

MARÇO
E ABRIL
DE 1961

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

3.ª Série
IV Volume

N.º 33

Com o número 33 desta série damos início ao IV volume.

Com o número 34 termina uma série da assinatura. Os assinantes que desejam continuar a receber os "ESTUDOS" desde o n.º 35 a 44 devem remeter mais Esc. 20\$00

LESÕES E TRAUMATISMOS PARTICULARES A CADA DESPORTO

Corridas de velocidade e Roturas musculares.
Entorses — Saltos.
Fracturas da rótula e outras lesões
Lançamentos e lesões particulares a esta modalidade.

A MAGREZA CONSTITUCIONAL E A MAGREZA PATOLÓGICA.

AS MICOSES DA PELE

DORES DE CABEÇA — OTITES — SURDEZ

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.º E. LISBOA

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 133-B - LISBOA-1

Sala

Est.

Tab.

N.º

33

JANEIRO E FEVEREIRO DE 1961

Artigos publicados nas 2.^a e 3.^a Séries dos "Estudos"

1 a 7 — **Estudos sobre a inteligência e a memória.**

8 a 14 — **Ensaio de psico-patologia** — Emoções — Pudor — Emoção sexual — Afectividade — Maternidade — Mentira — Formação do carácter — Timidez — Modéstia.

15 a 32 — **O Optimismo e o Pessimismo** — A infelicidade — A intranquilidade e a Ansiedade — Higiene da inteligência, da sensibilidade e da vontade — Terapêutica de pessimismo.

A 3.^a Série é dedicada ao importante problema dos «**Exercícios físicos treinos e desportos**» de que publicamos até ao n.º 27, os seguintes capítulos:

A acção dos desportos sobre a saúde e o desenvolvimento do organismo — Efeitos do esforço muscular sobre o coração e os vasos.

Exercícios e jogos, na primeira infância (até aos 2 anos e dos 2 aos 6 ou 7 anos), no período prepubertário e na adolescência — Regularização do crescimento.

Iniciação desportiva — Remo — Natação — Esgrima — Ciclismo — Foot-ball, Rugby, Basquet-Ball e Hockey.

A excitação e a calma nos desportos.

A acção terapêutica dos exercícios físicos — Exercícios e nutrição — Exercícios e funções de excreção.

O problema dos desportos e da juventude na Suíça.

Exercícios físicos e alcalose — Atrofia muscular — Exercícios físicos, dispepsias e cardiopatias — A obesidade e os exercícios.

Os problemas da alimentação no desporto — Alimentação nos treinos, competição e recuperação.

Doping — O reumatismo nos desportistas.

Surménage e fadiga — «Surménage» na criança e nos adolescentes — Precauções para evitar a «Surménage» nas crianças e nos adolescentes — Devemos respeitar as regras do Código Olímpico Internacional nos exercícios das crianças e dos adolescentes, ou devemos adoptar os exercícios que mais convêm à infância e à adolescência? — «Surménage no adulto» — Sintomas de «Surménage» crónico — «Surménage» na segunda idade e na velhice — Problemas da fadiga na indústria.

Psicanálise do automobilista.

Cont. na pág. VII

**As dores consecutivas às operações
cirúrgicas, extracções dentárias,
pequenas operações**

tratam-se com *Espasmo-Dibar*, supositórios
e, em geral,

Contra qualquer dor

supositórios de *Espasmo-Dibar* aliviam-a
ou fazem-a desaparecer dentro de cerca de 10 minutos

PREVENTIVO CONTRA A SURDEZ

Provocando a eliminação do cerumen dos ouvidos
e mantendo a membrana do tímpano em funciona-
mento perfeito, consegue-se aplicando regularmente
uma vez por semana ou por mês (conforme a facul-
dade individual de produzir o cerumen)

Otoceril

As Dores hemorroidárias

Combatem-se dentro de 6 a 10 minutos, aplicando
um supositório de

Anti-Hemorroidina

ou, nas hemorroidas externas, com aplicações da
Pomada de *Anti-Hemorroidina*.

Combatei a

HIPERACIDEZ DO ESTÔMAGO

com comprimidos de *Gelumina*

DIGESTÕES DEMORADAS

com *Neo-Digestina* que facilita a digestão e *Gelumina* que combate a irritação das paredes do estômago e facilita a expulsão do bolo alimentar

DIGESTÕES DOLOROSAS

com *Gelumina* para proteger a parede do estômago e evitar a formação da úlcera

com *Sanul* no caso de já existir úlcera ou tendência para a sua formação

com *Espasmo-Dibar*, supositórios para combater qualquer dos resultados dos espasmos dolorosos provocados pela inflamação das paredes do estômago.

MARÇO
E ABRIL
DE 1961

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

3.^a Série
IV Volume

N.º 33

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.º E, LISBOA

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 133-B - LISBOA

Lesões e Traumatismos particulares a cada desporto

II

A série de estudos «Lesões e Traumatismos particulares a cada desporto» que se seguiu à série de «Exercícios Físicos, Treinos e Desportos», começou no número anterior, em que descrevemos o plano da nova série de estudos e desenvolvemos um artigo sobre as «Corridas de Fundo, Corridas de Obstáculos - Cross country», referindo-nos particularmente às sinovites do pé e às perturbações cardiovasculares dos corredores.

CORRIDAS DE VELOCIDADE

A *corrida de velocidade pura* é a dos 100 metros; é a que põe em evidência o máximo da velocidade instantânea de que é capaz o aparelho locomotor de um indivíduo; é um esforço curto, de 10 a 11 segundos, mas extremamente intenso.

Roturas musculares — As lesões mais frequentes nas corridas de velocidade são as roturas músculo-tendinosas na coxa ou na barriga da perna; chegam a dar-se logo no momento da partida.

Na posição de partida, o corredor está quase ajoelhado com um joelho, com o tronco horizontal, apoiado adiante sobre as duas mãos. Quando se dá o sinal de partida, ele salta sob o impulso dos músculos extensores das pernas. Nos primeiros momentos, por uma inspiração



CENTRO GEOMÉTRICO
TORRILHO DE CARVALHO

brusca, enche de ar o peito, que se imobiliza, com a glote fechada; todos os músculos do abdómen se apoiam sobre o tórax assim bloqueado, para imobilizar os ossos da bacia, onde se vão apoiar os músculos nadegueiros e os da coxa, para se moverem em contracções tão rápidas quanto for possível. Em suma, o corredor passa de uma atitude de flexão para uma atitude de extensão; é neste momento que se produzem as roturas musculares que se dão no quadricípede femural ou nos músculos costureiro, gémeos e peroneal.

A rotura manifesta-se por uma dor muito forte, mesmo tão violenta em certos casos, que o ferido se rebola no chão agarrando com as duas mãos o membro lesado, como se tivesse uma fractura; a impotência é completa.

Este acidente dá-se sobretudo nas pessoas de mais de 40 anos e que pretendem, sem prévia preparação, tomar parte em uma corrida de velocidade. A flexibilidade dos músculos treinados defende mais os homens novos contra este género de lesões.

O frio exterior predispõe muitas vezes para a rotura que se dá raramente quando os músculos estão quentes antes de partir na corrida.

O quadricípede crural raramente se rompe. A lesão dá-se no ponto de ligação do seu tendão na rótula ou no tendão rotuliano; no primeiro caso separa-se da base da rótula; às vezes produz-se uma verdadeira rasgadura do tendão quadricipital; no segundo caso, que é mais frequente do que o primeiro, as roturas do tendão rotuliano tomam aspectos variados, desde a fractura da ponta da rótula até ao arrancamento da tuberosidade anterior da tibia. A sintomatologia é muito semelhante à da fractura da rótula, mas não existe hemartrose e a rótula liberta das suas ligações inferiores eleva-se em virtude da contracção do quadricípede; o tratamento só pode ser cirúrgico. O ferido não pode levantar o calcanhar; verifica-se, conforme os casos, uma depressão supra ou infra rotuliana.

Em alguns casos podem dar-se roturas isoladas dos músculos que compõem o quadricípede, particularmente o recto interno.

Pode dar-se a rotura parcial de um músculo. O tratamento deve principiar por uma completa imobilização, mas de curta duração (dois a três dias); depois pode utilizar-se o ar quente, diatermia, massagens ligeiras, electricidade estática, enfim todos os meios que possam activar a circulação e favorecer a nutrição dos tecidos. Quando a rotura for completa deve fazer-se a sutura.

O *rasgamento ou rotura do tendão de Aquiles* não é um acidente muito raro e devido a contracções violentas; pode dar-se em locais variados, mais geralmente entre 3 a 6 cm. da inserção inferior; em geral é completo mas, na maioria dos casos a bainha aponevrótica é respeitada o que explica o pequeno afastamento dos fragmentos, Mathieu e Muet observaram alongamentos do tendão, sem rotura.

O tratamento aconselhável é o cirúrgico. Os cuidados post-operatórios têm uma grande importância; a imobilização do músculo em posição de relaxamento, sobre uma tala apropriada, permite evitar toda a tracção sobre as suturas antes da cicatrização, que não leva menos de um mês a consolidar-se.

Tem-se também verificado *alongamentos do tendão rotuliano*. Não há rotura nem lesão aparente do tendão; as perturbações funcionais são extremamente marcadas; traduzem-se por dificuldades de marchar e quase impossibilidade de subir e sobretudo de descer escadas. O diagnóstico deve fazer-se pelas radiografias de perfil, comparadas, do joelho são e do doente; mostram uma elevação da rótula, que pode atingir um centímetro e mesmo mais, no lado lesado.

O seu tratamento consiste em diminuir a separação por meio de um fio não reabsorvível, ligado em laço no interior do tendão rotuliano.

Entorse da articulação do pé com a perna — No momento da partida, todo o peso do corpo incide sobre a articulação tarso-metatarsica e o lançamento faz-se tomando o ponto de apoio sobre ela. A extensão da perna, feita muito rapidamente e levada para além dos seus limites ordinários, pode combinar-se com movimentos normais de adução ou de abdução do pé, geralmente aprisionado numa cavidade feita no solo pelo próprio corredor. É então que se produz a entorse, ou uma sucessão de entorses.

O movimento transmite-se em primeiro lugar à articulação infra-astragaliana; conseqüentemente o ligamento do astragal com o calcâneo distende-se ou rompe-se; por seu turno distendem-se ou rompem-se os ligamentos peróneo-astragaliano e o peróneo-calcâneo. Quando as lesões atingem este ponto, o astragal bascula, apoia-se de um lado e outro sobre os maléolos e a série de acidentes termina por uma diastese tibio-peroneal.

Podem também ficar lesadas a articulação mediotarsica e os ligamentos dorsais astragalo-escafoideos, e calcâneo-cuboideu. O entorse desta articulação é sempre poliarticular.

Quando as lesões têm *predominância externa* a inchaço e a equimose predominam do lado de fora; a palpação revela uma dor viva para diante e para baixo do maléolo externo. Os movimentos da adução do pé são limitados ou impossíveis.

Quando têm *predominância interna* os sinais predominam na face interna da articulação; o movimento de adução provoca dor na região do maléolo tibial.

Quando a maior parte das lesões estão situadas na *articulação médio-társica*, o inchaço e a dor predominam sobre as costas do pé. É o caso mais frequente nos *sprinters* que repetem muito frequentemente o exercício de largada e o fazem sem ter cuidado com as articulações do pé.

Quando as manifestações se arrastam ou são particularmente dolorosas, impõe-se o exame radiológico para verificar se há ou não arrancamentos de tendões ou fracturas.

Nas formas ligeiras a cura vem poucos dias depois; mas desde que se produza um entorse, mesmo pequeno, quando se fazem novas tentativas de partida ou em *matchs* desportivos, as dores persistentes e a inchação passam ao estado crónico com contracturas que tornam impossível a continuação dos exercícios de corrida.

O tratamento das entorses do pé é sempre prolongado se houver arrancamentos ou fracturas dos maléolos, do astragal ou do calcâneo, que venham complicar as lesões articulares.

Outros acidentes das corridas de velocidade

As corridas de velocidade produzem uma sobreexcitação dos centros nervosos respiratórios e cardíacos, mas em geral de uma maneira breve, transitória, às vezes quase instantânea, pois a corrida de velocidade tipo, a dos 100 metros, só dura de 11 a 13 segundos.

No entanto, excepcionalmente e sobretudo nas crianças (que nunca deviam correr em competição para mais de 60 metros), succede que o corredor, à chegada, pode atingir um estado de *lipotimia*. Basta conservar o doente deitado para recobrar imediatamente os sentidos e para o ritmo do coração e da respiração voltar muito rapidamente ao normal.

As corridas de velocidade devem ser proibidas depois dos 40 anos. Consideramo-las susceptíveis de provocar a morte, nas proximidades dos 60 anos. Há várias pessoas que, na pressa de apanhar um comboio ou um barco, dão uma corrida rápida e morrem súbitamente depois de atingirem a meta; há factos registados em que as vítimas eram pessoas aparentemente saudáveis e que nunca tinham apresentado o mais pequeno acidente circulatório ou cardíaco; deve-se concluir que o esforço brusco que realizaram arrastou qualquer deslocamento provocador de uma embolia de que a existência se não tinha revelado anteriormente.

Mas não é só o perigo de acidente mortal súbito que devemos prevenir. O esforço repetido a que se obriga o coração, vai provocando progressivamente perturbações da circulação, dilatação cardíaca e várias afecções da aorta e dos vasos.

Nas pessoas de idade, a inspiração com imobilização do peito que é o regimen respiratório durante uma corrida de velocidade, favorece a formação de um enfisema; este estado é acompanhado de uma grande sobrepressão no coração direito. Por outras razões devemos sempre desaconselhar os exercícios de velocidade depois dos 40 anos; as artérias, em geral, já não são tão elásticas e as válvulas do coração já não são suficientemente resistentes para resistirem, o que traz funestas consequências.

Saltos

Os saltos em comprimento e em altura, com corrida preparatória, podem provocar várias lesões nos ossos e nas articulações dos membros inferiores. Vamos descrever as mais frequentes.

Talalgia dos saltadores — A contusão repetida dos tecidos infracalcâneos depois de executar saltos repetidos e numerosos, traumatiza a pretensa bolsa serosa de Lenoir, situada entre a almofada gordurosa do calcanhar e os ossos. Os traumatismos produzem uma irritação crônica dos tecidos, por repetidos esmagamentos e dão origem posteriormente a formações osteofíticas.

Por outro lado, as trações violentas ou anormais dos músculos plantares e do tendão de Aquiles, no momento dos saltos, provocam minúsculos arrancamentos periosticos que são a origem das zonas de ossificação que produzem as exostoses retrocalcâneas.

A dor instala-se a pouco e pouco; pode atingir uma grande acuidade e impedir as pessoas de marchar ou obrigá-las a apoiarem-se unicamente sobre a ponta dos pés. Esta perturbação funcional, muito acentuada é acompanhada frequentemente de um estado nevropático, por vezes acentuado. A dor manifesta-se na face inferior do calcanhar, propagando-se por vezes para a inserção do tendão de Aquiles; neste caso podemos pensar que a contusão, que provoca dor plantar, deve coexistir com um alongamento do tendão de Aquiles que, em cada salto, exerce uma considerável tração sobre o seu ponto de inserção no calcâneo.

O exame clínico não permite descobrir nenhuma alteração dos tecidos; o calcanhar conserva a sua forma normal; a palpação não fornece nenhum índice além da dor que se provoca fazendo pressão sobre a planta do pé, ao nível das tuberosidades inferiores do calcâneo.

A talalgia tem uma evolução crônica; dura semanas e meses e prolonga-se por muito tempo depois de cessarem as contusões sobre a região dolorosa.

A radiografia mostra a existência de tuberosidades na região infracalcânea, que afectam as formas mais variadas, desde uma pequena elevação mal perceptível até exostoses perfeitamente marcadas tendo, ou uma forma redonda ou uma forma de espinha com ponta anterior. As exostoses podem ser retro-calcâneas e tomam a forma de uma lâmina óssea inserida na espessura do tendão de Aquiles ou situada na sua frente; outras vezes aparecem com saliências fazendo maior ou menor hernia ou bolsa serosa aquiliana, tendo as formas mais variadas.

O tratamento consiste na ablação, não somente da exostose, mas também do tecido fibro-adiposo mais ou menos condensado que a recobre.

Não nos referimos especialmente às fracturas do calcâneo que não são raras e que têm o tratamento normal das fracturas.

Diastases tibio-peroniais e os seus múltiplos efeitos nos saltadores — Os movimentos que os pés executam para saltar são complexos. Além dos dois movimentos fundamentais, de *flexão* e de *extensão*, podem executar, em condições mecânicas especiais, movimentos de *adução*, *abdução* e de *circundução*.

A queda faz-se de uma altura que pode atingir 4 metros; é preciso pois que a tomada de contacto com o solo se faça sob incidências normais, sem o que, podem produzir-se lesões na articulação. É verdade que muitos saltadores caem também com as mãos ou com as mãos e pés; no entanto, na maioria dos casos, são os membros inferiores que ficam traumatizados e é a articulação tíbio-társica que fica mais exposta.

Quando toca no solo, ora o pé está em *adução* (ponta do pé dirigida para dentro), ora em forte *abdução* (ponta para fora); em qualquer dos casos, a planta do pé continua dirigida para baixo e a parte dorsal para cima. O pé pode executar movimentos de *rotação* para dentro, em volta do seu eixo antero-posterior, elevando-se o seu bordo interno e dirigindo a face plantar para o plano mediano do corpo. Os alemães, por analogia com o que se passa no pulso, chamam a este movimento, de *supinação*. Na *rotação para fora*, o bordo externo do pé eleva-se dirigindo a face plantar para fora; é a *prunação*.

As *aduições*, *abduções* e *rotações* não se exercem isoladamente; combinam-se; é assim que a *adução* e *rotação* para dentro são simultâneas e sucede o mesmo à *abdução* e *rotação* para fora. A *circundução* é a execução sucessiva dos quatro movimentos anteriormente descritos.

Quando o saltador toca no solo em posição de *adução* e *rotação do pé para dentro*, os ligamentos laterais externos da articulação do pé com a perna estão fortemente distendidos; se cedem algumas fibras ligamentosas, dá-se uma *entorse externa simples*; se o movimento continua, o maléolo externo, fixado pelos ligamentos da articulação peróneo-tibial inferior e puxado para baixo pelos ligamentos laterais externos que resistiram, quebra-se a 2 ou 3 centímetros acima da ponta. É a *fractura por arrancamento do maléolo externo*, que é a *fractura* mais frequente dos saltadores.

Se a *rotação* do pé for forçada para mais além, o astragalo, que se não mantém para fora, faz pressão pela sua face interna sobre o maléolo tibial e a *fractura* na sua base; é a *fractura bi-maleolar por adução* ou, melhor, *rotação interna*.

Rotura dos músculos abductores da coxa — Os exercícios de salto com lançamento põem em movimento toda a musculatura dos membros inferiores. Chegado à barra, o saltador lança bruscamente, em extensão forçada, a perna que é a primeira a ultrapassar a barra; cai portanto sobre a ponta do outro pé; este movimento provoca um grande alongamento dos músculos abductores da coxa; verificaram-se, rasgamentos ao nível das inserções isquio-púbicas dos músculos recto interno

e do grande aductor e ao nível do tubérculo do condilo interno, onde se insere o terceiro adutor. No primeiro caso sente-se uma dor viva na parte superior e na região da articulação da coxa; no segundo, sente-se a dor na região interna do joelho.

Fracturas da rótula — Estas fracturas podem ser causadas por *arrancamento* ou por contracção muscular. Produzem-se a seguir a uma *tracção* violenta sobre a rótula, quando a perna do saltador está em extensão, no momento da impulsão ou por *flexão* quando, pelo contrário, o joelho está no máximo da flexão quando o corredor cai no solo; como a coxa está flectida, a face articular da rótula só está apoiada no fémur pela sua parte média; por outro lado, o quadricípede e o ligamento rotuliano puxam para trás as suas duas extremidades; a rótula encontra-se assim transformada em uma alavanca de que o *ponto de apoio* está representado pela extremidade inferior do fémur, a *resistência* pelo ligamento rotuliano que se fixa na tibia e a *potência* pelo quadricípede; pondo em jogo esta potência, a rótula fracturar-se-á no nível do seu ponto de apoio, isto é, pela sua parte mediana.

Nos saltadores é mais frequente a fractura da rótula esquerda, contrariamente à regra das estatísticas gerais, em que é a direita a mais atingida. Esta fractura é devida ao papel propulsor da perna esquerda na enorme maioria dos saltadores.

O primeiro sintoma da fractura da rótula é uma depressão transversal, por vezes muito acentuada, na parte anterior do joelho e que é devida ao afastamento dos dois fragmentos da rótula e que aumenta com a flexão da perna. Como a rótula está forrada por detrás pela sinovial do joelho, as suas fracturas são todas intra-articulares e acompanham-se de um derrame sanguíneo, mais ou menos volumoso, na articulação do joelho.

O saltador, no momento em que se produz a fractura sente uma dor viva e sente um estalido na rótula; pode dar alguns passos curtos ou saltitar sobre a perna sã, antes de cair para trás sem poder levantar-se. A perna ferida fica flectida não podendo estender-se; o quadricípede, único músculo extensor da tibia, não pode mobilizar este osso.

A fractura da rótula consolida-se por um calo fibroso que se estabelece entre os dois fragmentos, a não ser que o cirurgião já tenha coaptado os fragmentos por meio de suturas; neste caso, o calo ósseo é geralmente regular. As fracturas que se consolidam com grande afastamento dos fragmentos são seguidas de impotência funcional mais ou menos acentuada, que resulta da incapacidade da acção do quadricípede.

Outras lesões observadas durante os saltos — Muitas outras lesões podem resultar dos movimentos neste desporto. Produzem-se quase sempre nos membros inferiores, por vezes na região dorso-lombar (*lumbago traumático*), mas também algumas vezes nos membros superiores.

A queda não se faz sempre na posição vertical; o saltador pode

atingir o solo em qualquer posição, particularmente utilizando os braços, o que explica o acidente das fracturas do pulso e das luxações do ombro. Se os saltadores têm as paredes abdominais insuficientemente fortes, podem aparecer-lhes hérnias ou *pontas de hérnia*. As ptoses viscerais são agravadas nas pessoas que, sem preparação ginástica, resolvem dar saltos atléticos.

Também não raros os *entorses do joelho*, de que se dão:

a) Entorses sem complicações dos meniscos e com lesões dos ligamentos laterais interno e externo e os ligamentos causados).

b) Entorses com complicações dos meniscos, entre os quais citamos as fracturas, as fissuras, as luxações e as subluxações dos meniscos.

c) Entorses com complicações da artrite crónica (muito raras).

Lançamentos

Os *lançamentos atléticos* são os lançamentos da bola, do disco, do dardo e do martelo.

A *bola* de 7,257 quilos é agarrada na mão, e elevada à altura do ombro; o atleta deve manter-se no limite de um círculo de 2,135 m de diâmetro; ele prepara-se para o lançamento por meio de saltos curtos, quase no mesmo local e sobre o mesmo pé.

A *acção de lançamento do disco* executa-se dentro de um círculo de 2,50 m de diâmetro. O disco é colocado bem assente na palma da mão aberta, sobre os dedos afastados, segurando o rebordo do disco com a polpa das falangetas. Durante o tempo preparatório do balanço, a mão direita volta a palma com a face para o solo, enquanto a mão esquerda, com a palma oblíqua e orientada para o céu, sustenta o disco; um dos pés toca no círculo do lançamento e o outro fica no interior, com o corpo em atitude vertical. O braço direito balança muitas vezes; é o tempo mais importante da concentração muscular. Bruscamente, o corpo passa a ser suportado sobre a perna central, pivota sobre si próprio, enquanto os pés esboçam uma espécie de passo de valsa e o braço portador do disco, primeiramente estendido lateralmente, depois para trás e depois à deriva, arrastado pela espádua, ultrapassa o corpo, lança-se violentamente para diante pelo movimento giratório e pára sobre o eixo da projecção, com a mão aberta.

No estilo do *lançamento clássico*, o *dardo* é agarrado plenamente com a mão pelo seu centro de gravidade, onde tem uma bandagem de cordas.

Depois de uma corrida de cerca de 30 metros, que a princípio é lenta e a seguir mais viva, o braço estende-se para trás, ao mesmo tempo em que o tronco e as pernas se põem direitas, firmes e depois se flectem, simultaneamente com a projecção do braço para diante, projectando o

dardo tangencialmente a uma trajectória que não seja demasiadamente recta nem demasiadamente arqueada.

O papel da força muscular geral é menos importante neste exercício do que nos lançamentos precedentes. Um bom lançador de dardo deve ter uma grande flexibilidade e uma solidez a toda a prova dos músculos do ombro.

O *lançamento do martelo* foi um desporto imaginado pelos ferreiros irlandeses que lutavam para ver quem lançava mais longe os martelos de forjar. A própria forma do martelo foi modificada, conservando apenas o nome.

O lançador, encerrado num círculo de 2,135 m de diâmetro, fortemente assente sobre as pernas afastadas, principia por voltar as costas ao objectivo que quer atingir; agarrando o punho do martelo com as duas mãos, faz voltar o peso acima da cabeça, gira duas ou três vezes sobre si próprio, resiste à força centrífuga que tende para o desequilibrar e quando o movimento circular atinge o seu máximo de velocidade, larga o martelo sobre o eixo de projecção, com a cara voltada para a posição inicial.

O lançador de martelo deve ser um homem pesado, conseguindo pelo seu peso opor-se à força centrífuga do martelo no momento de o lançar. Deve ser dotado de flexibilidade, de grande vigor muscular e de uma coordenação motora impecável.

Lesões produzidas na ocasião dos lançamentos — São relativamente pouco numerosas.

Os lançamentos, praticados sem cuidados ou muito frequentemente repetidos, provocam por vezes uma *nevrite do nervo cubital* com o ponto nevralgico na goteira epitrocleana e irradiação dolorosa para o território do plexus braquial.

O nervo cubital, deitado na goteira epitrocleana, fica fortemente distendido sobre o húmero; na ocasião da flexão do membro superior, ele está alongado ao máximo; no momento da extensão do membro, bruscamente, cessa o seu alongamento, quando se executa o lançamento. Pode então acontecer que o nervo cubital fique entalado entre o bordo interno do olecrânio e o úmero; é uma eventualidade que sucede com frequência.

A nevrite do cubital é, geralmente, tenaz e impõe a cessação dos movimentos de lançamento; a dor é viva a todo o longo do braço com o máximo na goteira da epitroclea; e é, de princípio, contínua com exacerbações nocturnas; pouco a pouco vai dando lugar a um adormecimento acompanhado de formigueiros desagradáveis nos músculos do antebraço. Quando se inspeciona o cotovelo atingido não se nota nenhuma modificação objectiva; não existe nem inchaço articular ou periarterial nem atrofia muscular. A radiografia nada elucida.

Em outros casos, a dor é *epicondiliária*; é aguda e mantém-se durante algum tempo. Em geral, a dor situa-se electivamente na face anterior da articulação do cotovelo, na interlinha articular; cada lançamento provoca, no fim do movimento de lançar, um reflexo doloroso na flexura do cotovelo, mas irradia para o braço até ao ombro e para o antebraço até aos dedos; neste caso é necessário admitir que é devida a uma tensão extrema dos nervos mediano e radial nos movimentos de extensão externa do antebraço sobre o braço.

Tem-se dado um certo número de *rasgamentos da parte longa do biceps*; em geral curam, com tendência para a formação de *ostiomias*. Também se dão com certa frequência, *dores de rins, lumbagos traumáticos*, que aparecem em geral nos lançamentos do disco e do martelo, exercícios que são condicionados por uma rotação completa do corpo sobre o seu eixo. Estas lesões, evidentemente, comportam roturas musculares parciais, de que é difícil determinar exactamente a localização; comportam além disso muitas vezes, lesões dos discos inter-vertebrais ou mesmo da coluna vertebral.

Erkes observou um *rasgamento parcial do músculo grande oblíquo do abdómen* em um lançador de disco. Esta lesão, rara, pois só conhecemos 5 casos descritos, foi observada em um homem de 32 anos que três meses antes, quando lançava um disco, sentiu uma dor brusca no lado esquerdo do abdómen, de tal intensidade que não pôde retomar as suas ocupações; como nem os tratamentos médicos, nem o repouso, trouxeram melhorias foi sujeito a uma intervenção cirúrgica, que mostrou, na abertura do abdómen, na região do bordo esquerdo do músculo grande-recto, um pouco acima do umbigo, uma rasgamento oblíquo e transverso, assim como da aponevrose do grande oblíquo. Fez-se a sutura de que resultou a cura.

No próximo número trataremos das lesões provocadas pela prática do futebol.

A MAGREZA CONSTITUCIONAL E A MAGREZA PATOLÓGICA

A magreza constitui um síndrome que até hoje tem sido de difícil tratamento. Referimo-nos especialmente à magreza constitucional, pois que a magreza patológica devida a doenças várias ou a magreza própria das convalescenças tem tratamento próprio, em relação com as causas que lhes deram origem.

Actualmente, depois de muitos estudos e de experiências foi descoberto um novo produto, de fórmula muito complicada, mas que é

conhecido sob a designação de Deltinar, que se mostrou eficaz nas insuficiências ponderais da criança e do adulto, na magreza constitucional, na falta de calcificação, osteoporose da menopausa, na osteoporose senil, bem como um útil auxiliar no tratamento das fracturas. As aplicações feitas com aquele produto mostraram que era muito útil em todos os casos em que se pretende melhorar o crescimento e o peso, tornar positivo o balanço do azoto no organismo, facilitar a fixação do cálcio pelo esqueleto e, através destes efeitos, melhorar a fraqueza constitucional, corrigir a magreza, mesmo nas convalescenças difíceis, proporcionar aos doentes melhor bem estar e condições mais propícias a uma total e rápida recuperação.

O «Deltinar» melhora também o apetite. Na pediatria, nos lactentes distróficos e nos prematuros, bem como na criança e no adolescente subdesenvolvido, o Deltinar aumenta o peso e o crescimento. Como dissemos, é útil na osteoporose e um bom adjuvante no tratamento das fracturas porque, estimulando o anabolismo proteico, provoca o aumento da formação da substância fundamental do osso, que é uma condição necessária para a melhoria da fixação local do cálcio.

Nas magrezas patológicas, em que o tratamento da causa, proveniente da má função da glândula tiroideia, por exemplo, não arrasta a normalização do peso do corpo, o Deltinar exerce uma acção enérgica e muito útil, bem como na preparação pré-operatória dos doentes magros, a quem produz uma melhoria do estado geral e a quem, além disso facilita a recuperação post-operatória.

Nos atletas magros que, apesar de tratamento dietético de robustecimento, não conseguem aumentar de peso, é muito útil este tratamento, que está também indicado sempre que há fracturas ou outras lesões ósseas.

Prepara-se em comprimidos de 1 mg. e 5 mg. e em frascos de 10, 20 e 100 comprimidos, estes últimos necessários nos tratamentos prolongados.

As doses, sua fraccionação, ritmo contínuo ou intermitente da terapêutica e duração do tratamento serão indicadas pelo clínico de acordo com as necessidades de cada caso. Em princípio podem aconselhar-se como doses correntes:

Crianças até 2 anos	0,1 mg./Kg. de peso por dia
Crianças de 2 a 5 anos	2 mg./Kg. de peso por dia
Crianças de 5 a 15 anos	5 mg./Kg. de peso por dia
Adultos (dose inicial)	10 a 25 mg./Kg. de peso por dia
Adultos (dose de manutenção)	5 a 15 mg./Kg. de peso por dia

Em geral não é necessário utilizar doses superiores às indicadas, nem esse aumento traz efeito metabólico nitidamente melhor.

Como sabemos que os comprimidos são de 1 mg. e de 5 mg., podemos facilmente aplicá-los nas doses de fracção indicadas.

Nas crianças até 2 anos teremos de desfazer uma solução de 1 comprimido de 1 mg. em 10 grs. de água; se tiverem 4 Kg., basta dar-lhe 4 grs. do soluto; quando tiverem 5 Kg., basta dar-lhes meio comprimido num dia; aos 7,50 Kg., cerca de $\frac{3}{4}$ de comprimido e quando atingirem 10 Kg. podem tomar 1 comprimido. Daí por diante é fácil aplicar a tabela acima indicada.

A dose diária pode ser ministrada de uma só vez ou repartida em duas doses parciais durante o dia, de acordo com o nível posológico escolhido e a maior comodidade do tratamento.

O tratamento pode fazer-se contínuo ou intermitente. Particularmente em pediatria e no tratamento de adolescentes, aconselha-se ministrar o medicamento com intervalos só de dois ou de três dias e não fazer períodos terapêuticos de mais de quatro semanas, intercalados com períodos de pausa terapêutica iguais ou um pouco mais longos. Quando se deseje transformar uma magreza constitucional deve prolongar-se o tratamento por muito tempo, sempre com os períodos de repouso que indicámos.

AS MICOSES DA PELE

As doenças da pele provocadas por fungos são altamente incômodas e por vezes muito difíceis de tratar.

Uma dessas doenças consiste na irritação da pele das flexuras, das virilhas, e da região entre as pernas, podendo estender-se até junto do ânus. Começa por uma irritação ligeira, com prurido, que obriga as pessoas a coçar-se; por vezes o incômodo é grande e, quando se está em uma sala, entre outras pessoas, a situação chega a ser aflitiva; mais tarde, a pele greta e aparecem vesículas que rebentam; depois aumenta a inflamação e aparece uma humidade que faz com que os tecidos justapostos se macerem e se inflamem mais; às vezes esta inflamação manifesta-se por um arquipélago de ilhotes, com os rebordos mais escuros, manchando a pele.

Já em um outro artigo nos referimos a uma infecção primária dos fungos, nos pés, que vulgarmente se designa por «pé de atleta» a que muitas vezes se segue, por contágio, uma erupção vesicular nas mãos; pode também espalhar-se por outras regiões do corpo, mais sensíveis, onde se manifesta por várias formas de reupção (eritematosa, eczematosa ou vesicular).

A maior parte destas manifestações cutâneas são provocadas por fungos: — *Candida albicans*, *Torula rubra*, *Tricophyton asteroides*, *Tricophyton interdigitale*, *Aspergillus niger* e *Botrytis bassiana*.

Todos estes fungos são atacados e destruídos por um novo antibiótico, a Tricomicina que tem uma poderosa acção inibitória sobre alguns protozoários e sobre os fungos.

A Tricomicina, que já desde 1953 tem vindo a ser largamente ensaiada, de início no Japão e mais recentemente por todo o mundo, revelou na terapêutica humana, toda a alta eficiência que era de esperar dos estudos experimentais realizados.

A actividade terapêutica fundamental da Tricomicina, exerce-se contra algumas parasitoses por protozoários e micoses, sejam do âmbito da clínica médica, sejam das especialidades, sobretudo da ginecologia e da dermatologia.

Prepara-se sob as formas de pomada e de comprimidos. Nos casos a que atrás nos referimos, a «pomada deve ser suficiente».

A pomada deve ser bem aplicada na pele afectada, uma ou duas vezes por dia. Mesmo que as lesões desapareçam mais rapidamente é aconselhável prolongar o tratamento durante 5 a 7 dias para evitar a reactivação das lesões.

Quando as áreas afectadas estão secas, aplica-se melhor a pomada, após o banho ou o simples humedecer da zona doente. Quando haja inflamação, a pomada estende-se sobre linho ou gaze e aplica-se depois.

Vaginites — São também altamente incômodas, pois muitas vezes provocam grande comichão e as pessoas não podem coçar-se, quando estão com outras; algumas doentes confessam-nos que em algumas ocasiões a sua situação era verdadeiramente aflitiva. Muitas vezes a afecção compreende a vagina e a região vulvar.

Na região vulvar, a pomada deve aplicar-se, como atrás dissemos. Interiormente, a vaginite melhora, em geral rapidamente, com o uso de 1 ou 2 comprimidos por dia que se introduzem profundamente na vagina.

O comprimido de Tricomicina dissolve-se rapidamente na secreção vaginal; forma pequenas bolhas e dispersa-se pelas paredes vaginais; é conveniente fazer uma introdução alta e usar um tampão vaginal (bola de algodão envolvida em gaze ou só gaze) ou um penso em T. Em geral, as *Candidas* e as *Trichomonas*, que provocam a vaginite, desaparecem após uma a três aplicações, sendo conveniente prolongar o tratamento até seis a dez dias, como profilaxia da reinfestação.

Realizado o tratamento, os doentes melhoram rapidamente. No caso de recidiva é necessário, pesquisar a *Candida* nas vias urinárias e no intestino da doente e, se não for encontrada, nos órgãos genitais do marido, pois que a contaminação pelo marido é a causa mais frequente, sem que este tenha disso conhecimento, das recaídas de vários tratamentos locais, tratados com êxito. Quando o resultado das análises for positivo é necessário associar ao tratamento local, o tratamento interno pelos comprimidos de Tricomicina, de que se deve tomar de 1 a 5 comprimidos por dia, tomados depois das refeições, sem os mastigar.

ALERGIAS PROVOCADAS POR MICOSES

A atenção dos dermatologistas para as doenças de pele provocadas por micoses, fez destacar outros estudos sobre as alergias provocadas pelos fungos e sobre este assunto têm sido publicados muitos artigos nos últimos tempos.

J. A. Rioux e J. C. Jarrige, apresentam na «Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie» de Paris uma comunicação sobre um doente de 58 anos que, a seguir a um tratamento antibiótico, apareceu com uma estomatite tenaz provocada pela «*Candida albicans*». Oito meses mais tarde, apareceu-lhe uma recidiva importante da estomatite e, ao mesmo tempo apareceu-lhe um prurido anal, sem que se tivesse averiguado ser provocado pela «*Candida*».

A micose bucal desapareceu com a Nystantina que se mostrou eficaz contra o prurido; durante três anos teve várias recidivas da estomatite, sempre tratadas e curadas; os pruridos no ânus, tratados por meios variados, diminuíram, mas a doença não chegou a desaparecer. Mais tarde apareceu uma recidiva intensa do prurido, com um eczema entre as nádegas, o que determinou umas experiências sobre a alergia. O tratamento contra a «*Candida*» fez desaparecer o prurido dentro de 48 horas, desaparecendo também a estomatite.

Os Drs. *Basset, Armengand e a Dr.^a Basset* fizeram uma comunicação sobre a «*Candida*», que é um hóspede habitual das cavidades buco-faríngeas dos pequenos africanos em Dakar, revestindo uma gravidade acentuada durante os ataques de doenças infecciosas; em compensação nunca se encontram nas lesões cutâneas dos negros, mas aparecem com frequência nos brancos. Parece pois que a pele dos negros possui meios de auto-defesa eficazes contra a «*Candida*».

Os Drs. *P. Themine, P. Y. Castellain, P. Privat, J. Benson e a Dr.^a Benne*, de Marselha, apresentaram um estudo demonstrando que uma pessoa alérgica à «*Candida Albicans*» pode sensibilizar-se com outros agentes principalmente musgos; são numerosos os casos de associação com vários micróbios, mas são tão variados que não é possível dar-lhes uma designação clínica especial para cada um.

Estes médicos fizeram um estudo baseado sobre 502 observações de diferentes dermatoses, tendo investigado a alergia à «*Candida*». Enquanto cerca de 50 por cento dos casos responderam positivamente às diluições de candidina iguais ou superiores a 1:5000, a relação entre os «testes» e as «provas clínicas» mostra que a sensibilização não apareceu senão em 18 por cento dos doentes em estudo. O estudo demonstrou que são frequentes as poli-sensibilizações (cerca de 50 por cento); as associações de «*Candida*» com as bactérias são muito mais frequentes do que com outros fungos.

DORES DE CABEÇA OTITES — SURDEZ

A surdez é um síndrome muito frequente, sobretudo depois dos cinquenta anos. Pode-se hoje afirmar que em 90 % dos casos a surdez é provocada por falta de cuidado das pessoas.

Esta percentagem, ou outras aproximadas, têm sido verificadas em vários países. E ainda há pouco, o «Diário de Lisboa» de 4 de Janeiro último, transcrevia o seguinte telegrama de Alicante:

Alicante, 3 — São surdos 7 por cento da população da Espanha, o que representa cerca de 2 milhões de pessoas — declarou aos jornalistas o dr. José Ferrero Zamorano, director do Instituto Levantino da Surdez. — (A. N. I.).

Não temos estatística que nos mostre qual é a percentagem no nosso país, que não é pequena.

Em geral a causa da surdez é a formação do cerumen, cuja maior ou menor segregação varia com as pessoas. A sequência da formação do cerumen, é na maioria dos casos feita por etapas sucessivas, começando geralmente pelo cerumen que se forma normalmente nos ouvidos, seguido muitas vezes de acessos dolorosos, inflamação (otites) e depois, lentamente, a surdez. Algumas vezes passa-se da formação do cerúmen à surdez, muito lentamente, sem os incómodos intermediários a que nos referimos.

Por vezes o cerúmen vai-se acumulando progressivamente no fundo e paredes do ouvido, sem que a pessoa tenha disso a consciência; nota apenas que a pouco e pouco vai diminuindo a audição; quando vai consultar o médico, basta por vezes a extracção de um rolhão, que chega a ser volumoso, do cerúmen, para a audição voltar ao normal. Muitas vezes porém, o rolhão mantém-se durante muitos anos sem qualquer incómodo, além duma surdez muito lentamente progressiva; porém, a pressão constante do rolhão do cerúmen sobre a membrana do tímpano não deixa este executar as vibrações necessárias ao fenómeno da audição; esta membrana vai endurecendo, fenómeno auxiliado por pequeninas inflamações que se vão estabelecendo, e a pouco e pouco torna-se muito dura, vibrando muito pouco, o que estabelece a surdez progressiva.

Por outro lado, o cerúmen não só impede uma lavagem regular do canal auditivo, como facilita a formação de infecções, que podem provocar otites, mesmo purulentas; algumas vezes levam à perfuração do tímpano.

Outras otites são devidas a eczemas, que também é necessário tratar.

Em 1959, o Dr. Albert P. Solzer, de Filadélfia, alarmou os nadadores sobre as vertigens que podem ocorrer quando o nadador tem os ouvidos entupidos pela cera. Por isso, o Dr. Solzer avisa os nadadores

para que removam a cera dos ouvidos, antes de ir nadar, explicando-lhes que a água entra no labirinto do ouvido desentupido, mas não o faz no ouvido entupido pela cera; dessa forma, o labirinto não mantém o sentido do equilíbrio quando sofre reacções desiguais, o que provoca vertigens fortes, e a incapacidade de indicar ao indivíduo a real posição do próprio corpo, podendo com isso causar o pânico, e daí o afogamento.

Ora, em geral, as pessoas são educadas para ter cuidados de higiene em todas as partes do corpo, mas não se lhes ensina a necessidade de uma higiene normal, que tão necessária é, nos seus ouvidos. Hoje, devidamente elucidados, já se faz frequentemente a higiene dos ouvidos, fazendo eliminar o cerúmen, que tantos prejuízos causa pela vida fora, e que, como dissemos, é a maior causa da formação da surdez no segundo período da vida.

Por vezes, provoca também zumbidos ou vertigens, sobretudo quando simultaneamente existe inflamação da garganta, que obtura a «Trompa de Eustáquio», que faz a comunicação da garganta com o ouvido, e que entupida não pode compensar o desequilíbrio provocado pela pressão do réumen sobre o tímpano.

O conhecimento destas perturbações, levou à preparação de um produto, o Otoceril, que hoje já nem sequer é considerado como um medicamento para destruir o cerúmen, mas sim um elemento necessário à higiene normal do canal auditivo, e por isso se aconselha o seu uso uma a duas vezes por mês. Assim consegue-se evitar muitas das perturbações causadas pelo cerúmen e no dizer de um inteligente otorinolaringologista, o doente consegue assim praticar um verdadeiro seguro contra uma das principais causas da surdez na segunda idade.

O Otoceril é um composto de paradiclorobenzeno, benzocaína e clo-roterona e está indicado para a remoção do cerúmen do conduto auditivo externo. Dissolve, desagrega ou desloca o cerúmen facilitando a sua extracção, sem lesão do canal auditivo externo ou da membrana do tímpano.

O modo de usar é: — Instilar no ouvido 3 a 5 gotas, deixando actuar durante 10 a 30 minutos. Para evitar que o Otoceril escorra para fora do conduto auditivo pode rolar-se este com uma pequena bola de algodão seco ou, melhor ainda, embebido em vaselina. O cerúmen mole dissolve-se e o endurecido desagrega-se e desloca-se, saindo espontaneamente ou após lavagem do ouvido. Só muito raramente, em casos de cerúmen extraordinariamente endurecido, pode ser necessária a instilação repetida do Otoceril e, a seguir, uma lavagem cuidadosa.



Para combater os

GAZES DO ESTOMAGO E DOS INTESTINOS

tomar 1 a 3 comprimidos de

Carvão Sanitas, anisado e naftolado

A Prisão de Ventre

combate-se facilmente, com a

Purgatose

que facilita as dejectões, sem produzir irritação intestinal

Eczemas

Irritações da pele

Empigens

desaparecem com a pomada de

Cadichtyol

Nestes casos, o sabonete que, não só não irrita, mas trata a pele, tornando-a macia e aveludada é o

Sanoderma

COMBATA AS

Cólicas no estômago

com **Espasmo-Dibar**, supositórios para a dor e **Gelumina**, comprimidos, para proteger a parede do estômago

Cólicas nos intestinos

com **Espasmo-Dibar**, supositórios para fazer desaparecer o espasmo e a dor e **Vitasimbiosina**, para atacar a infecção intestinal

Cólicas nos ovários

durante o período menstrual
com **Espasmo-Dibar**, supositórios

Dores reumáticas agudas

Lumbago

Para diminuir as dores e, sobretudo para poder movimentar-se na cama para poder alimentar-se ou para poder fazer as dejectões com **Espasmo-Dibar**, supositórios

Exercícios e desportos dos adultos

Caracteres dos exercícios na idade adulta — Pedestrianismo. Corridas. Cross-country — Saltos em altura e à vara — Lançamentos, de peso, do disco, do dardo — Luta — Boxe — Exercícios de força pròpriamente dito. Pesos e alteres — Força de base, força latente, força total — Golf — Desportos de inverno.

Treino do exercício físico

Definição e classificação do treino — Relação entre treino e adaptação — Capacidade de treino — Duração do treino — Higiene do treino — Doping — Acção preventiva e curativa do treino — Factores participantes e influentes — Métodos de apreciação da valorização física do treino. O esgotamento nervoso por excesso de trabalho.

A segunda idade

Definição deste período da vida — Necessidade de exercícios neste período — Moderação do exercício e efeitos gerais na segunda idade — Indicações e contra-indicações dos exercícios neste período — Formas de exercícios que convêm nesta idade — Resultados dos exercícios — Higiene alimentar das pessoas com ocupações intellectuais.

A ginástica e os exercícios da mulher

A educação física feminina tendente a adquirir e a conservar a flexibilidade e a elegância que caracterizam a graça e o encanto da juventude — Ginástica harmónica — Ginástica coreográfica — Jogos e desportos que convêm e os que são prejudiciais à mulher — Formas originais da ginástica feminina. A dança; as danças primitivas, no tempo dos gregos, dos romanos, dos druídas, nos primeiros tempos do cristianismo e mais modernamente.

A «segunda idade» na mulher. A menopausa. Exercícios e desportos que convêm neste período e futuramente.

A segunda idade. Necessidade de exercícios; suas indicações e contra-indicações.

O envelhecimento normal e a velhice precoce. Razões porque se vive actualmente muito mais do que antigamente.

Higiene alimentar das pessoas com ocupações intellectuais.

A seguir, publicaremos:

Estudo particularizado sobre a acção de cada desporto nos músculos e órgãos e lesões e traumatismos particulares a cada desporto

Esta secção tem muita importância para o desportista, porque o pode auxiliar a compreender a acção vantajosa ou prejudicial de cada des-

porto no seu organismo e a melhorar ou a curar os accidentes, à prevenção de outros futuros e ao restabelecimento perfeito daqueles que for possível.

Boxe — Corridas de velocidade — Corridas de fundo e de obstáculos — Saltos — Lançamentos — Rugby — Foot-ball — Luta — Ténis — Esgrima — Hipismo — Desportos de Inverno — Natação — Remo — Water Polo — Banhos Frios — Accidentes — Salvamento de afogados — Automobilismo e Motociclistas.

Além destes artigos sobre os «Exercícios, Treinos e Desportos», serão publicados muitos outros sobre Higiene e Medicina.

Podemos conhecer o nosso cérebro ?

— Podemos interpretar o seu mecanismo e reacções? — Quais são as perturbações de carácter individual ou social, originadas pela febre de desenvolvimento, de progresso que o mundo atravessa e que, somando-se, actuam sobre o indivíduo e vão dele até ao seu meio, dali até ao seu país e, a seguir, a um grupo de nações, originando os problemas internacionais que preocupam actualmente todos os homens do mundo?

Série de estudos sobre Higiene Mental — Educação

Assinatura da 3.ª Série dos “Estudos”

A assinatura da 3.ª Série dos «Estudos» custa

Do n.º 1 a 10	20\$00
Do n.º 11 a 22	20\$00
Do n.º 23 a 34	20\$00
Do n.º 35 a 44	20\$00
Números isolados	2\$50

A assinatura dá direito aos seguintes prémios:

1.º — Colecções da 2.ª série dos «Estudos» que interessem aos assinantes da 3.ª série completa (salvo algum número que esteja esgotado) e cada uma das séries 1 a 10, 11 a 22 e 23 a 34, dá direito a:

2.º — Um útil cinzeiro.

3.º — Uma faca para papel.

4.º — Bónus para a compra de sabonetes e outros artigos de toilette:

Estes bónus só por si excedem quase sempre o valor da assinatura.

As assinaturas continuam gratuitas para o pessoal dos Quadros de Saúde.

Em virtude da grande quantidade de pedidos que têm feito diminuir o nosso stock de números da 2.ª Série, estes só serão oferecidos aos assinantes da 3.ª Série.