

COIMBRA MÉDICA

ANO XI

JULHO DE 1944

N.º 7

SUMÁRIO

	Pág.
«DOIS DEDOS» DE CRIPTOGRAFIA — dr. Fernando de Almeida Ribeiro	329
ESTADO ACTUAL DA CRIPTORQUIDIA, OS CRIPTORQUIDIANOS ENTRE AS CRIANÇAS PORTUGUESAS — drs. A. César Anjo e A. Santos Veloso	346
DETERMINAÇÃO DE UM ÍNDICE DE INFESTAÇÃO — CONSIDERAÇÕES SANITÁRIAS — drs. Álvaro Pereira Ataíde e Eduardo Baptista	363
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	XXXI

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

Lúis 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, as experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antisséptico concluem-se que o Aseptal tem um alto poder antisséptico e inibitório sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Côimbra 14 de dezembro de 1910

Alcides Figueira



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

“Aseptal.”
ANTISÉPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NUPRIAL

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

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

"Glucálcio,"

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

hepatodynamol

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

"MARCOTYL,"

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

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traquéia 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

POR

FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO

(Continuação da página 291, vol. XI n.º 6)

22. — Numa cifra mono-alfabética regular, por exemplo pelo processo de Júlio César, em que para cada letra se avançaram três ($a = d$, $b = e$, $c = f$, etc.) basta escrever debaixo de cada letra de um trecho do texto obscuro sucessivamente as letras seguintes do alfabeto para que na vigésima segunda linha inferior apareça o texto claro.

Variantes dêste processo aparecem muitas vezes usadas nas criptografias relativamente simples, como geralmente são as criminais. Suponhamos por comodidade de demonstração que o avanço é de 22 letras, o que dá x para a , y para b , z para c , e assim sucessivamente. *Amor* será figurado por $x j l o$; o decifrente faria a tentativa:

	X	J	L	O	— criptograma
Avanço de uma letra	y	k	m	p	
» de duas letras	z	l	n	q	
» de três »	A	M	O	R	— decifração

e logo três linhas abaixo veria aparecer o claro. Depois, usando as reguazinhas de Saint Cyr, que apresento, e assim chamadas por a sua invenção se atribuir aos alunos dessa escola militar francesa, faria coincidir o a da reguazinha menor, de alfabeto simples, com o x do primeiro dos dois alfabetos da reguazinha maior, e a decifração de todo o criptograma facilmente se faria sem necessidade de, para mais palavras, escrever sucessivas linhas por debaixo delas.

QUADRO N.º 6

a m o r = (claro)

x j l o = (criptograma)

Posição

das

Règuas de Saint-Cyrr

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	x	y	z
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Como se vê, a mais pequena destas reguasinhas contém um alfabeto simples e a maior, que se aplica por debaixo e se desloca ao longo da primeira, contém dois alfabetos seguidos, ficando as letras numa e noutra intervaladas por igual.

Do mesmo género do processo de Júlio César é o que também Suetónio diz ter sido usado por Augusto, com o avanço de uma letra para a seguinte, apenas, ($a=b$, $b=c$, $c=d\dots$ mas $z=aa$)⁽¹⁾; ou o *Albam*, em que o alfabeto, dividido a meio, tem cada letra da primeira metade correspondendo à letra da mesma ordem da segunda ($a=l$, $b=m$, $c=n\dots$), e cujo nome é feito pela associação das quatro letras dos dois primeiros grupos; ou o *Athbash*, de origem hebraica como o anterior, mas em que a correspondência se começa a dar entre as letras dos extremos e depois se segue a caminho do centro ($a=z$, $b=y$, $c=x\dots$), sendo o nome que lhe é dado formado pelos nomes das quatro letras correspondentes em posição às dos dois primeiros grupos, no alfabeto hebraico.

23.— Como um caso especial de interversão literal com mudança de valor absoluto das palavras — que não só das letras — do claro, pode figurar nesta altura o processo dos repertórios de palavras irreais convencionais, semelhantes aos usados no serviço telegráfico comercial; e o dos dicionários vulgares, em que a cada palavra de texto claro existente numa das colunas da página do volume escolhido se substitui a palavra correspondente da outra coluna gêmea. É de presumir ser êste último o processo usado quando o criptograma se apresenta composto por palavras reais não mantendo entre si aparência de nexos; e para a decifração há, então, que procurar, entre os dicionários caídos sob mão, o que se ajuste para o efeito.

(1) «Quando escreve em cifra, põe b por a , c por b , e assim para outras letras, e dois aa por um z . — *História dos doze Césares.* — *Augusto* — *LXXXVIII.*

24. — Bem mais interessantes do que os monoalfabéticos são os criptogramas polialfabéticos.

É claro que, como os monoalfabéticos, os criptogramas polialfabéticos podem ser cifrados por meio de listas nas quais adiante de cada letra se figuram as correspondências combinadas. Mas esses processos irregulares são menos cómodos do que os que dependem do uso de chaves regulares, fáceis de reter de memória e que não obrigam a conservar uma relação que a todo o tempo, se extraviada, pode permitir a descoberta do segredo.

Já se deixa vêr que quantos mais alfabetos se usarem mais complicada será a cifra. Teòricamente, poder-se-iam usar até 25 alfabetos, contando com o normal, para os criptogramas literais; isto é tantos como as letras do alfabeto normal. Mas, na prática, raro será encontrar o uso de mais de cinco ou seis alfabetos. Compreende-se porquê:

A dificuldade da decifragem para os indiscretos, obtida pelo aumento do número de alfabetos, implica uma complicação do próprio trabalho da cifra para os correspondentes, e facilita a êstes os enganos. Porisso, quási sempre, êles preferem processos regulares e as letras pelas quais iniciam os vários alfabetos usados (que mantêm a sucessão natural das letras e só se distinguem entre si por terem diferentes pontos de partida) constituem uma curta palavra chave que de memória se retem e que em geral se procura que seja formada de letras não repetidas.

O que vale, pois, ao decifrador é o cuidado dos próprios correspondentes em não se confundirem a si próprios. Senão... estava servido!

25. — A propósito, lembro-me de que, há bastantes anos já, quando eu preparava um exercício criptográfico para a próxima aula dos juristas, dois estudantitos (1), então do Liceu, resolveram para meu embaraço (que aliás não seria difícil de conseguir) arranjar duas cifras por interservação, mistas, completas, polialfabéticas e irregulares, de que por acaso conservei as listas ingénuas.

(1) Fernando Menéres de Campos de Almeida Ribeiro e Fernando Pinto de Almeida Henriques.

Puz, como condição prévia para me entregar aos prazeres da decifração, que a cifragem, por um dêles, dum texto da sua lavra fôsse decifrada pelo cumplice, sósinho em face das listas, e me fôsse entregue o resultado da decifração fechado num envelope. Não cheguei a ter êsse trabalho, nem o segundo dos dois teve o que lhe caberia, pois que o primeiro se embrulhou de tal forma com as letras, algarismos e figuras das suas cifras multiplas que desistiu de as usar. Por curiosidade, apresento êsses alfabetos.

QUADRO N.º 7

A					5		$\frac{5}{2}$	$\frac{59}{60}$	Lu	EV	tl
B				3A	122	O	PH	F?	A!	uP	D=
C	YD	FJ		H	37	P				*	100
D	230	ANP			75	Q	97				A
E	LO	M	NP	$\frac{5}{2}$	$\frac{5}{2}$ 1	R	48	25	3a	7 B	21
F	520			P	93	S	77			H P	fc
G			35+	37:	49x	T	99			Jw	Rr
H	120				x	U	101		KL	oka	
J		N		4	90	V	110		PL	tg	359
K					K	X	140		FR		104
L						Y	199	u4	$9\frac{1}{5}$	Jg	12
M	C	Hx	bs	t4	$\frac{3}{2}$						

Uma cifra ingênua, mista, irregular, de cinco alfabetos (redução $\frac{1}{3}$)

QUADRO N.º 8

A	323	π34	⊂
B	739	ff39	2
C	∇2F	∕∕41	2/5
D	517	#3	5
E	401	∇38	⊂
F	30	*Δ7	⊂
G	3≈	3□*	⊂
H	3~	9∇	⊂
I	5+	4Δ∇	⊂
J	-	BPR	2/3
K	70:	□□20	0/0
L	3?	W X 3	⊂
M	?!:	Y?!	⊂
N	∇	7+5=	00
O	-	79=∇	∇
P	d	5/7	∇
Q	B	=8+5	∇
R	YΔ	67\	∇
S	↑↓	70◇	∇
T	↑↓	123	∇
U	re32	M3	∇
V	9K	43+5	∇
X	∇	35=75	∇
Y			∇
Z			∇

Outra cifra ingênua, mista, irregular, de três alfabetos (red. $\frac{1}{3}$)

26.— De resto não se deve esquecer que há criptogramas insolúveis. A sua complexidade pode ser extrema e obtida eventualmente com o uso de aparelhos e máquinas complicadas. Essa complexidade não existe geralmente para os criptogramas criminais; mas também a pouca extensão poderá ser a causa de os criptogramas serem insolúveis mesmo para os decifreadores mais peritos.

A brevidade nos casos da transposição, se pode facilitar o encontro da solução, às vezes leva ao exagêro de originar a possibilidade de várias soluções, o que não é evidentemente de grande conveniência: lembremos, por exemplo, que entre as 120 combinações possíveis com 5 letras, para *a, o, p, r, t*, se encontram pelo menos nove úteis formando palavra=*prato, parto, porta, potra, rapto, topar, tropa, trapo, optar*. Mas a brevidade extrema nos casos de interversão é que já não tem nenhuma espécie de vantagens para o indiscreto, que nessa brevidade pode encontrar a causa bastante para não conseguir solução nenhuma aceitável.

Conta Locard o caso de um criptograma numérico correspondente a cinco letras apenas, endereçado pelo pretendente do trono de França a um seu partidário. Essas poucas letras não teriam dado margem para a decifração pelas autoridades legais, se não fôra o ter-se podido dispor de outros textos, anteriores



É uma associação de Sulfana — Neo-Soranil — Alucol para o tratamento sulfamidado local das infecções cutâneas

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA



Pomada granugena e cicatrizante
associação de óleo de fígado de bacalhau
desinfectantes e essências aromáticas

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correios, 41-2.º • LISBOA

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

e ulteriores, criptografados com a mesma combinação complicada de chaves variando com os dias da semana e do mês. Só assim, e com grande custo, se logrou descobrir que o duque de Orleans, desesperado pela recepção do informe de que se malograra uma manifestação preparada em sua honra e aborrecido por o seu correspondente lhe pretender *dourar a pilula*, chamando ao fiasco obtido um triunfo relativo de demonstração de aprêço (*«un succès d'estime»*), despejara contra o desgraçado «um tiro cambroniano». Em verdade, se o texto disponível fôsse o das cinco letras apenas, ¿ quem poderia lembrar-se de que uma alteza real tivesse o mesmo poder sintético de expressão do celebrado herói de Waterloo?!

27.— Voltando porém aos criptogramas polialfabéticos literais: Compreende-se que se, para um determinado texto, fôssemos experimentar sucessivamente fazer a cifra com um número crescente de alfabetos e comparar os criptogramas obtidos, notaríamos que os gráficos obteníveis para freqüência das letras do texto obscuro iriam progressivamente tendendo para o nível, pela aproximação entre a freqüência de tôdas as letras do criptograma. E, teòricamente, quando usássemos os 25 alfabetos, se o texto fôsse tomando extensões cada vez maiores e se tornasse infinito, acabariam tôdas as letras por aparecer no criptograma o mesmo número de vezes, e o gráfico tornar-se-ia uma linha horizontal perfeita.

Quero com isto dizer que, pela contagem total das letras e das diferenças na freqüência relativa de cada uma destas no criptograma, poderemos vêr se se trata de um criptograma monoalfabético ou não, e, no segundo caso, se serão poucos ou muitos os alfabetos.

28. — Vejamos alguns exemplos de cifras nos processos regulares polialfabéticos:

Com o processo de Gronsfeld, com a chave *Saúde*, cifremos aquilo que eu desejo a todos os meus ouvintes: *Felicidade*.

Por baixo de cada letra desta palavra iremos escrevendo respectivamente o número de ordem de cada uma das letras da chave

no alfabeto normal e avançando depois sôbre as letras do claro tantas casas quantas as do respectivo número: obteremos a letra do criptograma

Claro	—	F e l i c i d a d e
Chave	f	S a ú d e s a ú d e
	(19 1 21 4 5 19 1 21 4 5
Criptograma	—	z f h m j c e v h j

Ou, mais simplesmente, com uma chave desde logo numérica composta apenas de números digitos, digamos, por exemplo, 234:

Claro	—	F e l i c i d a d e
Chave	—	2 3 4 2 3 4 2 3 4 2
Criptograma	—	h h p k f m f d h g

Mas, em verdade, *felicidade* assim criptografada, quer com os cinco quer com os três alfabetos — *z f h m j c e v h j* ou *h h p k f m f d h g* — talvez não tenha uma apresentação convidativa e deixe a desejar em eufonia...

29-30. — Eventualmente usam-se quadros feitos, como os que vou apresentar.

Em primeiro lugar, segue o de Porta, com a sua explicação.

Mas é mais usado o outro quadro, (quadro n.º 10), *tabua quadrada*, também chamada de Vigenère, diplomata francês do século XVI, se bem que outros digam que a autoria foi, posteriormente, em 1794, de Dlandol.

QUADRO N.º 9

<i>A B</i>	a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z
<i>C D</i>	a b c d e f g h i j k l m z n o p q r s t u v w x y
<i>E F</i>	a b c d e f g h i j k l m y z n o p q r s t u v w x
<i>G H</i>	a b c d e f g h i j k l m x y z n o p q r s t u v w
<i>I J</i>	a b c d e f g h i j k l m w x y z n o p q r s t u v
<i>K L</i>	a b c d e f g h i j k l m v w x y z n o p q r s t u
<i>M N</i>	a b c d e f g h i j k l m u v w x y z n o p q r s t
<i>O P</i>	a b c d e f g h i j k l m t u v w x y z n o p q r s
<i>Q R</i>	a b c d e f g h i l k l m s t u v w x y z n o p q r
<i>S T</i>	a b c d e f g h i j k l m r s t u v w x y z n o p q
<i>U V</i>	a b c d e f g h i j k l m q r s t u v w x y z n o p
<i>W X</i>	a b c d e f g h i j k l m p q r s t u v w x y z n o
<i>Y Z</i>	a b c d e f g h i j k l m o p q r s t u v w x y z n

Quadro de Porta

Explicação. As maiúsculas à esquerda servem para a chave. E, para cada letra da chave, no par de linhas à direita, procura-se a letra respectiva do claro que se representa no criptograma pela que lhe fica abaixo ou acima.

Exemplo: Cifrando a palavra do claro = d i a s
 com a chave = T R Ê S
 temos o criptograma = u n y b

QUADRO N.º 10

Claro

Chave	0- 1	a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v x y z
	1- 2	b e d e f g h i j k l m n o p q r s t u v x y z a
	2- 3	c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v x y z a b
	3- 4	d e f g h i j k l m n o p q r s t u v x y z a b c
	4- 5	e f g h i j k l m n o p q r s t u v x y z a b c d
	5- 6	f g h i j k l m n o p q r s t u v x y z a b c d e
	6- 7	g h i j k l m n o p q r s t u v x y z a b c d e f
	7- 8	h i j k l m n o p q r s t u v x y z a b c d e f g
	8- 9	i j k l m n o p q r s t u v x y z a b c d e f g h
	9-10	j k l m n o p q r s t u v x y z a b c d e f g h i
	10-11	k l m n o p q r s t u v x y z a b c d e f g h i j
	11-12	l m n o p q r s t u v x y z a b c d e f g h i j k
	12-13	m n o p q r s t u v x y z a b c d e f g h i j k l
	13-14	n o p q r s t u v x y z a b c d e f g h i j k l m
	14-15	o p q r s t u v x y z a b c d e f g h i j k l m n
	15-16	p q r s t u v x y z a b c d e f g h i j k l m n o
	16-17	q r s t u v x y z a b c d e f g h i j k l m n o p
	17-18	r s t u v x y z a b c d e f g h i j k l m n o p q
	18-19	s t u v x y z a b c d e f g h i j k l m n o p q r
	19-20	t u v x y z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s
	20-21	u v x y z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t
	21-22	v x y z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u
	22-23	x y z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v
	23-24	y z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v x
	24-25	z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v x y

Quadro de Vigenère

Êste quadro faz lembrar o de Pitágoras. Por analogia com êle, se diz que a letra do criptograma é o produto da letra do claro (da linha superior horizontal) com a letra da chave (da coluna vertical da esquerda).

O uso do quadro é porém substituído com vantagem pelo uso mais comodo das reguazinhas de Saint Cyr, de que já falei, e das quais a superior, de alfabeto simples, representa a primeira linha do quadro, isto é o *factor claro*, e a regua de alfabeto duplo, que se coloca e desloca por debaixo da outra, representa, em cada momento, aquela das linhas inferiores do quadro de Vigenère que interessa sucessivamente e fornece a um tempo tanto a letra do *factor chave* como a do *produto criptográfico*.

Exemplo: a palavra dias com a chave três dá-nos agora o criptograma xael.

31. — Posto isto, vamos decifrar um texto cifrado por interversão polialfabética pelo processo de Vigenère.

Seja o texto o seguinte: (1)

34 — Bekgunbdroractgssrariraa gunlqrvfssrm
 34 — pvaakmojmmratvfagfsvevaookpihyoemt
 34 — aookqagfsvevaookzidutreekunlqrvfssr
 34 — gaeneeeqgjmnunqmvatvmokfejiitbsbhdao
 34 — ireigfpgevaetmpeumfjqmqntuatbmihe
 34 — gfifpekqvrieafsvfejieepvfejutrfsv
 34 — orvgakcajmegzufucreeeqnleekuagmbju
 32 — ggpakunusteitbekpokaagunaoirpok
 270

A simples inspecção mostra logo que se deve tratar de um criptograma por interversão, dada a presença de numerosos kk. E, dado isso, não temos de nos affigir por o criptograma ser um pouco longo, pois que, de um modo geral, a extensão dêle, se é uma condição para maior dificuldade no caso de cifra por *transposição*, é, pelo contrário, uma condição que favorece o decifrar no caso da *interversão*.

Fazemos a contagem das letras e encontramos cada letra as seguintes vezes, respectivamente:

e = 28	v = 16	i = 13	j } = 8	h } = 3
a = 25	f } = 15	t = 12	n } = 7	l } = 2
r } = 17	o } = 14	q = 10	b = 7	z = 2
u } = 17	k } = 14	p } = 9	c = 5	y = 1
g = 16	m } = 14	s } = 9	d = 3	x = 0

É pois um total de letras de 270, cujo quociente por 7, em unidades, dá 38.

As letras que no criptograma mais abundam são os *ee* (28

(1) Neste texto e em geral em todos os criptogramas apresentados não foram deixados espaços a separar as palavras. A existirem tais espaços, é óbvio que, se elles não estivessem propositadamente errados para iludir, a decifração seria muito facilitada: as palavras de uma, de duas e de três letras, sobretudo, dariam base para mais rápidas descobertas. A mesma facilitação levariam os sinais diacríticos, as pontuações ou os sublinhados, que por isso também se omitem.

vezes) e os *aa* (25 vezes); quer dizer: embora predominantes, estão em número muito abaixo do quociente canônico que para elas, que são as mais freqüentes no discurso normal da língua portuguesa, deveria ser de 38. Em todo o caso, desde o 28 máximo para os *ee*, até ao mínimo, de zero, para os *xx*, vai uma grande margem de oscilação. Deve, pois, concluir-se daqui que se trata de *uma cifra polialfabética, mas de poucos alfabetos*.

32. — Antes de continuar as diligências, convém ter em vista que a decifração é facilitada pelo conhecimento de um certo número de princípios aplicáveis aos casos de interspersão polialfabética e dos quais apontarei os mais importantes *pontos*, cuja exactidão se pode verificar no criptograma apresentado.

1.º Ponto — Quando na chave entra um *a*, a letra do claro cifrada com esse *a* da chave passa ao criptograma com a mesma figura do claro.

2.º Ponto — Os *aa* do claro passam ao criptograma sob a figura das letras da chave com que são cifrados: a grande freqüência normal dos *aa* no claro concorre, pois, para que no criptograma apareçam mais vezes as letras da chave.

3.º Ponto — Quanto menor fôr o número de alfabetos usados na interspersão, menos se atenuarão entre os sinais do criptograma as diferenças de freqüência que no texto claro correspondem às diferenças de freqüência das suas letras em uso normal.

4.º Ponto — O uso de uma chave em que entre a letra *a* faz, pelo que fica dito nos pontos n.ºs 1 e 3, com que se dê no criptograma uma menor atenuação das diferenças a que se refere o ponto anterior (3.º).

5.º Ponto — (Teorema de Kerckoffs). Os produtos de cada um de dois poligramas do claro iguais entre si, respectivamente por cada um de dois outros poligramas da chave iguais também entre si, dão *sempre* poligramas iguais entre si no criptograma.

6.º Ponto — Os poligramas iguais entre si no criptograma são *quási sempre* o resultado de produtos de cada um de dois poligramas do claro iguais entre si por cada um de dois poligramas da chave iguais entre si (podem não ser: ex. — na 1.ª linha do texto acima, veremos que o primeiro *g u* do criptograma = *tu* do claro \times *m a* da chave, ao passo que o segundo *g u* do criptograma = *oi* do claro \times *r m* da chave).

7.º Ponto — Quando num criptograma por interservação polialfabética há grande abundância de letras dobradas, ou se trata de uma interservação com chave de mudança automática pelas reguasinhas de *Saint Cyr* ⁽¹⁾ (caso em que a segunda das letras dobradas é *sempre* um *a*) ou se trata de uma interservação com chave permanente em que entra o *a* (caso em que uma das letras dobradas é *quási sempre* a própria letra do claro cifrada pelo *a* da chave).

8.º Ponto — (Teorema de Kasiski). O número de alfabetos usados num caso de interservação polialfabética regular é igual ao produto dos factores primos mais freqüentes em que são decomponíveis os números que representam as quantidades de letras que marcam as várias distâncias entre sinais correspondentes dos poligramas iguais do criptograma.

33. — No criptograma agora em apreço, o encontrarmos um número relativamente elevado (17) de grupos de letras dobradas (5 *ee* + 3 *aa* + 3 *oc* + 2 *uu* + 1 *gg* + 1 *ii* + 1 *mm* + 1 *qq*) deve indicar-nos que ou se há-de tratar de uma mudança automática de chave com as régua de *Saint Cyr* ou (o que é realmente o caso) de uma cifragem polialfabética com chave permanente em que entra a letra *a* (ponto n.º 7); para esta previsão concorre também o facto de os *aa* e os *ee* occuparem os lugares predominantes na freqüência (pontos n.º 1 e 3).

Procuramos agora alguns *poligramas* repetidos, isto é, grupos de sucessão de letras iguais de espaço a espaço, e contamos o número de letras que marcam a distância entre letras corres-

(1) Ver mais adiante este processo de cifragem.

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 estrienina	0,01	>
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

Lacarnol

preparado nucleosídico de ação circulatória

Para melhorar a irrigação e nutrição
do músculo cardíaco

Na angina de peito e em perturbações
anginosas após abuso nicotínico, na esclerose
coronária e para aumentar a eficiência
de corações senis.

Embalagens originais:
Caixa com 5 ampolas de 1 c. c.
Frasco conta-gotas com 20 c. c.

»Bayer«
LEVERKUSEN



Representante:

BAYER, LIMITADA

Largo do Barão de Quintela 11, 2º LISBOA

pondentes⁽¹⁾. Encontramos numerosos grupos, mas preferimos os de maior número de letras, como mais significativos. Por exemplo: *a a g u n*, um pentagrama que se repete a 237 letras de distância (1.^a e 8.^a linhas); *u n l q r v f s r*, um nonagrama que se repete a 60 letras de distância (1.^a e 3.^a linhas); *a g f s v e v a o o k*, um undecagrama com 24 letras de afastamento (2.^a e 3.^a); *a o i r*, um tetragrama renovado a 129 letras de distância (4.^a, 5.^a e 8.^a linhas); *p o k*, um trigrama bisado após 12 letras a contar (8.^a linha).

Temos pois: 237; 60; 24; 129; 12. Decomponhamos êsses números todos em factores primos e teremos respectivamente 3×79 ; $2^2 \times 3 \times 5$; $2^3 \times 3$; 3×43 ; $2^2 \times 43$.

Pelo teorema de Kasiski, sabemos que o número de alfabetos usados num caso de interversão polialfabética é igual ao produto dos factores primos mais freqüentes em que se decompõem os números de letras que marcam as distâncias de poligramas iguais do mesmo criptograma. Ora, neste nosso criptograma, o factor 3 entra em todos os casos; o factor 2 elevado ao quadrado falta em dois dos cinco números e $3 \times 2^2 = 12$ seria um número exagerado de alfabetos para o que é de esperar, pelo que se disse atrás (ponto n.º 3). Portanto, concluímos que deve haver três alfabetos sendo um o normal; isto é, se houver uma palavra chave, ela deve ser de três letras e conter a letra *a* (ponto n.º 3). E o conter a chave a letra *a*, que fica praticamente inoperante para a redução das diferenças de freqüência que existem entre as letras no texto claro, deixa compreender que não seja tão grande a aproximação delas como seria de esperar com três alfabetos, se nenhum dêles fosse o normal.

Assente isto, passamos a escrever o criptograma em linhas de três letras constituindo três longas colunas paralelas⁽²⁾ que, por comodidade, fragmentamos em troços e em cada uma das quais colunas terá sido usada na cifragem apenas cada um dos três alfabetos, respectivamente.

(1) Para facilitar a verificação convém notar que cada uma das sete primeiras linhas do criptograma contém 34 letras e a última linha contém 32.

(2) Na prática, esta deligência é facilitada pela escrita das letras em papel quadriculado. De um modo geral, é recomendável para os trabalhos de decifração utilizar habitualmente tal papel, o que facilita grandemente os alinhamentos, as contagens e outras operações, e concorre muito para evitar os enganos.

1. ^a	2. ^a	3. ^a	1. ^a	2. ^a	3. ^a	1. ^a	2. ^a	3. ^a	1. ^a	2. ^a	3. ^a	1. ^a	2. ^a	3. ^a
b	e	k	e	v	a	q	g	j	u	a	t	z	u	f
g	u	u	o	o	k	m	n	u	b	m	i	u	e	r
b	d	r	p	i	h	q	m	v	h	e	g	e	e	e
o	r	a	y	o	e	a	t	v	f	i	f	q	n	l
c	t	g	m	t	a	m	o	k	p	e	k	e	e	k
s	r	a	m	o	k	f	e	g	q	v	r	u	a	g
r	i	r	q	a	g	i	i	t	i	e	a	m	b	j
a	a	g	f	s	v	b	s	b	f	s	v	u	g	g
u	n	l	e	v	a	h	d	a	f	e	j	p	a	k
q	r	v	o	o	k	o	i	r	i	e	e	u	n	u
f	s	r	z	i	d	e	i	g	p	e	v	u	s	t
m	p	v	u	t	r	f	p	g	f	c	j	e	i	t
a	a	k	e	e	k	e	v	a	u	t	r	b	e	k
m	o	j	u	n	l	e	t	m	f	s	v	p	o	k
m	m	r	q	r	v	p	e	u	o	r	v	a	a	g
a	t	v	f	s	r	m	f	j	g	a	k	u	n	a
f	a	g	g	a	e	q	q	m	c	a	j	o	i	r
f	s	v	n	e	e	q	n	t	m	e	g	p	o	k

Vemos agora para cada uma das três colunas qual a frequência relativa das respectivas letras. E temos os seguintes resultados:

1. ^a 2. ^a 3. ^a	Transporte — 68 1. ^a 2. ^a 3. ^a	Transporte — 123 1. ^a 2. ^a 3. ^a	Transporte — 177 1. ^a 2. ^a 3. ^a	Transporte — 227 1. ^a 2. ^a 3. ^a
a = 5+11+9=25	f = 12+1+2=15	k = 0+0+14= 14	p = 7+2+0= 9	u = 11+2+4= 17
b = 5+ 1+1= 7	g = 3+2+11=16	l = 0+0+ 3= 3	q = 9+1+0= 10	v = 0+4+12= 16
c = 2+ 3+0= 5	h = 2+0+ 1= 3	m = 9+3+ 2= 14	r = 1+5+11= 17	x = 0+0+0= 0
d = 0+ 2+1= 3	i = 3+9+ 1=13	n = 1+7+ 0= 8	s = 1+8+0= 9	y = 1+0+0= 1
e = 9+14+5=28	j = 0+0+ 8= 8	o = 7+8+ 0= 15	t = 0+7+ 5= 12	z = 2+0+0= 2
segue — 68	seguem — 123	seguem — 177	seguem — 227	Total — 270

ou, mencionando para cada coluna as letras mais frequentes:

1. ^a coluna	2. ^a coluna	3. ^a coluna
f = 12	e = 14	k = 14
u = 11	a = 11	v = 12
e } m } = 9	i = 9	g } = 11
q }	o } = 8	r }
o } = 7	s }	a = 9
p } = 7	n } = 7	j = 8
a } = 5	t } = 5	e } = 5
b }	r = 5	t }

ESTADO ACTUAL DA CRIPTORQUIDIA OS CRIPTORQUIDIANOS ENTRE AS CRIANÇAS PORTUGUESAS

POR

A. CÉSAR ANJO E A. SANTOS VELOSO

(Continuação da página 325, vol. XI n.º 6)

II — Os criptorquidianos entre as crianças portuguesas

Pode dizer-se, sem temor de errar, que observámos, para a pesquisa da ectopia testicular, quasi tôdas as crianças em idade escolar da cidade de Coimbra. As escolas do ensino primário-official que visitámos representam a totalidade das escolas do sexo masculino da área da cidade e nelas só não vimos algumas dezenas de crianças, muito poucas, que, por qualquer motivo, não estavam presentes no dia da visita. O número de crianças das escolas particulares é também muito reduzido, praticamente sem importância. As 1038 crianças observadas, de resto, são já um número mais que suficiente para que a percentagem de frequência que encontrámos, assim como certas características deduzidas das fichas dos nossos criptorquidianos, se possam aplicar à grande maioria das crianças portuguesas do mesmo «grupo etário» e se considerem portanto de algum valor, ou, pelo menos, para que êsses dados se possam considerar como base de estudos posteriores que os venham confirmar, corrigir ou infirmar. Cremos que as observações foram feitas com suficiente rigor e com os devidos cuidados técnicos para que nem um só criptorquidiano nos escapasse, como também para evitar que considerássemos como tal um que o não era. Isto é importante,

pois, como atrás se refere, os dados sôbre a freqüência da criptorquidia só com uma certa reserva se podem homologar e com êles estabelecer médias, em virtude de—pondo de parte já outros motivos—alguns autores considerarem como testículos ectópicos glândulas simplesmente retrácteis ou oscilantes, habitualmente ou até sempre colocadas na parte superior do escroto, mas que, com maior ou menor facilidade, se conseguem fazer descer até ao fundo das bôlsas. Ora êstes testículos retrácteis ou oscilantes foram por nós eliminados, ficando apenas os verdadeiramente ectópicos, aquêles que, apesar de tôdas as manobras usuais, não conseguíamos trazer até às bôlsas.

Eis as nossas fichas, com os elementos de observação mais importantes, elaboradas nas visitas às escolas feitas nos meses de Dezembro de 1940 e Janeiro e Fevereiro de 1941.

Ectopias unilaterais direitas

Obs. I — *A. das N.*, de 12 anos. Regular desenvolvimento somático. Sinais de heredo-sifilis: macrodontismo dos incisivos superiores e nariz discretamente enselado. O testículo direito está um pouco para dentro do orificio externo do canal inguinal, muito móvel, descendo sem dificuldade até meio da bôlsa correspondente. Quando libertado vai ocupar imediatamente a posição inicial. A glândula esquerda é normal.

Obs. II — *M. G.*, de 11 anos. Escarlatina aos 4 anos e anginas de repetição. Hipertrofia das amígdalas palatinas, ligeiramente à esquerda e grande à direita. Alguns sintomas de adenoides a que corresponde, discretamente, a fácies característica. O testículo direito está no orificio externo do canal inguinal, descendo apenas até à parte superior do escroto. A glândula é de dimensões normais, mas o escroto apresenta-se ligeiramente atrofiado. O esquerdo tem situação e dimensões normais.

Obs. III — *A. N.*, de 11 anos. Bronquite desde baixa idade e certo sofrimento cardíaco. Bom desenvolvimento somático. O testículo direito é palpável a meio do canal, não se conseguindo mobilizar e apresentando-se atrofiado. A outra glândula, as bôlsas escrotais e o pênis também se encontram atrofiados.

Obs. IV — *M. de F.*, de 10 anos. O testículo direito mostra-se à saída do canal inguinal, sem possibilidade de qualquer deslocamento para o escroto. O esquerdo é normal.

Obs. V — *H. R.*, de 10 anos. Bom desenvolvimento somático. Hipertrofia das amígdalas, principalmente à esquerda. O testículo direito, atrofiado, palpa-se no meio do canal inguinal, ligeiramente móvel e com discreta dor à palpação. Testículo esquerdo normal. Escroto atrofiado, principalmente do lado da ectopia. (Num irmão, com ectopia unilateral, o testículo desceu por volta dos 11 anos).

Obs. VI — *A. P. A.*, de 10 anos. Bom desenvolvimento somático. Sinais de heredo-sifilis: dentes mal implantados, incisuras dos incisivos medianos superiores. Testículo direito a meio do canal inguinal, mobilizável só até ao seu orifício externo, e bastante atrofiado. O esquerdo igualmente atrofiado, assim como o escroto.

Obs. VII — *A. dos S.*, de 10 anos. Sarampo e varicela no passado. Bronquite asmática desde os 5 anos. Fraco desenvolvimento somático. Sinais de heredo-sifilis: abóbada palatina em ogiva. O testículo direito mostra-se à saída do canal inguinal, com muita discreta mobilidade e atrofiado ligeiramente, assim como a bolsa correspondente. O esquerdo normal.

Obs. VIII — *J. C.*, de 10 anos. Volumosas adenopatias cervicais. Sinais de heredo-sifilis: nariz ligeiramente enclado, afastamento e incisuras nos incisivos superiores. Contudo, a reacção de Wassermann foi negativa. O testículo direito encontra-se no orifício externo do canal inguinal, com alguma mobilidade e com discreta atrofia. O esquerdo, de situação normal, está um pouco atrofiado.

Obs. IX — *J. F. S.*, de 10 anos. Com hábitos alcoólicos segundo declaração da professora. O testículo direito, palpando-se com dificuldade no terço superior do canal inguinal, está atrofiado e com sensibilidade dolorosa à pressão. Glândula esquerda normal.

Obs. X — *F. J. F.*, de 9 anos. Testículo direito à saída do canal inguinal, donde desce pela apreensão até ao meio da bolsa escrotal, mas subindo imediatamente quando libertado. Discreta atrofia. O esquerdo normal.

Obs. XI — *A. J.*, de 9 anos. Discreta hipertrofia amigdaliana bilateral. Desenvolvimento somático deficiente. Sinais de heredo-sifilis: ligeiro afastamento e má implantação dos incisivos superiores. Testículo direito à saída do canal inguinal, descendo até ao terço superior do escroto. O esquerdo normal.

Obs. XII — *G. F.*, de 9 anos. Coqueluche no passado. Filho de pais sifilíticos, tendo já feito tratamento específico, apresentando cárie de 4 dentes, incisivos medianos superiores com incisuras e afastamento, abóbada palatina em ogiva. Hipertrofia amigdaliana à esquerda. Testículo direito

à saída do canal inguinal, um pouco atrofiado, e com fraca mobilidade. O esquerdo normal mas com o escroto atrofiado.

Obs. XIII — *M. R.*, de 8 anos. Testículo direito no canal inguinal, mobilizável. O esquerdo normal.

Ectopias unilaterais esquerdas

Obs. XIV — *A. M.*, de 11 anos. Deficiente desenvolvimento somático. O testículo esquerdo encontra-se na parte superior da bolsa à saída do canal inguinal, descendo com dificuldade até quasi ao meio da mesma, mas retomando imediatamente a posição primitiva quando libertado. Discreta atrofia da glândula. O direito é normal.

Obs. XV — *J. F.*, de 9 anos. Febre tifóide e reumatismo articular no passado. O testículo esquerdo é impalpável em qualquer dos sitios onde era de admitir uma paragem ou uma aberração de migração. O direito normal.

Obs. XVI — *M. A.*, de 8 anos. Deficiente desenvolvimento somático por manifesta subalimentação. Sinais de heredo-sifilis: nariz ligeiramente enselado, abóboda palatina em ogiva e afastamento e incisuras nos incisivos medianos superiores. Testículo esquerdo, no orifício externo do canal inguinal, mobilizável até à parte superior do escroto. O direito e as duas bolsas, ligeiramente atrofiados.

Obs. XVII — *M. S.*, de 8 anos. Bom desenvolvimento somático. Nasceu com imperfuração anal, pelo que foi submetido a duas intervenções cirúrgicas. Sinais de heredo-sifilis: grande afastamento dos incisivos superiores e nariz enselado. Uma reacção de Wassermann, para confirmação, foi negativa. O testículo esquerdo mostra-se, à saída do canal inguinal, muito atrofiado e descendo difficilmente até meio do escroto. O direito e as bolsas estão também atrofiados.

Obs. XVIII — *M. M. S.*, de 8 anos. Rinite crónica. Sinais de heredo-sifilis: 3 dentes cariados e má implantação dos outros. Hérnia inguinal à esquerda. O testículo esquerdo apresenta-se no têrço inferior do canal inguinal e é mobilizável até ao seu orifício externo. O direito normal.

Obs. XIX — *F. R. D.*, de 7 anos. Regular desenvolvimento somático. Hipertrofia das amígdalas palatinas. Sinais de heredo-sifilis: incisuras nos incisivos e dente supranumerário entre os incisivos medianos superiores. Hérnia inguinal esquerda pouco pronunciada. O testículo esquerdo é palpável no têrço inferior do canal inguinal, com pouca mobilidade, apenas alcançado o orifício externo. O direito é normal, mas as bolsas mostram-se atrofiadas.

Obs. XX — *A. C.*, de 7 anos. Coqueluche e variola no passado. Sinais de heredo-sifilis: 2 dentes cariados, afastamento e incisuras dos incisivos medianos superiores. O testículo esquerdo, palpando-se dolorosamente na parte superior do canal inguinal, desce até atingir o orifício externo dêste. Atrofia generalizada às duas glândulas e ao escroto.

Ectopias bilaterais

Obs. XXI — *A. M. T.*, de 11 anos. Sarampo no passado. Regular desenvolvimento somático. Sinais de heredo-sifilis: 3 dentes cariados e afastamento dos incisivos superiores. Testículo direito no canal inguinal, um pouco doloroso à palpação. Testículo esquerdo à saída do canal inguinal, descendo dificilmente até ao meio da respectiva bôlsa.

Obs. XXII — *A. G.*, de 10 anos. Alguns sintomas de adenóides na oro-faringe a que corresponde a facies característica. Orquidopexia à direita, em Agosto de 1940. O testículo abaixado cirurgicamente palpa-se na bôlsa mas muito atrofiado. O esquerdo palpa-se em pleno canal inguinal mas sem se conseguir mobilizar.

Obs. XIII — *V. M. G.*, de 10 anos. Coqueluche no passado. Ligeira hipertrofia amigdaliana (palatina) à direita, e média à esquerda. Exagerado desenvolvimento estatural, acompanhado duma certa magreza. Hérnia inguinal direita. O testículo direito não se consegue contrair. (Talvez seja digna de nota a afirmação da criança de que, de vez em quando, tem dor na fossa ilíaca direita). O testículo esquerdo é palpável a meio do canal inguinal, um pouco atrofiado, sem se conseguir mobilizar. Atrofia das duas bôlsas.

Obs. XXIV — *A. D.*, de 10 anos. Sinais de heredo-sifilis: dentes mal implantados, dos quais dois cariados. Testículos atrofiados, à saída do canal inguinal e descendo ambos com dificuldade até meio das bôlsas. Estas são rudimentares.

Obs. XXV — *M. de A.*, de 9 anos. Uma pneumonia no passado. Bom desenvolvimento somático. Sinais de heredo-sifilis: 1.º e 2.º premolares razos e outros dentes mal implantados. Testículos à saída do canal inguinal, descendo com dificuldade na parte superior do escroto. Atrofia das bôlsas.

Obs. XXVI — *J. C. R.*, de 8 anos. Pais sifilíticos, mortos de tuberculose pulmonar. Enuresia. Bom desenvolvimento somático. Sinais de heredo-sifilis: afastamento e incisuras nos incisivos medianos superiores, má implantação de outros dentes e adenóides na orofaringe diagnosticadas pelo toque. Testículos no canal inguinal, junto do seu orifício externo, bastante móveis, descendo até à parte superior das bôlsas. Discreta atrofia das glândulas e das bôlsas.

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)

RÉPRÉSENTANTES PARA PORTUGAL E TODO O IMPÉRIO

F.A. CANOBBIO & C^A LTDA.

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 142

LISBOA

I
O
D
A
L
O
S
E

G
A
L
B
R
U
N



STOKS ASSEGURADOS

Resumindo e concretizando, temos: Em 1038 crianças das escolas de ensino primário oficial da cidade de Coimbra, dos 6 aos 14 anos, sistematicamente observadas para a pesquisa da criptorquidia, foram encontrados 26 casos, o que dá uma frequência de 2,5%. Esta integra-se bem no quadro geral das frequências encontradas por outros autores, ainda que nenhum tenha estudado o mesmo grupo etário. Como vimos já, FÉVRE admite a ectopia como existindo em 10% dos recém-nascidos e JOHNSON verificou que a sua frequência, nos rapazes dos 7 aos 17 anos (grupo incluindo muitas crianças em que se tinham dado as modificações pubertárias, com a possível descida de alguns testículos ectópicos), era de 1,72%. Não queremos deixar de acentuar que, com maior precisão, deveria referir-se a nossa frequência apenas ao grupo de idades, indo dos 7 aos 12 anos, pois quer na idade dos 6 anos, quer nas idades dos 13 e 14 anos, o número de crianças observadas foi muito diminuto, respectivamente de 6, 39 e 8, e nelas não foi encontrado nenhum criptorquidiano.

Nesse grupo etário, considerando só a observação de 985 crianças, a frequência sobe para 2,64%.

Nas outras idades, as crianças observadas repartem-se da seguinte maneira: com 7 anos, 118 crianças; com 8 — 177; com 9 — 198; com 10 — 167; com 11 — 167; com 12 — 115 e 43 de idade indeterminada.

E assim, considerando também a frequência da criptorquidia por idade, teremos: aos 7 anos, 2 casos (1,69%); aos 8 anos, 5 (2,76%); aos 9 anos, 5 (2,52%); aos 10 anos, 9 (5,38%); aos 11 anos, 4 (2,39%); aos 12 anos, 1 (0,86%). Esta distribuição de frequência segundo as idades não está de acôrdo com o que seria de esperar e as outras estatísticas mostram: — a diminuição da ectopia com a idade. Se aos 12 anos a frequência é mínima e ela vai decrescendo regularmente até aí, partindo do grupo dos 10 anos, já aos 7 anos a frequência não é máxima, mas sim aos 10 anos em que atinge 5,38%. Porém estas frequências não nos parecem merecer confiança para as poder generalizar e lhes dar qualquer valor especulativo, em virtude de terem sido obtidas em grupos demasiado pequenos, como ainda por os grupos não serem homogêneos, indo de 118 crianças até 198.

Dos 26 criptorquidianos, em 20 a ectopia era unilateral e somente bilateral em 6, ou seja em 23,07% dos casos. Esta fre-

quência é muito menor, quasi metade, da média aritmética das frequências das ectopias bilaterais encontradas pelos outros autores, 44,05 %, como ja atrás referimos. Aqui ainda cremos ser a discordância nos nossos resultados devida apenas ao facto de termos jogado com pequenos números, pois enquanto estabelecemos uma frequência entre 26 criptorquidianos, JOHNSON fá-lo entre 544 casos.

Nas ectopias unilaterais, a direita é muito mais frequente, 13 entre 20, ou seja em 65 % dos casos, no que os nossos dados concordam com os de outros autores (para JOHNSON 61,14 % e para J. C. D'ANDRADE mesmo 86,67 %) atrás referidos. Apesar destes autores donde extraímos os dados concordantes não fazerem qualquer referência ao facto, nós achamos que elle deve ser accentuado. E, infelizmente, neste momento, não somos capazes de ir mais além desta simples referência. Porque haverá uma maior incidência da ectopia à direita? Por qualquer disposição anatómica especial do canal inguinal, mais frequente, à direita? Não o sabemos, porque não temos conhecimento de algum anatomista ou cirurgião a ter assinalado. Por simples coincidência?

Nos 26 criptorquidianos, ao todo, havia 36 testículos ectópicos. Dêstes só 2 não estavam no canal inguinal, no seu interior ou junto do seu orifício externo; havia portanto 93,75 % de testículos em ectopia inguinal. Esta frequência é mais elevada que a dos outros autores, apesar de todos estarem de acôrdo, como vimos já, em considerar a ectopia inguinal como a mais frequente [para SOULIGOUX e VILLARD 77 % (10), para outros autores (28) 64,08 %, para THOMPSON e HECKEL, em 50 casos, 42 % (28)]. Os 2 restantes não os conseguimos palpar e assim, até que uma intervenção abdominal exploradora, nos permita um diagnóstico preciso, podemos admitir que se trata de 2 testículos em ectopia lombar. No entanto, talvez um dos testículos se possa considerar em ectopia ilíaca direita, em virtude da criança, portadora de tal anomalia, referir sentir, de vez em quando, uma dor na fossa ilíaca dêsse lado.

Dos 30 testículos que conseguimos palpar, 25 eram mais ou menos mobilizáveis (80 %) (17 em ectopias unilaterais e 8 em bilaterais). Nas ectopias com testículos fixados, só numa tôda a restante genitália era normal. No total, 18 testículos

(60%) encontravam-se atrofiados (12 em ectopia unilateral e 6 em bilateral). A associação da ectopia com a atrofia de outros elementos dos órgãos genitais verificou-se em 16 dos 26 rapazes (61,53%) (11 em unilateral e 5 em bilateral). Ectopias em que toda a genitália fôsse normal, apenas achámos uma (unilateral). Todos êstes dados, da maior freqüência dos testículos mobilizáveis, dos testículos ectópicos atrofiados e da associação da ectopia com a atrofia dos outros elementos dos órgãos genitais, têm a nosso ver, ainda que pondo as reservas devidas ao pequeno número das observações, um significado teórico e prático. Tais dados são incompreensíveis se admitirmos, como explicação das ectopias em que êles se encontram, as teorias mecânicas ou aquelas invocando uma anomalia reversiva. Tem de se admitir que a ectopia testicular, na grande maioria dos casos, corresponde a um insuficiente desenvolvimento, ou a um desenvolvimento desarmonico com o desenvolvimento geral do corpo, do aparelho genital e, assim, dependendo das glândulas endocrínicas que o comandam, de que sabemos ser a ante-hipófise a principal.

Excluindo os testículos ectópicos fixados e os associados com uma hérnia, que devem ser imediatamente do domínio da cirurgia, e tendo em conta que o tratamento é de resultados muito aleatórios nos testículos impalpáveis, podemos considerar que em 18 dos nossos criptorquidianos (69,23%) a hormonoterápia estava nitidamente indicada.

Em 16 criptorquidianos, aos quais observámos o desenvolvimento somático, «grosso modo» (por impossibilidade de o fazer de outro modo), encontrámos 10 crianças normais (62,5%) ZELSON e STEINITZ, procedendo dum modo idêntico, encontraram, em 17 criptorquidianos, (47,05%), 5 deficientes, 1 magro e 1 com exagerado desenvolvimento estatural. Nenhum dos nossos criptorquidianos apresentava o síndrome de BABINSKI-FRÖLICH ou era, pelo menos, reconhecidamente obeso.

A hérnia inguinal só a encontrámos em 3 dos 26 criptorquidianos (11,53%). Isto leva-nos a receber com uma certa reserva a opinião dos que consideram a associação da hérnia com a ectopia quási constante. De resto, JOHNSON em 544 criptorquidianos — o número mais elevado em que foi feita tal determinação — verificou uma incidência ainda mais baixa, de 2,39%.

Apresentavam alguns sinais suspeitos de heredo-sífilis 13 dos criptorquidianos, ou seja em 50%. As reacções de Wassermann em 2 dêles foram, contudo, negativas. Referimos a possível existência de sífilis nos criptorquidianos mais por uma questão de curiosidade e no desejo de que outros autores se decidam a investigá-la, com precisão, e numa larga escala. Sabemos bem que os sinais observados são dum valor muito relativo para o diagnóstico de heredo-sífilis, quando tomados isoladamente ou em pequeno número e sem a confirmação da reacção serológica nas crianças e nos pais. Quisemo-los referir, porém, porque os achámos numa incidência muito maior do que nas outras crianças não criptorquidianas, numa observação sistematicamente feita.

A associação com outra anomalia congénita verificou-se apenas num caso: tratava-se dum rapazinho de 8 anos nascido com imperfuração anal.

A enuresia só num caso foi verificada.

Um dos criptorquidianos apresentava um dente supra-numerário.

Quatro testículos eram dolorosos à palpação, dos quais um numa ectopia bilateral.

Um criptorquidiano referiu haver outro caso de ectopia testicular na família, num irmão, o que nos foi confirmado pelos pais. Com esta referência queremos chamar a atenção dos nossos leitores para o interesse dum estudo sôbre o possível carácter familiar ou hereditário da ectopia testicular.

Só eram do conhecimento dos pais 2 casos de ectopia ou sejam 7,6% de todos os casos. Dos restantes 24, aquêles que não descessem espontâneamente antes da puberdade e durante ela, com tôda a probabilidade só posteriormente seriam diagnosticados pelos doentes, com as gravíssimas conseqüências dum tratamento aleatório, senão absolutamente ineficaz.

CONCLUSÕES

I—A criptorquidia é uma anomalia que nas crianças portuguesas dos 7 aos 12 anos atinge a freqüência de 2,64% (segundo a observação de 985 crianças).

II — As ectopias bilaterais são menos freqüentes do que as unilaterais, nos nossos casos em 23,07% (outros autores, porém, consideram-nas quasi metade do total), e, nas unilaterais, as direitas são mais vulgares, um pouco mais de metade (65% nos nossos casos).

III — Lesões e perturbações várias se podem encontrar associadas à ectopia testicular e que numa pesquisa sistemática desta se poderão diagnosticar mais facilmente, tais como: a hérnia inguinal (por nós encontrada em 11,53% dos casos, mas que outros autores consideram muito mais freqüente), o síndrome adiposo-genital, hipospadias, imperfuração anal e outras anomalias congénitas, enuresia, e atraso mental (tendo tôdas, provavelmente, por origem, em grande ou em pequena parte, as mesmas causas que levaram à anomalia de posição do testículo).

IV — Como complicações e inconvenientes das glândulas ectópicas devem assinalar-se: a infecundidade (na ectopia bilateral depois da puberdade), algumas vezes até eunucoïdismo, perturbações de ordem estética ou psíquica, dores locais, maior freqüência da torsão do cordão espermático, maior gravidade da orquite blenorragica, que pode ir até à peritonite mortal, uma maior freqüência e um prognóstico muito mais grave dos tumores malignos (para vários autores, cerca de metade dos cancros do testículo encontram-se nas glândulas ectópicas).

V — Pela confirmação que encontrámos nos dados fornecidos pelos outros autores e pela observação dos nossos criptorquidianos, admitimos firmemente que as doutrinas endocrínicas podem explicar perfeitamente a grande maioria dos testículos ectópicos.

VI — Na aceitação desta etio-patogenia, e não querendo esconder alguns perigos, ainda em estudo, do uso das hormonas, consideramos ser a hormonoterapia o tratamento de escolha para a grande maioria dos casos e com a qual são de esperar resultados favoráveis em metade dos criptorquidianos. No nosso grupo de 26 criptorquidianos, em 69,23% dos casos a terapêutica hormonal estava nitidamente indicada. A idade mais conveniente para a sua aplicação situamo-la entre os 10 e os 12 anos: — não antes, pela possível descida de alguns testículos ectópicos (descida que para uns autores vai até metade dos casos); nem depois, pelo possível aparecimento duma puberdade precoce, para além da qual é sempre de temer que o testículo não recupere

já o seu total valor funcional. A técnica aconselhável é a de ZELSON e STEINITZ: primeiramente hormona gonadótrópa até à dose de 10.000 u. rato; em seguida, no caso de insucesso, associação com o propionato de testosterona; e finalmente, se o insucesso se mantiver, será a vez de o cirurgião intervir.

VII — A ectopia testicular raramente é diagnosticada pela criança, pelos pais ou num exame clínico acidental (dos nossos 26 casos só 2 eram do conhecimento dos pais).

VIII — Dêstes dados tira-se a conclusão final da necessidade da investigação sistemática da criptorquidia nas crianças de tôdas as idades. É o dever de todos os médicos e em especial, pelas circunstâncias próprias em que trabalham, dos pediatras e dos médicos escolares. O policlínico porque chamará a atenção da família da criança criptorquidiana para a anomalia, recomendando-lhe para seguir com cuidado a sua evolução, ou para fazer imediatamente o conveniente tratamento indicado por um pediatra. Os pediatras, e muito especialmente os medicos das escolas de ensino primário (onde se encontra a maioria das crianças na idade óptima para o tratamento), os médicos dos liceus e doutros estabelecimentos de ensino secundário, porque, com maior facilidade, poderão fazer uma pesquisa sistemática, em vasta escala e por conseqüência das mais proveitosas, pois não só se tratarão as ectopias e os seus inconvenientes e complicações como também se corrigirão as lesões e perturbações várias habitualmente associadas com elas.

CONCLUSIONS

I — Cryptorchidism is an anomaly which in the portuguese children from seven to twelve years old attain the frequency of 2,64% (according to observations made in 985 children).

II — The bilateral ectopias are less frequent than the unilateral ones, in our cases 23,07% (but other writers regard them as forming almost a half of the total), and in the unilateral cryptorchids the right ones are the more common, a little more than a half (65% in our cases).

III — Several lesions and disorders can be found together with testicular mal-descent, and in a systematical research of the

latter they can be more easily diagnosed, such as: inguinal hernia (found by us in 11,53% of the cases, but which other writers consider much more frequent) the dystrophia adiposo-genitalis, hypospadias, imperforate anus and other congenital anomalies, enuresis, mental backwardness, all of which, it is probable, have their origin, in a greater or smaller degree, in the same causes that originate the anomaly of the position of the testicle.

IV — One must point out as complications and inconveniences of the ectopic testicles the following: infecundity (in the bilateral cryptorchids after puberty), eunuchoidism, disorders for aesthetical or psychical reasons (we must remember the slogan so commonly quoted regarding this matter, though in a figurative sense...), local pains, greater frequency of the torsion of the spermatic cord, greater gravity of the gonococcal orchitis, which may go as far as a fatal peritonitis, a greater frequency and a much graver prognosis of the malignant tumors (according to several writers, about a half of the cancers of the testicles can be found in the ectopic glands).

V — By the evidence that we found, in the data given by other writers and in the observations made in our cryptorchids, from the arguments which came from endocrine theories, we strongly believe that these can perfectly explain the great majority of the ectopic testicles.

VI — Accepting this pathogenesis, and not wishing to conceal some dangers, yet in study, of the use of the sex-hormones, we regard the hormone treatment as excellent treatment for the great majority of the cases, and by which favourable results may be obtained on half of the cryptorchids. In our group of 26, in 69,23% of the cases, the hormonotherapy should be used. The most convenient time for this treatment we think to be between ten and twelve years old; not before this time for the possible descent of the testicles (which descent accounts for half of the cases for some writers), and not after for the possible appearance of a precocious puberty, beyond which one must always fear that the testicle will not recover its total functional value. We recommend the technique of Zelson and Steinitz: first gonadotropic hormone with a dose of 10.000 r. u.; secondly, in cases where it is not successful, its association with testosterone propionate; and finally, if it is still unsuccessful, the surgeon's help is required.

XII — The testicular anomaly is seldom diagnosed by the child, by the parents or in accidental medical examination (in 26 of our cases only in 2).

VIII — From this data we come to the final conclusion that systematic examination of the criptorchidism in children of all ages is necessary. It is the duty of all doctors and specially, because of the circumstances in which they work, of the pediatric and the school doctors. The polyclinic must give the family of the cryptorchid child the necessary information about its anomaly, recommending them to follow its evolution carefully; he must also give it the suitable treatment or for this he must ask the help of a pediatrician. The latter and specially the primary school and secondary school doctors can very easily carry on a systematic research, on a great scale, and, consequently, a very useful one, for not only the ectopic testis and its inconveniencies and complications can be treated, but also the lesions and various disorders which are commonly associated with them could be corrected.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

I — Die Cryptorchidie ist eine Anomalie, die, nach der Beobachtung von 985 Kindern, bei den portugiesischen Kindern zwischen sieben und zwölf Jahren einen Prozentsatz von 2,64 erreicht.

II — Die zweiseitigen Ekopien erscheinen nicht so oft wie die einseitigen; wir haben sie in 23,07% der Fälle beobachtet, trotzdem andere Autoren fast die Hälfte des Ganzen gefunden haben. Unter den einseitigen sind die an der rechten Seite am häufigsten, etwas mehr als die Hälfte (genau 65% in unserem Fall).

III — In Zusammenhang mit der Ektopie der Hoden kann man verschiedene Krankheiten und pathologischen Erscheinungen finden, die bei einer systematischer Untersuchung derselben leichter zu entdecken sind. Wir sprechen hauptsächlich von Hernia Inguinalis (die wir in 11,53% der Fälle gefunden haben, während andere Autoren sie für viel häufiger halten), Dystrophie adiposito-genitalis, Hypospadie, dem angeborenen Anusverschluss und anderem angeborenen Anomalien, wie Enuresie und der Geistigen Unterentwicklung, welche vielleicht zum grössten



A histórica Farmácia Merck

Tradição e boa qualidade são os pilares do insuperável poder económico alemão. Foram elas que criaram a fama mundial dos medicamentos e produtos químicos alemães.

E. Merck

Teil denselben Urgrund haben, der zur Anomalie in der Stellung der Hoden führte.

IV — Zu den Ergebnissen der ektopischen Hoden muss man rechnen: Die Unfruchtbarkeit (in der zweiseitigen Ektopie der Hoden nach der Pubertät), ab und zu sogar die Geschlechtsmerentwiclung, Hemmungen asthetischen oder psychischen Grundes (es sei an den alltäglichen Slangsatz, der allerdings meistens im bildlichen Sinn verwendet wird, erinnert...), lokale Schmerzen, grössere Häufigkeit der Drosselung des Samenleiters, grössere Gefahr der Orchitis blenorrhagica, die bis zur tödlichen Bauchfellsentzündung, gehen kann, eine grössere Häufigkeit der bösartigen Geschwulsten (nach verschiedenen Autoren findet man in den bösartigen Geschwülsten fast eine Hälfte der Krebse der Hode).

V — Den Untersuchungen anderer Autoren und unseren eigenen zufolge, halten wir die endokrine Theorien für bewiesen und glauben sogar, dass sie imstande sind, die Mehrheit der ektopischen Hoden zu erklären.

VI — Indem wir die für die Zeit noch bestehende Gefahren der Benutzung der Sexualhormone nicht vergessen, so glauben wir jedoch, demzufolge, dass die Harmonotherapie die richtige Behandlung für die Mehrheit der Fälle ist. Gute Ergebnisse sind mindestens in der Hälfte der Cryptorchidianen zu finden. Für unsere Gruppe von 26 Cryptorchidianen war die Hormonotherapie mindestens in 69,23% der Fälle mit guten Resultaten anwendbar. Das beste Alter dafür scheint uns zwischen zehn und zwölf Jahren zu sein; nicht früher, wegen eventuellen Herunterkommen von einigen ektopischen Hoden (bis zur Hälfte der Fälle, sagen einige Autoren); nicht später, wegen des möglichen Erscheinens einer zu frühen Pubertät, nach welcher die Hode seinen totalen functionellen Wert selten erreicht. Die Technik, die wir für die beste halten, ist die von Zelson und Steinitz: zuerst die Hypophysenvorderlappen-Hormon bis zur Dosis von 10.000 R. E.; nachher, im Falle, dass keine Besserung vorkommt, auch noch der Testosteronpropionat nehmen, und endlich, wenn das noch nicht wirkt, soll der Chirurg eingreifen.

VII — Die Ektopie der Hoden wird nur selten vom Kinde selbst, von den Eltern oder gar vom Arzt in einer raschen Beobachtung entdeckt (nur in 2 unter 26 unserer Fälle).

VIII — Diese Tatsachen beweisen, dass es höchst notwendig ist die Cryptorchidie bei den Kindern in jedem Alter systematisch zu untersuchen. Das ist die Pflicht von jedem Arzt insbesondere von den Kinder u. Schulärzten, da sie natürlich mehr Versuchsmaterial zu Verfügung haben. Der Familienarzt soll den Eltern raten, beim Kinde die Entwicklung der Krankheit zu beobachten und es im Notfall von dem Spezialisten behandeln zu lassen. Die Kinderärzte, besonders die Schulärzte, können eine grosse systematische und erfolgreiche Untersuchung machen, da die Ektopien mit ihren Nachteilen u. Gefahren nicht nur behandelt werden sondern auch ihre verschiedenen Hemungen und Krankheiten, die mit ihnen gewöhnlich zukommen, werden verbessert.

V — Der Harnstoffgehalt im Urin ist ein wichtiger Faktor bei der Diagnose der Nierenkrankheiten. Er ist ein spezifisches Zeichen für die Nierenfunktion und wird bei Nierenversagen erhöht. Die Messung des Harnstoffgehalts ist eine einfache und schnelle Methode, um den Zustand der Nieren zu beurteilen.

VI — In der Praxis ist es wichtig, die Nierenfunktion bei allen Patienten mit Bluthochdruck zu untersuchen. Ein erhöhter Harnstoffgehalt im Urin ist ein Hinweis auf eine Nierenkrankheit. Die Behandlung der Nierenkrankheiten ist komplex und erfordert eine individuelle Therapie. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung ist entscheidend für ein gutes Ergebnis.

VII — Die Nieren sind ein wichtiges Organ im menschlichen Körper. Sie filtern das Blut von Giftstoffen und überschüssigen Flüssigkeiten. Eine Nierenkrankheit kann zu schweren Komplikationen führen. Die Diagnose einer Nierenkrankheit erfolgt durch eine Reihe von Untersuchungen, darunter die Messung des Harnstoffgehalts im Urin. Die Behandlung einer Nierenkrankheit ist individuell und kann von einer medikamentösen Therapie bis hin zu einer Dialyse oder Nierentransplantation reichen.

VIII — Die Nierenfunktion ist ein wichtiger Faktor bei der Diagnose der Nierenkrankheiten. Ein erhöhter Harnstoffgehalt im Urin ist ein spezifisches Zeichen für die Nierenfunktion und wird bei Nierenversagen erhöht. Die Messung des Harnstoffgehalts ist eine einfache und schnelle Methode, um den Zustand der Nieren zu beurteilen.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN e STOKES — *A clinical evaluation of the hormone treatment of Cryptorchidism*, «Journal of Pediatrics», n.º 11, pág. 324, 1937.
2. ANDRADE (JOSÉ COELHO D') — *Os criptorquidianos. Considerações sobre a puberdade e as inspecções nos adolescentes das escolas e das oficinas*, 47 pág., Pôrto 1929.
3. BAUER (J.) e KOCH (W.) — *Ueber die therapeutische Wirksamkeit des reinen Hodenhormons*, «Wien. Med. Wschr.», n.º 87, pág. 592, 1937.
4. BLÉRIOT (M.) — *Traitement de l'ectopie testiculaire et de l'insuffisance des glandes génitales chez l'enfant par le proprionate de testostérone*, «Le Concours Médical», n.º 60, pág. 731, 1938.
5. BROWNE (D.) — *The diagnosis of undescendend testicle*, «British Medical Journal», t. II, pág. 168, 1938.
6. CIBA — *A hormona sexual masculina. Emprégo terapéutico da hormona testicular sintética Perandren*, 63 pág., 1941.
7. DORFF (GEORGE) — *Intra-abdominal cryptorchidism treated with gonadotropic substance*, «The Journal of the American Medical Association», t. I, pág. 1799, 1938.
8. EINSENSTAED (J. S.), APPEL (M.) e FRAENKEL (M.) — *The efect of hormones on the undescendend testis*, «Journal A. M. A.», t. II, pág. 200, 1940.
9. ELLIGOTT (MC.) — *Undescendend testis*, «Bristish M. J.», t. I, pág. 446, 1939.
10. FÈVRE (MARCEL) — *Ectopie testiculaire*, in t. II, de «Pédiatrie» de «Encyclopédie Médico-Chirurgicale», 1937.
11. GIL (CARLOS) — *Sur quelques essais thérapeutiques récents par les principes actifs ante-hypophysaires. Cryptorchidie et Alopécies*, Thèse pour le Doctorat de l'Université de Paris, pág. 57, 1935.
12. GOGLIA (PROF. GABRIEL) — *Deut. Med. Wschr.*
13. GRIGNON (C. E.) — *Ectopie testiculaire guérie par l'opothérapie orchitique*, «L'Union Médicale du Canada», n.º 67, pág. 90, 1939.
14. JOHNSON (W. W.) — *Cryptorchidism*, «Journal A. M. A.», t. II, pág. 25, 1939.
15. KRAETSCH (H. J.) — *Acérca do tratamento hormonal da criptorquidia*, «Munc. Med. Wschr.», n.º 46, 1939. (Resumido na Revista Terapéutica da Bayer, n.ºs 9/10 de 1940).
16. MARION (G.) — *À propos d'un cas d'ectopie testiculaire double en position crurale, traité par le prolan*, «Presse Médicale», n.º 25, pág. 513, 1936.
17. ——— *Traitement de la cryptorchidie*, «Journal des Praticiens», pág. 97, 1939.

18. MIMPRISS (T. W.) — *The treatment of imperfect descent of the testis with gonadotropic hormone*, «Lancet», t. I, pág. 497, 1937.
19. ——— *The treatment of the testis*, «Lancet», t. I, pág. 533, 1938.
20. ——— *Hormone-treatment of undescended testis*, «Lancet», 14-IX-1940.
21. OMBRÉDANNE (PROF. L.) — *Ectopie testiculaire et puberté*, «Presse Thermale et Climatique», pág. 412, 1935.
22. ORLIAC (M. P.) — *Le traitement hormonal de l'ectopie testiculaire*, «Le Bulletin Médical», n.º 53, pág. 7, 1939.
23. SAND (K.) — «Nord. Med. Tidskrift», pág. 881, 1937.
24. SCHERING — *Testoviron. Preparado de hormona testicular pura*, pág. 38, 1939.
25. SPENCE (A. W.) e SCOWEN (E. F.) — *The use of gonadotropic hormones in the treatment of imperfectly migrated testis*, «Lancet», t. II, pág. 1335, 1935.
26. ——— *Observations nouvelles sur le traitement de l'ectopie testiculaire*, «The Lancet», n.º 6009, 1938. (Resumido na «Revue des Journaux» da «Presse Médicale», t. I, pág. 61, 1939).
27. TAYLOR (G. G.) e TILL (A. S.) — *Malignant disease of testicle (and undescended testis)*, «British Journal of Urology», t. X, pág. 1, 1938.
28. THOMPSON (W. O.) e HEKEL (N. J.) — *Undescended testis; present status of glandular treatment*, «Journal A. M. A.», t. I, pág. 397, 1939.
29. ——— *Male sex hormone: clinical application*, «Journal A. M. A.», t. II, pág. 2124, 1940.
30. THORET (FÉLIX) — *Traitement de la cryptorchidie par les hormones gonadotropes*, Thèse pour le Doctorat de l'Université de Paris, 1937.
31. UKO (H.) — *Le traitement du cryptorchidisme par les hormones gonadotropes*, «Paris Médicale» t. II, pág. 101, 1938.
32. VINCENT (H.) — *Vues d'ensemble sur l'hormonothérapie orchitique*, «Les Sciences Médicales», (Jan.) 1939.
33. ZELSON (C.) e STEINITZ (E.) — *Treatment of Cryptorchidism, with chorionic gonadotropic hormone and male sex hormone*, «Journal of Pediatrics», pág. 315, 1940.

DETERMINAÇÃO DE UM ÍNDICE DE INFESTAÇÃO

(CONSIDERAÇÕES SANITÁRIAS)

POR

ÁLVARO PEREIRA ATAÍDE E EDUARDO BAPTISTA

Prólogo

A Medicina Social toma modernamente, pelo menos na mente dos médicos novos, capital importância. De mestres é a esperança que a geração deles seja a última em que a medicina curativa sobreleva à medicina profilática (1).

Como tal achamos útil empregar nesse sentido o nosso esforço e acordar na nossa Escola todos os sentimentos, idéias e propósitos que visem êsse fim.

Ofereceu-se-nos fazer um trabalho desta natureza e procurámos trazê-lo à Escola que nos formou, primeiro que a qualquer outra parte, para tornar mais vivo o espírito social que nas nossas escolas quasi esmorece e trazer às Quinzenas Médicas onde o trabalho devia ser lido, o esforço de dois recém-formados sem obrigações de investigação nem esperança de outro prémio que não seja a divulgação.

SUMÁRIO

Introdução. Apresentação do bairro. Considerações de ordem sanitária. Organização do trabalho. Técnicas empregadas: descrição, razões, valor que nos parecem ter. Resultados do trabalho. Solução do caso particular. Directrizes para solução geral: *a)* organização que mantenha todos acima ou ao nível mínimo da vida; *b)* organização de bairros habitáveis e duráveis; *c)* organização que vise a eficiência dos mesmos; *d)* assistência médica do tipo do Centro de Saúde.

(1) Entre outros o Prof. PULIDO VALENTE e o Prof. MELIÇO SILVESTRE.

Introdução

Não é em qualquer circunstância que se inicia um trabalho de investigação e neste caso as circunstâncias tiveram maior valor que a minha própria vontade.

Não era certamente um trabalho sobre verminoses o que me interessava e desejávamos fazer, mas as circunstâncias assim o permitiiram.

Pensei ser interessante saber a percentagem de crianças que na Curraleira estavam infestadas e com que espécies de vermes; a idéia parecia não poder ter seguimento e abandonei-a. Soube mais tarde que o nosso colega ALVARO FRANCO GÂNDARA, estava fazendo um trabalho com fezes enviadas pelo correio de uma aldeia perto da Figueira da Foz.

Falei no trabalho ao colega EDUARDO, companheiro de casa e de estudo, mas êle contrapôs o melindre de outro ter iniciado um trabalho que nós íamos tomar, melindre que pensei e penso de facto não existir por serem as condições de vida de uma e de outra população completamente diferentes.

Falei que acharia interessante fazer um trabalho de inquirição desta natureza à nossa visitadora e enfermeira no bairro da Quinta da Curraleira e ela achou não só útil a idéia mas prontificou-se a fazer o aborrecido trabalho da colheita de material.

Falei depois ao Prof. FRAGA DE AZEVEDO que se prontificou a pôr à nossa disposição, minha e do meu colega EDUARDO BAPTISTA, o material e o laboratório de Zoologia Médica do Instituto de Medicina Tropical, em que é professor.

Iniciou-se pois o trabalho devido à minha ambição e gosto pela investigação, ao poderoso auxilio prestado pelo colega EDUARDO BAPTISTA, à boa vontade e amabilidade da nossa visitadora e à permissão e boa vontade do Prof. FRAGA DE AZEVEDO, quatro circunstâncias que se somaram e levaram a iniciar-se um trabalho que como todos não se sabe quando nem como parará.

Apresentação do bairro

Existe em Lisboa, a pequena distância da baixa, muito perto da R. Morais Soares e da R. Barão de Sabrosa, numa encosta fronteira ao monticulo onde fica o cemitério do Alto de S. João,

um bairro de construções na sua maioria de madeira, lata e telha, semelhante a muitos outros que se encontram junto das cidades, principalmente nas grandes cidades e de construções semelhantes a muitas outras que estão espalhadas por terras que não são de ninguém, terras que a lavoura perdeu e de que o urbanismo ainda não tomou conta.

Bairro de gente pobre, em miséria permanente ou semi-permanente, vendedores ambulantes, mulheres a dias, costureiras, carpinteiros de pouca habilidade, fabricantes de brinquedos baratos, etc., etc.; gente que trabalha quando há trabalho, ou quando a «venda dá», ganha o pão de cada dia, mas que entra em miséria completa quando o trabalho escasseia ou quando a venda ambulante se torna menos rendosa.

É um bairro extenso. Alberga perto de 1500 pessoas sendo aproximadamente metade, crianças.

É um bairro bem situado numa encosta sul, de boa aparência a uma vista superficial e a entrada não revela logo a maior miséria, pois as casas parecem bem construídas, embora de madeira e existem até algumas de alvenaria onde estão situadas casas de comércio: uma taberna e carvoaria, uma mercearia, e uma instituição antiquada — um marco fontenário remunerado — onde cada bilha que leva pouco mais de 5 litros, custa 5 centavos, negócio que dá de lucro mais de 100%. As casas parecem apenas um pouco velhas e descuidadas. As maiores misérias estão mais para baixo, casas com inclinações desusadas, habitantes que vivem em caixas de ar, habitações que parecem galinheiros, etc... A exposição aos ventos também é vantajosa pois está protegida dos ventos do mar e apenas aberta aos ventos do sudoeste, o terreno não é humido nem demasiado impermeável.

As habitações exceptuando as de alvenaria cobertas de telha, que devo dizer em abôno da verdade, nunca visitei, são construídas, pode dizer-se na sua totalidade, de tábuas mal unidas, cobertas de telha, ferro zincado ou simplesmente lata. Escusado é dizer que não têm orientação apropriada, como de resto não existe noutros bairros mais afortunados, nem é bom falar nas empenas tortas e nos telhados com covas e barrigas ameaçando desabar.

A altura de quasi todas as habitações é tão pequena que qualquer pessoa que não seja muito baixa tem de tomar cuidado

para não bater aqui e além. Esta pequena altura, combinada com a exiguidade dos compartimentos forma pequeníssimos cubículos que não têm de cubagem nada que se pareça com o necessário para uma pessoa. Acresce que em cada cubículo vivem, ou melhor, dormem muitas pessoas: 2, 4, 6, 7 e 8. Vale a estes pacientes a larga ventilação. Algumas habitações dão-se ao luxo de ter sobrado e caixa de ar, porque as restantes são de terra batida, mas nalgumas dessas a caixa de ar é habitada, tornando-se de um bom acessório de uma habitação numa péssima moradia.

Como disse a ventilação é abundante; pelas trinchas mal unidas assobia o vento das borrascas de inverno e no verão refresca um pouco a quentura dos telhados intensamente aquecidos; as poucas portas e janelas, melhor chamadas talvez, postigos, são cobertas a maior parte das vezes com papel ou pano o que auxilia ainda mais a ventilação.

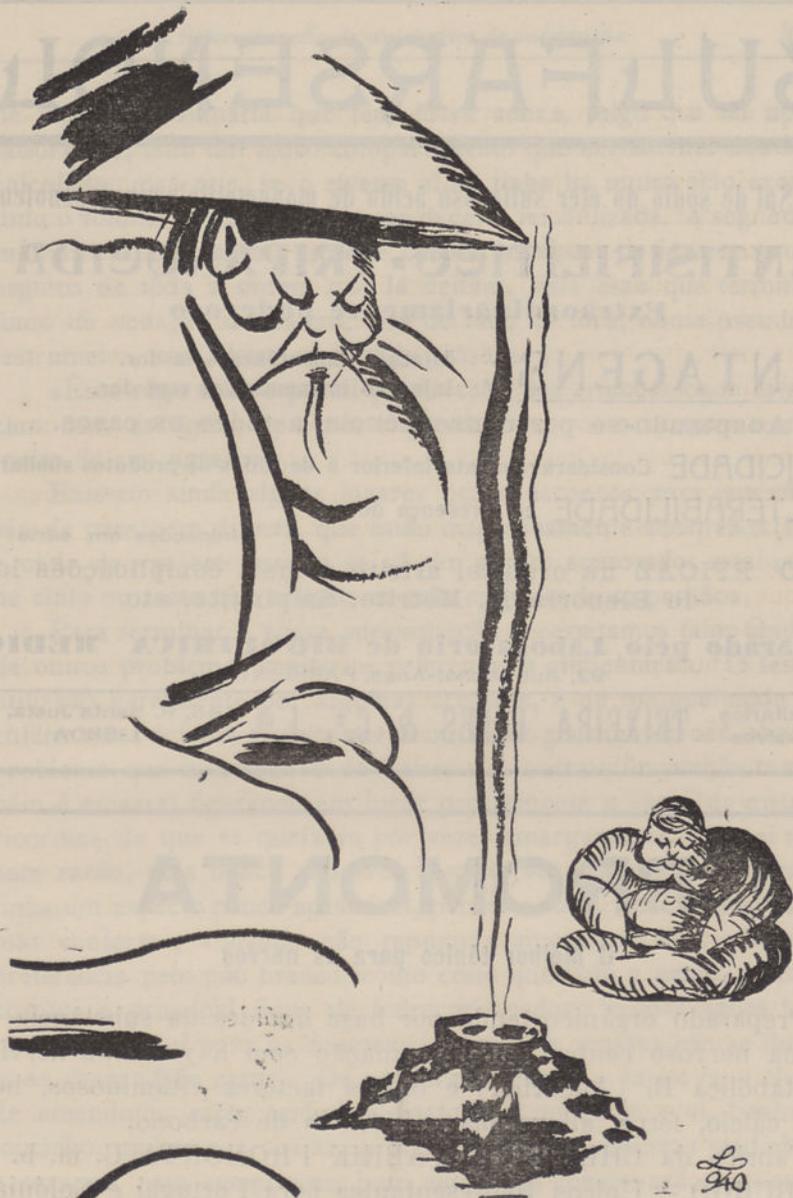
Devido à natureza dos materiais empregados, as casas são frias e húmidas; de inverno a madeira embebida pela chuva mantém o ambiente fresco e cheio de humidade que o calor dos corpos não é capaz de banir, nem de aquecer. No verão os telhados de telha, muito baixos, sem fôrro, tornam as casas um fôrro, peor se são de ferro zincado ou de lata, tornam-se insuportáveis, apesar da ventilação.

Com tão boa exposição ao sol com tantas frinchas pareceria que deviam ser bem iluminadas as habitações, mas tal não se dá, pois as frinchas chegam para passar o vento, a chuva e a humidade, mas estão protegidas da luz e as janelas são poucas, sempre muito pequenas e em geral sem protecção de vidro, cobertas com rêde, pano ou papel. São em regra alfurjas escuras em que mal se distinguem as feições das pessoas.

A disposição geral do bairro não obedece a qualquer plano e as habitações estão dispostas ao acaso do alinhamento de um construtor de fantasia, praças, ruas e becos, uns largos outros estreitos, dispõem-se sem qualquer ordem.

O abastecimento de água faz-se pela única via que já mencionámos, (o marco fontenário), que fica à distância de uns 500 metros da entrada do bairro, distância que é superior às forças ou à preguiça dos habitantes.

De esgotos há muito que falar, pois dá-se este bairro ao luxo de ter duas modalidades: fossas e valas. Existem várias retretes



L. 940

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

Almo. Lab.

Sedativo do sistema nervoso

SULFARSEÑOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

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°)

Deposítarios
exclusivos

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

45, R. Santa Justa, 2.^o
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

de instalação sumária que tem fossa anexa, julgo que do tipo absorvente, com um único compartimento que certamente não foi calculado, mas que, se o tivesse sido, tinha há muito sido excedido o volume de excreta para que deveria ser utilizada. A segunda modalidade é uma vala em que correm as águas de inverno e os esgotos de tôda a ordem que lá deitam, vala essa que termina junto da vedação do bairro, mas do lado de fora, numa pseudo-estruemeira, verdadeiro viveiro de môscas.

«Esse rêgo é de especial predilecção das crianças onde brincam com as águas opalinas e pardacentas, com cacos e terra muito do seu agrado».

Existem ainda alguns lugares pouco esconsoes, mas que não são de passagem directa, que estão magnificamente adornados (!!) e onde de vez em quando se vê um garoto acororado, semi-nú, de cinto ou coisa que o valha na mão ou passado no pescôco.

Para terminar a nossa apresentação necessitamos falar ainda de outros problemas sanitários referentes à alimentação. O leite utilizado geralmente por algumas crianças, é de má qualidade e enferma dos defeitos do leite que de um modo geral abastece Lisboa, problema que transcende o do bairro. A outra alimentação também é escassa, figurando em lugar proeminente a «sopa da misericórdia» de que se queixam por vezes amargamente, não sei se com razão, pois nunca a provei, mas da vez que ma mostraram tinha um aspecto pouco agradável, pensei e disse, «não alimentará mas conforta», «quando não repugna» ajuntaram êles. Têm preferência pelo pão branco, como creio que tôda a gente, e isso constitui a principal fonte de hidrocarbonados; batatas agora há poucas; arroz é para os doentes (é raro) e as massas não se lhes pode chegar (são caras). De gorduras utilizam o azeite ou o óleo de amendoim, raro, raríssimo manteiga, nunca lá a vi, banha, toucinho, muitas vezes. Das proteínas utilizam o peixe: sardinha e carapau, nem sempre em bom estado de conservação e pouco a carne. Farinhas azotadas só para doentes.

Considerações de ordem sanitária

Como conseqüência da promiscuidade, da existência de muitas crianças e dos locais de predilecção de brincadeira serem quási forçosamente locais de esgotos ou de despejos a helmintíase das

crianças é geral, apenas as crianças de muito tenra idade e os adolescentes já grandes escapam ao mal geral, os primeiros por não estarem ainda infestados, os últimos não, sabemos bem porquê, mas é facto averiguado que para a adolescência e idade adulta há pouca tendência a manter verminoses, possivelmente por hábitos de higiene que diminuem a infestação e possivelmente por alguma causa interna que se mantém para nós improvada.

Outra afecção muito espalhada é a tuberculose, nada de admirar em virtude das péssimas condições alimentares daquela gente. Não nos foi possível fazer uma apreciação da percentagem nem da gravidade dos casos porque aqui não se deu um feliz acaso que puzesse à nossa disposição um serviço de radiologia e um laboratório para fazer análises de expectoração.

Não podia faltar a doença dos grandes aglomerados humanos, de vida irregular e imoral, a sífilis, sendo no entanto os casos clínicos que me passaram pelas mãos menos marcados que seria de esperar tanto que muitos se tratam e apenas me lembro de um caso em que actuei «ab initio». Computo numa percentagem relativamente pequena, talvez menos de 20%.

As doenças «à frigore»: reumatismos, pneumonias, bronco-pneumonias são vulgares, embora com o advento das sulfamidazas estas duas últimas não tenham a gravidade antiga. Não há que admirar numa população quasi completamente desagasalhada, vestida de andrajos mais do que de fatos e abrigada em habitações em que faz tanto frio e quasi tanto vento como na rua.

Completa o quadro das doenças habituais as afecções estrepto e estafilocócicas da pele e doutros departamentos: piodermites, furúnculos, antrazes, fleimões, etc.

Outras doenças também aparecem mas não apresentam a importância e aqüidade destas. De estranhar até a relativa raridade da sarna de que aparece um caso ou outro, mas creio que influe o facto de conhecerem a doença a que chamam «pique-pique» ou «coceira» e saberem a terapêutica que aplicar sem consultar o médico.

Organização do trabalho

O trabalho foi organizado em duas partes: uma, que diz respeito à recolha de material para análise e outra, da análise propriamente dita.

A primeira parte, recolha de material, deve-se inteiramente à nossa visitadora e era conduzida da seguinte forma:

Eram-lhe fornecidos pequenos tubos de vidro rolhados e com uma pequena vareta atravessando a rôlha;

Êsses tubos eram numerados e distribuídos às mães das crianças com indicação precisa como se devia fazer a recolha; ao mesmo tempo, era feita uma ficha de identificação que tinha o número que figura no tubo respectivo;

O número de tubos distribuídos a cada família, era igual ao número de filhos (em regra até à maior idade), com indicação expressa do tubo que correspondia a cada criança ou jovem. Os tubos correspondentes aos mais novos eram em geral rapidamente entregues. Os mais velhos demoravam comumente mais tempo a pretexto de ocupações fora do bairro.

Pretendeu-se fazer a colheita por zonas delimitadas naturalmente o mais possível e com pequenos contactos umas com as outras.

Assim, fez-se a colheita de tôdas as crianças de um sector junto da R. do Sol a Chelas, que naturalmente está um pouco isolado do resto; era constituída por 11 famílias (com filhos) sendo por ali que se começou a colheita. A segunda zona, que pretendemos estabelecer, não foi completamente examinada, porque a certa altura, na ausência da nossa visitadora, os serviços e as distribuições foram em parte desorganizados e portanto os exames foram realizados noutros locais: Quinta da Argolinha e dispersos na Quinta da Argolinha e Currealeira.

A segunda parte em que trabalhámos nós e algumas vezes um outro colega do Pôrto dr. FAUSTO ALBERGARIA, consiste no exame das fezes, exame êsse que era feito no Instituto de Medicina Tropical, no laboratório de Zoologia Médica, por permissão do sr. Prof. dr. FRAGA DE AZEVEDO titular da respectiva cadeira.

O transporte do material era feito por nós, ou por um empregado do Instituto nos poucos dias em que não estivemos em Lisboa e o colega FAUSTO trabalhou sózinho.

FAMÍLIA: N.º 26

Nome: *Lino Fernando Diogo Lages*

Idade: 8 anos

Morada: *Quinta do Córte Larga, n.º 68*Doenças anteriores: *Sarampo, adenites por infecção, piodermites*Observações: *Vai à escola do bairro. Brinca próximo de casa*

Data da colheita: 10-IV-43

Número do tubo: 71

Data do exame: 13-IV-43

Exame: _____

Pesquisa: *Ovos de ÁSCARIS abundantes**Ovos de TRICHIURUS**Ovos de HIMENOLEPIS NANA*

Contagem:

ÁSCARIS	97/500, 24.250/ grs.	{ Fêmeas 19	
		{ Machos 19	38

TRICHIURUS	3/500, 750/ grs.	{ Fêmeas 20	
		{ Machos 20	40

HIMENOLEPIS NANA	206/500, 51.500/ grs.	{ Fêmeas ?	
		{ Machos ?	?

Total . . . 78 + H. N.

Modêlo da ficha empregue. Notam-se as duas partes: a primeira informativa pessoal, a segunda do exame pròpriamente dito

Técnicas empregadas

Por indicação do Prof. FRAGA DE AZEVEDO usámos o seguinte método:

a) Era feito o exame directo das fezes e identificados os elementos animais encontrados (ovos, larvas ou vermes);

b) Caso o primeiro exame não revelasse qualquer destes elementos era repetido mais uma ou duas vezes totalizando duas ou três pesquisas;

c) Havendo ainda dúvidas, utilizava-se o método de concentração de CLAYTON LANE (de que adiante falaremos).

Sendo positivas procedia-se à contagem dos ovos pelo método de STOLL ou pelo método de CLAYTON LANE, caso o número de ovos fôsse muito pequeno ou se não aparecessem as espécies mais freqüentes.

Descrição

Exame directo das fezes:— Sôbre uma lâmina lança-se uma gota de sôro fisiológico em que se diluem pequenas amostras de fezes retiradas de vários pontos com uma ansa ou ponta metálica prèviamente queimada e cobre-se com lamela (no caso de fezes sólidas ou pastosas), sendo líquidas, pode dispensar-se a gota de sôro fisiológico;

Faz-se ao microscópio com objectiva fraca a identificação das espécies que se encontram e se necessário, para tirar dúvidas, uma ampliação mais forte.

Método de Stoll:— Tomava-se uma proveta graduada de 20 c.c., lançava-se dentro 9 ou 10 c.c. de soda N/10 juntava-se fezes até o nível subir de 1 c.c., completava-se com soda até 15 c.c., rolhava-se e agitava-se fortemente até desfazer completamente os grumos;

Da mistura mais ou menos homogênea toma-se com uma pipeta graduada 0,15 c.c., que se lançava sôbre uma lâmina larga, coberta por um reticulado de 1 milimetro de largo e cobria-se com uma lamela de 25 × 50 mm., observa-se ao microscópio, contando os ovos de 500, dos 1250 quadrados, que constituem o reticulado que está debaixo da lamela;

Com o número de ovos contados entra-se numa tabela feita por nós (para evitar repetição de contas) e ela dá-nos os valores de ovos por grama de fézes e o correspondente número aproximado de vermes por individuo.

Método de Clayton Lane:— Toma-se um tubo de centrífuga de CLAYTON LANE e deita-se-lhe alguma água destilada; toma-se nota do nível e adiciona-se fezes até que êste suba o correspon-

dente a 1 c.c., enche-se quasi totalmente com água destilada, rolha-se e agita-se até ficar uma mistura quasi homogénea e centrifuga-se durante 1 minuto a 1000 voltas;

Regeita-se o líquido que sobrenada, torna-se quasi a encher de soluto de Cl Na saturado, rolha-se e agita-se até ficar uma mistura quasi homogénia, tira-se a rôlha e colocam-se os tubos na centrífuga; acaba-se de encher com um conta-gôtas contendo o mesmo soluto de Cl Na saturado e cobre-se com lamela especial espessa;

Centrifuga-se novamente 1 minuto a 1000 voltas, retira-se a lamela e lança-se directamente sôbre a lâmina; observa-se ao microscópio.

Para o simples método de enriquecimento ou concentração a primeira lamela é a mais importante e o exame pode ficar por aí; porém, para a contagem de ovos por grama de fezes, tem de repetir-se o método até ao esgotamento, isto é, até não virem ovos nas lamelas que cobrem o líquido centrifugado; todos os ovos de cada lamela são contados, adicionando-se depois, de modo a obter-se o número total de ovos de cada espécie.

São estas as técnicas mais correntes, apontadas como sufficientemente sensíveis e muito baratas.

Queremos agora que se faça uma idéia aproximada do cuidado com que foram feitas as observações e desejamos informar:

De início as observações e contagens eram lentas, demorando de 50 minutos a 1 hora e 10, para o exame directo e método de STOLL; depois à medida que a nossa prática foi maior, nunca nos levava menos de 20 minutos oscilando em regra entre meia hora a três quartos de hora. O método de CLAYTON LANE que por vezes utilizámos, levava-nos tempo variável conforme o número de lamelas a observar e o número de ovos a contar, mas em média levava-nos cêrca de 10 minutos; de início mais tempo como é natural.

As primeiras observações foram controladas pelo Prof. FRAGA DE AZEVEDO mas as observações eram concordes, em regra, e êle deixou o trabalho entregue exclusivamente aos nossos cuidados.

Como o trabalho de investigação era feito no sentido de se obter um índice de infestação, só sob êsse aspecto podemos tirar conclusões definitivas.

Sobre outros aspectos que no decorrer do trabalho apareceram e que também merecem o nosso interesse e entusiasmo apenas podemos formular suspeitas a confirmar por posteriores trabalhos.

Resultados do trabalho

Fizemos tantas observações quantas em nosso esforço couberam e quanto as colheitas permitiram.

Foram examinadas fezes de 109 indivíduos e portanto feitas 109 colheitas, mas... dessas, algumas não nos satisfizeram e por essa razão foi necessário fazer novas colheitas dos mesmos indivíduos, o que aconteceu 16 vezes.

Foram feitas ao todo 125 colheitas tendo sido tôdas examinadas por um e algumas por dois métodos. Por dois métodos (STOLL e CLAYTON LANE) foram examinados 37 amostras.

No total de 109 examinados foram encontrados 13 indivíduos que não estavam infestados, 6 dos quais não tinham ainda 1 ano.

Do primeiro ao segundo ano em 4 examinados, 2 não estavam infestados.

Isto é, em 103 examinados de 1 a 20 anos, foram encontrados 7 indivíduos não infestados o que dá uma percentagem de 93,2% de indivíduos infestados.

Os ovos encontrados são de 3 variedades:

Ascaris lumbricoides
Trichiurus trichiura
Hymenolepis nana

Encontrámos num caso vermes adultos de *Oxiurus oxiura* não tendo encontrado ovos por não serem estas técnicas apropriadas.

Suspeitamos que noutra parte do bairro essa infestação seja notável.

Aparecem em quasi todos—*Ascaris* e *Trichiurus*: 69 no total de infestados ou seja 71,8%.

88 têm <i>Trichiurus</i>	91,6%
79 » <i>Ascaris</i>	82,2 »
e apenas 7 » <i>Hymenolepis nana</i>	7,2 »

Os dois primeiros distribuem-se por tôdas as idades, o último aparece como por acaso uma vez por outra dos 3 aos 12 anos.

A intensidade de infestação atinge cifras astronómicas: como 1848 *Trichiurus* na *M. I. A. dos Santos* de 11 anos, e de *Áscaris* 168 em *M. M. dos Santos Silva* de 3 anos, 124 em *Amândio J. S. de Oliveira*, de 6 anos e 114 em *F. P. Pina* de 10 anos, o que atendendo ao volume de cada verme é uma massa enorme. E como êstes muitos mais.

A intensidade parece também obedecer a certa regularidade: A curva de infestação por *Áscaris* sobe desde o primeiro ano até ao quarto em que atinge uma média de cêrca de 40 por indivíduo, mantem-se até aos 10 anos e desce depois lentamente até aos 18.

A curva de infestação por *Trichiurus* atinge um planalto também pelos 4 anos com uma média de cêrca de 160 vermes por indivíduo, mantem-se até cêrca dos 14 anos, baixando progressivamente até aos 20 anos.

O exame feito por dois métodos parece mostrar a superioridade manifesta do método de STOLL sôbre o de CLAYTON LANE, pois os resultados significativos fornecidos pelo primeiro foram superiores excepto num caso em que o segundo se mostrou superior ao primeiro. Além de que, o número de ovos não é uniformemente decrescente, como se supunha.

Das duas porções do bairro que finalmente podemos isolar, poucas conclusões se podem tirar a não ser que, na R. do Sol a Chelas a infestação de *Áscaris* é mais uniforme e mais alta e na parte primeira da Quinta da Curraleira a infestação de *Trichiurus* é maior mas muito irregular bem como a de *Áscaris*.

Como se disse a princípio o trabalho foi sugerido pela suspeita de existirem muitas crianças com vermes, pois apesar disso, em perto de 700 crianças, apenas em 11 as famílias procuraram o médico para serem tratadas e nenhuma dessas crianças conta para a nossa estatística. Em 109 indivíduos infestados, alguns fortemente, não existia o cuidado de os tratar.

Devo acrescentar que a existência de vermes intestinais «bichas ou lombrigas», não é considerado doença tanto que nunca mencionam ao tratar-se de doenças e é necessário fazer a pergunta: «Tem lombrigas?», «Há quanto tempo deitou a última?», para esclarecerem a situação.

UM LIVRO ÚTIL, PORQUE DIVULGA CONHECI-
MENTOS INDISPENSÁVEIS A TODOS:

ENFERMAGEM

PELO

DR. ALBERTO COSTA

Antigo Assistente de Cirurgia e Obstetrícia
da Faculdade de Medicina de Coimbra

3.^a EDIÇÃO CORRIGIDA E AMPLIADA

Para efeitos de assinatura a obra é fraccionada em 12 fascículos de distribuição quinzenal — Preço de cada fascículo Esc. 11\$00.

Caso o assinante prefira, pode receber a obra em 3 volumes brochados (um volume cada dois meses) — Preço por volume Esc. 45\$00.
(Em qualquer dos casos acresce o porte, registo e cobrança).

PREÇO DA OBRA COMPLETA uma vez encerradas as assinaturas :

3 vols. brochados, no formato 16×24 cm.
com um total de 1000 págs. e cerca de
600 gravuras

Esc. 150\$00

ENFERMAGEM

Auxiliar do Médico prático — Guia do Enfermeiro profissional
e da Enfermeira doméstica

3 EDIÇÕES EM 4 ANOS

DIRIGIR PEDIDOS AO DEPOSITÁRIO:

Livraria Moura Marques & Filho
19, Largo Miguel Bombarda, 25
COIMBRA

Aos Ex.^{mos} Cirurgiões

V. Ex.^a, Senhor Doutor, conhece e emprega nas suas raquidianas, a

RACHI-NEOCAINE

de há muito adoptada em tôdas as Clínicas do País.

O renome alcançado por êste nosso produto, tentou um fabricante de Lisboa a procurar substituí-lo por uma droga que pretende denominar RAQUICAÍNA.

Por isso avisamos V. Ex.^a de que os fornecimentos de

RACHI-NEOCAINE

continuam assegurados e que só a garantia do nome do seu preparador — LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE "CORBIÈRE", de Paris— de que somos representantes, pode assegurar a V. Ex.^a o mesmo successo de sempre.

.....

F. A. CANOBBIO & C.^a L.^{da}

LISBOA — Rua Damasceno Monteiro, 142

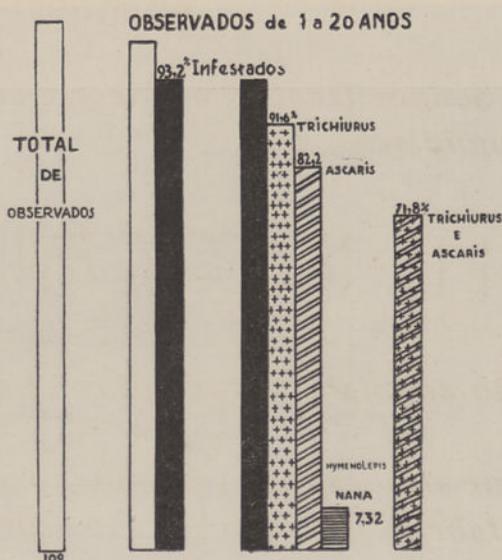


Gráfico das percentagens de infestação

- } Total de observados
- } Indivíduos infestados com qualquer verme.
- } Indivíduos infestados com Trichiuirus.
- } Indivíduos infestados com Áscaris.
- } Indivíduos infestados com Hymenolepis nana.
- } Indivíduos infestados simultaneamente com Áscaris e Trichiuirus.

Dos vermes encontrados:

O *Trichiuirus trichiura*, parece não provocar perturbações graves, embora esteja profundamente introduzido na parede intestinal e nela se alimente;

A tenia, *Hymenolepis nana*, embora esteja aderente à parede intestinal e produza uma certa expoliação, parece como o primeiro, não dar grandes perturbações, não encontrei descritos fenómenos graves;

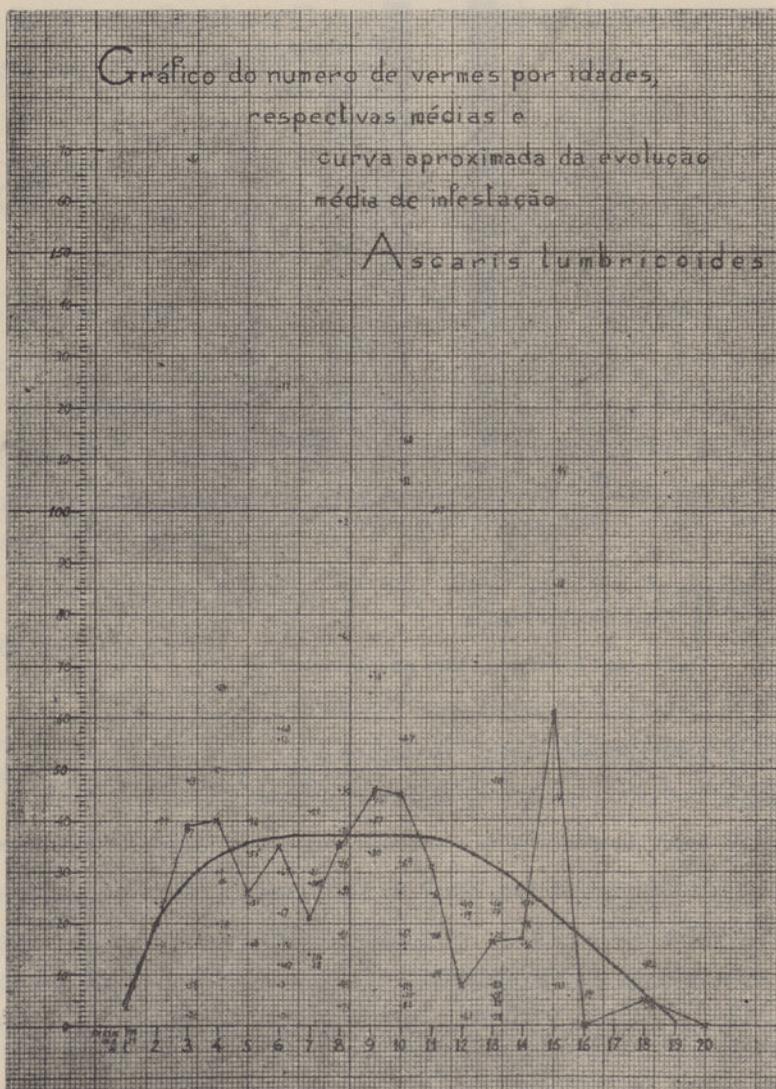


Gráfico de infestação por *Ascaris lumbricoides*. Em ordenadas a intensidade de infestação, em abscissas as idades. Cada ponto significa uma observação, a linha fina une as médias por idade e a linha mais grossa significa a presumível evolução média individual

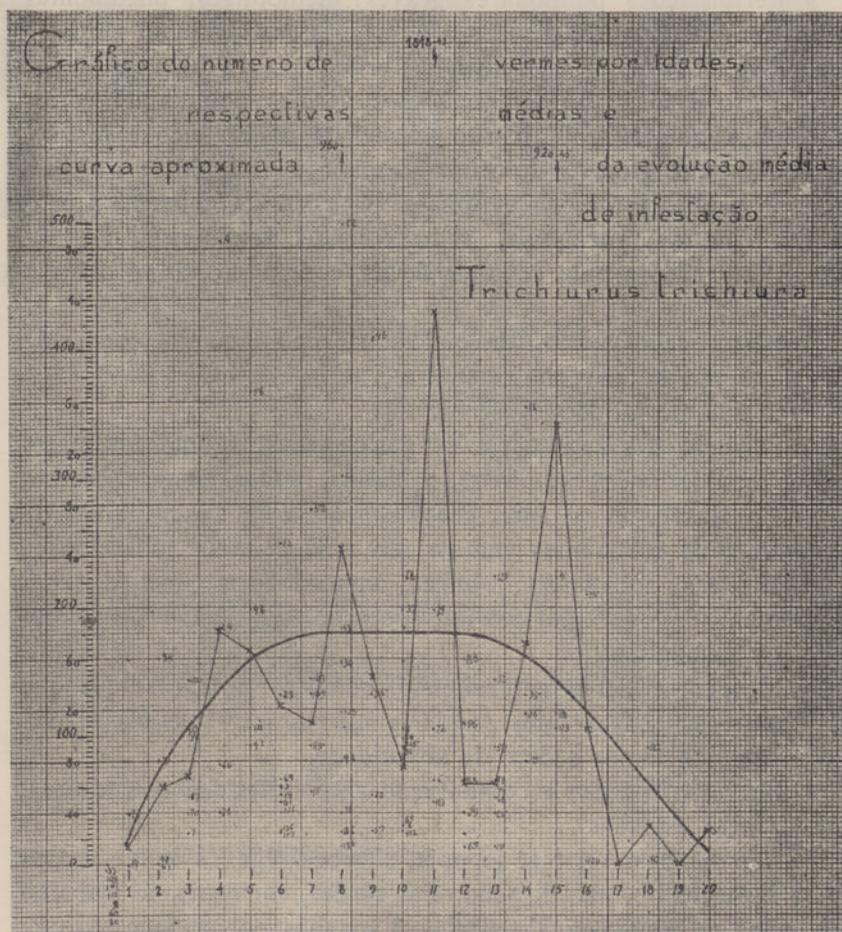


Gráfico da infestação por *Trichiurus trichiura*. Em ordenadas a intensidade de infestação, em abscissas as idades. Cada ponto significa uma observação, a linha fina une as médias por idade e a linha mais grossa significa a presumível evolução média individual

A infestação por *Áscaris lumbricóides* tem uma larga patologia:

Existência de um tóxico capaz de produzir sensibilização de tipo anafilático;

Perturbações da nutrição graves, principalmente nas crianças;

Perturbações pulmonares graves: hemoptises, pneumonias e bronco-pneumonias, devidas à passagem das larvas no seu ciclo evolutivo, dos capilares aos alvéolos, brônquios, traqueia e esófago;

Perturbações por migração dos vermes adultos de vários tamanhos que podem obstruir os canais pancreático e cístico, o apêndice, perfurar o intestino, atingir a trompa de Falópio, migrar para o estômago e esófago para sair pela boca ou pelo nariz, penetrar na traqueia, produzir edema da glote, etc.;

Perturbações pela acumulação de vermes, inclusivé oclusão intestinal;

Perturbações gerais de mal-estar, sono inquieto, congestão hepática, apetite caprichoso, etc., etc.

O que me foi dado observar foi:

Perturbações da nutrição em vários graus, algumas um pouco sérias, palidez anémica, olheiras azuladas, fundas, emagrecimento;

Tosse sêca e irritante, possivelmente com alguns laivos de sangue, pois os doentes vinham sob a suspeita de tuberculose;

Mal-estar indefinido, rabujice, impertinência, apetite difícil e caprichoso, sono agitado, etc.; soube de alguns casos de vômito de vermes adultos.

Ficaram e ficam naturalmente sempre muitos estudos que era interessante fazer, nós desejaríamos resolver, mas não somos imensos nem temos o dom da ubiqüidade.

Interessava fazer a comparação entre infestação de adultos, de crianças e jovens.

Não foi possível fazê-lo pois, sobrecarregados como estávamos de trabalho, não dispendo das tardes, entregues ao trabalho de aulas da Medicina Tropical e 3 manhãs por semana em que era feita a consulta no bairro, além de outros cuidados que a vida de cada um sempre comporta.

Gostaríamos de esclarecer a razão exacta do decrescimento da verminose intestinal com o acréscimo da idade nos adolescentes, mas é um trabalho demasiado delicado para as nossas possibilidades.

Interessa confirmar ou infirmar a suspeita que temos de que o método de CLAYTON LANE não é adequado pelo menos a este trabalho de pesquisa, porque os elementos postos em evidência por tal método podem provir do meio exterior e não do intestino, caso se apresentem em pequeno número.

BELLERGAAL

BELLAFOLINE +

GYNERGENE +

FENOBARBITAL



Medicação estabilizadora do sistema
neuro-vegetativo.

Ação periférica e central sem efeito
hipno-narcótico.

Tratamento do fundo das distonias
neuro-vegetativas por modificação
do terreno neuropático.

POSOLOGIA:

3 a 5 drageas por dia.

SANDOZ S. A., Bâle (Suissa)

THERAPEUTICA
ESTIBIADA
INTRAMUSCULAR

001710
E 240

PELA

ANTHIOMALINE

Antimônio-tiomalato de lítio
SOLUÇÃO AQUOSA TITULADA A 6% DE SAL
(OGR. 01 DE Sb POR CC)

PRESENÇA DE ENXÔFRE
NA MOLÉCULA

Caixas de 10 empôlas
de 1 cc. e de 2 cc.

**INJECCÕES
INTRAMUSCULARES**

Tolerância local e
geral excelente

DOENÇA DE NICOLAS FAVRE

(Localizações inguinais e retais)
LEISHMANIOSES VISCERAIS E CUTÂNEAS
BILHARZIOSES VESICAIS
HEPÁTICAS E INTESTINAIS

*2 a 3 injeções por
semana, de 1 a 3 cc.*

SÉRIES DE 20 INJECCÕES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon • Paris 8^{ème}

Solução do caso particular

Para resolver êste problema da intensa e extensa infestação por vermes será necessário:

1.º — Condições higiênicas que não permitam renovar as infestações com:

a) — Um bairro higiênico com esgotos fáceis e utilizados.

b) — Tirar o mais possível as crianças destas ruas.

2.º — Administrar vermífugos a todos os indivíduos infestados de modo tal que ficassem curados.

A segunda destas condições foi e continua sendo tentada, duvidando contudo do êxito dela, pois o que irá acontecer será uma diminuição temporária na extensão e intensidade da infestação.

Solução geral

Agora que pensámos numa solução dêste caso particular, pensemos também numa solução geral do estado de sanidade desta população, protegendo-a por medidas gerais e eficazes que garantam o afastamento da doença.

Necessário se torna garantir alimentação, abrigo, protecção na doença e manutenção de hábitos que conduzam ao ingresso numa sociedade equilibrada. Para isso parece-nos essencial:

A) — A existência de uma organização que mantenha todos acima ou ao nível mínimo de vida (a estabelecer em geral, para cada e para todos os casos).

Esta medida teria por efeito garantir alimentação e abrigo a todos, quaisquer que fôssem as suas condições de vida e de trabalho. Embora possivelmente cerceando certas regalias. Para a realizar será necessário:

1.º — Uma organização administrativo-económica encarregada de manter o nível através das vicissitudes do ambiente e dos indivíduos e proceder à distribuição dos indivíduos pelas diferentes modalidades de protecção;

2.º — Uma organização, possivelmente integrada no Centro de Saúde, encarregada de vigiar a qualidade alimentar e determinar a quantidade de alimentos necessários e indispensáveis;

3.º — Uma organização que promova quanto possível a continuidade no trabalho e a reeducação para o trabalho e pelo trabalho.

B) — Construção de bairros habitáveis e duráveis, para fazer desaparecer o pardieiro de tão triste evidência e de tão nefastas conseqüências.

Não me parece recomendável organizar bairros económicos a curto prazo e título provisório (cêrca de 10 anos como os —b. de lusalite), pois caíremos novamente no detestado pardieiro.

Bairros de tejo ou alvenaria, cobertos de telha ou lusalite, talvez melhor ainda, de diatomite, têm uma duração indefinida e a largo prazo torna-se uma solução muito mais económica.

As condições mínimas das habitações serão: três divisões, com lareira, pia de despejos e um cubículo para banho (chuveiro naturalmente).

Seria possivelmente recomendável existirem habitações com 4 divisões para famílias mais numerosas.

Como sabemos a disposição das casas em relação umas às outras não fica ao acaso, bem como a disposição das ruas e orientação relativa aos ventos dominantes. A disposição das fachadas principais deve ser NO-SE, a disposição das ruas respeita mais aos ventos dominantes, às imposições do terreno e do urbanismo. A disposição alternada dispendo cada casa de um pouco de terreno, já ensaiada, parece-nos boa e portanto a respeitar.

É muito importante a questão dos esgotos, saindo mais económica uma solução a longo prazo, do que um remendo que pesará eternamente nos problemas do urbanismo. A solução proposta é a de um cano que contenha todos os veios de distribuição indispensáveis ao urbanismo; implica uma obra relativamente simples, ampla, arejada mas cara. Diminui as enormes despesas de constantes levantamentos do pavimento e só por isso torna-se a longo prazo económica, mas permite um esgôto do tipo separativo o que tem a vantagem da utilização das chamadas águas negras que se tornariam, em uma central de depuração, fonte de receita. É incompreensível que no campo os dejectos sejam tão apreciados e o estrume tão precioso e na cidade seja um empecilho só capaz de exigir trabalhos de draga de rio (em

idades como, por exemplo, Coimbra e Lisboa que utilizam o rio para despejos dos seus esgotos).

Este esgôto permite a condução de águas pluviais, águas negras, água de abastecimento, possivelmente gás e qualquer espécie de condução eléctrica que hoje se faz em cabos enterrados ou em canos de cimento que não dão melhor protecção que o que propomos.

Um bairro citadino deve dispôr de rápidos e fáceis meios de comunicação, de contrário não atinge o fim em vista — ser agradavelmente habitado.

C) — Organização de certos complementos que visem a eficiência de um bairro nessas condições.

Uma escola, para os individuos em idade escolar e que absorve pequena parte da população infantil e só durante certa parte do dia;

Uma creche para os mais pequenos, cujos membros adultos da família trabalham fora, para ser abandonado o hábito de deixar as crianças entregues às visinhas, o que toma aqui foros de verdadeira instituição;

Um grande parque de recreio, para tirar as crianças da rua durante as horas que não estão na escola e algumas que não possam ou não queiram frequentar as instituições de educação;

Duas casas de trabalho, uma para rapazes, outra para raparigas, para conter a população infantil depois da escola e ainda inapta para entrar na oficina e para criar um ambiente de regularidade, estabilidade e integração numa ordem social. Fornece a aprendizagem de um officio, factor de altíssimo valor na organização de uma sociedade complexa como a da nossa época. Pode abrigar em caso de necessidade os desempregados occasionais;

Uma central de depuração de esgotos, de que já se falou que ocupa pouco espaço e tem um alto rendimento.

D) — Assistência médica, do tipo Centro de Saúde, ficando a seu cargo:

a) vigilância do abastecimento de águas e da qualidade de alimentos, para o que necessita de dispor de um laboratório regional especializado nesses exames;

- b) vigilância de esgotos dispondo em caso de irregularidade de funcionamento de uma brigada central de recurso e reparação;
- c) tratamento de doenças que possam aparecer para o que necessita de uma organização subvencionada pelos próprios habitantes ou por outro qualquer processo, que cubra as despesas com gastos de material e medicamentos;
- d) acção anti-epidémica e anti-infecciosa para o que necessita, se a sua acção lhe não parecer suficiente, do auxílio de um Centro de desinfectão, policia sanitária e fornecimento de vacinas e outro material profilático em volume suficiente.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra — No dia 23 de Junho realizou-se com grande imponência, na Sala dos Actos Grandes da Universidade, a imposição das insignias doutorais aos srs. drs. Luis Augusto Duarte Santos, Armando Tavares de Sousa e António Herculano de Matos Beja, que tiveram como patrões, respectivamente, os srs. dr. Fernando Duarte Silva de Almeida Ribeiro, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra; dr. Joaquim Alberto Pires de Lima, professor aposentado da Faculdade de Medicina do Pôrto, e D. Manuel Trindade Salgueiro, Bispo de Helenopole.

O elogio dos doutorandos e dos seus patrões foi proferido eloqüentemente pelos srs. Professores dr. Augusto Pais da Silva Vaz Serra, e dr. António Meliço Silvestre.

Aos novos doutores, ilustres colaboradores da *Coimbra Médica* apresentamos as nössas felicitações.

— O Conselho da Faculdade de Medicina resolveu admitir aos concursos para professor catedrático de Neurologia, o professor extraordinário, sr. dr. José Correia de Oliveira e para professor catedrático de Patologia Cirúrgica, os professores extraordinários srs. drs. António Nunes da Costa, José Bacalhau e Luis Martins Raposo.

Do Pôrto — Foram contratados para professores catedráticos, os srs. drs. Aureliano Nazaré dos Santos Pessegueiro, Fernando Domingues Magano Júnior, Elisio Filinto Milheiro Fernandes, Álvaro António Pinheiro Rodrigues e Luis José de Pina Guimarães.

— Fez concurso para professor extraordinário da cadeira de Fisiologia o sr. dr. Jacinto Cronner de Santana e Vasconcelos Moniz e Bettencourt.

Ordem dos Médicos

Regulamento das especialidades — O Conselho Geral, reconhecendo que a integral execução do Regulamento das Especialidades, instrumento de dignificação profissional que deve manter-se e respeitar-se pressupõe a admissibilidade aos estágios preparatórios, mediante entendimentos entre a Ordem e as administrações dos estabelecimentos em que esses estágios têm de realizar-se, e atendendo ainda a que da observância dos prazos estabelecidos nas disposições

transitórias do Regulamento resultariam para alguns filiados, situações menos equitativas, motivadas por terem sido mais longos do que se previa os períodos de tempo decorridos entre a fundação da Ordem e a publicação do Regulamento, e entre esta e a organização do quadro dos especialistas, resolveu sem modificar a doutrina do Regulamento, alterar os prazos nele mencionados para entrada em vigor das suas disposições, pela seguinte forma:

1.º — A obrigatoriedade dos estágios de cinco anos, indicados no Art. 3.º, começará a vigorar quando estiverem concluídos os entendimentos com as administrações dos estabelecimentos em que tem de fazer-se esses estágios, em data próxima, de que se dará conhecimento à classe, indicando-se as condições em que os respectivos pretendentes podem estagiar.

2.º — A disposição do n.º 2 do Art. 18.º é aplicável aos que exerciam uma especialidade anteriormente a 28 de Fevereiro de 1943, ou seja à data em que o Regulamento chegou ao conhecimento dos filiados, por meio do fascículo 2.º do 4.º volume do Boletim da Ordem.

3.º — A disposição do § 1.º do Art. 19.º poderá ser aproveitada pelos que concluírem o triénio de estágio em serviços da respectiva especialidade dentro do prazo de três anos, contado da data referida na resolução n.º 4.

4.º — Todos os requerentes ao título de especialista nos termos do Art. 18.º cujas pretensões não forem atendidas pelo Conselho Geral, e bem assim todos os que, quando nos Conselhos Regionais for afixado o quadro dos especialistas, reconhecidos como tal, por estarem efectivamente nas condições previstas nesse Artigo se julgarem nas condições do Art. 19.º, deverão requerer o respectivo exame dentro do prazo de sessenta dias, contado da data em que se fizer aquela afixação.

5.º — Que no primeiro dia do mês seguinte àquêle em que se concluírem os exames acima mencionados entrará em vigor a disposição do Art. 21.º, preservando-se previamente as sanções a que se sujeitarão os transgressores das disposições do Regulamento.

Gasolina — Atendendo ao imprevisto aumento de despesas relativas ao serviço de distribuição de gasolina a cargo da Ordem dos Médicos, foi resolvido:

1.º — Que os filiados enviem, por uma só vez, na remessa de livretes relativa a Outubro mais 2\$50 além da importância de (2\$50) que habitualmente se recebem para as despesas do serviço.

2.º — Que o serviço de inscrições dos novos carros e de transferências de matriculas ficará, para os filiados de todo o País, a cargo do Conselho Regional de Lisboa, para cujo Secretário devem enviar, quando solicitarem esse serviço, a quantia de 20\$00.

Resumo da actividade do Conselho Geral, nas suas sessões de 7 e 8 de Junho último e na de Julho corrente — Foram laboriosas estas sessões, cujo resumo iremos fazer, não só pela multiplicidade dos assuntos nelas versados mas também pela sua inegável importância.

Assim:

1.º — Estabeleceram-se várias medidas com o fim de melhorar a situação económica da Ordem, fixando-se normas no que se refere ao pedido frequente

de isenção do pagamento de quotas. Também se verificou a imperiosa necessidade de solicitar a Sua Ex.^a o Sub-Secretário das Corporações o aumento das quotas, a partir de 1945. Decidiu-se pôr em execução certas soluções no sentido de obter, dentro do possível, uma maior compressão das despesas, e se alcançar um melhor equilíbrio financeiro.

2.º — Foi presente ao Conselho Geral o estudo sobre as bases em que deverá assentar a tabela de honorários médicos no capítulo de acidentes de trabalho, o qual mereceu a unânime aprovação, procurando-se assim satisfazer aquela justa aspiração da classe médica que de longa data se arrasta sem uma solução satisfatória.

Nesse relatório se avaliava a necessidade de uma larga reorganização dos serviços de assistência para acidentes de trabalho entrando não só em linha de conta com o factor económico e social na vida da Nação mas também com as desvalorizações a que ficam votados muitos desses sinistrados, consequência das más condições de tratamento e por essa razão, impõe-se fazer um rigoroso inquérito para se averiguar qual a actividade que as Companhias Seguradoras dispendem nesse ramo de assistência.

Os princípios estabelecidos nesse relatório podem resumir-se no seguinte :

A — Os serviços de assistência podem ser feitos por :

- a) Nomeação e com avença, estabelecida pela mútua aceitação dos interessados, assinando-se um contrato que exigirá a sanção da Ordem, modalidade esta que deverá abranger os médicos effectivos, substitutos e especialistas.
- b) Pelo pagamento de serviços avulsos, o que exige a uniformização da tabela de serviços clínicos individuais com a de acidentes de trabalho.

B — Classifica as intervenções cirúrgicas em tipo elementar e em média e grande cirurgia, estabelecendo os honorários correspondentes.

C — Cria também remunerações especiais em relação a exames médicos mais diferenciados, como endoscopias, execução de traçados electro-cardiográficos, etc. Fixa-se o princípio de o sinistrado poder escolher livremente o médico ou o cirurgião, devendo estes últimos atender em matéria de honorários ao seu nível profissional, natureza da intervenção, etc.

3.º — Aprovou também por unanimidade, um outro estudo no qual se fixaram as normas a que deve obedecer a prestação dos serviços médicos nos vários organismos de assistência, especialmente no campo da clínica geral.

Procura a Ordem dos Médicos colaborar na organização de uma assistência perfeita aquéles que são economicamente débeis, harmonizando tal desejo com a justa defesa da classe médica e a dignificação da própria Medicina.

Para tal torna-se evidentemente necessário estabelecer os limites das condições económicas dos beneficiários nesses organismos de assistência, para evitar o abuso — agora tão generalizado — de utilizarem essa assistência aquéles cujas possibilidades financeiras o não justificam.

Essas normas vão ser presentes às instâncias oficiais competentes, classificando os beneficiários em vários grupos, segundo o montante dos seus proventos, devendo a possibilidade de no início de cada ano se fazer a revisão das condi-

ções económicas dos assistidos, a qual será feita por uma comissão na qual tome parte um dos médicos que preste serviço no respectivo organismo.

4.º — Fixou-se mais uma vez a função que compete às comissões nomeadas pelos Corpos Directivos da Ordem, a qual é de carácter exclusivamente consultiva.

5.º — Resolveu-se considerar a Estância Sanatorial do Caramulo como centro idóneo para habilitação dos candidatos ao título de especialista, no que respeita à parte de habilitação sanatorial em Tisiologia.

6.º — Concederam-se vários laudos, que foram solicitados ao Conselho Geral.

7.º — Apreciou se o problema da criação da Caixa de Previdência que mereceu a maior atenção do Conselho.

8.º — Foram aprovados provisoriamente vários contratos a assinar entre médicos e organismos com funções de assistência.

Reuniões científicas

Sociedade das Ciências Médicas — Na sessão presidida pelo sr. dr. Toscano Rico, apresentaram comunicações os srs. Prof. Carlos Salazar de Sousa, dr. Castro Caldas e dr. D. Fernando de Almeida, respectivamente, sobre «Tratamento do choque na febre tifoide»; «Anestesia epidural contínua durante o trabalho do parto» e «Anestesia peridural lombar durante o parto».

Conferências

Ao microfone de uma emissora do Pôrto, o sr. dr. Corino de Andrade, director dos Serviços de Neurologia do Hospital Geral de Santo António fez uma palestra sobre «A investigação científica ao serviço da saúde pública».

No Pôrto também fizeram conferências, o sr. dr. Guilherme de Oliveira, médico de Coimbra, que versou o tema «A luta do homem na sua adaptação ao meio»; o sr. dr. Manuel Tapia, que dissertou acerca de «Formas dissimuladas da tuberculose infantil»; na Sociedade de Geografia, o sr. Prof. Armando Narciso, sobre «As termas na guerra e na paz» da série «Preparação do turismo após a guerra», e em Sangalhos, o sr. dr. Joaquim Leite, que tratou de «O papel da família na escola».

Várias notas

No Instituto de Medicina Tropical prestaram provas para professores efectivos os srs. drs. Francisco José Carrasqueiro Cambournac e Augusto Salazar Leite, respectivamente na 1.ª cadeira (Higiene, Climatologia e Geografia médicas) e 5.ª cadeira (Dermatologia e Micologia tropicais).

Foram argüentes no primeiro candidato o sr. João Maria Loureiro e no segundo o sr. dr. Augusto Vaz Serra, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra. Os candidatos foram admitidos.

— Encontram-se em Lisboa, a convite do Ministro das Colónias, os architectos Hermann Distel e Walter Distel, grandes especialistas em construções hospitalares, os quais estão procedendo aos estudos preliminares para a elaboração dos projectos de dois grandes hospitais modernos destinados a Nova Lisboa, Angola, Nampula e Moçambique, estando também previstas a colaboração daqueles architectos nos estudos do hospital de Sá da Bandeira, em Angola.

Falecimentos

Faleceram, em Lisboa, o médico sr. dr. Delfim Miranda, natural de Coimbra, pai do sr. dr. Floro da Silva Miranda; em Pombal, o sr. dr. Joaquim César de Paiva, cirurgião dentista; em Aguiçã, o médico daquela localidade, sr. dr. Fernando Ferreira Jorge, e em Canas de Sabugosa, o sr. dr. Augusto Rodrigues de Almeida, médico municipal.

Às famílias enlutadas apresenta a *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 cuestros 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. (L. 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. MARAÑÓN — <i>Manual de Diagnóstico Etiológico.</i> 1 vol., 155 págs., encad. (E. C.)	330\$00
HOCHREIN — <i>Enfermedades Reumáticas. Su origen y tratamiento.</i> 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) Frs.	200,00
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 Laríngea — 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, Educación y Alimentación 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 práctico 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>Terapéutica especial de las enfermedades del corazón y de los vasos. Manual para uso diário.</i> 1 vol., 184 págs. (E. C.)	50\$00