

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 159  
16 de Setembro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

VOL. II (Nova série)  
Publica-se às quintas-feiras

NOVO!

## COBENAL

### AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + ANEURINA ACTIVADA\* + VITAMINA B<sub>12</sub>

\* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em meio adenosino-fosfórico glicosado

#### INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca • Convalescenças • Astenia consecutiva ao uso de antibióticos • Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica • Estados de desnutrição • Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes • Anorexia e astenia dos velhos e crianças • Dermatoses seborreicas • Neurodermites e certos eczemas • Dermateite de contacto • Urticária crónica • Lupus • Zona • Esclerose em placas • Nevrites • Nevralgias do trigémio • Polinevrites diversas • Osteoartrite e osteoporose • Hemicrânia • Hepatopatias • Perturbações da gravidez: vómitos, hiperestesias, etc.

#### APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL 5×2,2
- FORTE 3×3,3
- FORTÍSSIMO 3×3,3

Oral:

- XAROPE — Frascos de 100 cm<sup>3</sup> para uso oral.

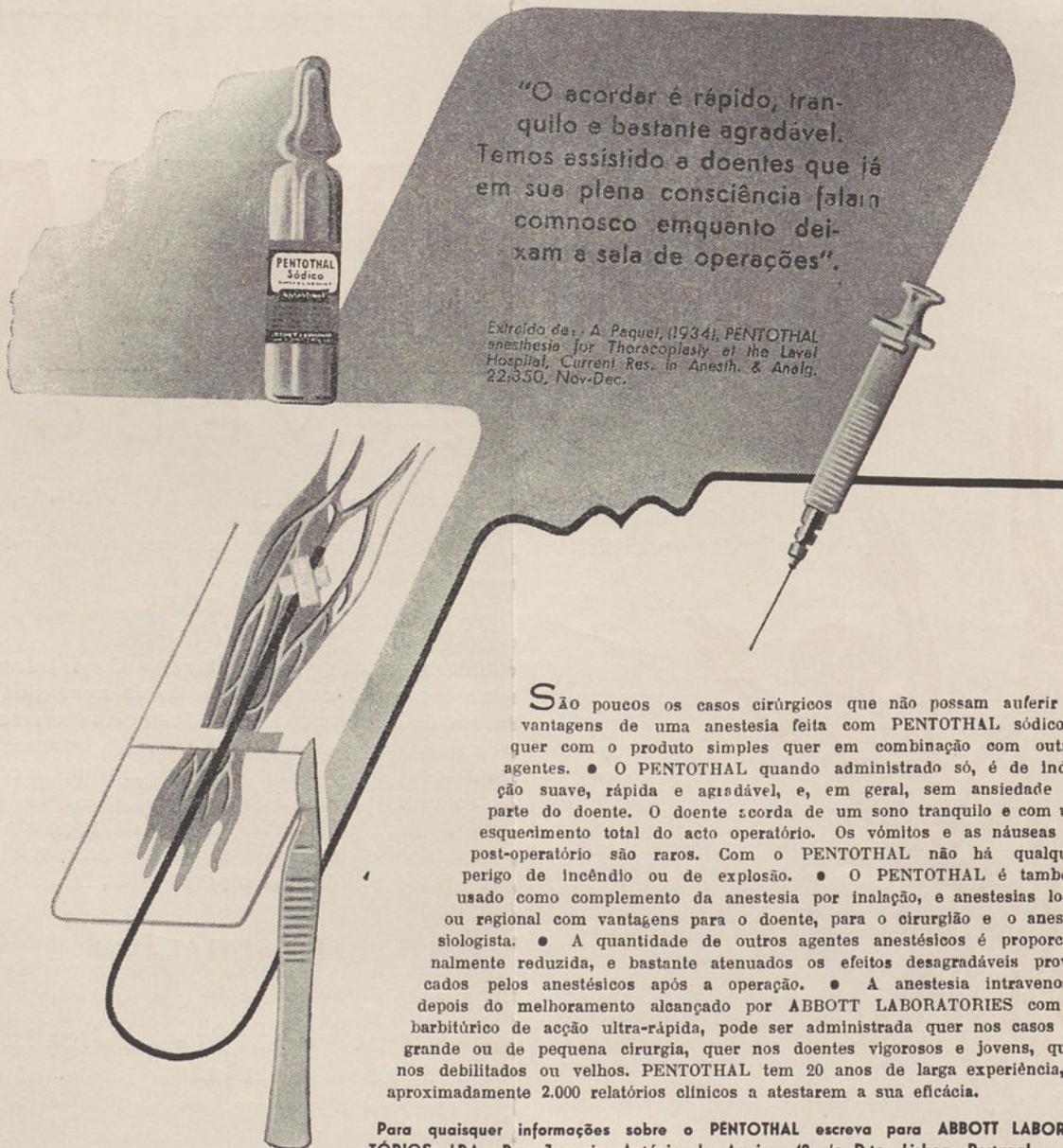
LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.ºS CLÍNICOS



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

#### SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
BARAHONA FERNANDES— <i>Mais uma década de terapêutica ocupacional</i> 773	<i>Os críticos e as Confrarias</i> — JOAQUIM PACHECO NEVES .....	619
M. AZEVEDO FERNANDES— <i>Estudo comparado da Psicoterapia de Ernst Kretschmer</i> .....	<i>Ecos e Comentários</i> .....	620
777	<i>Assistência Hospitalar</i> — O decreto-lei sobre a responsabilidade dos encargos .....	622
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — A Família, foco criador de valores espirituais — LEONARDO COIMBRA (Filho) .....	<i>Estágios pós-escolares nas Faculdades de Medicina</i> .....	625
784	<i>Noticiário diverso.</i>	
Últimos progressos em Obstetria .....		
786		



“O acordar é rápido, tranquilo e bastante agradável. Temos assistido a doentes que já em sua plena consciência falam connosco enquanto deixam a sala de operações”.

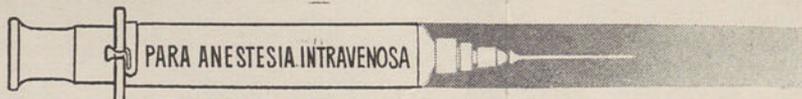
*Extrato da: A. Paquet, 1934, PENTOTHAL anesthesia for Thoracoplasty of the Laval Hospital, Current Res. in Anesth. & Analg. 22:350, Nov-Dec.*

São poucos os casos cirúrgicos que não possam auferir as vantagens de uma anestesia feita com PENTOTHAL sódico — quer com o produto simples quer em combinação com outros agentes. • O PENTOTHAL quando administrado só, é de indução suave, rápida e agradável, e, em geral, sem ansiedade da parte do doente. O doente recorda de um sono tranquilo e com um esquecimento total do acto operatório. Os vômitos e as náuseas do post-operatório são raros. Com o PENTOTHAL não há qualquer perigo de incêndio ou de explosão. • O PENTOTHAL é também usado como complemento da anestesia por inalação, e anestésias local ou regional com vantagens para o doente, para o cirurgião e o anestesiológista. • A quantidade de outros agentes anestésicos é proporcionalmente reduzida, e bastante atenuados os efeitos desagradáveis provocados pelos anestésicos após a operação. • A anestesia intravenosa, depois do melhoramento alcançado por ABBOTT LABORATORIES com o barbitúrico de acção ultra-rápida, pode ser administrada quer nos casos de grande ou de pequena cirurgia, quer nos doentes vigorosos e jovens, quer nos debilitados ou velhos. PENTOTHAL tem 20 anos de larga experiência, e aproximadamente 2.000 relatórios clínicos a atestarem a sua eficácia.

Para quaisquer informações sobre o PENTOTHAL escreva para ABBOTT LABORATÓRIOS, LDA., Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c D.to, Lisboa, Portugal.

## PENTOTHAL® Sódico

(TIOPENTAL SÓDICO ESTÉRIL — ABBOTT)



NO SIGNO DE HIPÓCRATES

LVII

# Mais uma década de terapêutica ocupacional

Prof. BARAHONA FERNANDES



Quando da abertura do Hospital Júlio de Matos em 1942 celebrámos, por várias vezes, as novas bases, nas quais se iria desenvolver a assistência aos doentes mentais em Portugal.

Dentre os progressos então inovados — o regime aberto de internamento, o Dispensário, a assistência social psiquiátrica, as novas técnicas de tratamento... — ressalta, pelo seu interesse geral, o da terapêutica pela ocupação. Não se tratava efectivamente apenas de mais uma nova técnica no evoluir da Medicina, mas de uma orientação radicalmente diversa da nossa atitude perante o alienado: — A ocupação dos doentes mentais, como tratamento a prescrever pelos médicos, como qualquer outra terapêutica. Não era simplesmente o caso de os pôr «a trabalhar» desta ou daquela maneira, recreá-los, proporcionar-lhes passeios, ginástica, diversões. Muito mais do que isso — uma verdadeira psicoterapia colectiva exercida pelos médicos e o pessoal de enfermagem através da ocupação regrada e da modelação do ambiente num sentido favorável à sintonização dos enfermos com as formas normais do viver humano e a sua re-orientação para a comunidade social.

Não repetiremos aqui o que escrevemos nessa altura <sup>(1)</sup> acerca da experiência psicopatológica e clínica e dos resultados desta forma de terapêutica, à época ainda mal conhecida entre nós.

A metamorfose dos serviços hospitalares foi de tal arte, que parecia entrarmos num clima de maior «civilização». Enfermarias agradáveis, tranquilas, os doentes ocupados, de aspecto natural, contactando regularmente com as pessoas, e não mais o espectáculo infernal dos pátios dos velhos asilos de alienados. Grupos de enfermos socializados trabalhando numa tarefa colectiva, ou vivendo numa comunidade de aparência e nexos humanos, e não mais aquele caos psicológico da insânia em cultura pura que se topava nas velhas enfermarias de agitados.

A renovação foi sobretudo *espiritual*. Para a começar não foram necessárias complexas instalações nem aparelhagem. Lá estavam, é certo, as casas novas do Hospital, amplas e arejadas. Que será, porém, delas no dia em que se perder o sentido humano das nossas acções terapêuticas?

O êxito então obtido foi obra da nova atitude de espírito e das favoráveis condições alcançadas: 1) a direcção médica dos serviços, conseguindo organizá-los no sentido dos seus propósitos específicos sem a intromissão de critérios legalistas e económicos, estranhos à finalidade terapêutica; 2) o interesse e boa preparação dos médicos psiquiatras; 3) a educação e formação do pessoal de enfermagem em moldes completamente novos.

Tivemos desde logo a noção — que enérgicamente sublinhámos — que o trabalho psicoterápico que é a terapêutica ocupacional teria de ser um *esforço sempre renovado e nunca acabado*. Se lhe faltar a acção pessoal entusiástica e constante, em breve tudo se esvairia numa rotina estéril e formalista.

Ficariam as belas construções, porventura protegidas dos danos do tempo, mas que seria feito do hausto espiritual que as deve animar e vivificar?

Mais uma década de esforços e canceiras decorreu desde então. Promulgou-se a nova lei da Assistência Psiquiátrica, cristalizando as orientações e experiências havidas no Hospital de Júlio de Matos, estabelecendo em bases jurídicas o regimen ocupacional dos doentes (claríssimo está, jamais qualquer coisa que pudesse lembrar o «trabalho-escravo!»)

Abriram-se novos Hospitais, multiplicaram-se os dispensários, cresceu o número dos psiquiatras, divulgaram-se novas terapêuticas...

Os progressos não puderam, porém acompanhar as necessidades crescentes da população. Quantos doentes aguardando vaga, quantos sofrimentos incompreendidos, a que não se pode acudir! São poucos os médicos para a tarefa imensa da Higiene Mental, a profissão de enfermeiro continua pouco atractiva para os melhores valores, os hospitais psiquiátricos atingem o máximo da sua lotação e acumulam-se os doentes de evolução prolongada, ocupando as vagas para os casos recentes que carecem de tratamento urgente. O serviço social (outra inovação promissora!) debate-se com as dificuldades económicas e sociais, sem alcançar o necessário dinamismo da assistência, a articulação viva e ampla dos meios de tratamento e dos serviços hospitalares com o ambiente social.

Surgem novos meios medicamentosos, novas técnicas terapêuticas, a psicoterapia, a reabilitação valorizam-se dia a dia... em flagrante desproporção com as possibilidades económicas e os meios postos ao dispor da população.

A Medicina evoluciona, novas concepções, novas teorias. Em breve teremos de reformar muitos dos hossos planos sobre a assistência, cada vez mais dinâmica, mais activa, mais ligada ao social... Como estamos longe do Manicómio cerrado, separado do Mundo por altos muros e fossos! do velho Asilo, depósito estático de enfermos abandonados (os erradamente ditos «irrecuperáveis»).

— Algo de constante e cada vez mais vincado perpassa contudo através desta agitada evolução — a busca do *sentido humano* dos nossos esforços assistenciais, tal se nos depara na perene actualidade da *terapêutica pela ocupação e da psicoterapia* que lhe está intimamente ligada.

Não hesitaríamos hoje em voltar a escrever as páginas, atrás citadas e a pregar a necessidade de manter a organização da ergoterapia, a despeito de todos os progressos da técnica terapêutica.

Efectivamente a noção de «reabilitação», na sua essência idêntica à ergoterapia, impregna hoje toda a Medicina: a *reabilitação* dos traumatizados, dos cardíacos, dos diabéticos, dos tuberculosos... A necessidade da *psicoterapia*, originária da clínica das neuroses, invade o âmbito de toda a Medicina, tanto interna, como externa, a preparação psicológica das intervenções cirúrgicas, a prevenção moral do choque operatório...

A necessidade da *acção social*, da *compreensão do ambiente*, da *modelação da colectividade* a que o individuo pertence, tão intrínsecas à clínica mental, impregnaram cada vez mais a acção médica em todos os campos.

(1) Boletim da Assistência Social N.º 2 — 1943 — Lisboa Médica, N.ºs 1, 2 e 3 — Ano XXI — 1944 — No Signo de Hipócrates, 1 Vol., Lisboa, 1944.

O trabalho e todas as outras formas de actividade (por complexas acções de ordem fisiológica, psicológica, espiritual e social, que não cabe agora analisar) podem exercer notáveis efeitos sobre a personalidade dos sãos e dos doentes, contribuindo para a terapêutica de muitas doenças, re-criando uma nova atitude mental e remanejando a pessoa humana no sentido da sua mais lata sintonia e re-socialização.

A ergoterapia — uma obra complexa de acção pessoal, com todas as sublimidades e defeitos das coisas humanas!

Na verdade mais uma década de experiência de ergoterapia fez-nos conhecer todas as suas grandezas e todas as suas misérias.

As grandezas do entusiasmo do começo, dos êxitos da fé, e também os frutos do trabalho regular, sério, ordenado e bem compreendido. As misérias das inevitáveis quebras que o tempo traz e algumas experiências penosas também. Por exemplo: a dificuldade de ocupar centenas de doentes de um grande hospital, se o aumento da lotação se acompanha da rarefação dos meios assistenciais. Quando o Hospital abriu, tínhamos o grupo firme e treinado dos enfermeiros e enfermeiras suíças e o nosso bravo pessoal português, educado em boa «escola» e animado pelo zelo dos médicos, interessados em tão fecunda experiência. Operaram-se então maravilhas num serviço ainda incompletamente organizado e com uma administração ainda mal estruturada. Havia, porém, gente bastante para trabalhar e boa vontade e compreensão de todos. Mais uma vez e sempre o elemento humano a prevalecer.

Pode acontecer uma vez que um médico se desinteresse da ergoterapia, passe de fugida pelo serviço, sem visitar devidamente os seus doentes no trabalho, sem explicar aos enfermeiros as feições psicológicas de cada individuo, atento apenas as terapêuticas físicas e... a outros afazeres. Pode acontecer que não haja número suficiente de enfermeiros que alguns desistiram da carreira, em busca de outros empregos, porque faltam demasiado ao serviço, ou simplesmente têm de acudir a outras tarefas, e a outros doentes... Pode suceder que os enfermeiros recém-formados pouco tenham aprendido da ergoterapia, se não tenham ainda impregnado espiritualmente dos seus princípios orientadores, não vivam a ocupação com os doentes, como soi — dobrar lençóis, fazer sacos de papel, bordar, tratar da horta... — tarefas fastidiosas, se não forem executadas com o sentido autêntico de captar a mente dos enfermos que se estiolam na inação e apatia, se desviam em delírios ou se dementam em actos desassissados. Pode acontecer ainda que a Administração não convenham, de momento, certos trabalhos dos doentes e procure outros planos económicos, sem atender às necessidades médicas, etc., etc.

Desta arte se vão acumulando as dificuldades e as falhas psicoterápicas, a baixa de nível e de eficiência da ergoterapia — o que para um grande hospital significa necessariamente a degradação da assistência.

Com o andar dos anos, sente-se a força da doença minar a personalidade dos doentes, a força da inércia e da rotina transformar os humanos agentes terapêuticos em funcionários formalistas, a força da organização burocrática secar e esteriotipar as iniciativas pessoais.

Felicitemo-nos pelos vivos esforços que no nosso Hospital vêm sido opostos a tal processo regressivo da ergoterapia. Louvemos o interesse pessoal de tantos, a iniciativa e gosto de alguns, a confiança e interesse de muitos, tanto médicos, como enfermeiros, como ainda outros funcionários.

Sem entrar em pormenores, devemos acentuar que se torna necessário no decurso do tempo 1) manter a constância e o estímulo do interesse de todos os participantes da ergoterapia, tanto do pessoal como dos doentes; 2) alcançar condições mais favoráveis de trabalho; 3) variar as ocupações tornando-as atractivas e multiplicar as diversões e outras actividades; 4) aproveitar o trabalho num sentido social e utilitário, de modo os doentes sentirem eles próprios, de forma concreta, o valor do seu esforço, tanto para as suas próprias melhoras, como na utilidade e valia das obras executadas;

5) acima de tudo, que haja unidade de orientação médica e administrativa, quer dizer: integração harmónica do espírito psicoterápico e social e das medidas organizatórias e de aproveitamento económico.

Concretamente: se o pessoal e os doentes não vivem de forma pessoal o resultado do seu esforço, diluído nos benefícios globais de uma vasta administração, falta aquele estímulo pessoal do interesse e responsabilidade individuais que são o melhor agente dinâmico da actividade.

Ensaiou-se, dentro destas ideias, a auto-administração de alguns serviços de ergoterapia. O êxito foi deveras animador como o mostrou o Dr. Seabra Diniz<sup>(1)</sup>. Propomo-nos agora organizar o conjunto de ergoterapia nestes moldes de administração directa dos valores que ela própria movimenta. A venda directa de alguns objectos executados pelos doentes às famílias, aos visitantes do Hospital e outros interessados visa a despertar o interesse geral e a colaboração entre os enfermos hospitalizados com outros já com alta e o meio social onde vivem, criando laços pessoais e novas formas de comunicação e actividade.

Tal o fim último de ergoterapia — estabelecer um nexo humano com o ambiente extra-hospitalar, despertando o hábito de trabalho, o interesse, os sentimentos de valia e responsabilidade que são próprios dos individuos actuantes na vida normal em sociedade.

Doze anos de experiência, mais do que a informação da literatura, levaram-nos a formular, como síntese, os seguintes princípios axiais da prática de uma organização de ergoterapia:

- 1) — A ocupação dos doentes é um tratamento a prescrever e executar sob direcção médica. Não consta apenas do trabalho propriamente dito, mas também de actividades intelectuais e artísticas, de recreios, diversões e de exercícios físicos e ginásticos;
- 2) — A ocupação será feita com o sentido de uma psicoterapia colectiva, dirigindo-se em princípio a todos os doentes, conforme as indicações de ordem clínica, psicológica e social;
- 3) — Não obstante este carácter colectivo, deverá a personalidade de cada qual ser atendida e considerada, no modo individual de exercer a adequada acção psicoterápica, a dentro do grupo a que pertença;
- 4) — Como terapêutica imprescindível no meio hospitalar, pertence a ergoterapia dos doentes às obrigações de todos os médicos psiquiatras;
- 5) — A aprendizagem e a prática da ocupação terapêutica e de todas as actividades afins constituem o eixo da enfermagem dos hospitais psiquiátricos. Compete aos enfermeiros ocupar-se pessoalmente com os doentes no sentido da orientação psicoterápica, medicamente prescrita;
- 6) — Ergoterapeutas especializados, de preferência com experiência de enfermagem, deverão orientar o trabalho dos doentes, coordenar a sua eficiência e fiscalizar o seu rendimento;
- 7) — Todos os funcionários do Hospital, quaisquer que sejam as suas funções e categoria, devem atender e respeitar o espírito psicoterápico da ocupação dos enfermos e prestar a sua colaboração por todos os meios ao seu alcance. As faltas contra as normas da ergoterapia deverão ser consideradas como infracções disciplinares;
- 8) — Todos os trabalhos do Hospital, com excepção daqueles que envolvem risco, segredo ou respon-

(1) Jornal do Médico — XX — n.º 517 — 1952.

**B<sub>1</sub>** **PP** **B<sub>6</sub>**  
**B<sub>2</sub>** **C** **B<sub>12</sub>** **PANTOTENATO DE CÁLCIO**

**COMPLEXO** **B**  
**REFORÇADO**

**NOVA** **APRESENTAÇÃO** **CÁPSULAS**



**LABORATÓRIOS**  
**DO**  
**INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

# NEUTRAFIL

Bial

● INJECTÁVEL

DIIDROXIPROPILTEOFILINA . . . . 0,3 g

Por ampola de 3 cm<sup>3</sup>

● SUPOSITÓRIOS

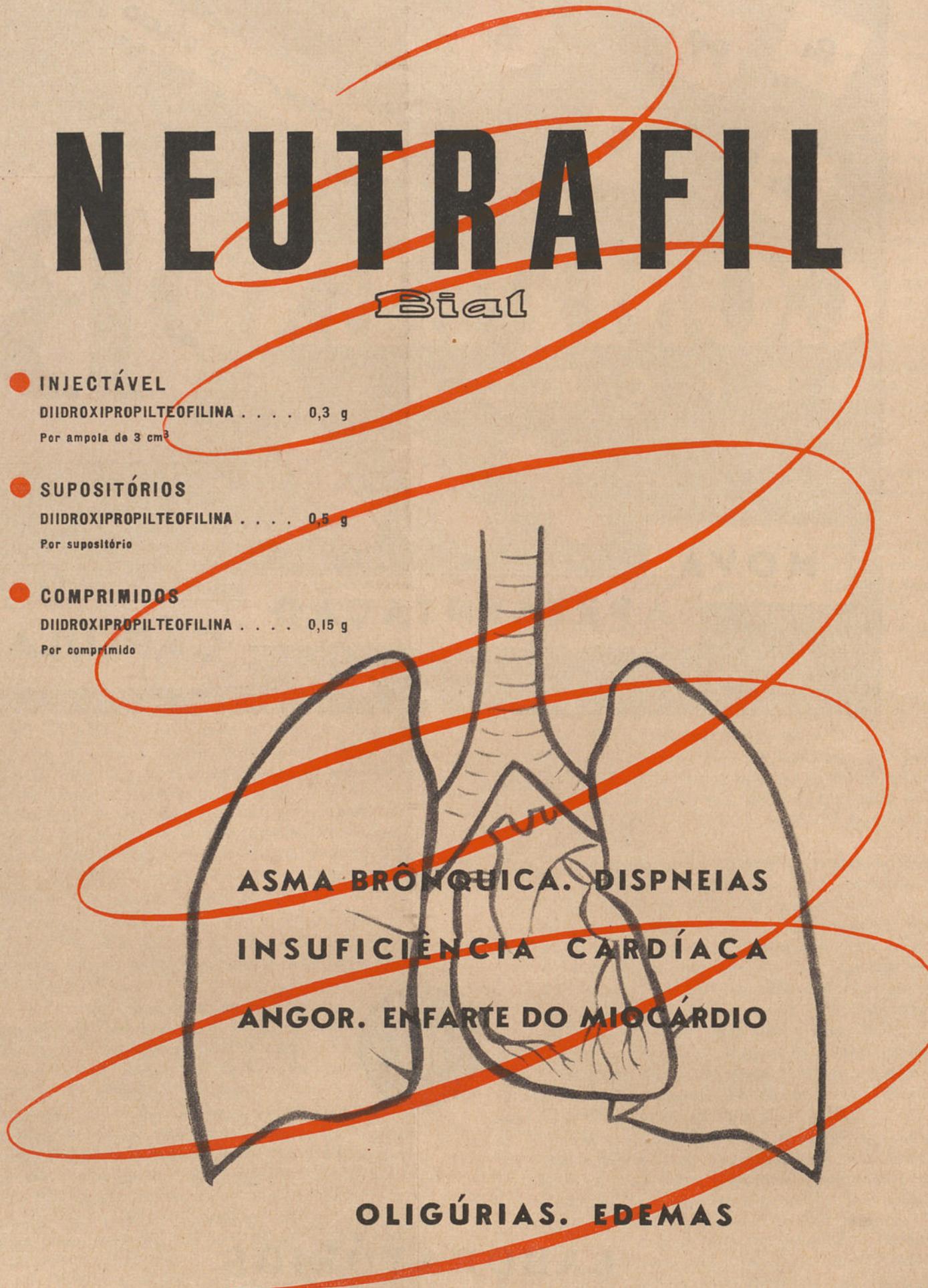
DIIDROXIPROPILTEOFILINA . . . . 0,5 g

Por supositório

● COMPRIMIDOS

DIIDROXIPROPILTEOFILINA . . . . 0,15 g

Por comprimido



ASMA BRÔNQUICA. DISPNEIAS

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ANGOR. ENFARTE DO MIOCÁRDIO

OLIGÚRIAS. EDEMAS

sabilidades especiais, e que possam e convenha ser feitos pelos doentes, não devem ser executados por indivíduos estranhos à ergoterapia. Além dos serviços gerais e especiais do Hospital, acessíveis à ocupação terapêutica, organizar-se-ão trabalhos apropriados, de preferência em grupos ou oficinas adequadas, com as necessárias medidas de higiene e protecção, de acordo com a natureza dos doentes ocupados;

- 9) — Os trabalhos, outras ocupações, exercícios e diversões serão adaptados, por *indicação médica* explícita, ao estado somático, psíquico e outras condições particulares de cada doente;
- 10) — Atendendo primacialmente ao *critério terapêutico*, e estreitamente subordinado a ele, devem, no entanto, aproveitar-se o *rendimento económico* do trabalho e a *utilidade* imediata para os serviços, tanto pela economia da mão de obra como pelo valor das espécies produzidas;
- 11) — Dada a sua finalidade terapêutica, o trabalho dos doentes não deve ser, em princípio, remunerado. Os *benefícios materiais* reverterão de um modo geral, em *proveito da colectividade*. Poderá no entanto, atribuir-se uma *participação* especial do rendimento alcançado a determinados grupos de trabalho, a título de estímulo, como prémio pelo interesse demonstrado ou atendendo às suas necessidades especiais. Poderão também conceder-se *subsídios individuais* em favor do pecúlio pessoal de determinados doentes, a utilizar pelo próprio ou pela família, de preferência após a alta;
- 12) — A *administração* dos valores exclusivamente ligados à ergoterapia deve ser feita de forma *autónoma*, com o sentido de estimular os sentimentos de valia própria dos doentes e de os re-orientar para a vida livre e autónoma;
- 13) — O planeamento e administração do conjunto da ergoterapia serão *integrados na Direcção médica* do Hospital, colaborando intimamente com os serviços administrativos, sem lhes ficar dependente, e ajustando-se, por livre conselho e consulta dos interessados de todas as instâncias, às funções

dos diversos serviços e à sua primacial finalidade médica e social <sup>(1)</sup>.

Não esplanaremos mais largamente estes princípios e a sua aplicação, a efectuar por Regulamento hospitalar e pela formação e educação constante do pessoal.

Ponhamos apenas em relevo: o seu *carácter essencialmente psicoterápico e humano*, o esforço de conciliar, nesse mesmo sentido, o *espírito de grupo* e o *carácter colectivo* da ergoterapia com o interesse e responsabilidade individuais e o respeito e cultivo da *personalidade*.

A ergoterapia foi para nós uma das mais ricas experiências humanas. Por várias vezes insistimos no seu valor, a propósito das possibilidades da higiene mental («se os são fossem tratados como os loucos...») e não hesitamos em repetir hoje o fecho do nosso trabalho de 1944:

«A mais transcendente noção que a prática e meditação do assunto nos trouxe é das vastíssimas possibilidades de acção modeladora sobre o Homem, nas suas relações com o agregado social. Não podemos resistir à ideia, de que se os loucos e psicopatas podem de tal arte ser influenciados, na sua conduta e reacções, e se deixam conduzir, educar e modificar, pelo trabalho psicoterápico, através das relações do individual com o colectivo; porque razão não aproveitar, embora com as devidas restrições, os ensinamentos colhidos para a vida normal em sociedade?»

Seja como for, certo é que a terapêutica ocupacional, como toda a psicoterapia, põe o psiquiatra, perante o «Homem» e não só perante o «louco». É no melhor conhecimento e na eficaz acção sobre o Homem que está a quinta-essência da nossa função social».

Mais ainda: O tratamento educativo pelo trabalho — agindo pelo estímulo somato-psíquico, do valor pessoal e rendimento económico, considerados na sua *unidade com o indivíduo e o mundo* — e postos ao serviço dos valores humanos.

(1) Concebemos a organização da ergoterapia como uma organização relativamente autónoma chefiada pelo médico director de serviço em íntima colaboração com os ergoterapeutas, constituindo um *corpo administrativo próprio* que execute o plano de trabalhos, de acordo com o parecer de uma *comissão consultiva*, na qual estão representados os serviços administrativos, os médicos, os enfermeiros e os próprios doentes, de modo a coordenar o conjunto com a «personalidade» de cada grupo e de cada indivíduo.

## Estudo comparado da Psicoterápia de Ernst Kretschmer

M. AZEVEDO FERNANDES

(Neuro-psiquiatra e bolsheiro do Instituto de Alta Cultura)

(Conclusão do número anterior)

### TREINO DE SCHULTZ

Esclarece o autor que o treino autógeno é considerado uma aprendizagem exercida através da consciência sobre o endo-sensório com auxílio da imobilização, relaxamento e subtracção das excitações visuais externas. Colocado o doente numa das posições previstas para os ocidentais, é convidado a fechar os olhos na forma passiva de quem vai dormir, imaginando-se seguidamente em sossego. O treino propriamente dito começa com o encaminhar consciente e voluntário para uma determinada função sensorial que uma vez exercitada será sucessivamente adicionada de outras.

É uma marcha exaustivamente documentada em dados fisiológicas e psicológicas. A relação *eu-corpo*, em que se fundamenta a teoria do método, simboliza-a o autor em círculos concêntricos que têm por centro o *eu* e se sucedem

pela seguinte forma: nervoso central, neuro-vegetativo, químico, iónico-coloidal.

O treino está dividido em 2 escalões. O primeiro ou inferior comporta 6 funções: generalização de peso, generalização de calor, sossego do coração, sossego da respiração, concentração de calor no plexo solar e frente fresca. Cada uma destas funções carece de 2 a 3 semanas para se exercitar. Para KRETSCHMER o peso e o calor são designados exercícios fundamentais e servem de ponto de partida para todas as formas de psicoterápia, além de constituírem o começo da hipnose activa fraccionada.

Verificamos porém que na escola de KRETSCHMER se faz o treino dos exercícios fundamentais em menos tempo do que o previsto pelo autor do método. LANGEN sugere o crepúsculo e o toque dos sinos da igreja para o repouso; chumbo ou tonelada para o peso.

Da eficiência do escalão inferior do treino de SCHULTZ temos nós experiência convincente e com SPEER concordamos que ele tenha ultrapassado a sua irmã mais velha, a hipnose. Outro tanto não diremos do escalão superior que não temos praticado nem o vimos praticar na clínica de KRETSCHMER.

Só depois de exercitados durante meio a um ano os doentes podem passar para o escalão superior. Representam, em estado de relaxamento condicionado pelo escalão inferior, as cores do espectro que sucessivamente lhes formos sugerindo, depois de previamente lhes termos escolhido a cor eleita da sua personalidade com o uso de métodos especiais. Segue-se a representação pura de objectos; depois a representação de objectos à base de ideias abstractas; e, finalmente, a expressão ou imagem sensorial dum estado afectivo desejado e intenso.

Embora conheçamos o valor das terapêuticas imaginativas, que aliás, como referimos, vimos praticando, parece-nos este 2.º escalão do treino de SCHULTZ constituir uma cura demasiado alongada para se conduzir sem interesse vivencial qualitativo e causal. Talvez por isso o treino psicológico de SCHULTZ tem a sua grande aceitação no escalão inferior.

«É de pensar fundamentalmente em métodos de treino com acção psicoterapêutica em todas as doenças que dependem directa ou indirectamente do comando vegetativo-endócrino do organismo» (KRETSCHMER).

## TERAPÊUTICAS IMAGINATIVAS

«O treino contemplativo é o único e verdadeiro fundamento da cura» (BJERRE).

As próprias crianças como que se transportam ao pensamento imaginativo verbalizado, pois falam com frequência para elas próprias e sublinham por palavras a sua actividade (J. PIAGET e B. INHELDER).

Entram nas terapêuticas imaginativas, o escalão superior do treino de SCHULTZ, o pensamento em estratos (Schichtenbildung de SCHULTZ) ou pensamento em filme (Bildstreifendenken de KRETSCHMER), a imaginação activa de JUNG, a consciência em imagens de HAPPICH, o sonho acordado de DESOILLE, a técnica meditativa de MAUZ, o treino contemplativo de BJERRE, a tranquilização diária de PANETH, etc.

Limitámo-nos aqui às técnicas de que vimos fazendo uso, a tranquilização de PANETH e o sonho acordado de DESOILLE.

PANETH aconselha a tranquilização, ao menos uma vez por dia, durante 15 minutos, em ambiente sossegado, preferentemente de manhã, antes de começar as tarefas. Por esta forma o indivíduo repousa em si mesmo, criando como que uma ritmização do sentimento vital e uma hipotonia de toda a dinâmica psíquica, o que permite libertá-lo das escórias residuais das vivências da véspera. Prefere, a qualquer outro estímulo, que se atenda aos nossos movimentos respiratórios, procurando condicioná-los profundamente, mas sem fadiga, em ritmo fisiológico a três tempos: inspiração, expiração, pausa, inspiração, etc. Com efeito, a respiração em ritmo acelerado ou invertido (pausa post-inspiratória) acompanha os estados nervosos tensivos. Um ritmo respiratório normal é condição necessária para uma distensão ou repouso psíquico. Neste estado de repouso surgem espontaneamente à consciência ideias em frouxa concatenação e sem significado valorativo.

O *sonho acordado* ou terapêutica imaginativa de DESOILLE já nós a descrevemos e documentámos no trabalho intitulado *a luz azul*. Também aqui faremos breve resumo. A partir do repouso corporal, que pode ser pelo relaxamento de SCHULTZ, mandamos que o doente nos descreva um objecto desligado dos seus conflitos, quase sempre escolhido por nós. Segue-se a descrição do local, onde o próprio doente se imagina transportado, e depois empreendem-se os movimentos imaginativos de subida ou descida de forma metódica e oportunamente condicionada. Cedo nos transportamos às imagens sublimes do inconsciente colectivo

que em regra surgem na subida ou às imagens terroríficas e aliciantes desse inconsciente que tendem a aparecer na descida. Muitas vezes o médico tem de fornecer ao doente uma imagem indutora (escada, avião, submarino, etc.) para que o movimento imaginativo de subida ou descida se possa executar. Apesar disso o doente será sempre activo neste comportamento dinâmico.

Os movimentos de subida tendem para o polo da sublimação (soi) e os movimentos de descida para o polo instintivo (ça). Um e outro polo exercem atracção sobre o *ego* onde o *super-ego* também se enxerta como representação moral puramente infantil ou como anomalia da psique. Quer dizer que o *super-ego* não tem cabimento para DESOILLE uma vez que o indivíduo se tenha projectado nos seus ideais de vida, se tenha sublimado. Justamente o autor acusa o método *freudiano* de não ter uma verdadeira técnica de sublimação. O sonho acordado será um método essencialmente sintético e tem por fim estrutural «integrar as imagens do inconsciente na sua série arquetípica, fazendo-lhes perder a autonomia para que tendem, descarregando-se de toda a angústia, e sem que a reconstituição do acontecimento seja necessária». Experimentar estas fantasias é ainda mais importante do que compreendê-las. «A transferência no sonho acordado quase se limita a uma descarga afectiva global para que basta fazer uma rápida análise».

A esta engenhosa actuação de subida e descida, chamou KRETSCHMER Júnior, genial.

A noção de transformação em grande e pequeno está ainda por aproveitar. Contudo as macro e micropsias realizam-nas com frequência os doentes mentais e quanto ao aspecto evolutivo diz A. BUSEMANN: «a produção fantástica própria da criança é na sua forma mais agradável a que corresponde à leitura de contos à base da transformação e modificação para grande ou pequeno».

A *consciência em imagens* de HAPPICH é referida por HEYER e KRETSCHMER Júnior e acusada de estar pouco conforme com os conhecimentos da psicologia profunda.

## PSICOTERÁPIA DE GRUPO ESTACIONÁRIA

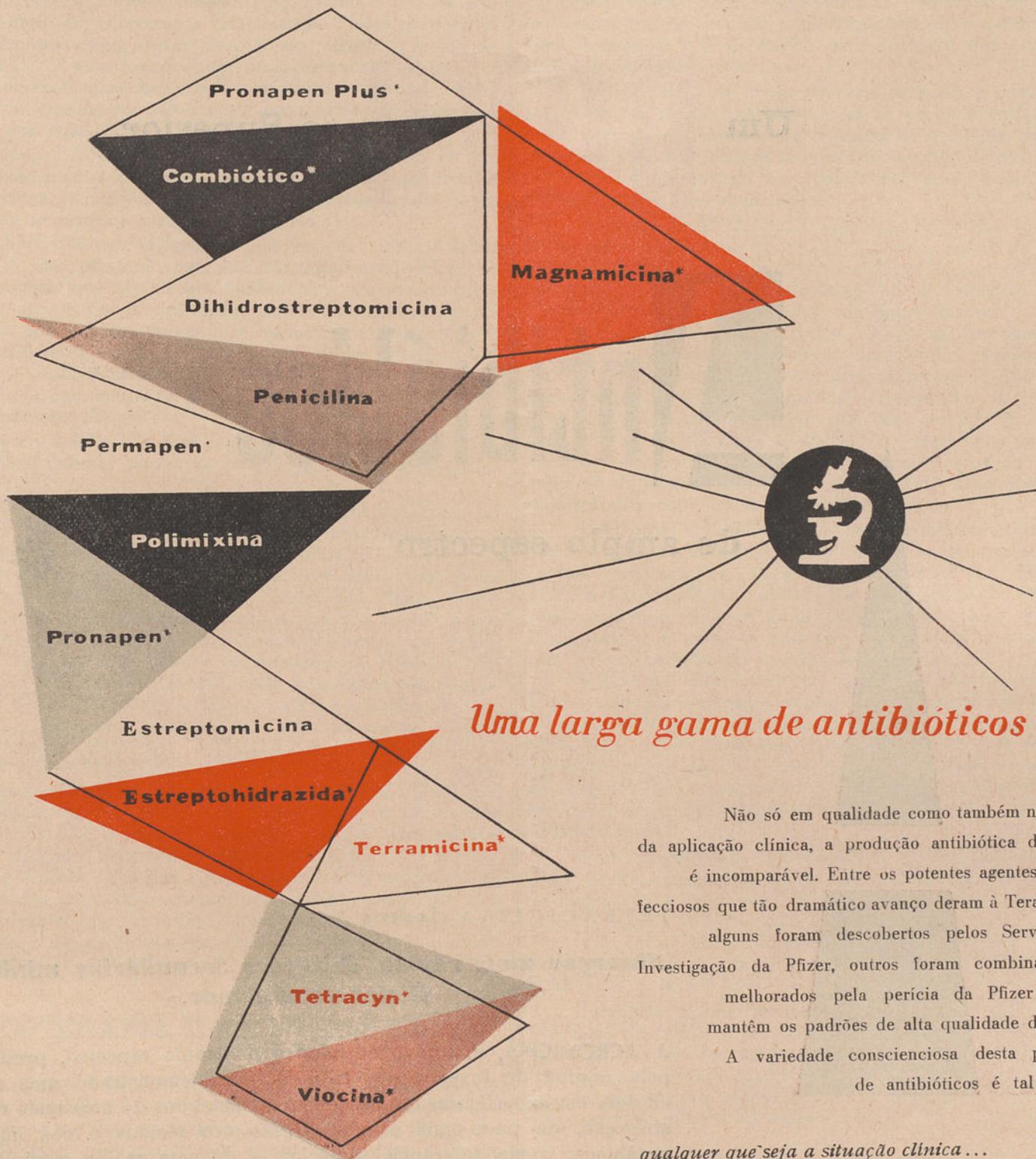
WILDERMUTH inspirado em KRETSCHMER aprecia a psicoterapia hospitalar como um labor complexo diferente da psicologia profunda. «Não é um analisar de dificuldades não confessadas e não reconhecidas, mas uma subtracção de ideias delirantes e conceitos deformados, um incorporar numa comunidade ordenada; não analisar, mas desviar e conduzir um trabalho que muito comporta de educativo».

Acrescenta WILDERMUTH que todo o doente sente uma mudança completa e fundamental de toda a vida anímica, tornando-se completamente diferente, por isso que importa compreendê-lo e senti-lo na sua personalidade patológica alterada. Nunca abandonar o doente a si próprio e ver na ergoterapia um excelente meio de adaptação.

LANGEN, de grata recordação, auxiliado por Frau WALTER e HUBER, além doutros dos muitos médicos que procuram ensinamentos na clínica de KRETSCHMER, têm sob a sua direcção uma enfermaria para mulheres, com 12 camas, duas das quais estão em quarto contíguo onde é possível um certo isolamento. Esta enfermaria é exclusivamente destinada a doentes para psicoterapia.

No fim do primeiro encontro com a doente que entra, LANGEN faz um pacto no sentido de se sentir individualizado para com ela no que toca à sua cura. A doente fica sabedora de que o médico se propõe ajudá-la pela melhor forma a vencer as dificuldades. Todos ali, médicos, enfermeiras e doentes, passam a interessar psicoterapêuticamente à recém-chegada. Os próprios preparativos para a visita do Professor são de alto significado psicológico.

Todo o grupo de doentes existentes actua pois num sentido que poderá ser sempre benéfico quando, como ali, em sessões bissemanais — discussões da tarde — o médico sabe fazer sobressair espontaneamente os temas mais momentosos para a adaptação, evitando assim a «infecção psíquica».



## Uma larga gama de antibióticos

Não só em qualidade como também no campo da aplicação clínica, a produção antibiótica da Pfizer é incomparável. Entre os potentes agentes anti-infecciosos que tão dramático avanço deram à Terapêutica, alguns foram descobertos pelos Serviços de Investigação da Pfizer, outros foram combinados ou melhorados pela perícia da Pfizer — todos mantêm os padrões de alta qualidade da Pfizer. A variedade conscienciosa desta produção de antibióticos é tal que —

*qualquer que seja a situação clínica ...  
qualquer que seja a vossa preferência terapêutica ...  
há um antibiótico Pfizer para cada indicação antimicrobiana.*

\* MARCA REGISTRADA DE CHAS PFIZER, CO., INC.

**Pfizer**

*O Maior Produtor de Antibióticos do Mundo*

APRESENTA O MELHOR NO CAMPO DAS VITAMINAS E HORMONAS

**PREPARAÇÕES VITAMÍNICO-MINERAIS**

**HORMONAS**

PFIZER INTERNATIONAL Service, Co., Inc., 23 Broad Street, New York 4, N. Y., U. S. A.

Representantes Exclusivos: NÉO-FARMACÊUTICA, L.D.A. • Av. 5 de Outubro, 21 • LISBOA

Um **NOVO** e Superior

**A**ntibiótico

de amplo espectro



**ACROMICINA**

TETRACICLINA **Lederle**

**Absorção mais rápida. Reações Secundárias mínimas. Maior estabilidade.**

A **ACROMICINA**, um novo antibiótico de amplo espectro, produzido pela equipa de investigação Lederle, tem demonstrado uma maior eficácia em experiências clínicas, com as vantagens de uma mais rápida absorção, de uma mais pronta difusão nos tecidos e nos líquidos orgânicos, duma tolerância superior e de uma maior estabilidade, resultando em níveis sanguíneos altos e prolongados.

A **ACROMICINA** pode agora adquirir-se nas seguintes formas farmacêuticas: Cápsulas de 250 mg., 100 mg., e 50 mg.; Spersoids\*, Pó Dispersível, 50 mg. por cada colher das de chá, cheia (3,0 g.); Intravenosa, de 500 mg., 250 mg. e 100 mg. Gotas Pediátricas, frascos de 10 cm<sup>3</sup> com 1 gr ; 5 gotas — 25 mg. de Acromicina.

Outras formas de dosagem serão postas à disposição das Ex.<sup>mas</sup> Classes Médica e Farmacêutica, tão depressa a investigação o permita.

\* Marca Comercial Registrada

**Lederle**

**Um nome que simboliza  
supremacia na investigação  
e na produção farmacêuticas**

Lederle Laboratories Division, AMERICAN Cyanamid COMPANY  
30, Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ilhas:  
**ABECASSIS (IRMÃOS) & C.<sup>A</sup>**  
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA  
RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15-2.º — PORTO

A ergoterapia e o preenchimento programático do dia são fundamentais na psicoterapia estacionária. Todas as doentes aprendem, em grupo, sob a direcção do médico, o treino de SCHULTZ. Cada doente segue simultaneamente a psicoterapia individual mais apropriada; em regra a análise. Tratamentos de insulina em sub-coma e sono prolongado têm por vezes a sua indicação.

Segundo LANGEN as neuroses graves entram ali em número superior a 2/3. Diz ainda o autor que quanto mais componentes esquizotímicas existam na personalidade tanto mais nela se justifica a cura estacionária.

LANGEN vive infatigável para este seu intenso labor diário. A sua máscara contraída raro deixa adivinhar as suas emoções, que aliás sente intensamente, como lho presentimos através dos muitos ensinamentos que nos comunicou.

As doentes que saem não esquecem a enfermaria e sempre são recebidas com solicitude quando se sintam necessitadas de esclarecimento médico para os seus problemas. De dois em dois meses há mesmo uma reunião na biblioteca para as doentes antigas.

Refere LANGEN com orgulho: «dizem os colegas que se se vêem doentes juntas na cidade são da *estação psicoterápica*».

WINKLER, psicoterapeuta muito ilustre da clínica de KRETSCHMER, considera útil para as nevroses graves a existência no hospital de médicos de ambos os sexos.

O psicodrama de MORENO foi também ensaiado na clínica de KRETSCHMER por LANGEN. Não vamos porém entrar na psicoterapia de grupo que nos levaria muito longe. Apenas queremos referir que nos serviços da Assistência Psiquiátrica do Norte ensaiamos com PIMENTEL NEVES e SERRA DE LEMOS uma terapêutica psicológica, incluída nas psicoterapias de grupo, para a esquizofrenia, lançando mão da teoria das camadas, segundo vários autores, nomeadamente BRAUN, SCHULTZ, KAHN, HOFFMANN, HARTMANN e KRETSCHMER. Dá-se vasta preferência à dinâmica das camadas de HARTMANN e à estratificação de HOFFMANN. Salientam-se as antinomias de HOFFMANN: vontade; impulso; razão; pensamento mágico; domínio; espontaneidade; dever; sentir.

As sessões de psicoterapia consistem fundamentalmente na discussão de qualquer destas antinomias, escolhendo para cada doente a que lhe esteja mais em defeito. O tema de discussão é um conto simples onde os motivos tenham sido previamente seleccionados.

## PSICOTERÁPIA DA ESQUIZOFRENIA

Para KRETSCHMER a maior raiz da esquizofrenia é corporal, cerebral ou humoral constitucional. Diz o autor que muitas das ditas fixações infantis ou complexos de Édipo são antes inibições puberais e que mesmo as típicas reacções esquizofrénicas são raras.

Quando procuramos um aspecto psicopatológico concreto que nos permita assestar baterias para o ataque ao processo esquizofrénico, sentimo-nos totalmente desprevinidos.

MÜLLER refere que o esquizofrénico não tem segurança na separação entre interno e externo, entre eu e ambiente e se apercebe da ameaça grave da personalidade, por isso que a esquizofrenia é considerada por SCHILDER uma psicose de vizinhança do eu. FENICHEL pretende reformar a apreciação acanhada de FREUD, não vendo apenas fenómenos de regressão no processo esquizofrénico, mas também sintomas que significam tentativa de restauração. KRETSCHMER pretende que no esquizofrénico se separam em toda a sua nudez os fenómenos da série esférico-aglutinante dos fenómenos da série lógico-categorial.

Numa revisão de 1.100 trabalhos BLEULER refere, entre outros aspectos, o *stress* (mas sem convicção) e fixa-se um pouco mais na analítica existencial. O esquizofrénico recusa-se a investigar o que há de bizarro, absurdo e ilógico no seu mundo vivencial que a cada momento se fragmenta e se reconstitue. Lógico será que em moldes analíticos o médico procure pôr o doente em relações simples e concre-

tas com o mundo, procure individualizar-lhe temas de cunho existencial e crie com ele uma linguagem de entendimento. Esta linguagem é a expressão mais concreta das possibilidades duma análise existencial.

WINKLER tem ideias bastante próprias e interessantes quanto à terapêutica existencial do esquizofrénico. Pretende inculcar-lhe, desde início, atitudes de aceitação para as causas da sua *reagibilidade* interna (alucinações, delírios, etc.). Isto nos foi comunicado em fugidia conversa; aguardamos o trabalho que nos anunciou.

Também de WINKLER acabamos de receber um trabalho sobre *anachorese do eu* (q. d. o eu retira-se de determinados conteúdos da consciência que por incompatibilidade não pode assimilar) e sua valorização em psicoterapia. Ainda não estudamos porém o assunto convenientemente.

Quanto ao aspecto analítico, as informações modernas continuam pessimistas. «Temos que admitir que estamos ainda em fase experimental e pioneira, principalmente no que refere à elaboração duma técnica precisa e sistemática na psicanálise dos psicóticos, principalmente no campo da esquizofrenia», diz UCHÔA. WENDT esclarece que podemos empreender cura analítica aos motivos profundos da personalidade do doente depois da esquizofrenia desaparecer; à esquizofrenia em si nada podemos fazer.

HÄFNER e JORDAN informaram-se atentamente dos bons resultados colhidos por vários autores com a terapêutica analítica na esquizofrenia (SIMMEL, SEGAL, SCHULTZ-HENCKE, MÜLLER-HEGEMANN, etc.) e verificaram que não se pode falar duma análise estrita. O contacto que todos os autores referem nada terá que ver com a transferência no sentido de FREUD.

KRETSCHMER procede, segundo os casos, evitando a activação das estruturas profundas dos complexos (HÄFNER e JORDAN). A análise por vezes não consegue resolução, mas simples explosões; na prática não se deve analisar o esquizofrénico agudo e antes procurar avaliar a estrutura da personalidade e surpreender complexos condutores o que facilitará uma compreensão humana profunda (KRETSCHMER).

Para as psicoses esquizofrénicas agudas, KRETSCHMER aceita o sono prolongado, que irá facilitar mecanismos de ordenação e libertação. «O esquizóide deve aprender a utilizar os seus valores como tais».

Em certas esquizofrenias com forte estrutura neurótica a análise tem a sua melhor indicação (KRETSCHMER, HÄFNER e JORDAN).

Julgamos dignos de revisão os nossos trabalhos com PIMENTEL NEVES e SERRA DE LEMOS inspirados na teoria dos estratos psíquicos. Outras exigências da clínica fizeram paralisar um pouco o impulso dos nossos entusiasmos. Trata-se para todos os efeitos duma terapêutica simplesmente psicológica da esquizofrenia.

## RESUMO

Estuda-se a psicoterapia da escola de E. KRETSCHMER, procurando salientar os moldes do seu funcionamento e apreciar comparativamente os pontos de vista deste Professor.

Tem-se em grande apreço o facto de KRETSCHMER ter partido da psicopatologia, com todos os seus valores, para uma psicoterapia poli-dimensional, aproveitando as várias escolas na medida da sua oportunidade e interesse.

Por comodidade de apresentação, dividimos o nosso estudo em 24 pequenos capítulos, cada qual destinado a um tema, por forma a reunir os motivos que nos parecem mais actuais em psicoterapia. Em todos os capítulos se salienta o pensamento de KRETSCHMER e se deixa transparecer como nos sentimos filiados nas suas orientações.

Apresentamos vários pontos de vista pessoais.

Alguns capítulos, onde se entra em consideração com forças psicológicas e estruturas e dimensões da psique, exprimem uma tendência *energeticista*, o que para nós não significa doutrina, mas tão somente esquema de pensamento.

Estão longe de nos satisfazerem os capítulos que tra-

tam dos problemas existenciais e das relações corpo-alma. No ponto de vista médico julgamos porém ter dito o essencial.

A atitude do médico psicoterapeuta ocupa-nos também especialmente.

A cada passo pomos em destaque os factores constitucionais, quer morfológicos quer psicológicos, segundo a orientação magistral de KRETSCHMER.

Sem ilusões que nos ultrapassem quanto aos nossos méritos pessoais, julgamos no entanto ter contribuído, com este relatório, para uma útil divulgação, no nosso País, da psicoterapia médica da escola de KRETSCHMER. Julgamos ainda ter prestado alguns serviços aos que se iniciam nestas tarefas. Basta bem que KRETSCHMER tem jus a disputar para si o título de o maior psiquiatra de todos os tempos.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Psychotherapie der KRETSCHMER'schen Schule wird ausführlich dargelegt. Dabei wird versucht, den Aufbau der Schule und ergänzend dazu die Grundgedanken der KRETSCHMER'schen Lehre aufzuzeigen.

Es wird besonders hervorgehoben, dass die polydimensionale Psychotherapie KRETSCHMER's von der Psychopathologie im weitesten Sinne ihren Ausgang nimmt. Lehrmeinungen anderer Schulen werden dabei nur soweit berücksichtigt, wie es notwendig und von Bedeutung erscheint.

Um eine leicht verständliche Darstellung zu geben, wird die Arbeit in 24 Kapitel aufgegliedert. In jedem Kapitel wird ein Thema abgehandelt, bei dessen Diskussion die Gedanken hervorgehoben werden, die als die aktuellsten in der Psychotherapie anzusehen sind. In allen Kapiteln werden die KRETSCHMER'schen Ideen herausgestellt und begründet, dass seinen Konzeptionen zuzustimmen ist. Sodann werden verschiedene eigene Gesichtspunkte erläutert.

In einigen Kapiteln, in denen psychologische und strukturelle Faktoren und Dimensionen der Psyche behandelt werden, kommt zweifellos eine energische Tendenz zum Ausdruck. Sie hat aber nicht der Wert einer Doktrin, sondern dient lediglich als Denkmodell.

Die Kapitel, in denen existentielle Probleme und die Beziehungen Körper - Seele erörtert werden, erheben nicht den Anspruch auf eine vollständige und erschöpfende Darstellung. Vom ärztlichen Standpunkt aus gesehen dürfte nach meiner Meinung jedoch das Wesentliche gesagt sein. Das, was mich besonders beschäftigt hat, ist die Haltung des Arztes als Psychotherapeut. Die konstitutionellen - morphologischen und psychologischen Faktoren, auf denen die KRETSCHMER'sche Lehre basiert, ziehen wie ein roter Faden durch die gesamte Darstellung.

Ohne in den Verdacht der eigenen Selbstüberschätzung zu kommen, glaube ich, dass der vorliegend Bericht der Verbreiterung der Psychotherapie der KRETSCHMER'schen Schule in unserem Lande gute Dienste leisten wird. Ich glaube auch, dass er die ermutigen wird, die Arbeiten fortzusetzen, die sie auf dem Gebiet der Psychotherapie bereits begonnen haben. Es erübrigt sich wohl, hier darauf hinzuweisen, dass KRETSCHMER zu den bedeutendsten Psychiatern aller Zeiten zu rechnen ist.

## BIBLIOGRAFIA

- Adler, Gerhard — Studies in Analytical Psychology — 1948, W. W. Norton Company, Inc., New York.
- Alsen, V. — Die Kurzanalyse — Zeitsch. f. Psychoth. u. Med. Psychol. — Nov. 1952.
- Azevedo Fernandes — Gimnasia y Psychomotricidad — Folia clinica internacional — Barcelona, Março, 1952.
- A Luz Azul — O Médico, n.º 79, 1953.
- O conceito de tempo em psicoterapia — Jornal do Médico, XIV (359), 1949.
- Vida psíquica e cerebral — Portugal Médico, n.º 8, 1942.
- Atitudes psicoterapêuticas — Jornal do Médico, XI (259), 1948.
- Psicologia e casamento — O Médico, n.º 20, 1951.
- Barahona Fernandes — Mecanismos de acção da leucotomia — Actas Luso-Espanholas de Neurol. y Psiquiat. — Vol. III, Nov. 1949.
- Bjerre, Poul — Das Träumen als Heilungsweg der Seele — 1939, Rascher Verl., Zürich u. Leipzig.
- Bleuler, M. — Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941-1951. Fortsch. d. Neur. Psych. u. i. Grenzgebiete, 1951, H. 9/10.
- Borges Guedes — Conceito do Bem — Prometeu, Porto, 1951.
- Boss, Medard — Der Traum und seine Auslegung — Verl. H. Huber-Bern u. Stuttgart, 1953.
- Brun, Rudolf — Allgemeine Neurosenlehre — 2 Aufl., 1946, Benno Schwabe Verl., Basel.
- Brunner, S. J. Augusto — Filosofia Existencialista — Revista Portuguesa de Filosofia — 1952, Tomo VIII, fasc. 4 — tradução pelo Prof. Severiano Tavares.
- Cruz Malpique — Como se faz um artista (ensaio de filosofia da arte) — Ed. Educ. Nacional, 1941, Porto.
- Desoille, R. — Le rêve éveillé en psychothérapie — 1945, Presses Universitaires de France, Paris.
- Ewald, G. — Die Grenzen der Psychotherapie — 1952, G. Thieme Verl., Stuttgart.
- Psychische Störungen des Weibes — in Biologie u. Pathologie des Weibes, 2te Aufl., Wien, Urban u. Schw., 1950.
- Vegetatives System und Psychiatrie — Fortsch. d. Neur. u. Psych. u. i. Gbt., Nov. 1950, H. 11.
- Fenichel, Otto — The Psychoanalytic Theory of Neurosis — W. W. Norton C. J., New York, 1948.
- Frankl, Vitor E. — Ärztliche Seelsorge — 6 Aufl., 1952, Franz Deuticke, Wien.
- Furtado Diogo — O Problema das Psicopatias — O Médico, n.º 88, 1953.
- Gantt, W. Horsley — The Conditional Reflex — Progress in Neurology and Psychiatry, New York, 1946.
- Gregório Pereira, H. — O IV Congresso Internacional de Saúde Mental — Porto, relatório de 1952.
- Häfner, H. — Der Wert als psychotherapeutisches Problem — Zschft. f. Psychoth. u. Mediz. Psychol., Nov. 1953, H. 6.
- Die existentielle Depression — Arch. f. Psychiat. u. Zschr. Neur., Bd. 191 (1954).
- Der Wert als psychotherapeutisches Problem — Zschft. f. Psycht. u. Med. Psychol., Nov. 1953.
- Häfner, H. y D. Jordan — Sobre la Psicoterapia de las esquizofrenias — Folia Clinica Internacional, Tomo II, n.º 11, Barcelona, Nov. 1952.
- Häfner, H. u. St. Wieser — Faktorenanalytische Studien zur Formalgenese bestimmter Formen von Schizophrenie — Arch. f. Psycht. u. Zschf. Neur., Bd. 190 (1953).
- Heyer, G. R. — Praktische Seelenheilkunde — Lehman Verl., München-Berlin, 1942 [trad. espanhola: Psicoterapia Prática—ed. J. Gil, Barcelona].
- Grundsätzliches zur psychosomatischen Medizin — in Lindauer Psychotherapiewoche 1950. Hippokrates Verl., Stuttgart.
- Jaspers, Karl — Allgemeine Psychopathologie — 5 Aufl., 1948, Springer Verl., Berlin.
- Jung, C. G. — Über psychische Energetik und das Wesen der Träume — 1948, Rascher Verl. Zürich.
- Über die Psychologie des Unbewussten — 1948, Rascher Verl. Zürich.
- Symbole der Wandlung — 1952, Rascher Verl. Zürich.
- Seelenprobleme de Gegenwart — 1946, Rascher Verl. Zürich.
- Wirklichkeit der Seele — 1947, Rascher Verl. Zürich.
- Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten — 4 Aufl., 1945, Rascher Verl. Zürich.
- Die Beziehungen der Psychotherapie zur Seelsorge — 1948, Rascher Verl. Zürich.
- Kanner, Leo — Child Psychiatry — 1942, Baltimor-Maryland.
- Katz, David — Handbuch der Psychologie — 1951, Benno Schwabe Verl., Basel.
- Kleist, K. — Gehirn und Seele — Deutsche Mediz. Wochs., n. 39, Sept. 1951.
- Klug, u. Thren — Bildstreifendenken als psychotherapeutische Methode — Zsuhf. f. Psychoth. u. Mediz. Psychol., Januar 1951, H. 1.
- Koch, Gerhard — O valor do diagnóstico polidimensional da escola de Ernst Kretschmer para a psiquiatria — O Médico, n.º 20, 1951.
- Métodos de trabalho e resultados das investigações da escola de Ernst Kretschmer — Anais Portugueses de Psiquiatria, Vol. III, n.º 3, 1951.
- Koch, Heinrich — Die Bedeutung der Konstitutionsuntersuchung Jugendlicher — Z. menschl. Vererb. u. Konstl. Bd. 19, 1948.
- Kraines, Samuel Henry — The Theory of the Neuroses and Psychoses — Second Edition, 1945, L. Febriger, Philadelphia.

49. *Kretschmer, E.* — Körperbau und Charakter—19 Aufl., 1948, Springer Verl., Berlin.
50. ——— Hysterie, Reflex und Instinkt — 5 Aufl., G. Thieme, Stuttgart-Leipzig, 1947.
51. ——— Medizinische Psychologie — 9 Aufl., G. Thieme, Stuttgart.
52. ——— Psychotherapie u. vegetatives system — Die Therapiewoche, Dezember, 1951.
53. *Moderne Probleme der psychotherapeutischen Methodik* — Deut. Mediz. Wochschf., 27 Mai 1949.
54. ——— Die Psychoanalyse im Gang der psychotherapeutischen Gesamtentwicklung — Studium Generale, 1949, 2 J., H. 2.
55. ——— Der affektive Kontakt als biologisches Problem — Zeitsch. f. Psychoth. u. Mediz. Psychologie, 1952, J. 2, H. 1.
56. ——— *Moderne Probleme der psychotherapeutischen Methodik* — Deut. Med. Wochschf., 1949, NR 21.
57. Über gestufte aktive Hypnoseübungen und den Umbau der Hypnose-technik — Deut. Med. Wochschf. 71, 281 (1946).
58. ——— *Psychotherapeutische Studien* — 1949, G. Thieme Verl., Stuttgart.
59. ——— Grundsätzliches zur modernen Entwicklung der Paranoielehre — Der Nervenarzt, Januar, 1950.
60. ——— Die konstitutionelle Retardierung u. das Problem des sozialen kontaktes und der Neurose — Allg. Zeitsch. f. Psych., Bd. 113, 1939.
61. *Kretschmer Jun., W.* — Kombinierte Übungsverfahren in der Psychotherapie — Zeitsch. f. Psychot. u. Med. Psychol., Mai 1951, H. 3.
62. ——— Kombinierte Übungsverfahren in der Psychotherapie — Die Vorträge der 3. Lindauer Psychotherapiewoche 1952 — G. Thieme Verl., Stuttgart.
63. *Künkel, Fritz* — Del yo al Nosotros — Ed. L. Miracle, Barcelona [trad. do original alemão: Grundzüge der Praktischen Seelenheilkunde].
64. *Langen, D.* — Die stationäre Gruppenpsychotherapie — Zeitsch. f. Psychot. u. Med. Psychol., Sept. 1953, H. 5.
65. ——— Indikationen zur stationären und ambulanten Psychotherapie — Die Vorträge der 3. Lindauer Psychotherapiewoche 1952. G. Thieme Verl., Stuttgart.
66. ——— Der erste Eindruck und seine medizinisch — dianostische Verwendbarkeit — Arch. f. Psycht. u. Zeitsch. Neur., Bd. 192 (1954).
67. ——— Indikationen zur stationären und ambulanten Psychotherapie — Die Vorträge der 3. Lindauer Psychotherapiewoche 1952, G. Thieme V., Stuttgart.
68. *Langen, D. u. R. Volhard* — Mehrdimensionale Psychotherapie — Zeit. f. Psychot. u. Med. Psychol., Januar, 1953.
69. *Leonhard, Karl* — Grundlagen der Psychiatrie — 1948, Ferdinand Enke Verl. Stuttgart.
70. *Lopez Ibor, J. J.* — Escolios sobre los estados del ánimo y la vitalidad — Revista de Psicologia General y Aplicada, Madrid, 1951.
71. ——— Los problemas de las enfermedades mentales, 1949, Editorial Labor, Barcelona.
72. *Mira y Lopez* — Manual de Psicoterapia — 1942, ed. Aniceto López. Buenos Aires.
73. ——— Manual de Psiquiatria — 2.ª edição, trad. brasileira, 1944, Ed. Científica, Rio de Janeiro.
74. *Müller, Max* — Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten — 2 Aufl., 1949, G. Thieme Verl., Stuttgart.
75. *Pacheco e Silva, A. C.* — Medicina Psicossomática em Ginecologia — Edigraf. 1950. São Paulo, Brasil.
76. ——— Palavras de Psiquiatria — Edigraf, São Paulo.
77. ——— Conselhos aos pais das crianças [Problemas de Higiene Mental, Ed. do Hosp. Juqueri, 1936, São Paulo].
78. *Paneth, Ludwig* — Der Nervöse und Seine Welt — 1944, Rascher Verl. Zürich.
79. *Pimentel Neves e Azevedo Fernandes* — Psicoterapia de grupo na esquizofrenia — Portugal Médico, n.º 9, Setembro, 1951.
80. *Ploog, Detlev* — Physiologie und Pathologie des Schlafes — Fortsch. d. Neur. Psycht. u. i. Grenzgb., Januar, 1953.
81. *Polónio, Pedro* — Neuroses e estados ansiosos — Lições sobre neuroses, Vol. de Psicologia Médica, 1953, Lisboa.
82. *Santos, João* — Zona oral e correlações psico-somáticas e somato-psíquicas — Revista da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, 2.º, 3.º trimestres, 1951.
83. ——— Neuroses da infância: ponto de vista evolutivo — Lições sobre neuroses, vol. de Psicologia Médica, 1953, Lisboa.
84. *Schilder, Paul* — Tratado de Psicoterapia — Ed. Paidós, Buenos Aires, trad. e prol. de E. Mira y Lopez.
85. *Schneider, Kurt* — Patopsicologia clínica — trad., Ed. Paz Montalvo, 1951, Madrid.
86. *Schultz-Hencke, H.* — Lehrbuch der Analytischen Psychotherapie, 1951, G. Thieme Verl., Stuttgart.
87. ——— Lehrbuch der Traumanalyse — G. Thieme Verl., 1949, Stuttgart.
88. *Schultz, J. H.* — Das Autogene Training — 8 Aufl., 1953, G. Thieme Verl., Stuttgart.
89. ——— Psycho-somatische Medizin? — Neue Medizinische Welt, 29 Juli 1950/NR. 29/30.
90. ——— Zum Problem de «Somatisierung...» — Psychologische Rundschau, B. II/4, 1951.
91. ——— Über Schlafstörungen und ihre Behandlung — Münchener Mediz. Wochsch. Nr. 35/1951.
92. ——— Bedeutung und Grenzen psychoanalytischer Psychotherapie — Wiener Mediz. Woch., 1953, Nr. 2.
93. ——— Der Kurpatient — psychotherapeutisch gesehen — Die Medizinische, 23 August 1952/Nr. 33/34.
94. ——— Bionome Psychotherapie — Die Medizinische, 7 Juni 1952/ /Nr. 23.
95. Entstellung und Neurose — Journal für Medizinische Kosmetik und Sexologie 52/7 u. 8, 15 Dezember 1952.
96. ——— Was muss der Praktiker heute über Psychotherapie wissen? — Medizinisch-Wissenschaftlicher Verlag, Berlin.
97. ——— Übungsheft für das Autogene Training — 6 Aufl., G. Thieme Verl., 1952, Stuttgart.
98. ——— Die Seelische Krankenbehandlung — 6 Aufl., 1952, Piscator-Verlag, Stuttgart.
99. ——— Bionome Psychotherapie — 1951, G. Thieme Verl. Stuttgart.
100. ——— Hypnose Technik — 1952, Piscator-Verlag Stuttgart.
101. *Serra de Lemos e Azevedo Fernandes* — A psicoterapia na clínica hospitalar — O Médico, n.º 49, 1952.
102. *Soeiro, Luís Navarro* — A propósito do diagnóstico precoce de esquizofrenia — Imprensa Médica, 10 de Março de 1951.
103. ——— Psiconevrose obsessiva — Lições sobre neuroses, vol. de Psicologia Médica, 1953, Lisboa.
104. *Sotto-Mayor Rego, Anibal* — Considerações acerca de um caso de morte três horas depois de um electrochoque — Jornal do Médico XX (566), 1953.
105. *Sotto-Mayor Rego, Anibal e Gerhard Koch* — Constituição e esquizofrenia crónica — Jornal do Médico, XIX (472), 1952.
106. *Speer, E.* — Die Begegnung mit dem Leib-Seele-Problem in der Klinischen Psychotherapie — Regensburger Jahrbuch für ärztliche Fortbildung, Band I, 1950.
107. ——— Die Begegnung mit dem Leib-Seele-Problem in der ärztlichen Psychotherapie — in Die Vorträge der 2. Lindauer Psychotherapiewoche, 1951.
108. Ärztliche Psychotherapie — Medizinal Kalender 1952, G. Thieme Verl., Stuttgart.
109. ——— Der Arzt der Persönlichkeit — 1949, G. Thieme Verl., Stuttgart.
110. ——— Die ärztliche Haltung in der Psychotherapie — 1948, G. Thieme Verl., Stuttgart.
111. *Steinwachs, Fr.* — Die verfeinerte mechanische Schreibwaage — Arch. f. Psych. u. Zeitsch. Neur., Bd. 187, 1952.
112. *Steinwachs, Fr. u. U. Dankers* — Konstitutionelle Entwicklung und Leistung in der Pubertät — Zeitsch. f. Konth., B. 31, H. 6, 1953.
113. *Stekel, W.* — Les États d'Angoisse Nerveux e leur Traitement — Payot, Paris.
114. *Uchôa, Darcy U.* — Alguns aspectos da psicanálise da esquizofrenia — Jorn. Brasileiro de Psiquiatria, 1953, vol. 2.
115. *Waldemar Brütt Pacheco e Azevedo Fernandes* — Ensaio da teoria da forma em psicopatologia — Acta endocrinologica et gynaecologica, 1(6), 1948.
116. *Wendt, Carl-Friedrich* — Psychotherapie im abgekürzten Verfahren — 1948, Springer Verl., Berlin.
117. *Wieser, St. u. T. Itil* — Die Aufbaustufen der primitiven Motorik — Arch. f. Psychtr. u. Zsch. Neur. Bd. 191 (1954).
118. *Wildermuth, H.* — Die Psychotherapie in der Anstalt — Dsch. Mediz. Wochsch., 14 Nov. 195 2, Nr. 46.
119. *Winkler, W.* — Konstitutionsvarianten und Neurose — Zsch. f. Psychot. u. Mediz. Psychol., Juli 1951, H. 4.
120. ——— Der Traum — Fortsch. Neur. Psych. u. i. Grenzgb., Juni 1954.
121. ——— Zum Begriff der «Ich-Anachorese» beim schizophrenen Erleben — Arch. f. Psych. u. Zeitsch. Neur. Bd. 192 (1954).
122. *Winkler, W. u. Anton Tensler* — Beitrag zur Psychotherapie des Phantomschmerzes — Zeitsch. f. Psychot. u. Mediz. Psychol., Januar, 1954.
123. *Yahn, Mário* — Higiene Mental — 1953, Ed. Edigraf, São Paulo, Brasil.

Porto, Agosto de 1954.

[Correspondência para: Porto-Portugal — Av. Fernão de Magalhães, 1145-1.º E].

# MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e da imprensa médica, congressos e outras reuniões, bibliografia, etc.)

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### A Família, foco criador de valores espirituais

LEONARDO COIMBRA (Filho)

Para além do inestimável valor social e humano que a Família representa na Sociedade temporal, procuraremos de preferência, esboçar algumas perspectivas sobre o seu significado metafísico e religioso, como núcleo espiritual plasmador de almas e seus eternos valores.

Não procederemos a um estudo sistemático, mas interessar-nos-á, essencialmente, prescrutar as suas raízes ontológicas e as suas relações com

- DEUS e o Universo;
- O seu significado como célula da Sociedade humana e núcleo criador de valores espirituais;
- a intimidade afectiva do convívio conjugal como força propiciatória do desabrochar espiritual das almas;
- e, finalmente, a criança como culminância das virtualidades criadoras do ciclo familiar.

#### DEUS E O UNIVERSO

Todo o homem responsável e consciente é tocado, em certos momentos, — os mais altos e significativos da sua vida espiritual —, pelo vivificante sopro do Espírito que desperta o sentido do mistério de viver.

Em face de um universo de grandeza alucinante o homem sente-se perdido, como frágil poalha de ser, arrastado na lufada do tempo que flue, impassível, na órbita de um Espaço sem limites.

Desta angústia metafísica constituem exemplos dramáticos as palavras de um filósofo cristão e de um poeta muçulmano — PASCAL e OMAR KHAYYÂM.

Tudo o que eu sei dirá PASCAL, é que devo morrer bem depressa e sozinho, perdido num canto do universo cujo frio silêncio me aterra. OMAR KHAYYÂM também geme a sua canção triste e desesperada, como diz J. YORGENSEN: «Tudo passa, tudo foge... Paramos uns momentos no deserto, bebemos um instante no poço da vida. As estrelas empalidecem, e as caravanas afastam-se para a aurora do não ser».

Mas no mais íntimo e vivo dinamismo criador da alma humana, sempre se ergueu, como um grito de protesto, a inquietação religiosa, veemente apelo de uma resposta viva e absoluta para a sua ânsia de amoroso e imperecível convívio.

Este apelo de convívio amoroso e perdurável que, no domínio do espírito, constitui um anseio religioso é, no domínio humano e psicológico, uma das raízes da agregação da comunidade familiar. Mas implicará realmente a criação um sentido amoroso e convivente ou será o universo um imenso cemitério de afectos, ansiedades e ideais que tombaram sem voz? Quem poderá dar uma resposta à ansiedade da mais lúcida consciência humana que, em todas as épocas e de todos os povos, sempre se ergueu atraída por astro distante e invisível?

A resposta a essa inquietação universal, expressa pelo vasto esforço de construção religiosa e especulação metafísica da velha humanidade que, às apalpadelas, procurou o DEUS desconhecido de que falou S. PAULO aos atenienses, foi dada, abundantemente, pela «Luz que ilumina todo o homem que vem a este mundo».

Como disse LEONARDO COIMBRA, na Alegria, a Dor e a Graça, foi «como Solidão Infinita enchendo-se lenta e suavemente do coração de JESUS».

O destino humano surge-nos, assim, bruscamente banhado na luminosa e quente ternura de um Infinito amor que, da transcendente e trinitária Família divina, desce sobre o homem,

envolvendo-o no mais profundo, vivo e quente laço familiar que é concebível.

Toda a mensagem de JESUS é uma permanente afirmação de relações familiares, em DEUS, nos homens, e entre DEUS, revelado como PAI, e os próprios homens seus filhos por adopção em CRISTO fulcro e centro de toda a criação e de todas as relações amorosas, tecidas de generosidade e dádiva.

Como grito solitário do caminheiro perdido que, de quebrada em quebrada, ecoa por fim no lar acolhedor, assim a voz do homem, inquirindo os mundos e estrelas vai encontrar, para além de todos os frios e silêncios, o amoroso eco quente ressonância do próprio coração divino, onde habita o puro amor trinitário de um PAI infinitamente Amigo e atento.

A criação perdeu, assim, sua feição fria e hostil para com o drama do destino humano.

De inconsciente e agressiva transmutou-se, aos olhos da humanidade cristã, numa imensa e acolhedora lareira onde os homens se aquecem ao calor do próprio coração de DEUS, que é Caridade e fonte inexaurível de amor e ternura incompreensíveis.

O que há de acolhedor no cristianismo para o não crente (presumo-o, por experiência), será, para além da satisfação dos anseios da Verdade, a resposta integral ao desejo de vida imperecível mais convivente e fecunda, vivida no amplo seio da grande família mística de Cristo. E assim é pelo sentido de plenitude e perdurabilidade de que a vida se reveste, por esta relação transmutadora com o divino inserido no humano.

Onde está, ó morte, o teu aguilhão?! perguntará S. PAULO. A aniquilação e a evanescência deixaram de ser o último estágio da criação.

A criação já não decliva inevitavelmente para a morte, mas antes passa por ela, como as claras águas que percorrem glaucos desfiladeiros da montanha, para surgir, cantando, na luz rútila da vertente ubérrima que fecundam. Assim o universo saído da mão criadora é reconduzido através da morte vencida por CRISTO REDENTOR e a humanidade por ELE integrada, para a readquirida harmonia das origens, ao serviço da grande família de DEUS e seus eleitos.

#### A FAMÍLIA CÉLULA SOCIAL E NÚCLEO CRIADOR DE VALORES ESPIRITUAIS

A extraordinária mensagem do cristianismo consiste em revelar toda a Verdade sobre o homem e seu destino, sobre o universo e seu significado, à luz da revelação da própria e transcendente vida divina, trinitária e familiar, movendo-se num ciclo eterno e infinito de amor. DEUS é PAI, tal é a ideia central, o fulcro de toda a mensagem cristã que implica um transcendente significado familiar, revelando-nos uma Trindade divina no Céu e, na Terra, a Santa Família de Nazaré, paradigma da humanidade redimida.

Tendo buscado as raízes da família no plano providencial, procuremos apontar o seu significado e valor como célula cimentadora da sociedade e como foco irradiador de valores espirituais.

A Família é o reduto do amor cooperador na obra da criação e a réplica, infinitamente distante, do convívio trinitário de Deus, como dissemos já. A própria Igreja, corpo místico de CRISTO e imensa forja onde o sopro do Espírito caldeia as almas para o reino eterno dos céus, é ainda comparada, por S. PAULO a uma Esposa Mística de CRISTO.

Que significa este simbolismo senão que o Pensamento

divino concebe a Família como centro de relações criadoras de generosidade e amor, nimbado de vida espiritual?

O valor da Família, como elemento integrante e construtivo da sociedade humana, constitui um factor de evolução histórica dos povos. A força edificadora de formas sociais e da energia espiritual dos povos nasce das ocultas fontes da família harmoniosa. Os historiadores aceitam que as épocas de maior prosperidade e crescimento cultural dos povos coincidem sempre com os períodos de maior estabilidade e pureza da vida familiar.

Pelo contrário, com a desagregação e corrupção da família, iniciam-se as curvas descendentes do esplendor e poderio dos povos. Tal é a grandeza e fecundidade da célula familiar que o seu sofrimento e minoração sempre constitui causa, em variável grau, de sofrimento e *pathos* social.

A família constitui o clima próprio, o pequeno mundo onde se desenrola e define o destino da pessoa humana.

Nela se forma a personalidade através das múltiplas experiências e do seu convívio plasmador do carácter e das energias espirituais e afinamento das virtudes.

Constitui magnífica forja onde se temperam almas e donde irradia oculta riqueza de abnegação e de heroísmo.

Para satisfação e obediência aos seus mais altos interesses, refreia ou anula o que o homem arrasta de bruteza e egoísmo primitivos. Ensina-o a amar e a valorizar-se pela dádiva e pelo sacrifício de si mesmo pelos outros. Assim a família actua como elemento de maturação moral e de libertação do egoísmo, alargando a capacidade de amar e de se dar, pois que os pais e os filhos só o são dignamente na medida da sua generosidade e dom recíproco.

Ela constitui um pequeno reinado do amor, propiciatório do universal reinado do amor de CRISTO, pois que o matrimónio fecundo, na ordem da Graça, colabora com os fins criadores, para, como dizem os teólogos «completar o número dos eleitos».

Mas a família como todas as altas realidades, está sujeita à corrupção e factores de desvirtuação e decadência. Não a cerca um meio isento de perigos, ou porque um hedonismo apazível a solicita para a usufruição fácil do aliciamento sensual, despido de motivos de sobrevalorização, ou porque o estado estatolátrico sobrepõe as suas razões aos direitos sagrados da família. As carências, fruto da dependência económica, que asfixiam a família podem ser múltiplas, desde a crise do alojamento ao desemprego, passando pela doença e pela fome.

Mas na perspectiva que temos seguido, interessar-nos-á, somente, prescrutar o segredo íntimo do drama de vida ou morte que nela se debate.

A estabilidade e a fecundidade da família repousam sobre a indissolubilidade do matrimónio. Este para ser harmonioso, *ab initio*, deveria resultar, idealmente, de um encontro de liberdades que conduzisse à conjugação de personalidades afins e complementares.

Mas a ignorância e mil condicionalismos limitam a liberdade, e aqui surge um trágico conflito entre o ideal e a realidade, entre o sacramento vivificante e a opacidade dos egoísmos nele interessados.

Todas as razões que limitam a livre escolha de almas afins, diminuem, no matrimónio, o seu misterioso sentido de união de almas em conjugação, almas que se fundem em luminoso entendimento para irradiar, como centelhas vivas, novos seres que serão os astros do firmamento do espírito.

Só o amor autêntico, generoso e sacrificado, poderá quebrar o antagonismo para dar um sentido espiritual e criador ao matrimónio, libertando as almas do egoísmo mutilador, e preparar, assim, a transfiguração do mundo.

A união bipolar, vista sob o ângulo egocêntrico, resulta numa sobreposição de dois egoísmos em luta de dois antagonismos que se degladiam ou se somam, mas nada criam. Só uma ética cristã (fora ou dentro da Revelação) poderá conduzir a uma vitória sobre o homem carnal, transfigurando, pelo amor, uma relação natural de egoísmos, numa criação viva de valores morais e espirituais.

Por estas razões é que tanto o casamento poligâmico, como a fórmula experimental de casamentos sucessivos e divórcio fácil, rejeitam o verdadeiro amor, porque excluem o dom recí-

proco, completo e irrevogável, e a intimidade total criadora e exclusiva de dois seres.

Só o enquadramento cristão do matrimónio monogâmico, abençoado por CRISTO como único foco criador, contém as virtualidades do amor fecundo, nos planos humano e sobrenatural.

Como comentário luminoso do que dissemos servir-nos-emos de um texto do Padre SERTILLANGES:

«O homem que deseja a mulher anteriormente ao amor cristão, ou fora das suas leis, separa-se dela; porque ele recusa a união das vidas, a união moral e racional, fecunda, conforme à natureza individual e universal, conforme com DEUS que liga os laços do amor. E ele renuncia a estas amplidões por uma união superficial, passageira, exposta a todos os conflitos, e culposa.

Pelo contrário, aquele que procura a mulher, levando no coração um amor verdadeiro, quer dizer conforme às leis da vida, vida individual que se prolonga em vida social e em vida divina, esse pode, legitimamente, deixar filtrar a divindade do amor por todas as vias que lhe abre a nossa natureza».

É o que nos diz o Padre SERTILLANGES e a isto só queremos acrescentar que, como em todas as actividades morais do homem, só a CRUZ é redentora.

O mesmo egoísmo que está na origem de todas as dissidências e roturas, deverá ser transformado em amor por um generoso esforço de superação e transmutação. E, assim, como o santo se estrutura pela crucificação e sublimação das suas paixões egoístas, desapropriando-se, até às raízes do próprio ser, de todo o egocentrismo, também o matrimónio deverá ser cadinho de renúncia e dádiva recíproca para se transformar em forja viva e luminosa, geradora de almas e fonte de grandeza e cooperação criadora.

Se percorrermos outras grandes civilizações não cristãs, encontramos o mesmo significado ético e criador da família. LOU TSENG-TSIANG, antigo ministro plenipotenciário da China na Europa, escreveu, já então monge católico, que na China,

«a formação social é essencialmente equilibrada e se baseia na autoridade do chefe de família, mas eleva-se ao princípio de toda a autoridade, DEUS Criador e Providência, que humilha o soberbo e exalta o humilde; procura alcançar a sabedoria pelo exacto cumprimento dos deveres de estado; evita toda a ambição mesquinha e preocupa-se em ser útil ao próximo. Estes dados, conclui, são a própria essência da civilização e da vida familiar chinesa».

A família é, pois, fonte de conservação e desenvolvimento da raça; base primária da educação, da disciplina e da harmonia social e fundamento da ordem política e administrativa, como diz o texto da Constituição Política de 1933.

Mas, para além destas funções no Tempo e no Social ela constitui, essencialmente, centro criador de relações amorosas, no plano do eterno, fundadora remota da grande família universal de CRISTO e seus eleitos.

É este o fim primordial do matrimónio, porque constitui colaboração directa no plano criador.

O fim secundário do matrimónio — a maturação e desabrochar das personalidades resultantes da harmoniosa conjugação de almas — é o que apresenta mais fundas raízes psicológicas, é certo, mas é sobrelevado, no plano divino, pelo fim primordial da procriação e plasmação de novas almas para o reino dos céus.

#### A CRIANÇA, CULMINÂNCIA DE VIRTUALIDADES CRIADORAS DO CICLO FAMILIAR

Finalmente surge a criança como flor brotando da seiva da fecunda árvore da família. No ciclo conjugal a amorosa união não é verdadeira e completa senão quando surge e se torna visível, incarnada e personificada pela criança que nasce.

A criança surge como plena realização, fecho de abóbada, e expoente mais excelso da função criadora da família.

Ela é um feixe de luz pura, pronto a desdobrar-se nos mil cambiantes das suas múltiplas virtualidades. É o génio, é o santo, é o herói que ainda não tem voz. Ela é o símbolo e expressão viva de pureza que o Cristianismo impõe como condição de

reencontro com DEUS. Se vos não fizerdes como meninos não entrareis no Reino dos Céus, disse JESUS.

E é pela criança, ou pelos que se lhe assemelham, que o Reino dos Céus rasga maravilhosos clarões de luz sobre a terra sombria e doente.

Quem recebeu as mensagens de LOURDES, FÁTIMA e tantas outras? Não foram dominadores ou sábios os que ouviram NOSSA SENHORA, e quando ouviram é porque tinham conservado, ou readquirido, a candura da Criança que foram.

Do livro «ALEGRIA, a DOR e a GRAÇA», não resistiremos a colher algumas palavras sobre a Criança:

«Ela é a promessa infinita e o homem a exígua realização... Saudemos nela a Alegria originária, a *mensagem do Desconhecido*, a emoção de todos os seres e de todas as coisas diante do milagre da primeira palavra... Conservar a infância é levar dentro de si, desperta e pronta, uma misteriosa lâmpada capaz de conduzir a luz até à alma das coisas».

Por outras palavras o estado espiritual de visão pura e fremente da infância é a fonte de maior contacto com DEUS e os seres, pela santidade e pela poesia.

Mas se da criança é o Reino dos Céus, devemos procurar assegurar-lhe, ao serviço da sua dignidade e superiores interesses, um clima de amor e de justiça a que tem direito na terra.

O fundamental direito da criança é o direito à vida, e vida humana e dignamente vivida.

Tudo o que o contrarie — desde a sua minoração pelas razões de hereditariedade mórbida e ambiente hostil, à ominosa exclusão de acesso a esse direito — atenta directamente contra os fundamentos da família.

Em linguagem cristã falar dos direitos da criança pressupõe o direito de ser amorosamente aceite no núcleo da família; o direito a ser educado pelos pais no ambiente do lar, porque, no dizer de PIO XI — CASTI CONUBII —

«mesmo na maior penúria de recursos e no meio deste vale de lágrimas pode, pelo amor e cuidados verdadeiramente paternos, tornar-se para os filhos, numa imagem daquele paraíso de alegria em que o criador do género humano colocou os nossos primeiros pais; e desse ambiente saírem perfeitos homens e perfeitos cidadãos embebidos do puro sentimento da Igreja Católica».

Não é este o caso de tantos Santos e Heróis, florescências gloriosas da humilde e oculta seiva criadora do Lar?

Na linha da evolução histórica da humanidade vemos os direitos da criança evoluir progressivamente.

Desde as sangrentas imolações do paganismo idolátrico, passando pelo despotismo paterno da civilização greco-romana, até ao significativo momento em que pôde ser revista, pela ONU, a carta dos direitos da criança, em 1947, uma nova e construtiva etapa foi transposta no mundo.

Na ignorância deste marco miliar da história, sucede que, nós próprios, sentimos, há longo tempo o profundo desejo e impulso de colaborar nesse sentido.

Como disse FERNANDO PESSOA: «DEUS quer, o homem sonha e a obra nasce» e, assim, se definiu uma corrente social, doutrinária e metódica, dinamizadora de boas vontades, visando alicerçar uma orgânica defensora dos direitos e supe-

riores interesses da criança desorbitada e excluída da protecção que o lar deve assegurar-lhe. Aludo à recentemente criada Associação Protectora da Criança contra a Crueldade e Abandono.

Porque, neste momento em que se focam conceitos, aludir a objectivos imediatos, perguntareis possivelmente?

Escusar-me-ei com a 1.<sup>a</sup> Epístola de S. PAULO aos Coríntios, quando exalta o valor da Caridade:

«Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos... conhecesse todos os mistérios e tudo quanto se pode saber... distribuisse todos os bens para sustento dos pobres e entregasse o meu corpo para ser queimado, se não tiver caridade nada disto me aproveita; sou como o metal que soa, ou como o sino que tine».

Comentaremos ainda esta passagem de S. PAULO com algumas considerações de JACQUES MADAULE a propósito de PEGUY:

«Quem não é capaz de sentir uma nobre piedade, esse não chega a ter honra. Mas todavia essa piedade não é um enternecimento fácil; é uma piedade activa. É preciso lutar contra o mal universal humano; é absolutamente necessário fazer alguma coisa e alguma coisa útil».

Eis porque desta permuta de ideias sobre a família, desejará que no sulco da vida social alguma semente tombasse para germinar em novas messes, e não ficassem somente palavras que se perdem no vazio da ausência e do esquecimento.

Chegamos ao fim desta incursão num assunto extraordinariamente rico que poderia ser tratado sob muitos outros ângulos de interpretação.

Poderíamos ter focado aspectos mais pragmáticos e de não inferior interesse. Mas DEUS é Caridade, como diz S. JOÃO, e como corolário lógico sabemos que a última palavra pertencerá ao Amor. Por isso, sem desconhecer o interesse vital dos problemas económicos, morais e sociais que afectam a família, preferimos sondar as suas raízes profundas e ontológicas, porque se o amor existir e for verídico, a liberdade criadora surge, no sentido da frase conhecida de S. Agostinho: «ama e faze o que quiseres». Quer dizer, o amor verdadeiro vence e absorve a Lei e as imposições de uma ética normativa e jurídica que ele dispensa como apoios inúteis.

Como vibração que põe frémios de vida no tranquilo dorso das águas dormentes e, repercutindo-se nas margens, regressa ao ponto onde nasceu, assim é a maravilhosa ondulação do amor, fazendo vibrar os seres e a vida.

Brotando da fonte primeira do amor, crescem, sem cessar, círculos mais e mais amplos, até ao abraço da mais ínfima e humilde criatura.

Assim o Amor enlaça o homem, a família, a sociedade, a humanidade e os mundos, num crescente e universal abraço redentor, em que o amor divino, fonte primeira, é também o oceano último, sem limites de altura e profundidade, onde se enlaçarão todas as criaturas na integral unidade do amor vitorioso.

«Que sejam todos um, Pai, como Tu e Eu somos um».

Ev. S. João

(«Acção Médica», n.º 72 — Março a Junho de 1954).

## Últimos progressos em Obstetrícia

P. PUIG E ROIG

Neste trabalho, citaremos algumas das publicações e novidades, que apareceram durante o ano que passou, que podem interessar directamente o médico prático.

Relataremos, primeiramente, os trabalhos mais recentes, já publicados, referentes aos seguintes assuntos:

1) *Actividade endócrina do ovário fetal*; 2) *fertilidade prolongada da mulher*; 3) *duração anormal da gravidez*; 4) *higiene da gravidez (certificado de saúde da gestante)*; 5) *mortalidade fetal*, e 6) *mortalidade materna*. Vamo-nos ocupar, também, dos últimos programas sobre: 7) *diagnóstico biológico e bioquímico da gravidez*; 8) *diagnóstico do sexo do*

*feto durante a gestação*; 9) *tratamento da distócia cérvico-uterina funcional*, e 10) *um novo processo de extracção do feto e terminaremos com a descrição de: 11) um novo método de indução do parto nos casos de feto morto*, além dumas breves notas sobre: 12) o estado actual do tratamento da *fibri-nólise durante a gravidez*, 13) da *eritroblastose fetal (factor Rh)*, 14) da *eclampsia* e 15) da *sífilis*.

### 1) ACTIVIDADE ENDÓCRINA DO OVÁRIO FETAL

Entre os recentes trabalhos que estudam a intensa actividade endócrina do ovário, nos quatro últimos meses da vida

# ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

## IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

## IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

APRESENTAÇÃO:

### IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA  
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA  
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA  
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

### IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)  
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA  
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA  
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA  
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA  
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

**LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.**

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.P.A. - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

**Para o tratamento contínuo, nas insuficiências  
cardíacas crónicas e hemodinâmicas:**



**a potência do coração e a actividade do doente  
mantem-se com dosagens individualizadas de  
Pandigal durante muitos meses e anos.**

**PANDIGAL administra-se:**

- quando se exige uma terapêutica contínua de longo curso
- quando há necessidade de actuar com rapidez

Tendo simultaneamente as indicações da digitalina e muitas das indicações das estrofantinas, Pandigal reúne as qualidades de um tonicardíaco para terapêutica de manutenção às de um medicamento de urgência.

GOTAS • COMPRIMIDOS • AMPOLAS



**P. BEIERSDORF & CO. A. G. — HAMBURGO (ALEMANHA)**

*Representante*

**Pestana & Fernandes, L.<sup>da</sup>**

*Secção de Propaganda — R. Prata, 153-2.º Esq. — Lisboa*

intrauterina e no momento do nascimento, destaca-se um de J. A. Rodriguez-Soriano, que, tendo feito 7 observações, que descreve com todo o detalhe, acompanhando-as de excelentes microfotografias, confirma os trabalhos que diversos autores, anteriormente, tinham feito (*Runge, Viznhes, Lahm, Hoskins, Schoröeder, Zondec, Moracci, Botella, Sánchez Calvo, etc.*). O autor encontrou, no sexto mês da vida fetal, actividade histológica do ovário com evidentes maturações foliculares que chegam até à fase de folículo de De Graaf, com formação da cavidade folicular e diferenciação da granulosa e das tecas. Nos ovários da recém-nascida encontrou, além de folículos maduros e em crescimento, imagens de atresias foliculares em folículos já desenvolvidos meses antes; encontrou, também, vasos abundantes na teca interna, e, numa recém-nascida, pode observar ovários poliquísticos com folículos que se tornavam proeminentes à superfície do ovário; um dos folículos era hemorrágico, existindo, ao mesmo tempo, grande hemorragia, ao nível do endométrio, mas o autor nunca encontrou, nos ovários de recém-nascidas, imagens de corpos amarelos pelo que considera que o caso em que *Runge* assegura tê-los encontrado deve ser revisto, porquanto, numa das preparações do autor, aparecia uma imagem semelhante a um corpo amarelo, mas o estudo de todo o ovário demonstrou que se tratava dum corte feito tangencialmente ao nível da teca interna dum grande folículo. Quanto a nós, durante o nosso internato na Maternidade de Barcelona, em 1916, observamos, num feto de oito meses e meio, a existência de ovários poliquísticos com folículos em todas as fases de maturação, como pode comprovar-se nas fotografias e microfotografias que possuímos e que ainda são inéditas, apesar de terem passado já 37 anos após a sua obtenção, pois as circunstâncias se apresentaram adversas para publicar, no seu devido tempo, o trabalho preparado, para a confecção do qual quase nos foi impossível encontrar bibliografia, a não ser casos isolados publicados por *Carus, Franqué e Runge*.

As maturações foliculares do ovário fetal devem-se, segundo as mais recentes investigações, à acção da gonadotropina coriônica circulante no sangue materno, que deixa de actuar no momento do nascimento do feto, produzindo-se, então, a chamada *crisis genital* do recém-nascido, pela queda brusca do nível hormonal, pois o novo ser deixou de receber, repentinamente, a gonadotropina coriônica e a hormona estrogénica que a mãe lhe administrava através do cordão umbilical. Depois desta crise genital o ovário permanecerá quase inactivo até à puberdade.

## 2) FERTILIDADE PROLONGADA NA MULHER

Em 1948, publicou-se, nos Estados Unidos da América, a «*U. S. Vital Statistics*», que é a mais extensa compilação de nascimentos em relação com a idade da mãe. Por ela podíamos verificar que, entre os três milhões e meio de nascimentos, registados naquele ano, 168 correspondiam a mães de 50 ou mais anos de idade, ou seja, os partos de mulheres cinquentenárias estavam na proporção aproximada de 1 para 20.000, sendo três vezes mais frequentes nas mulheres negras que nas brancas. Em estatísticas posteriores, obtidas por *Davis e Seski* no Hospital de Chicago, encontraram-se, entre 50.000 partos, só duas mães de 46 anos e duas de 48, e nas do Hospital de Boston consta que a parturiente mais idosa a que se tinha assistido contava apenas 49 anos. *Eastman* em 65.000 partos a que assistiu no *Johns Hopkins Hospital*, verificou que a parturiente mais idosa foi uma negra, também de 49 anos.

Comentando estas estatísticas americanas, e outras inglesas e alemãs, *J. W. Newell e J. Rock*, de Brooklyn, publicaram, neste último ano, um trabalho em que, depois de estudar as alterações que sofre o aparelho genital e todo o organismo feminino depois dos 47 anos, afirmam que têm de ser raríssimos os casos de fecundação da mulher depois desta idade, pondo sempre em dúvida a idade que elas dizem ter, ainda que conste por escrito em documentos e certificados de filiação pessoal. Todavia, os autores citados reconhecem que o caso apresentado por *Gilberston*, em que a mulher deu à luz aos 50 anos e 7 meses, e outro verificado por *Greenhill* numa mulher de 52 anos, devem ser considerados seguros, mas não os que descreve *Berkley, Bonney, Kennedy* e outros, entre os

que figuram mulheres de 55 anos, incluindo uma XXIII grávida de 63 anos de idade.

## 3) DURAÇÃO ANORMAL DA GRAVIDEZ

Na Reunião da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Mediterrâneo Latino, celebrada em Valência nos dias 1, 2 e 3 de Junho do corrente ano, os professores *Caderas de Kerlean*, de Montpellier e *Guilhem, Choson e Pontonier e Baus* de Toulouse, falaram das «Anomalias observadas na duração da gestação». Antes deles, os nossos compatriotas *Prof. M. Usandizaga e E. Macias de Torres*, em trabalhos recentes bastante documentados, ocuparam-se do mesmo problema. De todos estes trabalhos citados e dos anteriores de *A. Antunes, K. Buerger, P. da Cunha, K. Frendenberg, H. Heberer, H. Hosemann, B. Hollenweger-Mayo, E. Kraussold, W. Massenback, H. A. Müller, H. Nölle, J. Ruhl, F. Siegert, K. Solth e E. Urzáiz*, que o *Prof. Usandizaga* comenta no seu interessante trabalho «Gravidezes anormalmente longas», deduz-se que é possível que um parto chegue a durar 310, 314 e até 315 dias, o que pode ter um interesse jurídico extraordinário. (O código civil espanhol estabelece que o filho só é legítimo se nasce antes de decorrerem 300 dias após a morte de seu pai ou da separação dos cônjuges). Reconhece-se, também, que o prolongamento excessivo do parto não pressupõe, fatalmente, um prejuízo para a mãe ou para o feto, nem exige uma maior proporção de intervenções obstétricas, nem justifica nenhuma prática de indução do parto, como aconselhava a escola alemã, defendida em Espanha, principalmente por *Abad Colomer*, que se baseava no facto teórico de que, sendo a placenta um órgão de curta duração, passado o período de actividade, pode sofrer, por hormonopenia, um processo de regressão com obliterações vasculares e esclerose das vilosidades, que pode ser a causa da morte do feto por anoxia se a disendocrinia com actividade persistente do corpo amarelo e hipofoliculinemia, é extraordinária.

A maioria dos autores considera que, duma maneira geral, os fetos correm mais perigo com a interrupção do parto que num parto espontâneo. Além disso, o médico não pode assinalar a data provável do parto, fundamentando-se, exclusivamente, nos dados e nas manifestações da grávida; apenas o aspecto clínico e as medições do útero e, especialmente, os do feto e da sua cabeça poderão dar informes; um diâmetro O. F. fetal superior a 12 centímetros, medido com o cefalómetro na parede abdominal, indica, quase sempre, um feto hipermaturo.

## 4) HIGIENE DA GESTAÇÃO (CERTIFICADO DE SAÚDE DA GESTANTE)

Actualmente, pratica-se a higiene da gravidez de modo totalmente distinto daquele que se realizava há 25 ou 50 anos atrás, observando-se que os resultados conseguidos: diminuição das doenças da gravidez, das distócias e das morbilidades e mortalidades fetal, neonatal e materna estão na razão directa do número das diferentes análises, exames e explorações preconizadas, e da maneira como se praticam, especialmente nestes últimos anos, para salvaguarda do feto e da mãe dos perigos evidentes inerentes à augusta função da maternidade.

Num trabalho que publicamos, há poucos meses, recomendamos a generalização do método da higiene da gestação, que empregamos no nosso consultório particular para minorar e evitar, em absoluto, a maior parte das dificuldades e dos perigos que traz consigo a gravidez, insistindo em que se entregue a cada grávida um livrinho, como nós fazemos, que contenha, resumidamente, conselhos higiénicos que têm de se observar durante toda a gestação, e que a grávida deverá ler e reler várias vezes, juntamente com o seu marido, para não se esquecer de os pôr em prática. Deve entregar-se também à grávida, para que o guarde na bolsita que há na capa posterior do livro indicado, uma ficha, que intitulamos «Certificado de saúde da gestante», em que consta o peso, as medições e a pressão arterial da grávida, a reacção biológica da gravidez e a reacção de Chediak da lues, os resultados dos exames clínicos que se realizam periodicamente e os das análises feitas, tais como grupo sanguíneo, factor Rh, exames citológico e bacteriológico da leucorreia, análises semanais da Albumina e da glicose da urina e outras, especiais, em cada

caso particular. Esta ficha tem as mesmas dimensões do «Cartão de Identidade», ao qual se juntará. Para realizar estas análises, tão necessárias, aconselhamos que, junto ao consultório onde se realizam as explorações clínicas da paciente, funcione um pequeno laboratório, em que se possam realizar, rápida e simultaneamente, tais exames, procedendo da seguinte forma: antes de identificar a paciente, obtém-se logo a gota de sangue que terá de servir para a realização da triplíce análise do grupo sanguíneo, do factor *Rh* e da lues, mediante a engenhosa técnica mecanizada idealizada pelo professor cubano *Chediak*; também se recolhe a urina para o exame da albumina e da glicose e, muitas vezes, também, para o da acetona, reservando-se uma parte para fazer-se, se necessário, a reacção biológica da gravidez; imediatamente, mede-se a pressão arterial, a altura, o peso e, por fim, faz-se um esfregaço da sua leucorreia. Passa-se logo à identidade e, no final desta, e, às vezes, mesmo antes de a começar, já se conhece o resultado do exame do grupo sanguíneo, do factor *Rh*, da albumina, da glicose e da acetona da urina; aos 45 minutos, após a função dactilar, já se conhece o resultado da reacção de *Chediak* para a lues e 15 minutos depois da obtenção da leucorreia já se sabe a que tipo de *Heurlin* pertence. Só quando temos de realizar a reacção biológica da gravidez demoramos mais a conhecer o seu resultado, mas com a técnica de *Galli-Mainini*, que empregamos desde há 3 anos, temos logrado comunicar o resultado antes da hora e meia, na maioria dos casos, e duas horas depois, nos restantes.

De forma que, 15 minutos depois de terminada a visita, a grávida conhece já o resultado de todos os seus exames, que anteriormente só conhecia ao fim de um dia, e hora e meia depois, já sabe o resultado da sua reacção biológica da gravidez, que com as primitivas técnicas de *Ascheim* e *Zondek* só conhecia 3 horas depois, e com a de *Friedman*, posterior a esta, 48 horas depois. Procedendo desta forma, a paciente pode começar, imediatamente, os tratamentos adequados a cada caso, e esta precocidade poderá salvar, muitas vezes, a vida do feto ou evitar complicações à mãe, e, se esta não reside na mesma localidade, permitir-lhe-á regressar tranquila à sua povoação, sem ter de permanecer uns dias na cidade, esperando o resultado da sua análise ou, em caso contrário, expondo-se a estravios ou a más interpretações. Aconselhamos sempre às nossas clientes grávidas que levem consigo a ficha das análises, que será um documento precioso para se fazer, por exemplo, uma terapêutica transfusional urgente, no caso dum acidente na rua ou duma hemorragia cataclísmica por placenta prévia.

## 5) MORTALIDADE FETAL

A mortalidade infantil prenatal tem diminuído, lenta e progressivamente, durante os últimos cem anos em todos os países civilizados do mundo. Há um século era de 12%; 50 anos atrás era já só de 5%, e as estatísticas, publicadas neste último ano, demonstram que, actualmente, a mortalidade fetal já é inferior a 1,5%. As estatísticas de *F. J. Hofmeister* e *H. Paegel*, correspondentes à década 1941-1950 no Hospital de Milwaukee (Estados Unidos), dão uma mortalidade fetal de 1,27%, e uma mortalidade neonatal de 1,29%. As estatísticas do *Chicago Lying in Hospital*, correspondentes ao mesmo espaço de tempo, dão as taxas de 1,25% de mortalidade fetal e de 1,24% de mortalidade neonatal. As principais causas de mortalidade são: prematuridade, doenças respiratórias, hemorragias antepartum, anomalias congénitas, partos gemelares e asfixia neonatorum. A mais alta mortalidade fetal e neonatal operatória estabelece-se do seguinte modo, por ordem decrescente: a versão interna, a extracção podálica, o forceps alto e o forceps na escavação.

*Ch. M. Steer* e *W. P. Kosar* consideram que a mortalidade do feto pode evitar-se, provavelmente, em 28% dos casos; possivelmente, em 33% e é impossível evitar-se em 39%.

## 6) MORTALIDADE MATERNA

Pelo motivo de ter-se realizado no Serviço de Maternologia do Instituto Corachán, que fundamos e dirigimos, o primeiro milhar de assistências obstétricas sem nenhuma disfun-

ção materna, publicamos um trabalho descrevendo, detalhadamente, as características do material que nos serviu para confeccionar uma estatística tão favorável: 600 partos normais ou quase normais; 284 partos distócicos, sendo 14 deles resolvidos com cesariana, 178 com forceps e 82 com métodos hormonais, com *Kristeller* ou com extracção podálica; 111 raspagens uterinas (106 por aborto e 5 por mola vesicular) e 5 laparotomias por gravidez extra-uterina. No nosso trabalho damos a conhecer, também, os dados estatísticos sobre a mortalidade materna publicados, no último ano, por *F. Cañellas*, *Doménech* e por *L. Agüero Garcia* em Espanha, e por *R. A. Cosgrove*, *Ch. A. Gordon*, *J. P. Greenhill*, *R. J. Hawkins*, *W. E. Foley* e *Th. M. Tierney* e *F. J. Hofmeister* e *J. G. Stonfer* nos Estados Unidos da América.

A mortalidade materna, que, há um século, alcançava a taxa de 114 por mil (na época de *Semmelweis*), e a de 10 por mil há 50 anos, oscila, actualmente, à volta de 1 por mil. A posição da Espanha em relação aos outros países tem melhorado, nestes últimos anos, no que se refere à mortalidade materna; em 1913, entre dez países europeus, ocupava o nono lugar; o primeiro lugar era ocupado pela Holanda, com uma mortalidade de uns 2,29 por mil, e o décimo pela Escócia, com uma mortalidade de 5,7 por mil; a da Espanha era 5,27 por mil. Em 1920, a Espanha ocupava o duodécimo lugar entre 21 países mundiais; a Dinamarca ia à cabeça com 2,35 por mil; a Espanha dava, então, uma percentagem de 5,01 por mil de mortalidade materna, mas esta cifra diminuiu para 3,5 em 1938, a 2 em 1945, a 1,56 em 1946, a 1,32 em 1947, a 1,26 em 1948, a 1,20 em 1949 e a 1,08 em 1950.

Levando em conta que antes da era antibiótica a infecção era a causa de 38 a 45 por cento das mortes maternas; a gestose, incluindo a eclampsia, era de 13 a 16 por cento; a hemorragia, de 11 a 15 por cento; os acidentes traumáticos e operatórios e o choc obstétrico, de 10 a 14 por cento; o aborto de 7 a 13 por cento, e a gravidez ectópica, de 0,5 a 2 por cento, e sabendo que a causa da mortalidade materna, que anteriormente era mais frequente, se encontra agora mais reduzida; que os traumatismos diminuíram de 10 a 0,81 por cento e que, na mesma proporção, têm diminuído as causas hemorrágicas, gestósicas, etc., compreende-se a grande melhoria global do índice de mortalidade materna, nos nossos dias, especialmente desde a descoberta dos antibióticos.

*Ch. A. Gordon* afirma que os Estados Unidos da América foram a primeira grande nação que pôde apresentar estatísticas, em 1950, com uma mortalidade materna inferior a 1 por 1.000 de nado-vivos; porém, esta afirmação foi desmentida pela estatística espanhola correspondente ao triénio 1947-1949, publicada por *Bosch Marin*, *Cainara* e *Tejada*, referente a 270.000 partos assistidos em regimen de Seguro obrigatório da enfermidade, na qual a taxa de mortalidade materna é, apenas, de 0,6 por 1.000, e pela nossa última estatística, a que nos referimos de início, correspondente aos anos de 1948-1952 em que, como deixamos bem demonstrado, a mortalidade materna é de 0 por 1.000.

## 7) DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO E BIOQUÍMICO DA GRAVIDEZ

É extraordinário o número de métodos de laboratório idealizados para diagnosticar, rapidamente, a gravidez, preconizados nestes últimos anos; recordemos que na «Síntese médica» do ano de 1944 comentávamos já 18 destas reacções que apareceram no biénio anterior e em menores proporções, mas sempre elevadas, temos dado a conhecer, ano após ano, novas técnicas de diagnóstico precoce da gravidez; mas é necessário que o médico prático tenha presente, que, por mais engenhosas e bem fundamentadas que pareçam tais reacções não têm à segurança das quatro técnicas fundamentais de *Ascheim-Zondek*, *Friedman*, *Hogben* e *Galli-Mainini*, que são as únicas que podemos recomendar actualmente e, de entre elas, devemos dar a preferência à última por aliar à segurança, a rapidez, a facilidade da sua técnica e a aquisição e manutenção das rãs-machos, necessárias para realizá-las.

Ultimamente, o conjunto de reacções grávido-diagnósticas de vida efémera tem correspondido às de *Schlör. Roland* e *Guimaldi*, ao Q-test (que é o reaparecimento da falaz prova calóstrica de *Falls*, *Freda* e *Coen*, que já demos a conhecer em 1942) e, por fim, à bioquímica de *G. C. Richardson*, que

o seu autor dizia oferecer uma segurança de 99,1 por cento, mas que *Schlüren* nos demonstrou, recentemente, que só é positiva em 68 por cento dos casos de gravidez segura, duvidosa em 15 por cento e negativa em 7 por cento e que, por sarcasmo, se encontrou positiva em 33 por cento dos homens e das mulheres não grávidas em que se realizou. Com uma modificação introduzida por *Merkel* chega-se a reduzir para 37 por cento o número de erros da reacção primitiva. Na realidade, é tentadora uma técnica tão rápida e simples como a que aconselha *Richardson*: a 2 c.c. de urina juntam-se 2 gotas de solução médio-normal de soda; depois umas gotas de clorofórmio; logo após quatro gotas de solução médio-normal de ácido sulfúrico, e, finalmente, 5 gotas de solução saturada de 2-4-dinitrofenil hidrazina em álcool etílico a 95 por cento; se alcalinizando o líquido com 2 c.c. de solução médio-normal de soda, aparece uma cor castanha, a reacção da gravidez é positiva: esta é a técnica aconselhada, mas os resultados são os que temos indicado antes.

#### 8) DIAGNÓSTICO DO SEXO DO FETO DURANTE A GRAVIDEZ

Semelhantermente ao que se verifica com o diagnóstico biológico da gravidez, sucede com o diagnóstico do sexo do feto vivo, intra-uterino. Também se tem descrito técnicas seguras para estabelecer este diagnóstico, como a radiográfica de *Asbslöch* (fetograma); a citocolorimétrica sedimentária do líquido amniótico de *P. Rosa* e *A. Fanard* e a radioaerográfica de *W. Snow*, mas todas elas são temerárias e não recomendáveis, nem recomendadas pelos próprios autores, por necessitarem da punção ovular transabdominal, perigosa para o feto e para a mãe e provocadora do parto em curto prazo. Com a enorme acumulação de crenças, escritos, provas, experiências e trabalhos científicos destinados a decifrar o enigma do sexo fetal, *Kust Richter* em primeiro lugar, e *Muñoz Ferrer* mais recentemente, escreveram verdadeiros livros em que, só com a descrição das provas científicas mais modernas, conseguiram preencher muitas dezenas de páginas: provas hormonais, com animais (*Dorn*, *Sugermann*), com plantas (*Manger*) e na mulher (*Hinglais*), e, mais tarde, os colpogramas citológicos de *Vargas*, *Nieburgs* e *Greenblatt*, etc.; reacções cutâneas alérgico-hormonais (*Vargan* e *Putti Giangiobbe*), reacções de desvio do complemento do sangue (*Sodano*), reacções extracto alcoólicas serológicas (*Lüttge* e *Mertz*), reacções dos fermentos defensivos do sangue segundo *Abderhalden*, no soro e na urina (*Ryoji Itoh*); reacções bioquímicas inumeráveis, etc. Este ano têm aumentado este imenso conjunto de reacções detectoras do sexo e, entre outras, a popularizada e logo desacreditada prova da saliva de *G. W. Rapp* e *G. C. Richardson*: sialorreacção de tipo colorimétrico em que a positividade dá uma substância cremógena que parece ser uma hormona esteroide andrógena. A técnica desta prova é análoga à aconselhada pelo segundo dos seus autores para o diagnóstico da gravidez: se aquela reacção-mãe era falsa num terço de casos, a sua filiação não podia ser mais verídica do que aquela donde procedia.

Esta insegurança nos resultados das reacções e das técnicas que os autores consideram pouco menos que infalíveis quando as dão a conhecer, obriga o tocólogo a manter um prudente cepticismo perante qualquer novidade anunciada, que, se no campo das técnicas diagnósticas não acarreta, ordinariamente, sérios prejuízos, pode-os produzir graves, e ainda irreparáveis, no campo da anestesia e da tocoterapia, pois ao publicar-se, como tem acontecido recentemente, em revistas de grande expansão e de reconhecida solvência científica, os excelentes resultados obtidos, por exemplo, com o emprego duma nova técnica para vencer certas distócias cérvico-uterinas funcionais (método de *Santer*) ou os esplêndidos efeitos conseguidos com o uso dum novo extractor de crianças (ventosa de *Finderle*), aceitam e põem em prática estes métodos, com demasiada prontidão, médicos e tocólogos excessivamente ávidos do emprego das últimas novidades, de que resultam não só lamentáveis fracassos, como também verdadeiros desastres cujas vítimas não serão unicamente, os próprios médicos, mas também, algumas vezes, as crianças, ou talvez as mães, que são obrigados a proteger e a quem nunca devem prejudicar.

#### 9) TRATAMENTO DA DISTÓCIA CÉRVICO-UTERINA FUNCIONAL

*Método de Santer* — Este autor norte-americano verificou que a acção simpaticolítica da di-hidroergotamina (*D. H. E. 45*), podia contribuir para vencer determinadas distócias cérvico-uterinas funcionais, dependentes da disfunção observada nalguns casos raros em consequência da excessiva actividade do sistema nervoso simpático durante o parto, e obteve êxito em 30 dos 43 casos em que empregou o dito fármaco na dose de  $\frac{1}{4}$  de mgr., que repetia ao fim de quatro horas se fosse necessário. *Robert C. Gill*, de Sydney, conseguiu obter bons resultados em 53 dos 67 casos em que se serviu deste produto; *Luque*, de Madrid, manifestou estar satisfeito com o seu emprego nos cinco casos em que o utilizou. Nós, que sempre temos sido renitentes a ter a prioridade nesta categoria de novidades científicas, não dando excessivo crédito aos que afirmam a inocuidade do produto dada pelo seu introdutor e pelos primeiros autores que o administraram, tivemos a infelicidade de empregá-lo num caso em que se produziu um quadro de tetanismo uterino tão intenso e persistente que pôs em sério perigo o feto e a mãe. *G. Monckeberg* descreve um caso como o nosso, mas com morte do feto, depois da administração da terceira injeção de 0,25 mgrs. *R. C. Gill* e *J. M. Farrah*, em 53 casos em que o utilizaram, tiveram que lamentar 8 mortes fetais (!)

#### 10) NOVO PROCESSO DE EXTRACÇÃO DO FETO

*A ventosa extractora de Finderle* — Trata-se dum aparelho extractor do feto, idealizado e preconizado pelo chefe da Maternidade de Rijeka (Fiume-Jugoslávia), *Victor Finderle* que, num trabalho científico em que dá a conhecer o seu aparelho diz: «até agora temos empregado o extractor 92 vezes sem perigo para a mãe nem para a criança, e, por tal motivo, tem-se abandonado já, na nossa Maternidade, o emprego do forceps. Este aparelho pode aplicar-se não só sobre a cabeça, mas também sobre outra parte do feto». Se bem que não tenhamos tido ocasião de empregá-lo, nem de trocar impressões pessoais com quem o tenha empregado, repugna à razão natural, sobretudo se está ilustrada pelos conhecimentos próprios da especialidade, acreditar que com esta simples ventosa em forma de corno ou de campânula e provida de umas asas ao nível do seu vértice para o poder retirar, se podem resolver certas distócias originadas por uma apresentação de face, ou transversal, ou por uma posição cefálica posterior ou transversa, que só se resolvem, dificilmente, com as clássicas aplicações de forceps de *Bufnoir*, de *Cazalis* ou de *Llames Massini*, e temos de acreditar que entre os 500 partos a que corresponderiam as 92 aplicações do extractor, já referidas, ter-se-ão apresentado bastantes casos com aquelas modalidades de distócia, parece que sobre o feto, antes de ele ceder, sobretudo se é grande e bem ossificado, deverá produzir-se um *scalp*.

O próprio autor, noutra parte do seu trabalho, reconhece já, que o seu aparelho não deve aplicar-se nas posições oblíquas e transversais e quando existem desproporções pelvico-fállicas, constituindo motivo preferente do seu emprego a hipotomia uterina expulsiva; as doenças graves da mãe, como cardiopatias descompensadas sérias, toxicoses gravídicas e doenças dos pulmões; o colapso; a iminência de rotura uterina; a desinserção prematura da placenta; o pulso rápido por esgotamento materno e, além disso, o sofrimento fetal, com a condição de que existam dilatação completa e as demais condições análogas às que se requerem para realizar uma aplicação correcta do fórceps.

Porém, na maioria destes casos, uma episiotomia simples ou combinada com uma expressão de *Kristeller* ou com uma expulsão hormonal forçada, resolvem, igualmente, a precária situação criada. Diz *Finderle* que quando a extracção não deve ser imediata, pode deixar-se aplicado o aparelho, que levará atados às suas asas uns cordões dos quais pende um peso de 3 Kgs., com o que se estimulam as contracções e se acelera o parto; mas *L. H. Douglass*, *R. A. Gilbert*, *D. F. Kaltreider* e *H. B. Mc Nally* demonstraram, recentemente, a ineficácia desta tracção continua com pesos, valendo-se de gráficos tocodinamométricos, em casos em que a tracção se fazia mediante uma pinça de Gauss ou de Willett aplicada,

mortificando o couro cabeludo do recém-nascido ainda mais do que com a ventosa do original extractor de Finderle.

### 11) NOVO MÉTODO DE INDUÇÃO DO PARTO EM CASOS DE FETO MORTO

G. Vecchietti propõe, nestes casos, a prática de *pneumoamnios*, que empregou seis vezes com resultados excelentes, obtendo-se o começo das contracções uterinas entre as duas horas e meia e as vinte e seis horas da injeção transabdominoparieto-uterina de 60 c.c. a 1.000 c.c. de oxigênio, à pressão estudada.

\*

Não poderíamos considerar terminado este trabalho de divulgação dos últimos progressos registados em obstetrícia sem dar uma breve notícia dos recentes tratamentos de algumas enfermidades ou perturbações, descritas ultimamente, cujo desconhecimento tem custado algumas perdas maternas e fetais. Referimo-nos, principalmente, à fibrinólise.

### 12) FIBRINÓLISE DURANTE A GRAVIDEZ

*Oppenheimer e Jolonch* foram os primeiros, na nossa pátria, que descreveram, detalhadamente, um caso de fibrinólise no decurso da gravidez. No estrangeiro, publicaram-se, anteriormente, as observações de *Weiner, Reid, Roby e Diamond* e, posteriormente, a de *Fabre-Gilly*.

Todos os casos publicados têm uma sintomatologia comum: morte fetal ao quinto ou sexto mês de gravidez; permanência do feto morto na cavidade uterina até ao termo; provas de hemostases normais na ocasião da morte fetal; aparecimento de algum fenómeno hemorrágico cutâneo para o final da gravidez — o sangue extraído neste momento coagula-se, mas dissolve-se rapidamente a 37° ou à temperatura ambiente; saída do feto morto, normal; formação normal do globo de segurança: apesar disso, perda de sangue incoagulável, em pequena quantidade, mas contínua, que pode provocar a morte por anemia aguda. Os métodos terapêuticos actuais consistem em injeções de fibrinogéneo, de plasma normal ou concentrado e de sangue, e, se é preciso, na eliminação do foco activador do plasminogéneo, praticando uma histerectomia.

Compreenderemos a patogenia desta rara enfermidade e a necessidade de ter que recorrer, em algum caso apurado, à medida radical ultimamente assinalada, sabendo em que consiste o fenómeno que nos ocupa.

Entende-se por fibrinólise a redissolução, *in vitro* ou *in vivo*, do coágulo sanguíneo, previamente formado: Na lise do coágulo intervém um fermento fibrinolítico contido no plasma, cuja forma activa se denomina fibrinolínira (*Loowis*) ou plasmina (*Christensen e MacLeod*) e que é de origem uterina.

Deve tomar-se em consideração, além disso, que as hemorragias descritas como devidas a fibrinogenopenia ou a fibrinemia podem ter uma causa fibrinolítica quando, por causa da rápida fibrinólise do sangue extraído, a avaliação ulterior da fibrina dá-nos cifras baixas.

Têm-se descrito hemorragias com fibrinopenia ou fibrinólise de interesse tocoginecológico no decurso das regras, nas toxemias grávidas e no decurso de partos aparentemente normais.

Têm especial interesse os casos descritos de hemorragias incoercíveis no decurso da interrupção da gravidez, por desprendimento precoce da placenta (*Dickmann, Kaeser e Weiner, Reid e Roby*) e em alguns casos de feto morto por incompatibilidade fetomaterna com respeito ao factor Rhesus.

### 13) ERITROBLASTOSE FETAL (FACTOR Rh)

Nas últimas publicações sobre esta enfermidade observa-se uniformidade de critério em considerar obrigada a investigação do grupo sanguíneo pelos sistemas *A B O* e *Rh* em todas as grávidas e em considerar insuficientes ou inúteis todos os inumeráveis tratamentos e métodos de profilaxia empregados durante a gravidez para evitar o conflito final, à

excepção do método de desensibilização de Hoffmann e Edwards, que cada dia ganha mais adeptos: administração diária dum tablete de 10 mgrs. de anidrohdroxiprogesterona (*Progestoral Organon*, por exemplo), juntamente com injeção semanal de 4,8 mgrs. de Vitamina K, fármacos que actuam, pelo que parece, paralisando as contracções uterinas e, portanto, expulsando os antigéneos fetais para a circulação materna e a dos anticorpos para a fetal. Quanto ao tratamento post-natal, ninguém discute a supremacia e os óptimos resultados obtidos com a exsanguinotransfusão realizada precocemente, sem diminuir, também, os bons resultados conseguidos, em alguns casos, com os métodos de Mallou-Elósegui.

### 14) ECLAMPSIA

Além dos modernos tratamentos desta enfermidade, propostos durante os dois últimos anos: hidratação, diparcol-fenergan, rim artificial, bloqueio da zona renal e do gânglio estrelado, etc., *G. V. Smith, O. W. Smith e S. L. Romney* têm dado a conhecer, há poucos meses, o seu sistema de tratamento à base de penicilina G potássica cristalizada, da qual injectam 1.000.000 de unidades, endovenosamente, e a mesma dose em injeções intramusculares, repetindo as mesmas quantidades, de duas em duas horas pelas duas vias até que se apresente franca melhoria. Pensam estes autores que o poder antitóxico da penicilina neutraliza o tóxico que se forma entre os produtos catabólicos uterinos e evita que passe à circulação materna. Em oito casos em que a empregaram: duas prè-eclampsias ligeiras, quatro prè-eclampsias graves e duas eclampsias sérias, comprovaram notável melhoria nas mães, mas entre os seis casos graves indicados perderam-se dois fetos. Nós empregamos este método num único caso de prè-eclampsia grave, em que o feto também morreu, melhorando muito paulativamente a mãe.

### 15) SÍFILIS

Admite-se, em todo o mundo, que o melhor tratamento actual da lues, durante a gravidez, é o de *Mahoney* e colaboradores, proposto há dez anos e modificado ligeiramente por *Ingraham, Speiser, Moore*, etc. Considera-se que este tratamento deve ser feito pelo tocólogo em estreita colaboração com o sifilólogo e com o pediatra, que será aquele que deverá continuar o tratamento do recém-nascido.

A penicilina G potássica cristalizada em injeção intramuscular na dose de 50.000 U. de 3 em 3 horas (dia e noite), durante 12 dias consecutivos, (4.800.000 U. no total), no começo da gravidez, repetida, de igual modo, aos seis meses de gravidez, parece que é o tratamento que tem dado melhores resultados: 92,8 por cento das grávidas chegaram a termo, averiguando-se que entre as mulheres não sifilíticas só chegam ao final 86 por cento, e, unicamente, 1,5 por cento dos recém-nascidos apresentaram sintomas da enfermidade.

*Ingraham* demonstra que estes resultados são idênticos aos conseguidos com os mais modernos tratamentos arsenicais e bismútics, mas como a penicilinoterapia é um tratamento mais breve, menos tóxico, mais dissimulado e ainda mais cómodo do que aqueles, opta por esta última.

Em vários trabalhos recentes discute-se se é suficiente dar à grávida só penicilina ou se deve combinar-se esta com tratamentos complementares completamente bismútics ou arsenicais, em separado ou conjuntamente. Sobre este tão debatido problema, *M. Usandizaga* põe uma série de interrogações, que deveremos ter muito presentes ao instituir um tratamento antisifilítico na mulher grávida:

«1.º Será suficiente, tanto para a mãe como para o feto, de futuro, um só tratamento com penicilina? 2.º Não seria conveniente associar a penicilina com outros medicamentos? 3.º Porquê tantas reinfecções como citam os americanos? 4.º Em relação com o que estamos acostumados a observar na clínica, não se torna duro pensar que as reacções serológicas da mãe persistiram positivas muito tempo depois de tratada com penicilina, e que a maioria das crianças, ao nascer, também tiveram reacções positivas, sem que isso signifique a necessidade dum tratamento?»

## S U P L E M E N T O

# OS CRÍTICOS E AS CONFRARIAS

### II

Quando a crítica se teve de pronunciar sobre o filme «O.....», não foi esclarecedora. As maravilhas que dele disse e os anátemas que sobre ele lançou, criaram um tal estado de confusão no espírito do público, que o filme foi condenado mesmo antes de ser visto. E a verdade é que não havia grande razão para o fazer — muitos outros filmes, sem qualquer mérito, têm conseguido sucesso nas nossas pantalhas e rendido largas maquiãs aos produtores. O desfavor do público deve ter vindo da desinteligência da crítica que extremou os campos entre a demolição feroz e a exaltação incondicional sem se lembrar da posição do público.

O que nunca se chegou a compreender foram as razões do profundo desacordo e os termos facciosos e irredutíveis da forma como a crítica se pronunciou. O dizer bem ou o dizer mal sem um fundamento sério a justificar o agrado ou a repulsa, o elevado nível de uma obra ou a sua mistificação, pode servir um amigo ou ofender um indiferente, o que nunca esclarece é a opinião daqueles que consideram o crítico um orientador. A simples leitura de críticas diferentes sobre a mesma obra, quando representam correntes políticas diversas, ou definem parentescos de sangue, ou revelam igrejinhas de seita, dão ideia da distância que vai entre a crítica amável, que foi escrita para agradar, e a crítica azeda, que foi feita para ferir. Entre elas não há quaisquer pontos de contacto, nem adjectivos que as avizinhem — há um fosso profundo a separá-las como se as sensibilidades que as interpretam estivessem voltadas do avesso em relação umas às outras...

No caso a que me refiro, se houve quem dissesse mal e julgasse o filme como uma monstruosidade saída dos nossos estúdios, a maioria disse bem e afirmou não haver no cinema nacional uma tão alta e tão expressiva mensagem cinematográfica. Desde as planificações ao fundo musical, desde a realização ao desempenho, tudo se mostrava com a ex-

pressão maravilhosa das grandes certezas, sem hesitações que revelassem a mediocridade dos nossos actores, ou fraquezas que denunciasses uma pequena quebra na sequência das imagens. Para os críticos dos agrados, não havia no filme o menor defeito nem a mais leve imperfeição — a obra atingia uma expressão artística inultrapassável e subia a um primado onde só pairam as concepções geniais de um Chaplin, de um Ford ou de um Genina...

Se não tem havido notas discordantes na crítica, podia ter-se aceitado o desinteresse do público como provindo de uma falta de conhecimentos e sensibilidade incapaz de compreender a obra e se situar à altura do objectivo do realizador. Foi porém na própria crítica que se encontraram os desacordos. Os que disseram mal fizeram-no com uma tal violência e colocaram-se numa tal posição de irredutibilidade, que o público ficou surpreendido com o fogo cerrado dos adjectivos demolidores. Para a crítica azeda, de aproveitável só o argumento. O resto era de uma confrangedora pobreza e de uma infantilidade rudimentar, sem qualquer poder poético nas imagens, nem força convincente nas cenas reais.

Ora o público, que acompanhou estes ralhos de comadres, desconfiou, quando viu que a louvaminha excedia os limites do razoável, e desinteressou-se, quando reparou que a maledicência punha pelas ruas da amargura a obra criticada. Reagiu dentro de um espírito prático, sem se deixar arrastar por qualquer movimento de curiosidade que o compensasse dos gastos de dinheiro e das perdas de tempo. Fez o que o seu egoísmo aconselhou. A incerteza de ver um filme de interesse que parte da crítica já lançara no fosso das obras mistificadas não conseguiu ser contrariada pelos elogios da crítica adversa. Os exageros que leu tiveram o condão de o tornar desconfiado, ainda que as virtudes pudessem superar em muito os defeitos, e as qualidades

mostrassem o filme como uma das obras mais comunicativas do cinema nacional.

Esta interpretação unilateral da crítica, quer se represente na literatura, na pintura ou no cinema, precisa de ser corrigida para que o público confie e não se desiluda de cada vez que faz o cotejo. É preciso, sobretudo, que ela não caia no exagero dos agrados — se a obra não corresponde à louvaminha, e no geral fica muito àquém, o público sente-se ludibriado e toma o ludíbrio como uma ofensa. Passa unicamente a aceitar as críticas que dizem mal, embora pequen também pelo mesmo ressaibo deformador e não escondam o desejo negro de demolir. De qualquer modo, o público abstém-se, privando-se às vezes de um espectáculo com todas as características de seriedade e agrado, e o processo sobre a obra fica concluso dentro de uma visão unilateral incapaz de dar com verdade e justiça um juízo crítico independente. É como se se quisesse ver o homem através das funções de um órgão ou de um simples sentimento — a deformação será inevitável e a ideia que se vier a formular não poderá deixar de vir eivada de grosseiros erros.

Que importa, portanto, à crítica para que se não mostre com os vícios e as deformações que ela tão lúcida mente condena, quando se situa num plano de independência e objectividade?

A mim me parece que basta desamarrar-se das confrarias e das amizades comprometedoras, dos laços de sangue e dos compromissos da política, para se poder pronunciar. Se o conseguir, deixará de ver a mão que assina a obra ou os nomes que a apadrinham e passará a ser apenas objectiva, verdadeira, e desapaixonada. Doutro modo continuará perturbadora e louvaminheira, irresponsável e demolidora, inconsequente e fútil, feita apenas com o propósito de agradar ou ferir e nunca de esclarecer o público pelo caminho da verdade.

# ECOS E COMENTÁRIOS

## CIÊNCIA COMO CONDIMENTO

Já há quase dez anos que nós nos referíamos algures aos vulgarizadores da ciência que, no dizer de Genolino Amado, formam entre o povo e a verdadeira cultura um mal entendido às vezes irremediável. Escreveramos então: «Muitas bibliotecas e colecções têm agora aparecido entre nós, nesta loucura editorial filha do desequilíbrio e do artificialismo dos últimos anos, tendentes a espalhar a cultura, mas, muitas vezes, só na aparência, porque de facto, visam estabelecer falsa cultura, factor decisivo de confusão, com a qual muitas só têm a ganhar, mas com a qual a maior e melhor parte, com certeza, perderá».

Mas pior ainda do que a obra dos vulgarizadores é a dos literatos, prosadores e até poetas, e a da gente do cinema — somos dos que vêm nas imagens animadas uma arte, infelizmente muito comercializada e prostituída, mas outras manifestações artísticas o estão também, como certa literatura — que nas suas obras fazem entrar falsas noções científicas sobretudo ligadas à relatividade, agora à física nuclear, e, no campo que mais nos interessa, à psicanálise, à medicina em geral e a delicados problemas de deontologia em que deixam a sangrar a verdadeira ética profissional — a nossa que não conhecem nem compreendem e a deles que os devia impedir de tocar no que ignoram.

É claro que, no que diz respeito à medicina, não são só os escritores que a tratam por tu e descaradamente falam de seus métodos, dispõem de sua orientação e pretendem impor-lhe rumos, a ela e aos seus únicos e competentes cultores — nós os médicos! Tristes casos do dia a dia, discursos e escritos nos mostram que assim é e, parece, assim há-de continuar a ser.

Quanto aos literatos e cineastas, esgotada a inspiração ou o assunto, incapazes de produzirem mais do que prosa, poesia ou películas que eles próprios acham incolores — mesmo se nestas usam os magníficos Agfa ou Ferraniacolor... — vá de condimentar as produções dando-lhe o cunho científico ou tratando assuntos científicos, tornados temas centrais ou acessórios dos seus trabalhos, a espicaçar a curiosidade e ânsia de saber dos incautos leitores e dando-se ares de possuidores de vastos e enciclopédicos conhecimentos.

Bem merece, por isso, de todos nós, Norman Nelson quando, há meses, em *The Yale Review*, castigava no seu «*Science and the irresponsible imagination*», os escritores que assim deformam e traem a ciência ao mesmo tempo que comprometem o próprio valor literário das suas produções, terminando com causticidade: «o universo está bem longe de ser tão absurdo como certo número de pessoas que nele vivem».

L. A. D.-S.

## CENSO COMUM...

Uma das razões aduzidas, entre outras, pelos partidários de uma medicina socializada, para justificar a ordenação social dos serviços médicos, é a do contributo que a referida socialização presta a uma mais eficiente distribuição dos médicos pelo território de cada país e a uma maior disseminação dos diversos recursos assistenciais pelos variados territórios de cada nação.

Assim se conseguiria, dizem os partidários da socialização, uma desconcentração dos clínicos dos grandes centros, uma difusão de recursos técnicos especia-

lizados pelas províncias, mais pronta e eficiente assistência, com menor dispêndio, incómodo e perda de tempo, por parte de cada doente.

Magnífico ideal, que se não contesta em seu traçado teórico, e a que se amararam, confiadamente, muitos dos corifeus da socialização da assistência, desde o cripto-comunista Bevan, a homens de oposta formação intelectual como Gemelli na Itália e Serrano Guirado, em sua tese monumental sobre «*El Seguro de Enfermedad y sus problemas*», na vizinha Espanha.

Sem pretender agora aprofundar o tema, nem aquilatar das vantagens e desvantagens de forçar esta dispersão, forçosamente artificial, dos recursos assistenciais, ocorre perguntar porque será que, entre nós, uma orgânica que não consta tenha renegado os princípios, nem os métodos, que informavam, há anos já, a tese defendida em discurso conhecido, sugestivamente intitulado «*Sobre a Organização da Medicina*», despreza os serviços e os recursos locais que traduzem a dispersão assistencial espontaneamente levada a cabo, em vez de os aproveitar e se servir dos seus préstimos, através de acordos que a todos poderiam beneficiar. Desde os doentes à saúde da Nação, dos núcleos regionais de cuidados médicos existentes aos centros que se vão montando, da economia geral aos próprios médicos, todos os elementos legitimamente em causa colheriam o fruto da cooperação que assim se havia de estabelecer. E a «*organização nacional da Medicina*», esfumados os sonhos de autarquia e esvaídos os delírios de grandeza, enquanto não pudesse contribuir para a melhor difusão assistencial que todos desejamos, poderia dar, aproveitando aquela que espontaneamente se formou e já existe, dentro do plano positivo que o interesse nacional exige, aquele contributo que facultasse o desenvolvimento, e o pleno aproveitamento, de tanto serviço existente e de tanto material insuficientemente utilizado.

Necessário, para tanto, um Ministério da Saúde? Quere-nos parecer que indispensável, apenas, boa vontade, espírito de sacrifício, sentido do interesse nacional, senso comum...

M. M.

## EXAMES PSIQUIÁTRICOS PARA FUNÇÕES PÚBLICAS

O Dr. Erwing Stransky, psiquiatra octogenário austríaco, apresentou aos serviços competentes da O.N.U. um projecto segundo o qual toda a pessoa destinada a cumprir funções governamentais ou a assumir altas responsabilidades sociais deverá ser submetida a um exame psiquiátrico antes de ser admitida. O Dr. Stransky declara que existem três categorias de indivíduos que, chamados para o desempenho de cargos públicos, podem provocar catástrofes nacionais ou internacionais: 1.º — os incapazes intelectual e moralmente; 2.º — os neurasténicos; 3.º — as pessoas afectadas de doenças mentais em vias de evolução.



CLOROFILINAS, DERIVADOS  
HIDROSSOLÚVEIS DA CLO-  
ROFILA, ESPECIALMENTE  
PREPARADAS PARA EXERCE-  
REM UMA ACÇÃO DESODO-  
RIZANTE

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS

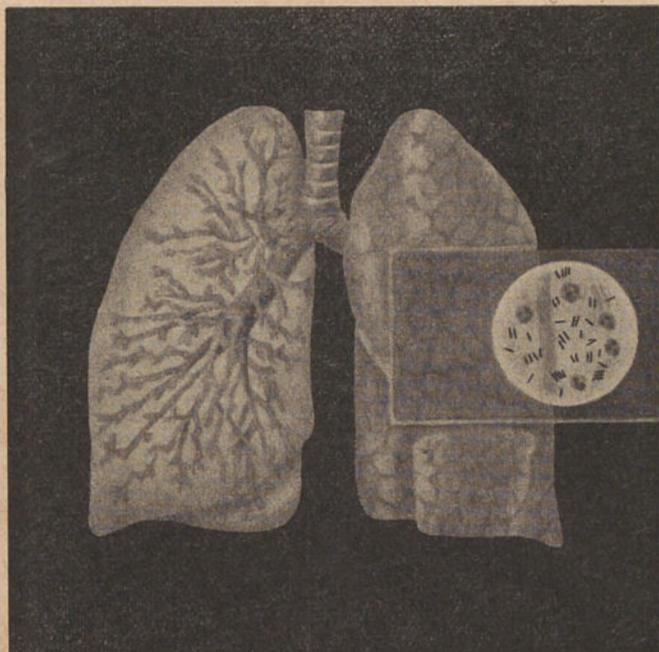


LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

# QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE

...«Os bacilos que alberga um mesmo doente, comportam-se como bactérias de espécies diferentes. Bacilos sensíveis a todos os medicamentos, bacilos resistentes a um ou outro destes medicamenos, bacilos livres ou fagocitados, bacilos em via de multiplicação ou bacilos em repouso representando outras tantas entidades diferentes que é preciso combater com armas diferentes. Em verdade a infecção tuberculoso é uma infecção mista,»...

*Méd. et Hyg. de 1 / 8 / 53*



**CALCIDRAZIDE**

Associação de sal cálcio do P.A.S. com Isoniazida, dois potentes tuberculostáticos, actuando em sinergismo na presença do ião cálcio.

**ESTREPTOMIFON**

Combinação numa só fórmula química, e assim na forma mais activa, os dois mais potentes agentes antituberculosos — estreptomicina e isoniazida.

**NEOESTREPTOMICINA**

Associam-se em partes iguais estreptomicina e dihidroestreptomicina, resultando toda a eficiência do antibiótico com muito menor toxicidade.

**MEDICAMENTOS DE ALTA QUALIDADE  
CONTRA AS ESTIRPES RESISTENTES**



# ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

## O decreto-lei sobre a responsabilidade dos encargos

*Acaba de ser publicado, pela pasta do Interior, um importante Decreto-Lei que trata da responsabilidade dos encargos na assistência hospitalar. Chamamos a atenção dos nossos leitores para essas disposições, que desejamos arquivar nas colunas de «O Médico».*

«Propõe-se o presente diploma definir alguns princípios fundamentais em matéria de assistência hospitalar, no que se refere à responsabilidade pelos respectivos encargos, e assegurar a sua correcta aplicação. Na sua elaboração definitiva foram devidamente consideradas as sugestões constantes do notável parecer emitido pela Câmara Corporativa. Procedeu-se, antes de mais nada, à revisão da enumeração constante da base XXI da lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944, em ordem a tornar mais efectiva aquela responsabilidade, pela sua mais estreita concordância com as formas de solidariedade familiar e social. Eliminou-se a menção dos organismos corporativos, em correlação com a autonomia da função de previdência social, e, bem assim, o Estado, cuja participação no financiamento de assistência se exerce no plano mais amplo dos subsídios concedidos, à margem de aplicações individuais, e por força das dotações inscritas no orçamento. Desta maneira, a responsabilidade deferiu-se às instituições que prestam a assistência, na medida em que não puder ser coberta pelos próprios assistidos, pelos seus cônjuges e parentes sujeitos à obrigação de alimentos ou pelas instituições de previdência e câmaras municipais. Incidiu particular atenção sobre este último ponto por se ter em vista o desenvolvimento que atingiu a organização hospitalar, em consequência da execução da lei n.º 2.011, de 2 de Abril de 1946. De ano para ano tem aumentado o número dos doentes submetidos a internamento. Em dez anos, de 1943 para 1953, verificou-se um acréscimo de cerca de 50 por cento: de 152.111 para 224.704 assistidos. Os encargos, cujo volume acompanha esta evolução, têm sido suportados, na sua quase totalidade, pelas misericórdias pelo Estado e pelas câmaras municipais. A comparticipação destas últimas varia de concelho para concelho, em montante e valor relativo, havendo as que destinam 10 por cento da sua receita ordinária, atingindo o limite estabelecido no parágrafo único do artigo 83.º do decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, enquanto outras não despendem 1 por cento sequer da referida receita. Intervém-se agora no sentido de pôr cobro à desigualdade na distribuição dos encargos que resultarem do exercício da mesma função. E verifica-se que não será excessivamente onerosa a cooperação das câmaras municipais desde que ela se reparta equitativamente. As receitas municipais de carácter ordinário, excluídas as consignações e os reembolsos e reposições, atingiram em 1952 o montante de 735.632 contos.

### AS CÂMARAS MUNICIPAIS FARÃO FACE AOS SEUS ENCARGOS COM AS RECEITAS ORDINÁRIAS E O PRODUTO DAS DERRAMAS

Admite-se que o encargo poderá ser suportado pelas finanças municipais através das suas receitas ordinárias, mas, para prevenir possíveis dificuldades, concede-se às câmaras maior flexibilidade na aplicação do produto das derramas lançadas ao abrigo do disposto no artigo 18.º do decreto-lei n.º 36.448, de 1 de Agosto de 1947.

Nos termos do n.º 7.º do artigo 751.º do Código Administrativo, a responsabilidade das câmaras circunscrevia-se às despesas de tratamento e de transporte relativas a doentes admitidos nos Hospitais Cívicos de Lisboa, Hospital Escolar, Hospital de Santo António, do Porto, Hospital da

Universidade, de Coimbra, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Instituto de Oncologia e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto. Isto correspondia a uma estrutura hospitalar concentrada, que tem vindo a substituir-se por uma rede cada vez mais densa de estabelecimentos centrais, regionais e sub-regionais, por meio da qual se realiza com manifesta vantagem terapêutica e de economia a descentralização de assistência. A esta nova concepção se adapta o regime aplicável às câmaras municipais no domínio dos encargos de assistência hospitalar, ao mesmo tempo que se determina, no internamento dos doentes, a preferência dos estabelecimentos locais e a seguir a eles a dos órgãos regionais. Neste plano colocam-se, por princípio de elementar justiça, em posição de igualdade com as outras câmaras as de Lisboa e Porto. Para todas elas se estabelece o mesmo limite na responsabilidade, prescrevendo-se que esta não exceda determinadas percentagens, referidas aos preços fixados para as diárias hospitalares. Por outro lado, cuida-se de acautelar as câmaras contra o perigo de terem de fazer face a um volume de encargos imprevisíveis, em desproporção com os seus recursos e ultrapassando por forma perturbadora as previsões orçamentais. Já o decreto-lei n.º 23.348, de 13 de Dezembro de 1953, continha uma disposição que visava esta mesma finalidade. Regula-se, ainda, no presente diploma, a classificação dos assistidos em grupos ou escalões e a sua admissão nos hospitais. Em diploma especial será regulado o pagamento das importâncias em dívida aos hospitais mencionados no n.º 7.º do artigo 751.º do Código Administrativo e, bem assim, aos estabelecimentos oficiais que constituem os centros de assistência psiquiátrica na data em que este decreto-lei entrar em vigor. Espera-se que da execução das normas agora publicadas resulte um progresso efectivo na prestação da assistência hospitalar, obtido através da melhor coordenação e repartição das responsabilidades que lhe são inerentes.

Nestes termos: Usando da faculdade conferida pela 1.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

### A ORDEM DA RESPONSABILIDADE NOS ENCARGOS DA ASSISTÊNCIA

Artigo 1.º — A responsabilidade pelos encargos de assistência prestada nos hospitais centrais, regionais e sub-regionais atribui-se pela ordem seguinte: 1.º Aos próprios assistidos ou, se forem menores sujeitos ao pátrio poder, a seus pais; 2.º Ao cônjuge e aos parentes sujeitos à obrigação de alimentos, mencionados nos artigos 172.º a 175.º do Código Civil; 3.º Aos municípios, em relação aos assistidos indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos; 4.º Às instituições que houverem prestado a assistência, pelos seus fundos e receitas.

§ 1.º — A responsabilidade que for exigida aos próprios assistidos ou, quando estes forem menores, a seus pais e ao cônjuge será proporcionada aos respectivos haveres, e a dos parentes mencionados no n.º 2.º será determinada segundo as regras gerais reguladoras da obrigação de alimentos.

§ 2.º — Quando, em relação ao assistido menor, se verificarem as hipóteses previstas nos artigos 146.º e 147.º do Código

Civil, a responsabilidade pelos encargos da assistência será fixada tendo em atenção os seus haveres próprios e por estes será satisfeita.

§ 3.º — Os haveres das pessoas responsáveis pelos encargos de assistência serão averiguados, tanto quanto possível, por inquérito e o pagamento poderá ser feito em prestações.

§ 4.º — Cessa a responsabilidade do cônjuge quando aquele que necessitar de assistência se mostre, pelo seu comportamento moral, indigno de receber alimentos.

§ 2.º — S houver prestação alimentícia do cônjuge ou dos parentes referidos no n.º 2.º, fixada por acordo constante de documentos autênticos ou autenticados ou por sentença com trânsito em julgado, a responsabilidade pelos encargos de assistência será satisfeita dentro dos limites da mesma prestação, sem prejuízo das regras gerais sobre alteração desta.

§ 6.º — A responsabilidade dos municípios é limitada a seis meses no caso de internamento de doentes mentais e só decorridos três anos pode renovar-se, se o doente voltar a ser internado.

§ 7.º — A responsabilidade prevista neste artigo pode ser exigida directamente às pessoas que, segundo os princípios gerais, sejam responsáveis pelas consequências do facto determinante da assistência, às entidades seguradoras, nos termos estipulados nos respectivos contratos de seguro, e às instituições de previdência, conforme o disposto nos seus regulamentos, sem prejuízo do preceituado no artigo 13.º.

§ 8.º — A responsabilidade pela assistência prestada aos tuberculosos, leprosos e outros doentes afectados de doenças contagiosas continua sujeita a regime especial.

Art.º 2.º — Quando aos assistidos e às pessoas e entidades referidas no n.º 2 e no § 7.º do artigo anterior apenas caiba uma parte da responsabilidade pelos encargos da assistência, ou quando não possam solvê-los integralmente, o excedente será suportado pelos municípios e pelas próprias instituições que a houverem prestado.

Art.º 3.º — A cooperação do Estado na satisfação dos encargos de assistência efectuar-se-á normalmente por dotações comerciais ou subsídios destinados às instituições ou serviços respectivos.

Art.º 4.º — A responsabilidade pelos encargos de assistência que não forem voluntariamente satisfeitos será declarada e liquidada:

a) Pelos tribunais, quando lhes cumpria decidir sobre a responsabilidade pelas consequências do facto determinante da assistência; b) Pelas comissões arbitrais, nos termos do artigo 40.º a 58.º do Decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, em todos os demais casos.

§ único. — Nas execuções de sentenças judiciais incumbe ao Ministério Público a representação das instituições de assistência, se estas não constituírem mandatário judicial.

Art.º 5.º — Quem solicitar qualquer forma de assistência indicará, sempre que seja possível, o responsável ou responsáveis pelo pagamento dos respectivos encargos.

Art.º 6.º — Os serviços dos hospitais a que se refere o artigo 1.º deste diploma registarão a identidade do assistido, a do responsável pelos encargos de assistência e, bem assim, a composição e situação económica do respectivo agregado familiar.

§ 1.º — Quando haja prévio compromisso de pagamento dos encargos, os presumíveis responsáveis serão avisados di-



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

# VICOMBIL

Bial

## DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . .	5.000 U. I.	VITAMINA B <sub>3</sub> . . .	0,002 g.
VITAMINA D <sub>2</sub> . . .	500 U. I.	VITAMINA B <sub>6</sub> . . .	0,003 g.
VITAMINA C . . .	0,075 g.	VITAMINA B <sub>12</sub> . . .	0,001 mg.
VITAMINA E . . .	0,01 g.	VITAMINA P. P. . .	0,02 g.
VITAMINA B <sub>1</sub> . . .	0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO . . .	0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . .		0,005 g.	

Por drageia  
ou  
Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50  
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

rectamente ou por intermédio da câmara municipal do domicílio de socorro para, no prazo de cinco dias, assinarem e enviarem o termo de responsabilidade ao hospital respectivo.

§ 2.º—O Centro de Inquérito Assistencial ou, na sua falta, o Instituto de Assistência à Família ou as comissões regionais de assistência devem, no prazo de trinta dias, proceder à revisão dos elementos constantes das fichas dos assistidos e, quando necessário, à determinação do responsável pelos encargos da assistência.

§ 3.º—Em casos devidamente justificados poderá o director-geral da Assistência ampliar ou restringir o prazo a que se refere o parágrafo anterior.

Art. 7.º—A importância da diária em cada estabelecimento hospitalar, será fixada periodicamente pelo Ministro do Interior.

#### A ASSISTÊNCIA AOS POBRES

Art. 8.º—Os assistidos pobres serão classificados e distribuídos por escalões, conforme o seu rendimento familiar ou o das pessoas referidas no n.º 2.º do artigo 1.º. O Ministro do Interior fixará, por despacho, não só o número dos escalões, mas ainda a percentagem em relação à diária normal do estabelecimento que há-de corresponder a cada escalão no pagamento dos encargos da assistência.

§ 1.º—A participação dos municípios corresponderá à percentagem de 20, 30 e 40 da diária do estabelecimento, conforme se tratar de hospitais sub-regionais, regionais ou centrais, mas o Ministro do Interior pode aumentá-la até 50 por cento, tendo em conta a situação financeira dos municípios responsáveis e das Misericórdias ou de outras entidades que administrem hospitais regionais ou sub-regionais, bem como o nível da assistência prestada e as necessidades locais.

§ 2.º—Em relação aos municípios sede de zona ou região hospitalar, os respectivos estabelecimentos serão havidos, para o cómputo do encargo, como se fossem sub-regionais, aplicando-se o mesmo regime aos concelhos obrigatoriamente federados com os de Lisboa e Porto e ainda aos do Barreiro, Moita, Seixal, Montijo e Almada, enquanto neles não existirem hospitais sub-regionais ou nestes não possa efectuar-se o necessário tratamento.

Art. 9.º—A classificação e distribuição dos assistidos pelos escalões far-se-á, provisoriamente, à face dos elementos constantes do processo ou da ficha de admissão e das informações prestadas pela entidade que requisitar ou solicitar a assistência, devendo, porém, proceder-se à revisão e fixação definitiva, de harmonia com as conclusões do inquérito.

Art. 10.º—Quando, em virtude de falsas declarações, o assistido for classificado em escalão diverso do que lhe competir, todos os responsáveis por essas declarações, sem prejuízo das sanções penais em que hajam incorrido, respondem solidariamente pelos encargos da assistência e, neste caso, far-se-á a liquidação de harmonia com a tabela de pensionista ou pelo custo integral, onde aquela não existir, descontadas as importâncias já pagas.

Art. 11.º—Os directores e administradores dos organismos ou estabelecimentos, ou os subordinados em quem tenham delegado a respectiva competência, serão, sem prejuízo das sanções disciplinares a que houver lugar, responsáveis pelos encargos da assistência liquidados nos termos dos artigos anteriores, quando o erro da classificação dos assistidos for devido a culpa ou negligência grave.

Art. 12.º—Quando sobrevenham circunstâncias excepcionais, como a doença, a perda ou redução do ordenado ou salário do chefe de família ou do responsável pelos encargos de assistência, ou ainda a substituição deste, poderá ser transitória ou definitivamente atribuído ao assistido um escalão diverso daquele que inicialmente lhe competia.

Art. 13.º—Os estabelecimentos hospi-

tales podem, autorizados pelo Ministro do Interior, acordar com quaisquer entidades sobre condições especiais de prestação da assistência.

Art. 14.º—Os internamentos efectuar-se-ão em estabelecimentos do concelho ou no hospital sub-regional da área a que pertencer o domicílio de socorro e, na falta ou insuficiência de ambos, no hospital regional respectivo.

§ único.—A preferência estabelecida neste artigo será considerada em relação ao lugar de residência do assistido, independentemente da responsabilidade do município do seu domicílio de socorro, sempre que a deslocação não for aconselhável.

#### A ADMISSÃO NOS ESTABELECI- MENTOS HOSPITALARES

Art. 15.º—A admissão nos estabelecimentos hospitalares poderá ser ordinária ou de urgência. É ordinária quando prece-dida da organização do respectivo processo;



**GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES  
AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES.  
DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMEN-  
TARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS,**

**ETC.**

**Tubo de 20 comprimidos**



**LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**

é de urgência quando a gravidade do estado do doente ou o perigo de contágio imponham a hospitalização imediata.

§ 1.º—A admissão de urgência será submetida, no prazo de vinte e quatro horas, à direcção ou à entidade que, nos termos regulamentares, for ordinária e, quando confirmada, será competente para autorizar a admissão comunicada, nos oito dias seguintes, à câmara municipal do domicílio de socorro.

§ 2.º—A câmara municipal, nos trinta dias seguintes, poderá impugnar a responsabilidade, devendo o processo ser subido à resolução da comissão arbitral sempre que a direcção do estabelecimento não julgue atendível a impugnação.

Art. 16.º—Do processo de admissão ordinária em hospital diverso do da residência deverá constar a declaração, passada pelo director do hospital ou pelo delegado ou subdelegado de saúde, justificativa da impossibilidade de se efectuar localmente o tratamento e, bem assim, a guia de admissão passada pela respectiva câmara, quando o doente for pobre ou indigente.

§ único.—A admissão nas consultas externas e no banco é feita mediante simples preenchimento da respectiva ficha.

Art. 17.º—Os processos da admissão dos pobres e indigentes serão organizados nos institutos coordenadores da assistência e serviços que desempenhem funções análogas, tendo em vista a respectiva modalidade assistencial, ou nos próprios estabelecimentos.

Art. 18.º—O apuramento das contas dos doentes internados será feito quinzenal ou mensal e, em todos os casos, na ocasião da alta, mas, em relação às câmaras municipais, as notas discriminativas das importâncias em dívida serão enviadas trimestralmente.

Art. 19.º—O pagamento pelas câmaras municipais deverá efectuar-se no prazo de seis meses, a contar do recebimento da nota referida no artigo anterior ou da resolução da comissão arbitral se houver divergência.

§ único.—Quando as câmaras municipais não efectuarem o pagamento no prazo indicado, a direcção do estabelecimento a que a nota respeitar enviará o respectivo duplicado à Direcção-Geral da Assistência, a fim de esta promover, junto da Direcção-Geral da Fazenda Pública, que, das receitas da câmara responsável arrecadadas como adicional e em conjunto com as do Estado, seja retirada a importância necessária ao pagamento da quantia em dívida, a qual, inscrita na respectiva epígrafe «Operações de tesouraria», será enviada directamente ao estabelecimento respectivo.

Art. 20.º—Na cobrança coerciva das dívidas das câmaras pelo internamento dos doentes pobres e indigentes ter-se-á em conta o seguinte:

1.º—A dedução do produto dos adicionais às contribuições gerais do Estado não excederá, em cada ano, 20 por cento, podendo este limite ser reduzido até 10 por cento, por despacho do Ministro do Interior, fundamentado para cada caso;

2.º—No pagamento terão prioridade as dívidas aos hospitais sub-regionais e regionais, sucessivamente, e, em relação a cada um destes, as mais antigas.

Art. 21.º—Os encargos com os transportes e internamento dos doentes pobres e indigentes, nos termos deste diploma, constituem despesa obrigatória dos municípios, devendo as verbas necessárias ser inscritas nos seus orçamentos ordinários ou suplementares.

Art. 22.º—O produto das derramas lançadas sobre as contribuições directas ao abrigo do disposto no artigo 18.º do decreto-lei n.º 36.448, de 1 de Agosto de 1947, pode também ser aplicado pelas câmaras municipais na concessão de subsídios para obras ou equipamento dos hospitais sub-regionais e na satisfação dos encargos resultantes da responsabilidade que caiba aos municípios nos termos do presente diploma.

§ único. — A cobrança das derramas será feita juntamente com a dos adicionais às contribuições gerais do Estado a que se refere o artigo 705.º do Código Administrativo, sempre que as câmaras municipais assim o solicitem ao director de finanças até 30 de Setembro do ano anterior àquele a que respeitarem.

Art.º 23.º — O pagamento das dívidas aos hospitais mencionados no n.º 7.º do artigo 751.º do Código Administrativo e aos estabelecimentos que constituem os centros de assistência psiquiátrica, contraídas pelos municípios até 30 de Setembro de 1954, será regulado em diploma especial.

Art.º 24.º — Este decreto-lei entra em vigor no dia 1 de Outubro de 1954.

Pela pasta do Interior também foi publicado no «Diário do Governo» o seguinte decreto-lei:

«Artigo 1.º — As importâncias em dívida pelas câmaras municipais aos hospitais e institutos referidos no n.º 7.º do artigo 751.º do Código Administrativo e aos estabelecimentos oficiais dos centros de assistência psiquiátrica apuradas com referência a 30 de Setembro de 1954 serão liquidadas e pagas em prestações anuais mínimas de 5.000\$00 por cada 500.000\$00, ou fracção, de receita ordinária e própria cobrada no ano de 1953.

§ único. — A amortização das dívidas não poderá prolongar-se por mais de vinte anos, devendo, para isso, ser elevada a importância mínima das prestações anuais, sempre que se torne necessário.

Art.º 2.º — Consideram-se reduzidas a 50 por cento as importâncias a que se refere o artigo anterior devidas pelas câmaras municipais dos concelhos mencionados no § 2.º do artigo 8.º do decreto-lei n.º 39.805, de 4 de Setembro de 1954.

Art.º 3.º — A Direcção-Geral de Administração Política e Civil, colhidos os necessários elementos das câmaras municipais e das direcções dos estabelecimentos hospitalares, elaborará, com referência a 30 de Setembro de 1954, relação discriminada das dívidas das câmaras.

Art.º 4.º — As câmaras municipais e as direcções dos estabelecimentos hospitalares ficam obrigadas a comunicar à Direcção-Geral de Administração Política e Civil, no prazo de dez dias, as amortizações que se efectuarem por conta do débito a que se refere este diploma.

Art.º 5.º — Até 31 de Janeiro de cada ano a Direcção-Geral de Administração Política e Civil remeterá à Direcção-Geral da Fazenda Pública nota discriminativa das câmaras municipais que, no ano anterior, tiverem deixado de cumprir o disposto no artigo 1.º deste diploma, a fim de se promover a cobrança coerciva, por dedução nos adicionais às contribuições gerais do Estado.

§ único. — A cobrança prevista neste artigo não será tida em conta para efeito do limite a que se refere o n.º 1.º do artigo 20.º do decreto-lei n.º 39.805.

## Estágios pós-escolares nas Faculdades de Medicina

O «Diário do Governo» (N.º 194 de 2 de Setembro de 1954) publicou o seguinte decreto:

Usando da faculdade conferida pelo n.º 3.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo o seguinte:

Artigo 1.º — O estágio a que se referem os artigos 6.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 37.040, de 2 de Setembro de 1948, realiza-se no respectivo hospital escolar ou nos serviços da Faculdade em que foi concluído o curso.

§ único. — O Ministro da Educação Nacional poderá autorizar, em caso justificado, que o estágio se realize noutro hospital escolar ou nos serviços de Faculdade diferente ou em serviços universitários não dependentes da Faculdade.

Art.º 2.º — Os candidatos que concluírem o curso na época de Julho devem requerer a admissão ao estágio de 1 a 10 de Setembro. Os que realizarem exames na época de Outubro devem requerer essa admissão dentro de dez dias a contar da data do último exame.

Art.º 3.º — O estágio tem normalmente o seu início em 1 de Outubro e o seu termo em 20 de Julho.

§ único. — Para os candidatos que, em virtude de concluírem o curso na época de Outubro, não puderem iniciar em 1 do mesmo mês o estágio, este prosseguirá até perfazer o tempo em falta. A prorrogação verificar-se-á no ano escolar seguinte ou, se o Ministro, ouvindo a Faculdade, o permitir, durante as férias grandes.

Art.º 4.º — Os estagiários frequentarão durante duas terças partes da duração do estágio serviços de medicina e cirurgia e na última terça parte as clínicas obstétrica e pediátrica.

Art.º 5.º — Os estagiários deverão permanecer nos respectivos serviços pelo menos três horas em cada dia útil.

§ único. — Serão eliminados os estagiários que em qualquer dos períodos do estágio, derem um número de faltas superior à décima parte do número de dias úteis.

Art.º 6.º — Os directores das Faculdades organizarão para cada ano, ouvindo os directores dos serviços em que o estágio se realizar, o plano de trabalhos a que os estagiários ficam sujeitos.

§ único. — Os estagiários são obrigados a apresentar um relatório circunstanciado do estágio.

Art.º 7.º — A direcção do estágio cabe aos directores dos serviços em que tiver lugar. Os estagiários serão acompanhados por assistentes.

§ único. — O serviço a que se refere o presente artigo será, para os assistentes, considerado como regência de trabalhos práticos e regulado pelas disposições aplicáveis do Decreto n.º 20.258, de 31 de Agosto de 1931, e legislação complementar.

Art.º 8.º — Os directores das Faculdades remeterão, até 20 de Setembro de cada ano, à Direcção-Geral do Ensino Superior e das Belas-Artes, para aprovação do Ministro, os horários e os planos de trabalho e de distribuição de serviço referentes ao estágio.

Art.º 9.º — A classificação final do estágio será votada pelos directores dos serviços em que ele decorreu, com base nas informações dos assistentes e no relatório do estagiário.

Art.º 10.º — É aplicável aos estagiários o disposto no Decreto n.º 21.160, de 11 de Maio de 1932.

Art.º 11.º — Os estagiários ficam sujeitos à propina de 450\$00, que será paga em três prestações iguais, a primeira no acto de admissão e as duas restantes nos meses de Janeiro e Março.

Publique-se e cumpra-se como nele se contém.

Paços do Governo da República, 2 de Setembro de 1954. — FRANCISCO HIGINO CRAVEIRO LOPES — *António de Oliveira Salazar* — *Joaquim Trigo de Negreiros* — *Artur Águedo de Oliveira* — *Fernando Andrade Pires de Lima*.

### Prof. Nuri Ayberk

Partiu para New-York e Boston, onde vai representar o seu país no Congresso Internacional de Oftalmologia, o Prof. Nuri Ayberk, distinto oftalmologista turco, Director do Hospital Modelo de Hayderpoda, de Istambul, que, durante a sua curta estadia de poucos dias em Lisboa, viu, ali, os centros da sua especialidade.

## CALDAS DE AREGOS

ÁGUA HIPERTERMAL, SULFÚREA SÓDICA, CARBONATADA SÓDICA E MIXTAS, ETC.

As melhores no tratamento do reumatismo, nas doenças catarrais e alérgicas do aparelho respiratório, certas dermatoses e doenças utero-anexiais

Balneário inteiramente novo, modelar, entre os melhores do país, dotado de aparelhagem moderna para todas as aplicações, banhos de imersão, de bolhas de ar e carbo-gasosos, duchas simples, duchas sub-aquáticas, ducha massagem de Vichy, irrigações vaginais, etc., tratamentos fisioterápicos diversos. Instalação moderna e completa para tratamento das vias respiratórias superiores (inalatório colectivo de água mineral pulverizada e vaporizada); inalações e pulverizações individuais.

Médico Director — Dr. Jaime de Magalhães Médico adjunto — Dr. Manuel Esteves

# A V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 4 a 11 de Agosto)

**Dia 4** — Informam de Coimbra que dentro em breve, vai ser adaptado um edificio desta cidade, a fim de nele ser instalado o Centro Regional do Instituto Português de Oncologia, que ficará com um pavilhão de consultas e bloco operatório. Para o efeito, a Direcção dos Serviços de Construção dos Monumentos Nacionais, vai abrir imediatamente concurso para a sua realização.

**5** — Chega de avião a Lisboa, a Dr.<sup>a</sup> Ada C. Reid, presidente da Associação das Médicas Americanas, com sede em Nova Iorque. Aquela médica, que vai a Itália tomar parte no Congresso Internacional das Médicas, demora-se alguns dias em Lisboa, para conversar com as colegas portuguesas sobre a criação de uma associação similar daquela, de médicas portuguesas.

— São ateradas as condições que regulam os estágios dos finalistas de Medicina nos hospitais ou em serviços universitários especiais.

**6** — Informam de Paredes de Coura que foi nomeado director do «Sanatório Presidente Carmona», o Dr. António José Brás Regueiro, tendo sido louvado pelo Ministro das Comunicações «pela superior competência e verdadeira dedicação sempre demonstradas no exercício do seu espinhoso cargo».

— A Coimbra, regressa do Brasil, onde foi integrado na Embaixada Académica desta Universidade o Dr. Vaz Serra que a convite da Universidade de São Paulo, tomou parte no encerramento das comemorações do centenário da fundação da cidade.

**7** — A folha oficial insere pelo Ministério do Interior, um decreto-lei em que se definem alguns princípios fundamentais em matéria de assistência hospitalar no que respeita à responsabilidade pelos respectivos encargos, e a classificação dos assistidos em grupos ou escalões, e sua admissão nos hospitais.

— No Instituto Português de Oncologia realiza-se, de manhã, uma reunião de algumas médicas portuguesas com a Dr.<sup>a</sup> Ada C. Reid, presidente da «Medical Women's International Association», com sede em Nova Iorque, membro da «American Medical Women's Association» e directora do jornal deste último organismo.

Estão presentes as Dr.<sup>as</sup> D. Nair de Azevedo, D. Ivone Silva Santos, D. Maria Furtado Dias, D. Sarah Benoliel e D. Berta de Moraes.

Durante a reunião, as médicas presentes debateram diversos pontos de vista, ficando estabelecido que a Dr.<sup>a</sup> D. Nair de Azevedo ficaria encarregada de formar uma comissão de médicas, a qual promoverá os convites às médicas portuguesas no sentido de darem a sua adesão. Formar-se-á, então, depois das necessárias diligências, a Associação Portuguesa, correspondente das que já existem em vinte e seis países de todo o Mundo.

— De Lisboa e por via aérea, parte para os Estados Unidos, o Dr. Matos Sousa, 1.<sup>o</sup> assistente do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, que vai tomar parte, como representante da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia e do Instituto de Alta Cultura, no XVII Congresso Internacional de Oftalmologia, a realizar em Nova Iorque e Montreal (Canadá), visitando depois as principais clínicas dos Estados Unidos, da sua especialidade.

— Ainda de Lisboa, parte para Paris, onde vai visitar várias clínicas de Cardiologia, o Dr. Alfredo Franco, médico dos Hospitais Civis de Lisboa.

**8** — Chega ao Porto o Dr. Trigo de Negreiros, ilustre Ministro do Interior, Vi-

sita os terrenos situados na rua do Viso onde se pensa construir o novo Centro Psiquiátrico da Zona Norte, e alguns estabelecimentos de assistência.

— Regressa a Lisboa, o Dr. Mário Gonçalves Viana, director do Instituto Nacional de Educação Física, que a convite da Escola Nacional de Educação Física e Desportos da Universidade do Brasil, realizou uma série de conferências sobre assuntos de pedagogia, tanto no Rio de Janeiro como em Belo Horizonte e Porto Alegre.

— Passa em Lisboa o Dr. Helmut Lepp, professor auxiliar de anatomia da Universidade de Hamburgo que vai para a Escola de Odontologia da Venezuela, reger a cadeira de anatomia normal e patologia da boca.

**9** — Da mesma cidade parte para Montpellier, França, em viagem de estudo a diversas clínicas psiquiátricas, o Dr. Abilio Mendes.

— A fim de representar o nosso País no III Congresso Hispano-Lusitano de Dermatologia, parte de Coimbra para Espanha, o Dr. Mário Trincão, Professor da Faculdade de Medicina, que é acompanhado pelos Drs. Henrique de Oliveira, professor extraordinário e Artur Leitão, assistente.

**11** — Segue para Nápoles, onde vai representar Portugal no 11.<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina no Trabalho, o Dr. Vitor Manuel Santana Carlos.

— Sabe-se que vão ser ampliados o laboratório e a casa das cobaias do Hospital Curry Cabral, obra orçada em 300 contos.

### Estrangeiro

No passado dia 11, em Castelgandolfo, o Papa Pio XII disse que a doença grave podia contribuir para o homem atingir valores morais aos quais poderia nunca ter aspirado em circunstâncias normais.

Declarou: «Num corpo atacado, a alma, caminhando para a grandeza, pode atingir as qualidades mais elevadas».

O Papa, que esteve ele próprio gravemente doente no princípio deste ano, pediu a especialistas de paralisia infantil para irem além do seu auxilio estritamente médico e apoiarem as vítimas da poliomielite nos problemas humanos provocados pela doença.

O Sumo Pontífice recebeu em audiência cerca de 1.000 peritos de paralisia infantil, de todo o Mundo, no seu Palácio de Verão. Os especialistas terminaram o terceiro Congresso Internacional de Poliomielite, em Roma.

## NOTICIARIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 2/IX a 8/IX/1954)

2/IX

Decreto que regula a realização do estágio a que se referem os artigos 6.<sup>o</sup> e 7.<sup>o</sup> do Decreto-Lei n.<sup>o</sup> 37.040, que promulga a reforma dos estudos das Faculdades de Medicina.

Este Decreto transcreve-se na íntegra.

3/IX

Dr. Manuel Nazaré Cordeiro Ferreira, director do serviço de pediatria médica dos Hospitais Civis de Lisboa — concedida pelo Instituto de Alta Cultura equiparação a bolseiro fora do País, de 3 a 10 de Julho passado.

— Dr. António Pinto Teixeira, mé-

dico dos Hospitais Civis de Lisboa — concedida pelo Instituto de Alta Cultura, equiparação a bolseiro fora do País, de 1 do corrente a 31 de Julho do ano próximo.

— Dr. Manuel João dos Santos Afonso Farmhouse, médico do Refúgio do Tribunal de menores de Lisboa, fisioterapeuta do Hospital da Santa Casa da Misericórdia da mesma cidade — considerado pelo Instituto de Alta Cultura, em missão oficial fora do País, de 25 de Agosto findo a 16 do corrente mês.

— Dr. Humberto Gabriel da Silva Nunes, médico dos Hospitais Civis de Lisboa — considerado pelo Instituto de Alta Cultura, em missão oficial de estudo fora do País, de 29 de Agosto findo a 30 deste mês.

— Dr. Arnaldo Pereira Rocha, director do Sanatório de Santana — considerado pelo Instituto de Alta Cultura, em missão oficial fora do País, de 20 de Agosto findo a 20 do corrente mês.

— Dr. Carlos Larroudé Gomes, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, director clínico dos Hospitais Civis daquela cidade e professor do curso preparatório de professores de surdos-mudos da Casa Pia da mesma cidade — concedida pelo Instituto de Alta Cultura, equiparação a bolseiro fora do País, pelo período de sessenta dias a partir da 2.<sup>a</sup> quinzena do mês findo.

6/IX

Dr. Almerindo de Vasconcelos Lessa, director de serviços de sangue dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se do País, de 1 do corrente a 10 do próximo mês, em missão oficial do Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Luís Sales de Andrade e Sousa, médico de 2.<sup>a</sup> classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. João Manuel Pacheco de Figueiredo, director da Escola Médico-Cirúrgica de Goa — nomeado definitivamente lente do 6.<sup>o</sup> Grupo de mesma Escola.

— Dr. João Teixeira Pimentel, médico estomatologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Moçambique — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. José Parada Monteiro — nomeado médico municipal do partido de Palhais, concelho do Barreiro.

7/IX

Dr. Juvenal Alvarez Esteves, assistente de serviço da especialidade de dermatologia dos Hospitais Civis de Lisboa — autorizado a deslocar-se ao estrangeiro de 11 a 19 do corrente, em missão oficial do Instituto de Alta Cultura.

8/IX

Dr. Mário Ferreira de Alenquer, director de serviço da especialidade de fisiologia dos Hospitais Civis de Lisboa — autorizado a deslocar-se ao estrangeiro de 23 do corrente a 13 de Outubro próximo, em missão oficial do Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Alfredo Marques Ferraz Franco, assistente de serviço geral de clínica médica dos Hospitais Civis de Lisboa — autorizado a ausentar-se durante o corrente mês, equiparado a bolseiro fora do País do Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Fernando Sabido Silva, assistente da especialidade de pediatria médica dos Hospitais Civis de Lisboa — autorizado a ausentar-se fora do País, de 14 a 30 do corrente, equiparado a bolseiro do Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Mário Ferreira Rosa Falcão — aprovado no concurso para habilitação ao provimento do lugar de broncopneumologista do Sanatório D. Carlos I (único concorrente).

FADIGA PRIMAVERIL, ASTENIA?



# Vitona-B

*tônico nervino vitaminado*

A VITONA-B une à terapêutica estimulante a terapêutica fortificante. Em face da sua criteriosa composição (Vit. B<sub>1</sub>, lecitina, glicerofosfato de cálcio, Kola, extracto de noz vômica, sulfato de cobre e peptonato de ferro e manganésio) assegura os melhores resultados no tratamento de *astenia, excesso de trabalho intelectual ou físico, depressão e convalescença.*

VITONA-B

TUBO DE 40 PILULAS

DR. A. WANDER S. A. — BERNA — SUIÇA

# BISMUCILINA

Bial

## BISMUCILINA

### INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO  
EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 g  
Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)  
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

## BISMUCILINA

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

## BISMUCILINA

### INFANTIL

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS