo denodado esforço com que sempre contribuíram para o engrandecimento e prestígio da nossa Faculdade e da Universidade de Coimbra e também da saúde pelos companheiros perdidos.

Outros vêm: novos de quem a Faculdade tanto espera e que no exemplo dos mestres e nas qualidades de que já deram provas busquem os caminhos do dever para manter bem viva a chama e o brilho da instituição. Para uns e para outros, para aquêles que nos honram com a sua presença colaborando também nesta obra, para os nossos mestres e nossos discípulos, o agradecimento sincero da nossa Universidade de Coimbra.

A conferência inaugural foi pronunciada pelo sr. Prof. dr. Rocha Brito, que dissertou sobre «Tesarismose».

O curso decorreu com o maior interesse, tendo feito sessões operatórias os srs. Professores drs. Nunes da Costa, Luis Raposo e dr. Cunha Vaz.

Nas enfermarias foram apresentados vários casos clínicos. O sr. Prof. dr. Runge, da Universidade de Heidelberg deu a sua colaboração ao Curso, realizando duas hysterectomias e pronunciando duas conferências subordinadas aos temas «Gravidez prolongada» e «Novas aquisições endocrinológicas da gravidez».

As notáveis lições feitas no Curso serão publicadas na *Coimbra Médica* e bem assim o resumo dos casos relatados nas enfermarias.

Na sessão de encerramento do Curso, o sr. Prof. dr. Novais e Sousa pronunciou o seguinte discurso:

Ao terminar este Curso de Férias quero dizer-vos algumas palavras de congratulação e de agradecimento: de congratulação pelo magnífico êxito obtido; é com grande satisfação e legítimo orgulho que vejo a projecção luzida e magnífica desta manifestação de cultura e realização docente da minha Faculdade: As esplêndidas lições, conferências, demonstrações práticas e clínicas de natureza médica e cirúrgica que durante estas duas semanas, num trabalho intenso e absorvente mais útil e proveitoso, todos tivemos ensejo de ouvir e ver, constituem (à parte a minha modesta contribuição) uma manifestação de vigorosa actividade científica e pedagógica que muito contribui para dignificar a nossa gloriosa e querida Faculdade que todos desejamos ver dia a dia mais exaltada e admirada.

Este esforço desinteressado tem sido reconhecido e recompensado pela invulgar assiduidade da numerosa e distinta assistência que, com a sua presença e aplausos, com o seu afectuoso acolhimento, tem constituído um incentivo para que, de cada vez, tenha sido melhorada a organização e a eficiência deste Curso e se tenha procurado dar-lhe uma orientação essencialmente prática, de revisão e ampliação de noções científicas e clínicas proveitosas ao exercício profissional, continuando e actualizando os conhecimentos adquiridos nesta Escola a que deveis gratidão e carinho porque nela se formou o vosso espírito e deseja não vos perder de vista tornando cada vez mais forte a cadeia que espiritualmente a ela vos prende. Creio que estou na verdade dizendo que se tem conseguido, de ano para ano, fazer mais e melhor; e julgo que está no pensamento de todos os médicos a vantagem e necessidade destes Cursos de actualização.

Entendo, porém, que há dois objectivos a conseguir desde já: Primeiro, que do reconhecimento da vantagem deste Curso e para sua inteira eficiência, se passe à prática de uma regular, periódica e assídua frequência, como que obrigatória; há dificuldades a resolver, modificações de orientação a adoptar: úteis seriam as sugestões sobre o seu funcionamento, emanadas daqueles a quem interessa; procurei obter-las de forma que possa oferecer o máximo de facilidades com o maior aproveitamento.

Outro respeita a conseguir-se a oficialização deste Curso que já vai em 7 anos de funcionamento em que foi posta à prova a boa vontade dos que nêlo trabalham e a boa aceitação dos que dêle aproveitam. É esta a única Faculdade de Medicina do País em que se realiza um Curso de tão útil finalidade; parece-me justo que se lhe dê garantias de estabilidade, maiores possibilidades de funcionar a pleno rendimento, facilidades materiais de desenvolvimento e organização.

Para isto muito confiamos na acção do Ex.^{mo} Reitor a quem quero agradecer a honra que nos deu inaugurando os trabalhos deste ano e animando-nos não só com as suas palavras de incitamento, mas ainda com a sua prestigiosa comparação a quasi todas as sessões. S. Ex.^a por certo avalia como a sua presença foi por todos nós apreciada e é veementemente agradecida.

A cada um dos meus illustres Colegas direi que, atenta a alta função pedagógica e cultural que compete à nossa Faculdade, bem merecem dela pela boa vontade, empenho e brilhante colaboração prestada.



E para vós Senhores médicos e estudantes que com a vossa presença e o vosso interesse apoiáis o nosso esforço e manifestais a vossa satisfação e agrado, vai o nosso muito reconhecido agradecimento.

E cumpro ainda um dever agradecendo publicamente à Imprensa a atenção que lhe tem merecido a realização e a seqüência dos trabalhos deste Curso de Férias. E até ao ano.

Ordem dos Médicos

Para levar ao conhecimento da Ex.^{ma} Classe Médica, pedem-nos a inserção nas colunas da «Coimbra Médica» da nota junta, vinda do Conselho Geral:

1.º — Que o Conselho Geral, por intermédio dos Conselhos Regionais, receberá e estudará, até 15 de Agosto, as dúvidas que lhe sejam apresentadas pelos médicos no tocante à forma de obtenção do título de especialista, dentro do espírito que presidiu à elaboração do Regulamento das Especialidades e às normas gerais nêlé prescritas.

2.º — Que após o Senhor Presidente do Conselho Geral, ter exposto, junto das entidades oficiais competentes, o caso de haver médicos mobilizados na tropa de linha, deverão êstes, se assim pretenderem, dirigir o seu requerimento ao Ministério da Guerra, pedindo a sua transferência para os serviços médicos do Exército.

Sessões científicas

Faculdade de Medicina de Coimbra — À sessão médica quinzenal realizada no dia 4 de Maio presidiu o sr. Prof. dr. Novais e Sousa, secretariado pelos srs. Professores drs. Rocha Brito e Tristão Ribeiro.

Foram apresentadas comunicações dos srs. drs. João Novo, Oliveira Firmo e Prof. dr. Mosinger sobre «Apendicite neurogena»; o sr. dr. Ibérico Nogueira acerca de «Um caso de rotura uterina», e do quartanista de Medicina, sr. Renato Trincão «Sobre a patologia do sistema histio-conjuntivo da pele e seus anexos», trabalhos que despertaram grande interesse.

À última sessão do corrente ano lectivo, que se realizou no dia 19 de Maio, presidiu o sr. Prof. dr. Almeida Ribeiro, secretariado pelos srs. Professores drs. Rocha Brito e Rodrigues Dinis.

O sr. dr. Oliveira Firmo relatou um trabalho sobre «Dezesseis casos de hiperneurocrinia hipofisária», de colaboração com os srs. dr. João Novo e Prof. dr. Mosinger, e o sr. dr. Herménio Cardoso dissertou sobre «Patologia das amígdalas» comunicações que também foram escutadas com o maior interesse.

Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa — Na sessão realizada em 22 de Maio foram apresentadas comunicações dos srs. drs. Adelino Costa e Diogo Furtado com apresentações de vários casos clínicos; dr. Fernando Nogueira sobre «A velocidade circulatória e o seu interesse em patologia e na clínica», e dr. Fortunato Levy «Sobre um caso de aneurisma traumático da axila».

Faculdade de Medicina

De Coimbra — Fêz o seu doutoramento profissional, o sr. dr. Francisco Pimentel, cuja tese se intitulava «O tratamento das varizes nos membros superiores».

Do Pôrto — Realizaram-se os concursos para o preenchimento de seis vagas de professores catedráticos tendo sido candidatos os srs. drs. Luís de Pina (História da Medicina e Deontologia Profissional, Fernando Magano (Patologia Cirúrgica), Santos Pessegueiro (Propedêutica Médica), Álvaro Rodrigues (Clínica Cirúrgica), Teixeira de Morais (Patologia Geral) e Milheiro Fernandes (Fisiologia Geral e Química Fisiológica).

Os júris foram constituídos pelo corpo docente da Faculdade e pelos srs. Professores drs. Reinaldo dos Santos, Francisco Gentil e Toscano Rico, de Lisboa; Duarte de Oliveira, Egídio Aires e Feliciano Guimarães, de Coimbra.

Os candidatos foram aprovados.

Conferências

Realizaram conferências em Lisboa e no Pôrto, os Professores drs. Wilhelm Stepp, da Universidade de Munich; E. Nauch, da Universidade de Hamburgo, e Eusebio Oliver, de Espanha.

O primeiro destes Professores dissertou sobre «A importância das ciências das vitaminas para o estudo dos processos vitais»; o segundo falou sobre o tifo exantemático e das «Novas investigações sobre o desenvolvimento dos parasitas da malária».

O catedrático espanhol ocupou-se de «As hepatoenteropatias» termo por ele criado e que corresponde a uma concepção funcional da medicina e pressupõe que as doenças do fígado não são simples alterações de todo o sistema enteral — intestino, estômago e pâncreas — e correspondem a alterações da regulação funcional em todo o organismo.

Também fizeram conferências em Coimbra, o sr. Prof. dr. Rocha Brito, a convite da Sociedade de Defesa e Propaganda — «Horas coimbrãs (séc. xvi)»; o sr. dr. Fernando da Silva Correia — «Inimigos da assistência»; e no Pôrto, a sr.ª dr.ª D. Maria Celeste da Costa Cardoso — «Serviço Social — Uma nova carreira feminina».

Em S. Tiago de Compostela realizaram conferências os srs. Profs. drs. Silva Pinto, Amândio Tavares e Roberto de Carvalho, da Faculdade de Medicina do Pôrto.

Várias notas

A Universidade de S. Tiago de Compostela concedeu o grau de doutor «honoris» causa, ao Prof. da Faculdade de Medicina do Pôrto, sr. dr. Hernâni Monteiro. O acto da imposição das insignias revestiu grande solenidade.

— Reüniu-se a assembléia geral da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, tendo sido eleita a nova direcção, assim constituída: presidente, dr. Aires

de Sousa; vice-presidente, dr. Silva Leal; 1.º secretário, dr. Idalio de Oliveira; 2.º secretário, dr. Carlos Barbosa; tesoureiro, dr. Carlos Silvio Rebêlo.

— Por ter passado o cinquentenário da sua actividade laboratorial foi alvo de uma significativa homenagem por parte dos seus amigos e admiradores, o sr. Prof. dr. Alberto de Aguiar, do Pôrto.

— A Sociedade das Ciências Médicas realizou uma exposição de todos os jornais e revistas de medicina de Portugal, tendo no seu encerramento feito uma conferência o sr. Prof. dr. Silva Carvalho, que dissertou acerca das sedes e crises da referida Sociedade que foi fundada em 1823, mas que só começou a funcionar, por motivos políticos, em 1830, sob a presidência do dr. Francisco Soares Franco.

Falecimentos

Faleceram, em Lisboa, o sr. dr. Isaac Jaime Anahory, director dos serviços clínicos dos Hospitais Cívicos e director da gafaria do Hospital do Régo; no Pôrto, os srs. dr. António C. Pacheco, médico, e dr. Fernando da Fonseca Simões, assistente da Faculdade de Medicina.

Às famílias enlutadas apresenta «Coimbra Médica» sentidas condolências

ÚLTIMAS NOVIDADES:

| | |
|--|-------------|
| ARTEAGA — <i>Prevención y cura práctica de las enfermedades de los niños. Consejos de un medico para criar sanos y fuertes a vuestros hijos.</i> 1 vol., 360 págs. (J. M.) | 50\$00 |
| AZOY — <i>Amigdalectomia.</i> 1 vol. 182 págs., 37 figs., (M. S.) | 54\$00 |
| BECK — <i>Clinica Obstetrica,</i> tradução da 2. ^a edição americana. 1 vol., 868 págs., com 1050 ilustrações, encad. (I. P.) | 425\$00 |
| CURTMAN — <i>Análisis químico cualitativo.</i> 1 vol., 572 pág., 27figs., encad. (M. S.) | 150\$00 |
| GARCIA — <i>Compendio de Psiquiatria.</i> 1 vol., 508 págs., encad. (C. L.) | 200\$00 |
| GIJÓN — <i>Métodos biológicos de valoración de hormonas, vitaminas y drogas.</i> 1 vol., 207 págs., 30 figs. (C) | 120\$00 |
| G. MARAÑON — <i>Manual de Diagnóstico Etiológico.</i> 1 vol., 155 págs., encad. (E. C.) | 330\$00 |
| HOCHREIN — <i>Enfermedades Reumáticas.</i> Su origen y tratamiento. 1 vol., 256 págs., 68 figs. (C) | 90\$00 |
| LAMBRY et SOULIE — <i>Les maladies des Coronaires. L'Infarctus du myocarde. L'Insuffisance Coronarienne.</i> 1 vol., 432 págs., 144 figs. (M) | 200,00 Frs. |
| LARREGLA — <i>Los conocimientos de Bioquímica indispensables al médico.</i> 1 vol., 293 págs., encad. (M. S.) | 135\$00 |
| LEY GRACIA — <i>Epilepsias Postraumáticas. (Tratamiento quirurgico).</i> 1 vol., 106 pág., 77 figs. (E. C. M.) | 70\$00 |
| MARTINEZ — <i>Difteria (Epidemiologia, inmunidad, profilaxis).</i> Con un prologo del Prof. JIMENEZ DIAS. 1 vol., 270 págs. (E. G. E.) | 75\$00 |
| MATEOS LÓPEZ — <i>Mama Sangrante.</i> Estudio de los afecciones de la mama que dan lugar a hemorragias por el pezón. 1 vol., 154 págs., 52 figs. (E. A.) | 60\$00 |
| PEYRI y CASTELLS — <i>Dermatologia.</i> 1 vol., 506 págs., con 71 láminas fuera de texto, encad. (S. M.) | 225\$00 |
| R. M. LE COMTE — <i>Manual de Urologia.</i> 1 vol., 320 págs. (S) | 100\$00 |
| STRANSKY — <i>Manual de Pediatria.</i> 1 vol., 442 págs. (S) | 100\$00 |
| WOLF — <i>Endocrinologia en la práctica moderna.</i> 1 vol., 1253 pág., 176 figs., encad. (S) | 470\$00 |
| YOUMANS — <i>Deficiencias nutritivas. Diagnostico y tratamiento.</i> 1 vol., 356 págs. ilustrado con 16 grabados, encad. (S) | 175\$00 |
| ZAMARRIEGO — <i>Guia de la Madre y de la Enfermera para el cuidado del niño sano y enfermo. Lecciones de Puericultura y Pediatria.</i> 1 vol., 299 págs., 49 figs. (Ag.) | 100\$00 |

Livros médicos à venda na

Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

| | |
|--|---------|
| BAÑUELOS — <i>El arte médico. Reflexiones y consejos al medico joven y al estudiante de clinicas.</i> 1 vol., 220 págs. (E. C. M.) | 45\$00 |
| BUYE — <i>Proctologia Prática.</i> 1 vol., 508 págs., 152 figs. (S) | 225\$00 |
| CALAFAT — <i>Tuberculosis Laringea — Modernas Orientaciones sobre diagnostico y terapeutica.</i> 1 vol., 177 págs. | 60\$00 |
| FOMON — <i>Cirurgia Plástica y Reparadora.</i> 1 vol. 1383 págs., 925 figs., encad. (L) | 336\$00 |
| FONSECA Y WOHLWILL — <i>Tifus Exantemático.</i> 1 vol., 212 págs., 71 figs. (S) | 85\$00 |
| GREGORIO — <i>El tratamiento de la Sifilis en sus distintos periodos y localizaciones.</i> 2.ª edición. 1 vol., 235 págs. (S) | 60\$00 |
| LAFORET — <i>Las perineotomias.</i> 1 vol., 284 págs. ilustrado com 125 láminas. (E. A.) | 70\$00 |
| LORENZO Y SCANDROGLIO — <i>Estafilococias cutaneas y sus complicaciones.</i> 1 vol., 132 págs., 101 fig. (S) | 60\$00 |

METALNIKOV — A luta contra a morte, 1 vol., 280 págs. 18\$00

| | |
|--|---------|
| PESCADOR — <i>Exploracion Clinica del Aparato Circulatorio</i> 1 vol. 315 págs. y 197 gravuras, encad. (E. C. M.) | 120\$00 |
| QUIRATTE — <i>Etiologia, Patogenia y Diagnóstico de la Diabetes. (Breve resumen para el practico.</i> 1 vol., 143 págs. (E. M.) | 75\$00 |
| RAMOS — <i>Puericultura. Higiene, Educacion y Alimentacion en la primera infancia. (Del nacimiento a los tres años). Tómo I.</i> 1 vol., 116 págs. con 96 ilustraciones. | 75\$00 |
| ROCAMORA — <i>Terapeutica interna de las Dermatosis. (Las viejas y las nuevas medicaciones internas de las enfermedades de la piel).</i> 1 vol., 112 págs. (E. M.) | 45\$00 |
| ROCHETA — <i>O estado actual da luta contra a tuberculose em Portugal,</i> 1 vol., 346 págs., 16 gravuras brochado, 110\$00, encadernado | 125\$00 |
| SANCHEZ LOPES — <i>Fiebre Puerperal y Operaciones Obstetricas.</i> 1 vol. 320 págs. (Gr.) | 150\$00 |
| TREADWELL — <i>Tratado de Quimica analitica. Tómo I — Analisis Qualitativa. Tómo II — Analisis Quantitativa. Os 2 tómos encd. com 1417 págs. (M. M.)</i> | 285\$00 |
| VELASQUES — <i>Formulario para uso del médico practico y del estudiante de asignaturas clinicas.</i> 1 vol. encad., 1195 págs., 5.ª edición 1944. | 220\$00 |
| WRIGHT — <i>Fisiologia Aplicada.</i> 1 vol. 834 págs. y 369 gravuras. (M. M.) | 195\$00 |
| ZARDAY — <i>Terapèutica especial de las enfermedades del corazón y de los vasos. Manual para uso diário.</i> 1 vol., 184 págs. (E. C.) | 50\$00 |