

FEVEREIRO  
DE 1962

PUBLICAÇÃO MENSAL

# Estudos

3.<sup>a</sup> Série  
III Volume  
—  
N.<sup>o</sup> 40

Com o n.<sup>o</sup> 40 termina a 3.<sup>a</sup> série dos «Estudos»: — Exercícios e desportos — Lesões e traumatismo particulares a cada desporto.

Os assinantes que tinham já pago a assinatura até ao n.<sup>o</sup> 46, receberão ainda os 6 primeiros números da 4.<sup>a</sup> série e se quiserem completar a colecção dos números até ao n.<sup>o</sup> 25 da 4.<sup>a</sup> série, devem-nos enviar Esc. 38\$00, para a remessa não ser interrompida desde o n.<sup>o</sup> 7 da 4.<sup>a</sup> série.

As condições da assinatura para os novos assinantes, vão indicados na pág. IV da capa deste número.

A QUARTA SÉRIE DOS "ESTUDOS" — HIGIENE MENTAL E PROBLEMAS DE EDUCAÇÃO  
SINAIS DE ALARME DE UM ATAQUE CARDÍACO  
LESÕES E TRAUMATISMOS PARTICULARES A CADA DESPORTO — Rugby  
A ANEMIA DOS DOENTES COM FADIGA CRÓNICA  
PALPITAÇÕES DO CORAÇÃO  
CURIOSIDADES

Estudos sobre o prolongamento da vida e capacidade no trabalho no infarto do miocárdio — O casamento e as idades — Abortos provocados na Hungria — O divórcio na Áustria.

## PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES  
Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.<sup>o</sup> E. LISBOA

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: SOC. IND. GRÁFICA - R. CAMPOLIDE, 123-B - LISBOA-1

Sala \_\_\_\_\_  
Est. \_\_\_\_\_  
Tab. \_\_\_\_\_  
N.<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

## 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 infec-  
ção 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

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

## A quarta série dos «Estudos»: Higiene mental e problemas de educação

Com este número terminou a 3.<sup>a</sup> série dos «Estudos», especialmente dedicada a estudos sobre «Exercícios físicos, treinos e desportos», nos números 1 a 30 e às «Lesões particulares a cada desporto» nos números 31 a 40. A colecção destes números constitui um estudo detalhado e com muito interesse para todos os que se interessam pelos desportos. Simultaneamente tratámos de outros problemas para-médicos, muitos deles, em relação com os desportos ou com as perturbações físicas que podem provocar.

A 1.<sup>a</sup> série dos Estudos, foi constituída por várias monografias, já esgotadas.

A 2.<sup>a</sup> série tratou nos números 1 a 7, dos problemas ligados à inteligência e à memória, nos números 8 a 14 de ensaios de psicopatologia e nos números 15 a 32 de estudos sobre o optimismo e o pessimismo.

A 3.<sup>a</sup> série foi especialmente dedicada a estudos sobre os desportos e a sua acção sobre o organismo; no entanto também se ocupou de vários estudos sobre medicina.

Nos números 1 a 7 (3.<sup>a</sup> série) ocupou-se das acções dos jogos e desportos sobre a saúde nos diferentes períodos da vida; ocupou-se também de problemas da ordem geral, das dores de cabeça devidas a alergia, das curas de sono, da mortalidade pela cirrose no fígado, do problema se os diabéticos devem ou não praticar os desportos e a excitação e a calma nos desportos.

Nos números 8 a 14 foram tratados os problemas da acção terapêutica dos exercícios físicos, a obesidade e os exercícios físicos, o emagrecimento e os problemas da alimentação no desporto, durante os treinos,

competições e recuperação. Nos mesmos números foram tratados problemas sobre o reumatismo e em especial nos desportistas e sobre audição e vertigens nos nadadores.

Nos números 15 a 20 continuámos os estudos sobre exercícios físicos, treinos e desportos, especialmente sobre a surmenage e fadiga, na criança, nos adolescentes, nos adultos e na velhice, e especialmente nos estudiosos, nos dirigentes, nos funcionários e empregados; a psicanálise do automobilista; o homem e o automóvel; exercícios na idade adulta, pedestrianismo, corridas e «cross-country», saltos, lançamentos do disco e do dardo, luta, boxe, exercícios de força pròpriamente ditos, pesos e alteres, golf e desportos de inverno.

Nos números 21 a 26 ocupámo-nos dos treinos, relação entre treino e adaptação, dopping; apreciação da valorização física do treino; a ginástica e os exercícios na mulher, ginásticas harmónica e coreográfica e os desportos que convém à mulher; a educação física na mulher e na criança; a dança, desde a mais remota antiguidade. Estudou-se também a defesa contra infecções gripais, o esgotamento nervoso por excesso de trabalho, o valor das rações alimentares, o pé de atleta e a beleza e os perigos da química.

Nos números 27 a 31 tratámos dos efeitos dos exercícios na «segunda idade», exercícios passivos e mecanoterapia; o envelhecimento normal e a velhice precoce; progresso da saúde dos últimos anos e insuficiências físicas dos desportistas e recuperação para o desporto; banhos de sol. A angústia e o medo; as pequenas anemias. Tratamento da hiperpigmentação da pele (A pele escura e a pele clara — Lentigo, sardas, manchas da gravidez e nervos) — Nevroses do coração; como poupar o coração e ter uma vida longa — Mecanismo das acções intelectuais; higiene alimentar das pessoas com ocupações intelectuais.

Com o n.º 32, começámos a nova série de estudos «Lesões e tratamentos particulares a cada desporto» — Corridas de fundo — Corridas de obstáculos — Perturbações cárdio-vasculares dos corredores — Corridas de velocidade — Entorses — Saltos — Lançamentos — Futebol — O desporto e as artificialidades habilidosas — Boxe — Luta — Ténis Esgrima — Hipismo — Desportos de inverno (ski, trenó, patins) — Hockey — Natação; mergulhos; banhos e acidentes; water-pólo — Remo — Rugby — A magreza constitucional e a magreza patológica. As micoses da pele. Surdez. O exagero dos estímulos psíquicos faz-nos envelhecer. O nervosismo — Problemas do reumatismo. O «ritmo da dor» é o elemento essencial para o diagnóstico — A grande preocupação dos diabéticos: como alimentar-me?

Com o próximo número, começa a publicar-se a 4.ª série «Higiene Mental e Problemas de Educação». Esta série será publicada para divulgação dos princípios de higiene mental, problema que está actualmente

ocupando todo o mundo e sobre o qual se têm reunido congressos médicos e de psicólogos em vários países; efectivamente as perturbações causadas pela «guerra fria» têm provocado tão grande número de perturbações psíquicas e sociais, que este problema passou já do campo pessoal para o campo social; uma grande parte das doenças do coração e das doenças mentais são provocadas por falta de conhecimento dos princípios de higiene mental e os efeitos desta perturbação social estão-se reflectindo assustadoramente na saúde dos indivíduos, de tal forma que constitui hoje uma preocupação permanente dos médicos e dos doentes.

Esta série de artigos é pois mais útil para conhecimento dos professores e dos pais e educandos do que dos médicos, cuja atenção tem sido chamada há muito tempo para estes graves problemas.

Por isso, para mais facilmente os compreender, começamos por descrever o «cérebro», anatómicamente e a sua fisiologia, principiando pela descrição anatómica do cérebro, da hipófise, do cerebelo, da medula espinal e dos neurones para seguirmos com problemas da inteligência e perturbações psíquicas e mentais individuais e de ordem social.

Trataremos, a seguir do estudo dos campos de actividade e das bases científicas da higiene mental, individual e colectiva e, particularmente dos seguintes problemas:

- A higiene mental e a familiar;
- A higiene mental e a velhice;
- Organizações culturais e sociais e a higiene mental (opiniões de várias colectividades sobre a Saúde Mental);
- Higiene mental do trabalho;
- Higiene mental e profilaxia da delinquência;
- A psicoterapia das crianças;
- A psicotecnia nos colégios;
- Vantagens e inconvenientes do internamento de doentes mentais nos hospitais.
- Causas da desobediência. Estudo sobre a desobediência;
- O drama da inferioridade na criança e as consequências da inferiorização;
- As nevroses do aparelho digestivo — Influência das excitações nervosas sobre o cólon — As influências psíquicas sobre a prisão de ventre.
- Psicologia dos doentes do fígado.

Como se verifica, pela sua descrição, o conhecimento dos problemas a que nos referimos, são essenciais para todos os que se dediquem ao ensino, para melhor poderem compreender as reacções das crianças, dos pais e mesmo dos outros educadores e ainda para se conhecer a si mesmo, encontrando a explicação de muitas reacções nervosas a que está sujeito e da influência que essas reacções têm em si próprio, como educador, como dirigente ou dirigido em qualquer ocupação, nas suas

relações pessoais e na família; o conhecimento das causas dessas reacções é de grande utilidade para o indivíduo e a generalização desses conhecimentos é de grande proveito para a vida social e para a humanidade.

Felicitar-nos-emos se obtivermos com esta 4.<sup>a</sup> série o successo que o interesse dos estudos anteriores obtiveram.

## Sinais de alarme de um ataque cardíaco

O Dr. *Leonard W. Larson*, presidente da «American Medical Association», no intuito de chamar a atenção para os sinais de alarme dos ataques cardíacos, publicou na «Revista Rotária», o seguinte aviso:

«Há muitos sinais de prevenção que podem advertir da iminência de um ataque cardíaco. Esta iminência manifesta-se geralmente por uma dor muito aguda que, partindo do centro do peito, pode estender-se por todo o braço esquerdo, bem como para a mandíbula inferior e parte superior do abdómen. Esta dor acompanha-se frequentemente, de náuseas, sensação de abatimento e prostração nervosa.

No entanto existem outros sintomas prévios que, se a pessoa estiver atenta e os tratar oportunamente, pode impedir que se produza uma trombose coronária grave. Entre esses sinais de aviso, também chamados «sintomas subtis», citemos as dores no peito, um aumento de tensão nervosa, com falta de paciência, irritações, faltas de ar, insónias, preocupações exageradas ou injustificadas, cansaço prematuro, palpitações, desejos de comer em excesso, que muitas vezes são seguidos de perturbações digestivas.

Nenhum destes sintomas é por si próprio sinal inequívoco de que existe uma doença cardíaca; no entanto a sua presença mostra a necessidade imperiosa de se submeter a um cuidadoso exame médico».

Se a atenção de muitas pessoas fosse alertada pela manifestação destes sintomas, a que se refere o Dr. Larson, evitar-se-ia certamente muito ataque de *angina pectoris* ou de *infarto do miocárdio*.

Devem pois as pessoas ser cuidadosas e consultar o seu médico. No entanto, desde que apareçam os primeiros sintomas deve sempre acompanhar-se de um tubo de Tricafeína, como medida preventiva, sobretudo quando viajar, subir ou fazer esforços. Desde que sinta a mais ligeira dor no peito, no braço, falta de ar, etc., deve mastigar uma ou duas drageias e se sentir excitado, nervoso, preocupado, deve tomar 1 a 3 comprimidos de Probamato, que é um tranquilizante que não tem qualquer contra-indicação e por isso pode ser tomado sem receio, mesmo que o doente esteja sujeito a qualquer outra medicação.

A acção do tranquilizante pode evitar o aparecimento de lesões agudas, graves.

## LESÕES E TRAUMATISMOS PARTICULARES

### A CADA DESPORTO

# Rugby

(Continuação)

Tratámos no número anterior das perturbações físicas provocadas pela prática do Rugby, que continuamos neste número. Como dissemos no número anterior, muitas das lesões que descrevemos no rugby, repetem-se em situações similares nos outros desportos.

As lesões vertebraes no rugby são devido a duas causas: — ás violências do grupo ou á paragem brusca de um jogador em plena velocidade e caído no terreno. Rachou descreve um caso em que um jogador de 20 anos, passando para a primeira linha, em lugar de fazer esforço com os ombros, utilizou a parte superior da cabeça; o adversário caiu bruscamente sobre ela, flectiu-a, ao mesmo tempo que a pressão dos seus companheiros de equipa, atrás dele e os da equipa contrária em frente continuou a actuar com violência; o jogador sentiu uma dor violenta no pescoço acompanhada de estalido e caiu sem sentidos. Depois de um minuto voltou a si, mas estava parálítico completamente; dois dias mais tarde era completa a paralisia dos membros inferiores e do braço direito; o braço esquerdo pode efectuar alguns movimentos e a cabeça gira sem dor. A anestesia é total nos membros inferiores, no tronco e nos membros superiores, mas há hiperestesia ao nível dos ombros; os reflexos cutâneos e dos tendões estão abolidos. O pénis apresenta-se em erecção constante; a papila está contraída, o pulso acelerado (a 104) e a temperatura sobe até 39,4; a respiração é acelerada e com o tipo diafragmático; a bexiga está paralisada, com retenção de urina; há igualmente retenção das fezes. A inteligência é normal; não há perturbação da fala nem da deglutição. A coluna cervical apresenta-se deformada para dentro ao nível da 5.<sup>a</sup> vértebra o que corresponde a uma ligeira saliência da faringe; não há crepitação.

Tentou-se a redução por extensão da cabeça obtendo-se uma redução da saliência faringica, mas o doente morreu no dia seguinte com um arrepio violento.

A autópsia mostrou atrás, arrancamento da apófise espinosa da 5.<sup>a</sup> vértebra cervical, com arrancamento do ligamento posterior. As meninges aparecem intactas, mas a medula ficou completamente esmagada, tendo-se encontrado sangue no canal raquidiano.

As *fracturas completas* das vértebras constituem lesões de grande gravidade, por provocarem compressão da medula, que é quase sempre acompanhada de esmagamento ou secção.

As fracturas devidas ao rugby têm duas zonas de eleição, a região dorso-lombar ao nível da 12.<sup>a</sup> dorsal e a 1.<sup>a</sup> lombar.

Não é possível a reparação cirúrgica.

Pelo que respeita às *fracturas parciais*, o quadro é diferente. Em geral são fracturas das apófises espinosas ou, excepcionalmente, das lâminas vertebrais. O diagnóstico só pode ser feito pela radiografia; o ferido pode marchar, mas a dor é intensa, ao menor movimento do tronco.

As **lesões do crânio** são raras no rugby. São em geral produzidas por quedas sobre a cabeça, em plena corrida; excepcionalmente regista-se a produção de fracturas da abóbada craniana ou da base do crânio.

Na maior parte das vezes, trata-se de perturbações de contusão-comoção, mais ou menos acentuadas e mais ou menos protegidas. O ferido perde imediatamente os sentidos; cai, pálido, volta a si um ou muitos minutos mais tarde e fica obnubilado, não se lembrando geralmente de tudo o que se passou, nem do traumatismo nem das circunstâncias em que se produziu. No entanto, a pouco e pouco, vai rememorando os antecedentes imediatos do acidente e logo que retoma a lucidez, pode mesmo retomar o seu lugar no jogo, acusando apenas dor de cabeça.

As **lesões abdominais** dão-se principalmente nos rins e no baço.

**Contusões nos rins** — Os traumatismos provocados pelo rugby não são raros; são *contusões* que provocam um esmagamento do rim, entre o corpo traumatizante, quase sempre colocado em uma posição anterior e um ponto de apoio posterior, costelas ou coluna vertebral. Estas contusões provocam, ou simples sufusões *sanguíneas*, ou *fissuras* mais ou menos profundas ou uma *rotura completa* do órgão em dois ou três fragmentos.

A rotura do rim provoca sempre hemorragia, que é tanto mais grave quanto mais importantes foram os vasos lesados. Quando a rotura é no pedículo vascular, a hemorragia produzida pela artéria ou veia renal pode não dar tempo a que o cirurgião intervenha e provocar a morte rapidamente.

Na maior parte dos casos, o sangue junta-se tomando a forma de um hematoma limitado pela cápsula renal. Raramente se escoo para a cavidade abdominal. O sangue corre também pelas vias excretoras normais da urina, provocando hematuria.

O ferido fica em estado de *choque*; o pulso pequeno e fibrilante; apresenta contractura abdominal, palidez e arrefecimento das extremidades. Se o pulso continua a acelerar-se, se a hematuria persiste, se a palidez aumenta, sobrevêm arrepios e se a contractura do abdómen não cessa é necessário intervir cirurgicamente. Se, pelo contrário, o estado geral melhora, desaparece a contractura, o pulso torna-se mais tenso e



menos rápido, ao passo que a hematuria diminui ou pára, pode concluir-se que há uma contusão espontâneamente curável.

Em geral, as feridas do rim curam-se por si só, não devendo operar senão quando a intervenção se impõe. Quase todas as feridas do rim tendem para uma hemostase espontânea.

Muitas lesões do rim provocam o seu deslocamento, tornando-se móvel e doloroso. Tuffier diz que os traumatismos da região lombar e as quedas sobre as nádegas ou sobre os pés são as causas principais do rim móvel.

Vários autores referem casos de *nefrite traumática*. Mandl refere-se a um jogador de rugby que recebeu uma joelhada no hipocondro direito, fez uma hematuria abundante, febre e albuminúria passageira; seis meses depois, o cateterismo ureteral mostrou que o rim contuso segregava uma quantidade de urina muito inferior à segregada pelo rim esquerdo; esta urina não continha albumina nem cilindros e apresentava uma concentração em ureia e em cloretos igual à do outro rim.

Em outro caso em que um jogador recebeu um pontapé no hipocondro esquerdo, o exame das urinas mostrou que este rim era deficiente em relação ao outro; tratava-se de uma *nefrite albuminosa* e dolorosa post-traumática. Em outro caso descrito por Toussaint, um pontapé na região lombar esquerda provocou uma ferida no rim com choque, hematoma perineal, hematuria e depois albuminúria; seis meses depois fez-se o cateterismo ureteral esquerdo, verificando-se que só o rim ferido era albuminúrico e que eliminava menos ureia do que o outro.

Nunca se deve admitir num grupo de jogadores de rugby qualquer pessoa cujos rins não funcionem perfeitamente.

**Contusões e roturas do baço** — A rotura do baço é considerada como um acidente do rugby. Estes rasgamentos não são sempre mortais; suspenso pelos seus mesos, protegido pelo estômago, pelo epiploon, pelo cólon e pelo rebordo costal o baço foge habitualmente às pressões e aos choques, mas pode também ser projectado e comprimido violentamente contra a coluna vertebral e esmagar-se contra ela.

O movimento que provoca esta lesão é uma cinturagem vigorosa de um adversário em plena corrida e envolvendo todo o baço, provocando uma paragem brusca e a queda, estendido no chão. A depressão da parede abdominal é instantânea e levada ao máximo. Este acidente é sempre acompanhado de derrame de sangue, que pode limitar-se ao saco esplênico, caso em que o diagnóstico pode ser difícil; a marcha dos acidentados é arrastada e é característica a sua longa duração. Na maior parte dos casos a morte sobrevém quase imediatamente ou dura algumas horas depois do acidente, se não houver uma intervenção cirúrgica logo a seguir ao traumatismo. Além destes casos há muitos outros, cuja marcha é diversa.

**Outras lesões abdominais** — Os choques, os pontapés, as pancadas com a cabeça ou com um ombro podem atingir o abdómen e podem provocar lesões muito variadas, mas raramente graves. É raro que a região retroperitoneal na região do duodeno-pâncreas e dos grossos vasos retroperineais seja contundida.

Trata-se geralmente de contusões parietais do abdómen, sem abalo profundo; no entanto, quando o traumatismo atinge a parede abdominal em estado de relaxamento, quando as vísceras estão repletas no momento do traumatismo, podem dar-se lesões de contusão e de rasgamentos viscerais.

No *intestino*, a contusão manifesta-se por uma pequena equimose aparente, na sua superfície; se só for tocada a seromusculosa, não se dá qualquer acidente grave, mas se for atingido o conjunto das túnicas do intestino, compreendendo a mucosa, a vascularização pode ser completamente suspensa e formar-se uma escara, que cairá cerca do 10.º ou 11.º dia, provocando uma peritonite generalizada.

Têm-se observado *hematomas difusos retro-peritoneais* provocados por pontapés no abdómen. O seu começo pode apresentar-se como alarmante, mas pouco tempo depois a evolução é favorável.

Uma contusão grave da parede abdominal em estado de tensão provocada pelo esforço, pode provocar uma *rotura subcutânea dos músculos* ou das aponevroses, a que se segue uma *eventração parcial* na região contusa. Tem-se também observado *hérnias*; o esforço rápido de um jogador, que suporte o peso dos seus colegas da equipa e mantido por eles em uma posição falsa ou em estado de queda iminente, com o corpo inclinado para a frente e a parede abdominal relachada, ou o esforço acompanhado de um falso movimento, com as pernas afastadas e sobretudo o que é efectuado de cócoras estão entre as causas mais capazes de provocar uma hérnia ou de a aumentar.

Cita-se o caso de um pontapé na região umbilical ter provocado a morte no dia seguinte, por *peritonite generalizada*, sem que uma laparotomia tenha permitido achar a rotura intestinal; na autópsia descobriu-se uma perfuração de alguns milímetros na base do apêndice, que estava tumefacto, turgesciente e continha um cálculo; o traumatismo tinha determinado uma *poussée* aguda num caso de apendicite crónica latente.

Pode acontecer que um jogador tenha um apêndice doente, aumentado de volume, fixado por aderências ao intestino delgado, ao *cecum*, ao epiploon ou à parede posterior do abdómen; neste caso o apêndice não pode fugir ao traumatismo e, por outro lado, as aderências que muitas vezes limitam um foco de peritonite enquistada, que a protege contra uma perfuração iminente, provocam o rompimento do apêndice.

Quando o apêndice está são, é pouco provável que um choque possa atingi-lo isoladamente para provocar uma apendicite. Julgamos pois

aconselhável, sempre que um jogador tenha tido sinais de apendicite ou tenha uma apendicite crônicas sujeitar-se à operação da ablação do apêndice, se quiser continuar a ser jogador e prevenir esta espécie de acidentes.

Tem-se verificado *contusões dos testículos* nos jogadores de rugby, que podem ser provocadas por um choque sobre o testículo quando este está apoiado contra a coxa ou contra o calção; a glândula assim fixada fica fortemente contundida; a dor é viva e arrasta um estado subsincopal com dor persistente, irradiando pelo cordão até ao abdômen; segue-se uma inchação rápida das bolsas e do testículo. No fim de algumas horas sobrevém uma equimose que desaparece lentamente. No fim de três semanas, durante as quais não há supuração, nem dor, nem febre, dá-se a cura; o epididimo e o testículo recuperaram a forma, a consistência e o volume normais. Pode também acontecer que à contusão se siga a atrofia do testículo, mas este acidente é uma eventualidade rara.

O traumatismo nunca provoca orquite em um testículo são, em uma pessoa cujos vias genitais não têm infecções; pelo contrário, se o choque se deu sobre um órgão anteriormente infectado e aparentando, por exemplo, um núcleo de epididimite gonocócica ou septicamente cateterizado a seguir ao acidente, por uma retenção reflexa de urina ou com uma uretrite posterior, o hematoma traumático ou peritesticular infecta-se secundariamente por via diferencial ou linfática. Uma orquite-epididimite que aparece a seguir a uma contusão do testículo, acompanhada de febre, de vermelhidão do escroto, de vaginalite e do diferentite, de endurecimento e inchaço do epididimo, mostra que havia uma infecção crónica, mais ou menos latente, dos órgãos génito-urinários.

A seguir ao traumatismo regista-se um período de *choque*, que pode ser de certa duração ou, pelo contrário, prolongar-se durante algumas horas, segundo a gravidade das lesões. Os sintomas não permitem prever exactamente a evolução do que se vai seguir; o doente mostra-se agitado, ansioso, angustiado; o pulso é pequeno, muito rápido, por vezes mal se apercebendo e com uma tensão arterial muito fraca. O ferido está pálido, com suores frios e com uma expressão dolorosa.

O abdômen pode estar retraído ou ter uma aparência normal. A respiração ou é normal ou difícil. A palpação deve fazer-se com muito cuidado e leveza; pode previamente provocar-se a sedação da dor, por meio de uma injeção de Espasmo-Dibar, que pode ser substituída pelos supositórios de Espasmo-Dibar, nos casos menos intensos; pode igualmente recorrer-se as pantopon ou aos derivados da morfina; deve também ministrar-se um tónico cardíaco.

Pode acontecer que, desde o princípio, sobrevenham incidentes de gravidade que provoquem a morte.

Passadas duas a quatro horas depois do traumatismo, quando termina o período de choque, podem apresentar-se dois casos:

Ou os *sintomas se atenuam*, a dor é menor e localiza-se no sítio das maiores lesões; o estado geral parece melhor, o pulso recupera a sua força e o seu ritmo, a tensão torna-se normal e a contractura do abdómen desaparece a pouco e pouco. Em vista destas melhoras, pode pensar-se que a contusão é apenas parietal e que as vísceras não estão lesadas pelo traumatismo.

Mas se a contusão foi profunda e se houver lesão de uma víscera, os sintomas vão evolucionar para uma *peritonite* ou para uma *hemorragia intensa*. O estado de choque persiste ou acentua-se; a dor é forte e aumenta; podem aparecer vômitos; pára a progressão do bolo intestinal; pode ficar suspensa a secreção urinária; o pulso é pequeno, fraco e rápido; a temperatura não se eleva; a parede abdominal apresenta uma contracção generalizada e o doente está abatido.

Não é sempre possível precisar o órgão lesado. Pode suspeitar-se de uma lesão intestinal quando o ventre estiver duro e meteorizado. Pode suspeitar-se de uma hemorragia quando o pulso é pequeno e não se consegue levantá-lo. Suspeitar-se-á de um ferimento do rim quando houver urinas sanguinolentas quando o traumatismo se deu na parte posterior e lateral do tronco.

As hemorragias internas fazem-se em dois tempos. Primeiramente são sub-capsulares e mostram poucos sinais; a seguir rompe-se a cápsula e só então aparecem os sinais de grande hemorragia. Esta evolução em dois tempos é a regra, especialmente nas roturas do baço.

Não fazemos referência aos tratamentos que serão especiais para cada caso e que em face dos sintomas se estabelecerá.

Fizemos uma descrição bastante circunstanciada dos sintomas e das desordens orgânicas em cada caso especial, não só especialmente para o *rugby*, mas porque as contusões se podem dar em outros jogos, sendo as reacções e desastres no organismo, similares em todos eles.

Há ainda outros accidentes que se podem produzir na ocasião de uma partida de *rugby*. Rachou descreveu um caso de *fractura do maxilar superior esquerdo* por uma violenta cabeçada sobre a face esquerda; outro de *fractura de acromion* por queda sobre o ombro; uma *fractura do 2.º metacarpiano* resultante de um pontapé na mão; uma *fractura do pescoço*, por queda; outra *fractura do peróneo com entorse tibi-társica*, uma *luxação escápulo-humeral*, outra do *cotovelo direito*, uma *luxação da rótula para fora por pontapé no joelho*.

O *rugby* detém actualmente, com os desportos de inverno, o record dos accidentes.

## A anemia dos doentes com «fadiga crónica»

A anemia segue-se geralmente a qualquer doença, pois um dos sintomas da queda orgânica que a doença provoca é a diminuição, mais ou menos rápida, não só da quantidade de glóbulos por centímetro cúbico de sangue, como também da percentagem de ferro na sua composição.

Um dos mais importantes meios para a reconstituição da taxa da hemoglobina e do número de glóbulos é, além dos cuidados gerais, o tratamento por medicamentos, em cuja composição entra sempre o ferro. E a melhoria e a cura sobrevêm dentro de algum tempo, variável, conforme a doença e o doente e o estado de fadiga consecutivo; mas a normalização consegue-se quase sempre.

É este o caso da «fadiga aguda» dos períodos de convalescença ou resultante de qualquer doença que se vai instalando insidiosamente ou provocada por excesso de trabalho.

Há porém outros doentes em que a fadiga é permanente ou quase permanente; são os chamados «fatigados permanentes» e o quadro patológico classifica-se de «fadiga crónica» e mereceu um artigo especial na revista suíça «*Medicine et Hygiene*», de 20 de Maio de 1960, que transcrevemos:

«A fadiga crónica representa um dos problemas mais comuns e difícil da medicina actual. Às vezes, não se encontra explicação para as queixas do doente e passamos a classificar o caso como sendo uma *psico-nevrose*.

As recentes observações de *Jasinsky* e dos seus colaboradores chamaram a nossa atenção para a possibilidade da carência de ferro, sobretudo nas mulheres em estado permanente de fadiga, mesmo nos casos em que a hemoglobina está dentro dos limites normais da composição do sangue.

A hipótese de que a falta de ferro no organismo pode originar sintomas, mesmo com ausência de anemia, não é nova. Desde 1844 que muitos médicos fizeram comunicações com essa afirmação; alguns deles obtiveram resultados positivos depois de terem ministrado ferro e viram os doentes melhorarem progressivamente e deixaram de se queixar da sua fadiga crónica. *E. Bentler*, em um estudo publicado em 1960 (*Am. Inst. Med.* 52, 378-391, 1960) demonstrou que mulheres não anémicas, que se queixavam de *fadiga crónica, cefaleias, parestesias e dispneia* beneficiam de um tratamento com base no ferro; em virtude da dificuldade de avaliar as queixas, que eram sempre subjectivas, teve sempre o cuidado de afastar, para fazer o seu estudo, as pessoas que podiam fazer uma descrição fantasiosa de que se sentiam como muitas nervosas.

O método que se seguiu para este estudo, foi o seguinte:

Todos os doentes foram voluntários: — mulheres tratadas ambulatoriamente e estudantes da Universidade de Chicago. Todas sabiam que estavam a ser sujeitas a observações experimentais que tinham por fim o estudo da terapêutica da fadiga crônica por meio do ferro.

Começou-se por empregar 0,3 de sulfato ferroso e placebos contendo 0,3 grs. de carbonato de bismuto; escolheu-se o bismuto por causa da sua capacidade para corar as fezes, como tem o ferro, ainda que em grau menor; antes de principiar as experiências fizeram-se exames de sangue e das urinas e a seguir, mediu-se o metabolismo. Foram excluídos os doentes que apresentavam qualquer anomalia no sangue periférico, na medula óssea ou na urina; a taxa da hemoglobina, inferior a 12 g % era uma indicação formal para a exclusão do doente em causa; todas as pessoas ficaram em liberdade, com a condição de voltarem um mês mais tarde, sem tomarem qualquer medicamento durante esse período. Sempre que foi possível, as doentes foram examinadas uma semana depois do princípio da menstruação, para avaliar as variações da sintomatologia; a doente era examinada e fazia-se a determinação da taxa de hemoglobina.

Ligou-se sempre uma importância particular ao agravamento da fadiga, às cefaleias, ao nervosismo, e aos zumbidos e *afrontamentos*, à dispneia e às parestesias das extremidades. Quando não havia qualquer modificação (para melhor ou para pior), começava o tratamento; de contrário, quando se verificavam estas modificações, aguardava-se um tempo, depois do qual se recomeçava o tratamento; três doentes melhoraram nitidamente durante este período e por isso foram afastadas do estudo.

Cada doente recebia um tratamento pelo ferro e pelos placebos; começavam pelo ferro e continuavam com os placebos ou vice-versa, mas nunca sabiam que eram os placebos e julgavam que era outro medicamento destinado a melhorá-las. O tratamento continuou durante três meses; depois de um repouso de um mês, sem qualquer medicamento, fez-se novo período de três meses de tratamento; todos os doentes foram examinados no fim deste período, tendo-se feito todos os exames e análises necessários para fazer a comparação com os exames feitos antes do tratamento.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

As observações foram feitas com um grupo de 46 doentes; nove foram eliminadas por motivos diversos (3 não quiseram continuar, 3 melhoraram espontaneamente e 3 ficaram grávidas) Sômente 30 das 46 continuaram o tratamento até ao fim.

Conclui-se, sem dúvida alguma, que a ministração do ferro nos doentes que tinham a sua reserva de ferro na medula óssea, abaixo da taxa normal, fez aumentar a taxa da hemoglobina no sangue; este aumento não se verificou nos casos em que a reserva do ferro na medula era suficiente, nem quando se ministrava o bismuto. Alguns autores chegaram à conclusão de que *o ferro exerce uma acção estimulante não específico, para a formação da hemoglobina*. O estudo feito por Beutler mostra que o aumento da taxa de hemoglobina a seguir à ministração do ferro, somente se encontrou nas pessoas que tinham reservas de ferro suficientes e não nas pessoas em que as reservas eram normais. Por outro lado, as experiências não demonstraram de uma maneira categórica que a ministração do ferro faz desaparecer os sintomas da fadiga crônica; a maior parte das doentes sentiram melhoras nítidas; sobretudo as que mostraram reservas insuficientes de ferro, mas não é possível concluir que *todas* beneficiam com o tratamento pelo ferro.

Seria muito útil termos um método eficaz e inofensivo para dosear as reservas em ferro, de uma maneira precisa.

Este estudo e experiências foram feitos em doentes a quem se deu exclusivamente o ferro.

Ora, sabe-se que a anemia acompanha quase sempre os casos de fraqueza geral, mas que a fadiga e a fraqueza geral são sintomas muito mais complexos. O próprio ferro, ganha em ser ministrado sob uma forma orgânica, como o peptonato de ferro, preparado com peptonas do fígado e do baço.

Ora já há muitos anos se concluiu que, para combater a fraqueza geral e a anemia é necessário um medicamento que reúna as propriedades necessárias para compensar várias das carências orgânicas, pelo menos as mais frequentes, que lhe dão origem. Assim se, com o melhor conhecimento das doenças e os modernos avanços da terapêutica, alguma vez diminuí o campo de aplicações de um medicamento tônico, o mesmo progresso da ciência e arte médicas tornou maiores e mais difíceis de cumprir as premissas postas para uma medicação tônica completa, indicação cada vez mais complexa, à medida que se vão conhecendo as causas das doenças que dão origem a este síndrome. Em Portugal, há muitos anos que se prepara um medicamento, cujos resultados práticos, verificados há mais de 30 anos, confirmam os estudos que então foram feitos e o indicam como necessário em todos os casos de anemia e de astenia. Este medicamento, também complexo na sua fórmula é o Opothemol, em que os extratos concentrados de fígado e de baço, os peptonatos preparados com peptona de fígado e de baço, no seu conjunto formando verdadeira opoterapia hepato-esplênica, o ferro e o cobre, agem sinèrgicamente, fornecendo-lhe na medida em que um tônico geral a deve ter, útil acção hematopoiética. Sem pensarmos em, de modo

algum, em que é um medicamento pura e enèrgicamente antianémico notamos durante e após a sua ministração o efeito excitador da hematopoiése, que lhe torna mais nítida a sua acção tónica.

O Manganéz, poderoso agente de oxidação, é elemento marcadamente útil na composição de um tónico, como beneficiador da nutrição. O Glicerofosfato, que também entra na sua composição, como elemento fornecedor do ião fosfórico e o ácido fosfórico, pela mesma razão e pela útil acção acidificadora do organismo, contribuem largamente para a nitidez de acção do Opothemol.

À acção hematopoiética e à melhoria das funções metabólicas, produzidas pela ministração do Opothemol, adiciona-se (sempre acusada pelo doente), uma acção eupéptica excepcionalmente brilhante. Deve-se a um bem estudado conjunto de elementos eupépticos, a quina, a kola, o condurango, a noz vómica, o absinto e a genciana.

Assim constituído, o Opothemol cumpre as premissas postas para a concepção de um tónico completo. Rico em proteínas, rico em metais, como elementos antianémicos, beneficiadores do metabolismo, e eupépticos, o Opothemol pode realmente ser considerado um tónico completo.

O Opothemol D é uma fórmula do Opothemol, em que o xarope de casca de laranja amarga foi substituído por sacarina, glicerina, etc.

Não tendo açúcar, pode ser tomado pelos diabéticos, para os quais constitui um tónico de eleição.

Efectivamente reúne todas as qualidades necessárias para ser um excelente tónico para diabéticos: — além de excitar o apetite é um reconstituente completo.

Contribuindo com os elementos necessários para a regeneração do sangue, cria um estado em que é possível, além de melhoria da diabetes, um levantamento do estado geral dos doentes.

Estudos comparativos feitos durante muitos anos em clínicas de diabéticos, demonstraram que o Opothemol D era realmente o tónico indicado para todos os diabéticos, cuja doença provoca frequentemente o seu enfraquecimento e portanto, diminuição da sua capacidade para o trabalho, o que provoca um estado de tristeza frequente.

Tanto o Opothemol como o Opothemol D tomam-se na dose de 1 a 3 colheres de sopa por dia, antes das refeições.

No caso especial, da fadiga crónica e do grande grupo de doentes, sobretudo do sexo feminino, que apresentam sempre um estado de fraqueza geral crónica, contribui poderosamente para as tonificar e fazer-lhe restituir a energia necessária para cumprirem os seus deveres sociais, profissionais ou domésticos.

Nos casos de anemia acentuada ou de tratamento difícil, podemos reforçar o tratamento com o Aneritran, na dose de 3 a 9 drageias diariamente.



## PALPITAÇÕES DO CORAÇÃO

As palpitações são espasmos do coração; podem ser apenas incómodos, ou angustiantes ou, ainda, dolorosos.

As funções dos órgãos da vida vegetativa são inconscientes; quando se tornam conscientes, traduzem-se por mal estar ou pela dor; no estado normal o estômago e os intestinos executam os seus movimentos da digestão; quando deixam de ser normais, tornam-se em geral em espasmodicos, incómodos e dolorosos (gastralgia e enteralgia). O coração comporta-se paralelamente; quando aparecem as «palpitações» as pulsações do coração tornam-se incómodas e às vezes dolorosas, em graus muito diversos, desde a simples opressão, até à dor, com angústia e com tendência para a síncope.

Quando procuramos a causa das palpitações em qualquer doente, concluímos sempre que elas são causadas por perturbações do sistema nervoso. Ora estas perturbações nervosas parecem ser isoladas de qualquer alteração material do coração (*palpitações idiopáticas*) ora então ligadas a qualquer alteração (*palpitações sintomáticas*); entre estes dois extremos ficam colocados muitos casos intermediários, que é impossível classificar.

**Palpitações nervosas** — Tem-se querido explicar a patogenia destas palpitações, invocando a fisiologia da enervação do coração e dizendo que o nervo *pneumogástrico* e o *nervo grande simpático* são antagonicos; a supressão do *pneumogástrico* ou a excitação do *simpático* produzem quase os mesmos efeitos, isto é, a aceleração das pulsações do coração; assim, todas as causas que diminuem a acção do *pneumogástrico* ou que exageram a acção do *simpático*, podem provocar palpitações. Isto não parece exacto, porque a aceleração das pulsações cardíacas não é suficiente para produzir as palpitações e não se compreende que as causas que diminuem a acção de um daqueles nervos, não enfraqueçam simultaneamente a acção do outro.

A irritabilidade anormal do sistema nervoso (*Bouchut*), a nevropatia cérebro-cardíaca (*Krishaber*), a papeira exoftálmica, qualquer excesso, o abuso das bebidas alcoólicas, do café, do chá ou do tabaco, são as causas mais frequentes das palpitações do crescimento «e as palpitações de origem reflexa».

**Palpitações com lesões materiais** — São as que acompanham as doenças do coração, a pericardite e a endocardite, a hipertrofia e a dilatação do coração e as lesões valvulares.

Todos os apertos se acompanham de espasmos. Os canais patologicamente apertados, a uretra, o esófago e os canais normalmente apertados, como a glote e os canais biliares são também sujeitos a contrac-

ções espasmódicas; os apertos do coração provocam também espasmos, que dão palpitações cardíacas.

**Palpitações de causa mista** — *Marey* demonstrou que o abaixamento da pressão no sistema vascular acelera as pulsações cardíacas; o coração «menos carregado» marcha mais rapidamente; este facto explica a formação de palpitações consecutivas às hemorragias, às temperaturas muito elevadas, aos exercícios violentos; a pressão vascular diminui em virtude da hemorragia ou pela dilatação dos vasos periféricos (nervos vaso-motores).

**Fisiologia das palpitações** — As palpitações são isoladas ou agrupadas por acessos. Os acessos de fraca intensidade, as pulsações do coração, representam mais um incómodo do que um sofrimento; são acompanhadas de opressão e de ansiedade. Nos acessos violentos, o coração bate com muita força; os seus movimentos são algumas vezes tumultuosos e desordenados (aritmias), a dor cardíaca pode tornar-se angustiosa, o doente respira mal, a fala é entrecortada; torna-se pálido e cobre-se de suores, as mãos arrefecem e parecem, algumas vzes, geladas; o doente pode desmaiar.

O exame praticado na ocasião de um acesso, dá resultados dissemelhantes. Algumas vezes as palpitações do coração são tumultuosas e desordenadas; outras vezes conservam a sua regularidade. O pulso não está sempre em relação com as palpitações cardíacas; a pulsação da artéria radial pode ficar normal, apesar da intensidade aparente da contracção ventricular.

Os acessos de palpitações podem às vezes ser provocados por causas insignificantes; basta uma simples emoção, alguns movimentos, uma refeição mais abundante, para provocar o acesso.

Para diagnosticarmos, devemos sempre procurar a causa; é indispensável saber se as palpitações são puramente nervosas ou são associadas a uma lesão do coração; isto é indispensável para estabelecermos o tratamento. A primeira indicação é a de suprimir tudo o que pode provocar o aparecimento das palpitações (qualquer excesso, chá, café, tabaco, emoções, refeições abundantes).

O tratamento é indicado pelo conhecimento da causa que provocou o acesso. Na grande maioria dos casos, foi uma emoção que provocou as palpitações e mesmo nos casos em que há lesões do coração, qualquer emoção, causa de irritabilidade, etc., podem provocar um acesso. Por isso, seja qual for o tratamento a fazer devemos principiar por aconselhar um tranqüilizante (1 a 3 comprimidos de Probamato por dia), pois que na maior parte dos casos, basta este tratamento para fazer terminar o acesso.

**Taquicardia paroxística** — Esta designação foi estabelecida em 1889 pelo Dr. *Bouveret*, de Lyon, que a descreveu como sendo uma perturbação do ritmo cardíaco, caracterizada por crises durante as quais

o pulso bate de 180 a 220 pulsações. Estas crises aparecem bruscamente sem causas apreciáveis, com intervalos variáveis e desaparecem também bruscamente, durando cerca de um quarto de hora ou prolongando-se durante alguns dias seguidos.

O Professor *Dieulafoy* descreveu o caso de um doente cuja taquicardia se manteve durante dois anos e citou outros, como o seguinte: Um dia, sem razão aparente, um homem teve uma sensação, a seguir à qual o seu coração saltava no peito, com uma velocidade e uma violência extraordinárias; este acesso durou hora e meia, sem dor e depois desapareceu bruscamente; no mês seguinte, apareceu um novo acesso e, desde então, as crises cardíacas repetem-se frequentemente, uma a duas vezes por mês e, ultimamente, quase todos os dias, com a seguinte sintomatologia: De repente, parece que alguma coisa se desliga dentro do peito e as pulsações cardíacas surgem rapidamente e com violência, mas no fim de algum tempo, variável com os acessos, de um quarto de hora a algumas horas, tudo entra na normalidade. O final do acesso é tão brusco como o seu aparecimento.

Quando se examina o doente, durante uma crise, não se nota nada de particular no seu aspecto, nem ansiedade, nem angústia; conversa e pode mesmo trabalhar. Durante o acesso vê-se um tremor da parede torácica; a mão aplicada sobre o tórax sente uma série de palpitações precipitadas, que podem ir até 200 por minuto. Isto dura de uma a três horas e, no fim do acesso, o doente sente um choque brusco; é uma pulsação mais forte, mais enérgica do que as outras, depois da qual se restabelece o ritmo cardíaco normal.

O que é curioso, é que o doente pode algumas vezes fazer parar a sua crise. Para isso, toma a posição de quem vai fazer um esforço, com o peito fixado em expiração forçada e suspende todo o movimento respiratório, a cara toma uma cor violácea e as veias jugulares aparecem cheias; fica assim durante um minuto e, a seguir, ou vê-se obrigado a retomar a respiração, sem ter debelado a crise; então comanda: Parou!— e, efectivamente, o peito deixa de vibrar e as pulsações caem bruscamente de 80 para 70. Tem-se procurado explicar esta «taquicardia paroxística» ou por uma emoção viva, uma pancada sobre o epigastro, abusos de café ou tabaco, ou perturbações digestivas, pulmonares, uterinos, sobrecarga física ou cerebral.

Habitualmente, não se encontra nenhuma lesão valvular cardíaca; por isso, *Bouveret* lhe chamou «taquicardia paroxística essencial», a fim de a diferenciar das taquicardias particulares das afecções cardíacas. Há todavia casos em que estas palpitações coincidem com uma endocardite mitral ou aórtica.

A «taquicardia paroxística» pode durar indefinidamente. Quando só dura algumas horas, a doença é perfeitamente suportável; mas as crises que duram muitos dias, podem causar perturbações, como as hemopti-

ses, o que indica haver extâse pulmonar. Quando a crise se prolonga durante muito tempo, o fígado aumenta e torna-se doloroso, diminuem ou faltam as urinas, dilata-se o coração direito (asistolia), aparecem derrames serosos e edemas e o doente parece estar numa situação muito grave, porém, desde que a crise pára, a circulação restabelece-se rapidamente e fâcilmente, e o doente, que há pouco parecia estar a morrer, recobre logo uma aparência de saudável.

No entanto, quando o acesso se prolonga muito, o prognóstico pode ser grave.

Diferencia-se bem a taquicardia paroxística, das palpitações vulgares dos cardíacos e das palpitações de origem reflexa (dispeptica, hepática, etc.) e sobretudo das palpitações de origem nervosa. Como atrás dissemos, é sempre aconselhável o uso de um tranquilizante, não só para aliviar o doente, mas também para melhor poder estabelecer o diagnóstico.

**As palpitações cardíacas nos desportistas** — Muitos desportistas sofrem frequentemente ou de vez em quando de acessos de palpitações; aparecem sobretudo nas pessoas de constituição nervosa, fâcilmente emocionáveis ou depois de um esforço muito prolongado.

Estes desportistas, que já conhecem o seu temperamento, muitas vezes aumentam a excitação, para mostrarem o seu entusiasmo: — gritam, congestionam-se, interpelem os jogadores, mostram o seu entusiasmo ou indignação, de uma maneira espectacular. É uma atitude teatral, que muito os prejudica. Estas pessoas, muito pelo contrário, ao sentirem o começo da sua excitação, devem exercer um auto-comando, deixando os outros manifestarem-se, gritarem, etc.; um auto-comando enérgico, restitui-lhes a calma e as palpitações, começam a retomar o seu ritmo normal, a pouco e pouco, ainda que muito lentamente. Estes doentes devem fazer uso frequente do Probamato, e começarem a exercer o auto-comando sempre que sentirem que começam a excitar-se.

## CURIOSIDADES

### **Estudos sobre o prolongamento da vida e a capacidade do trabalho no infarto do miocardio**

Em um dispensário de Moscovo, foram feitos estudos, sobre 638 doentes com infarto do miocárdio. As conclusões foram as seguintes:

1 — A sobrevivência, depois de um infarto pode continuar, em alguns casos, até 20 anos depois.

2 — O período de repouso (no hospital ou em casa) depois do período agudo do infarto não deve ser inferior a 3 a 4 vezes.

3 — A maioria dos doentes que teve só um ataque de infarto, ficam com uma capacidade de trabalho bastante prolongada, cujo período diminui após um segundo acesso.

4 — Com uma constante vigilância médica, os doentes com infarto podem conservar durante muito tempo a capacidade para o trabalho e prolongar o período de vida.

5 — Os estudos demonstraram que é muito importante a acção sobre o aparelho cardiovascular destes doentes, bem como sobre o seu psiquismo.

Todas as excitações são prejudiciais; o doente deve combatê-las pelo auto-comando e pelo uso de tranquilisantes (Probamato).

## O CASAMENTO E AS IDADES

O «Boletim regional de estatística de Lyon», de 1960, publica um estudo interessante sobre os casamentos em 1958.

Os casamentos de pessoas de, pelo menos, 59 anos nos homens e de 49 anos nas mulheres nos oito departamentos da região Rodano-Alpes, tendo em conta as taxas de nupcialidade por sexo, idade, estado matrimonial anterior e categoria social-profissional, diminuem com a idade, mas em todas as idades, os casamentos dos divorciados são duas vezes mais elevados do que os dos viúvos e entre 3 a 5 vezes mais elevados do que os dos solteiros e esta diferença é ainda mais acentuada nas mulheres.

Existe, no conjunto, uma forte correlação entre os estados matrimoniais anteriores dos novos esposos, bem como entre as categorias sócio-profissionais dos mesmos.

Outro estudo similar foi feito nos casamentos realizados em 1959 entre pessoas de que uma, pelo menos, tinha menos de 20 anos: — Antes dos 20 anos, casa-se uma mulher em cada 7 e um homem em cada 35. Tanto uns como outros, só excepcionalmente se casam com pessoas viúvas ou divorciadas.

O contingente mais importante destes casamentos é fornecido por trabalhadores e empregados: — 77 por cento nos homens e 51 por cento nas mulheres. Os operários casam com operárias na proporção de 48 por cento. Os empregados escolhem a esposa entre as colegas ou operárias na proporção de 66 por cento. Os estudantes casam com colegas na proporção de 60 por cento. Estas percentagens mostram que os jovens casam geralmente no meio social habitual.

Pelo que respeita aos casamentos com dispensa de idade, o seu número vai aumentando, sendo mais elevado entre os rapazes (menos de 18 anos) do que para as raparigas (menos de 15 anos).

É necessário ver que estes números correspondem a problemas sociais em França e na região Rodano-Alpes. Estes elementos foram transcritos na *La Semaine Medicale* de 20 de Janeiro de 1962.

## ABORTOS PROVOCADOS NA HUNGRIA

No artigo publicado em «Demografia», K. Miltessi ocupa-se do problema do aumento do número de abortos voluntários e legalmente autorizados na Hungria.

Esse número era de 123.000 em 1957 e em 1959 já foram 152.000 (contra 151.000 nados-vivos).

É entre os casais de novos que se conta o maior número de abortos. Desde 1957 a sua repartição em relação com a situação matrimonial variou pouco (90 % entre as mulheres casadas).

A frequência dos segundo e terceiro abortos aumentou pouco, bem como os abortos em casais sem filhos ou só com um filho (de 11 a 28 por cento). A frequência dos que têm 2, 3 ou mais filhos, aumentou, respectivamente, de 30 por cento.

(Resumo de R. P. Mimet na revista «La Semaine Medicale», de 20 de Janeiro de 1962).

## O DIVÓRCIO NA ÁUSTRIA

Na Áustria — como em muitos outros países — a idade média do divórcio tende a baixar acentuadamente. O número de divorciados é de 1.229 para 152.000 rapazes que, entre 1951 a 1959 casaram entre os 20 e os 25 anos e de mais de 7.000 para 161.000 casados entre os 25 e os 30 anos. Das 73.000 mulheres casadas entre os 15 e os 20 anos, divorciaram-se 134 e das 196.000 casadas entre os 20 e os 25 anos, divorciaram-se 2.500.

De 1948 a 1959 houve 376 divórcios pedidos pelos maridos e 3.055 pedidos pelas mulheres de menos de 21 anos. O facto é preocupante nos planos social e humano, por causa das repercussões que esta situação provoca na vida destes menores, na vida dos seus filhos e ainda na vida dos respectivos pais e famílias.

(Extraídos de *Früh-Ehen und Früh-Scheidungen in Statistische Nachrichten*, de Dezembro de 1960).

## 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

## PREVENTIVO CONTRA A SURDEZ

Provocando a eliminação do cerumen dos ouvidos e mantendo a membrana do tímpano em funcionamento perfeito, consegue-se aplicando regularmente uma vez por semana ou por mês (conforme a facilidade 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*.

## *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***

# Assinatura dos Estudos

A 1.<sup>a</sup> série está esgotada.

A 2.<sup>a</sup> série está quase completa e será oferecida aos assinantes da 3.<sup>a</sup> ou da 4.<sup>a</sup> série.

A 3.<sup>a</sup> série compreende 40 números; o seu preço, completa é de Esc. 80\$00.

A 4.<sup>a</sup> série terá, pelo menos 25 números; a assinatura, do n.º 1 ao n.º 25 custa Esc. 50\$00.

Os números isolados custam Esc. 2\$50.

Os assinantes têm direito aos seguintes prémios:

- a) Colecção dos números, não esgotados da 2.<sup>a</sup> série (mais de 25).
- b) Um útil cinzeiro.
- c) Uma faca para papel.
- d) Bónus de, pelo menos 20 % para a compra de sabonetes e outros artigos de toilette. Estes bónus, só por si, podem exceder o valor da assinatura.

*As assinaturas continuam gratuitas para o pessoal dos quadros de saúde (médicos, veterinários, farmacêuticos, etc.).*

## ***Nos ferimentos ligeiros, esco- riações***

*substitua o mercúrio ao cromo, que é pouco desinfectante ou a tintura de iodo, que é irritante, pela pomada **Piomisan** que é um bom desinfec-  
tante e não faz doer.*

## ***Nos ferimentos das crianças***

*prefira sempre o **Piomisan***

## ***Nas feridas externas ou pro- fundas***

*prefira os **Pensos de Piomisan***

**Não é doloroso — rapidamente cicatrizante —  
desinfectante**