

M A I O  
E JUNHO  
DE 1961

PUBLICAÇÃO MENSAL

# Estudos

3.ª Série  
IV Volume

N.º 34

## LESÕES E TRAUMATISMOS PARTICULARES A CADA DESPORTO

Futebol — Joelho do futebolista — Artrite post-traumática — Fracturas e traumatismos craneanos e cerebrais — Luxações do joelho e rótula — O desporto e as artificialidades habilidosas.

## A CARÊNCIA DE MAGNÉSIO NO ORGANISMO

### 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. *Arquivo*

Tab. *19*

N.º .....

# COMO SE DEVE ESCOLHER UM BOM SABONETE

## OS PERIGOS QUE PODE REPRESENTAR PARA A PELE A ESCOLHA DE UM MAU SABONETE

O uso permanente de maus sabões dá origem, a pouco e pouco, a tenuíssimas irritações da epiderme, as quais se vão repetindo e transformando muito lentamente o seu aspecto que, de fino e sedoso, começa a apresentar-se áspero e com irritações que podem provocar várias doenças da pele.

Para corrigir estes inconvenientes, sobretudo na cara, recorre-se normalmente a vários cremes ou outros tópicos que, quando são bons, podem contrariar a marcha irritativa.

Nos homens, um mau sabão de barba pode também provocar irritações da pele, que transformam o seu aspecto.

Estes factos levaram vários dermatologistas a estudar as causas frequentes destas irritações.

Chegaram quase todos à conclusão de que, sempre que não havia quaisquer razões de ordem patológica, a causa de transformação de uma pele normal, fina e aveludada, em pele áspera, despolida, rugosa e com irritações que chegam às manchas, era o uso prolongado de um mau sabonete.

Ora o sabão é obtido por meio de reacção de alcalis sobre as gorduras. Normalmente empregam-se gorduras vegetais (óleo de coco, de palma, de coconote, amendoim, borras de azeite, etc.), e gorduras animais especialmente o sebo.

Os óleos vegetais, tal como são importados pela fábrica, não só trazem muitas impurezas, como têm uma taxa elevada de ácido; atacado pela soda este óleo saponifica-se, dando origem aos sabões.

Todos sabem que se produzem sabões finos e sabões ordinários, conforme a perfeição de fabrico, a escolha das matérias-primas e os cuidados da purificação e neutralização. No entanto, todos sabem, também, que há muitos sabões ordinários em que as reacções químicas não foram feitas sobretudo quando se empregaram matérias-primas mais impuras e mais ácidas.

Há ainda pessoas que têm opinião de que o sabão de lavar roupa ainda é o melhor para a pele; outras preferem o sabão vulgarmente



conhecido por sabão de seda. Essas preferências não têm de facto razão de ser.

Um sabão perfeito deve conter uma percentagem elevada de gorduras animais; as gorduras vegetais empregadas devem ser muito bem escolhidas, pouco ácidas e as reacções, de neutralização, devem ser feitas.

Um bom sabão deve ser sempre macio, perfeitamente neutralizado e espumar muito bem.

Preparada a massa para um bom sabão, tem que se lhe dar a cor e o perfume. Aqui, tem de haver uma cuidadosa selecção pois que há perfumes sintéticos bem como algumas anilinas que não convêm à pele.

Verifica-se pois que, para uma empresa poder preparar um bom sabonete, tem de estudar cada um dos produtos que entra na sua composição e experimentar no seu laboratório as reacções do sabonete preparado, de forma a que ele, de irritante, passe a ser benéfico para a pele.

Escolhida a massa de um bom sabonete, surge o problema do preço; ora um sabão de primeira qualidade, com gorduras finas e bem preparado, sai mais caro que o sabão ordinário e daí se explica a concorrência entre os sabonetes, provocada pela diferença de preço.

Outra forma de concorrência é a adição à massa de sabão de substância que lhe aumente o volume e diminua o preço sem o prejudicar. Para reduzir o preço dos sabonetes, alguns preparadores juntam-lhe várias substâncias que se designam tècnicamente com o nome de enchimento, quase sempre constituído por talco, barita ou sulfato de bário, produtos baratos com os quais se obtém uma grande redução no preço do custo; há mesmo sabonetes, sobretudo os que se oferecem à venda nas ruas, por preço tão barato, que só têm uma pequena quantidade de sabão, sendo o restante constituído por talco ou barita que depois fica na água. É claro que estes sabonetes formam muito menos espuma.

Estudada pois a fórmula de um bom sabão, é necessário introduzir indicações de ordem terapêutica quando se quer ter um sabonete, não só de boa qualidade, mas ainda que possa servir de correctivo aos desastres produzidos por maus sabões, ou ainda à aspereza e mau aspecto da pele de má constituição, quase sempre resultantes de doenças internas.

Aconselhado por vários médicos, o Laboratório Sanitas estudou o problema e verificou que era necessário introduzir produtos que produzissem a eliminação das escamas da pele, que dominassem a irritação e que exercessem uma acção tópica, de forma a que ela retome o aspecto acetinado que normalmente deve ter.

Este facto obteve-se, juntando óleo de cade com o ichtiol e alguns outros produtos, na fórmula do sabonete.

Experiências sucessivas feitas em grande número de pessoas, sobretudo em doentes, levaram a modificar progressivamente a fórmula até

a tornar tão puerfeita quanto possível. Foram particularmente interessantes as experiências feitas em crianças, sobretudo com peles irritadas pelo contacto da urina, tendo os resultados sido inteiramente satisfatórios.

Um outro estudo comparativo foi feito por várias pessoas que empregavam, habitualmente, vários sabonetes ou pastas para se barbear e que tinham, com frequência desagradáveis irritações de pele; os fenómenos irritativos melhoraram e desapareceram e a pele tornou-se, gradualmente, normal e macia.

Os resultados de todas estas experiências levaram ao fabrico do sabonete SANODERMA que, deve pois, preferir-se nos seguintes casos:

Quando a pele é despolida.

Quando a superfície da pele é descamativa.

Quando se irrita com facilidade.

Quando haja herpes.

Quando haja eczema.

Quando haja empingens.

Quando haja botões de irritação da face.

Quando se formem pequenas vesículas de pús em qualquer ponto da pele.

Quando haja muitas «espinhas» na pele.

Sempre que se queira conservar um aspecto macio e aveludado da pele.

Deve ainda ser preferida para o banho das crianças, cuja pele se irrita com muita facilidade, porque é nas primeiras idades que se vai formando o seu aspecto definitivo (macia, fina ou áspera).

Nos casos em que há eczema, herpes, empingens, etc., o uso do SANODERMA, sendo excelente, não é nos casos acentuados, suficiente para obter uma cura completa. Nestes casos deve ser considerado como auxiliar no tratamento.

Nos casos que apresentámos, deve proceder-se da seguinte forma: à noite, ao deitar, deve aplicar-se sobre a pele doente uma pequena porção de Cadichtyol, e de manhã deve lavar-se a pele com o SANODERMA.

Com estes cuidados, mais ou menos demorados, consegue-se, transformar uma pele feia, irregular, em uma pele macia, fina, aveludada, ainda que a alteração ptológica da pele seja muito antiga.

O dermatologista que nos levou a estudar esta fórmula mostrou-nos casos interessantíssimos em senhoras que sempre tinham tido uma pele ápera, de mau aspecto, a qual se transformou por completo, apresentando agora uma pele fina, macia, juvenil. Foram estes casos que nos levaram, com entusiasmo, a adoptar a fórmula do SANODERMA.

*(segue a pág. VII)*



M A I O  
E J U N H O  
D E 1 9 6 1

PUBLICAÇÃO MENSAL

# Estudos

3.<sup>a</sup> Série  
IV Volume

N.º 34

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

III

### Futebol

Tratámos nos n.ºs 32 e 33 das lesões particulares à prática das Corridas de Fundo, Corridas de Obstáculos e Cross-country, das perturbações cardio-vasculares dos corredores, das Corridas de Velocidade, Saltos e Lançamentos (do disco, do dardo e do martelo).

Vamos agora referir-nos a uma modalidade do desporto, a que tem maior âmbito de acção e pela qual há um entusiasmo tal, que atinge os clubes, as regiões e até os países, convertendo as competições desportivas, em verdadeiras competições entre nações, em que o patriotismo toma já uma quota parte importante na luta e nas reacções consecutivas aos jogos.

Vamos referir-nos apenas às lesões e traumatismos provocados por esta modalidade de desporto.

Muitas estatísticas põem em relevo os acidentes causados pelo futebol. Karl Kopehel, na Alemanha, relatou que no primeiro trimestre de um período de jogo, em 4610 matches com 15 220 participantes, houve 107 acidentes que necessitaram de socorros médicos; uma estatística da «Deutscher Fussballbund» mostrou que um jogador de futebol em cada 529 sofre uma lesão de alguma importância. As estatísticas inglesas avalliam os acidentes em um por cada 48 jogadores, o que diverge das esta-



tísticas alemãs porque estes só consideram os acidentes acompanhados de lesões graves, enquanto que os ingleses entram em linha de conta mesmo com os acidentes ligeiros.

Pierre Lenseignies que fez um relato sobre uma estatística do Dr. Cain de Metz, mostrou que as lesões nos membros inferiores se dão na proporção de 61 para 83 acidentados. Vamos estudar as particularidades da patologia do futebol.

As paixões dos jogadores e do público, desvirtuando o carácter puramente desportivo do futebol, têm provocado acidentes consecutivos aos jogos, entre os espectadores e que atingem, por vezes gravemente, os árbitros.

Seria interessante uma estatística, não só dos ferimentos provocados pelas discussões entre os espectadores e pelos ataques aos árbitros, mas ainda dos casos de morte súbita provocada pelas comoções, quer dos jogadores, quer do público e dos casos de acidentes cardíacos por comoção, seguidos de morte no hospital ou em casa.

E não se diga que estas paixões, desordenadas, são características dos povos meridionais; elas atingem e por vezes surpreendentemente os povos do norte, os austríacos, os suíços, os dinamarqueses, etc., que supunhamos calmos, fazendo-os perder a compostura, a serenidade e até as manifestações de boa educação. Felizmente para nós não se dá o mesmo em Portugal, onde alguns jogadores de outras nações têm recebido lições de tolerância e de educação e a que não têm correspondido nos seus países.

Mas, entre nós, nas competições entre cidades ou entre regiões diferentes do país, repetem-se as mesmas violências e intolerâncias, que por vezes se mantêm durante largo período de tempo. Exceptuam-se apenas as atitudes dos clubes metropolitanos em relação aos jogadores ultramarinos que são sempre aqui tratados com muito carinho, seja qual for a cor, a raça ou a religião de qualquer destes portugueses.

**Joelho do futebolista** — O joelho do futebolista adquire uma deformação que resulta de uma sucessão de entorses ligeiros do joelho, de um conjunto de lesões originadas por pequenas distensões ligamentosas provocadas em diversos pontos e renovadas várias vezes provocando, com a sua repetição, lesões ligamentosas e sinoviais. Os *ligamentos laterais* ficam distendidos; podem mesmo ser arrancados, total ou parcialmente; podem também ficar intactos mas arrancarem fragmentos osseos nos pontos de inserção. Os *ligamentos cruzados* podem ter alongamentos ou ser arrancados, sendo o antero-externo mais frequente do que o interno.

Se se atinge a sinovial, aparece rapidamente uma *hemartrose*; o sangue invade a articulação, líquido a princípio e coagulado depois; mais tarde, junta-se uma exsudação serosa reaccional e a *hemartrose* transforma-se em algumas horas em um *hemohidartrose*.



A partir deste momento, constituem-se lesões crônicas; se o derrame é precocemente evacuado, não terão importância; mas se o derrame permanece, reabsorvem-se lentamente, a sinovial articular fica mais espessa e perderá a sua flexibilidade. O valor funcional do membro e a solidez da articulação ficam diminuídos. A entorse do joelho, abandonada a si mesma, evoluciona sempre para a cura, mas uma cura medíocre.

A seguir ao traumatismo, dá-se o derrame; o joelho torna-se globuloso; o ferido sente menos a dor do que uma sensação de tensão; a rótula aparece elevada. O exame radiográfico mostrará a existência de um *alargamento do espaço femuro-tibial*.

Depois da evacuação da hemartrose, deve procurar-se se existe lesão dos ligamentos laterais; neste caso verificar-se-ão *movimentos de lateralidade* anormais e a radiografia mostrará um *alargamento da inter-linha* do lado do ligamento rasgado.

Se os ligamentos cruzados estão atingidos verificar-se-á, quando se põe o membro em flexão, em ângulo recto, que é possível levar a tibia a fazer movimentos de deslize no sentido antero-posterior ou postero-anterior, sobre o femur.

A *atrofia muscular* aparece tanto mais rapidamente e será tanto mais visível, quanto menor for a evacuação do derrame. Impõe-se sempre a evacuação da hemartrose, que deve ser feita com a mais perfeita asepsia; a evacuação pelo trocarre é sempre incompleta e por isso convém fazer uma artrotomia na sala de operações, com lavagem da articulação pelo éter e uma sutura, plano por plano.

A imobilização deve ser de curta duração, de 6 a 8 dias. Depois a articulação deve ser mobilizada progressivamente, pela contracção voluntária dos músculos, que devem estar sujeitos a massagem, para combater a atrofia.

**Artrite postraumática** — Acontece algumas vezes que, depois de um certo número de traumatismos repetidos do joelho, se instala uma *artrite postraumática* que não é explicada por qualquer lesão dos planos ósseos ou pelas partes moles. Esta artrite evolui em geral com um aspecto clínico banal; o tipo mais frequente é o de hidrartrose crônica do joelho, que se apresenta volumoso, com hidrartrose moderada, um choque rotuliano sempre nítido, com aumento de calor local e a atrofia mais ou menos acentuada do quadrípede; esta hidrartrose evolui com períodos de acalmia e de fases agudas, acompanhando-se de algumas dores e, sobretudo, de dificuldades para andar.

Devemos no entanto pôr em evidência alguns pontos especiais neste quadro banal; o líquido é mais ou menos abundante e reproduz-se com facilidade depois da punção; é um líquido citrino, pobre em elementos figurados. A lesão é um pouco dolorosa. A radiografia mostra, quase sempre, no fim de algum tempo, uma descalcificação das extremidades articulares (Leriche e Fontaine).

Nas artrites *postraumáticas* a sinovial fica modificada: — incha, torna-se hiperemiada, violácea, semeada de neo-vasos dilatados e de pequenas zonas inflamatórias; esta hiperplasia inflamatória leva até à formação de franjas sinoviais pediculadas, fazendo saliência para dentro da articulação. Esta inflamação da sinovial complica-se quase sempre com a descalcificação das extremidades ósseas, sempre que a sua evolução é lenta; esta osteoporose fragilisa sempre as epifises e complica as lesões secundárias osteocartilaginosas. As complicações podem obrigar a uma artrotomia ou à extirpação da sinovial.

O arrancamento parcelar do epicondilo, uma entorse epicondiliana produzida por um traumatismo pouco importante, pode produzir uma ossificação dos condilos e do Joelho.

**Fracturas da perna** — Não são raras e situam-se em geral na parte média; podem resultar de um mecanismo de choque directo, de flexão ou de torsão; a tibia aparece muitas vezes fracturada, enquanto que o peróneo só se quebra em virtude dos esforços que o ferido faz para se levantar.

As fracturas directas por choque dão-se em geral no ponto atacado; as fracturas por torsão ou por flexão dão-se geralmente na união do terço médio com o inferior, na parte em que o osso passa da forma prismática para a cilíndrica. O peróneo quebra-se quase sempre acima do ponto de fractura da tibia, com excepção nas fracturas por torsão em que os dois ossos se fracturam ao mesmo nível. A deslocação dos fragmentos é pequena nas fracturas transversais e é, pelo contrário, muito acentuada nas fracturas oblíquas, em que se apresenta uma deformação angular com saliência do fragmento tibial inferior, que levanta a pele. As fracturas isoladas do peróneo dão-se na extremidade superior ou na diáfise.

Nos jogadores de futebol, as fracturas do peróneo por choque directo são raras; trata-se quase sempre de fracturas por arrancamento durante uma queda ou de uma deslisagem de joelhos; neste caso o músculo bicípede, contraindo-se bruscamente arranca a cabeça do peróneo; como a perna está em ligeira flexão e o bicípede actua em uma direcção quase perpendicular à do peróneo, facilita-se muito o arrancamento.

Nas quedas laterais, que não são raras, o choque directo sobre o solo, a contracção muscular e a adução forçada da perna combinam-se para provocarem a fractura.

**Traumatismos cranianos e cerebrais** — Durante os matches de futebol, dois jogadores podem chocar-se na bola que contavam reatirar com a cabeça para o campo contrário. Mais raramente estes traumatismos podem ser provocados por um pontapé na cabeça do jogador caído.

Os traumatismos cranianos do futebol podem ir até à fractura do crânio; no entanto podem provocar abalos que podem ir até à comoção



nervosa e à comoção de todo o sistema nervoso, sem quaisquer lesões exteriores aparentes.

Em qualquer dos casos, especialmente nas colisões das cabeças, quer haja ou não fractura, têm-se verificado síncope, mais ou menos prolongadas, com ou sem hemorragia cerebral. Quando há fissuras ou projecção dos ossos para dentro, a hemorragia pode provir dos vasos meníngeos, do que resulta um hematoma da *dura-mater*; mas pode haver também roturas vasculares nos espaços infra-aracnóideos ou na própria massa cerebral, sem que haja fractura do crânio; no entanto são raras as hemorragias localizadas só na massa cerebral.

Na maior parte dos casos, quando as hemorragias se seguem a um traumatismo na cabeça, o foco hemorrágico está na periferia e situado no ponto do traumatismo ou no polo diametralmente oposto.

Também se tem verificado que os jogadores que apresentam comoções nervosas durante o jogo, podem apresentar, a seguir, uma paralisia de um membro ou uma artrite que resiste durante meses a qualquer tratamento, para desaparecer espontaneamente mais tarde. Há outros que perdem o sono e a memória, que sentem dores de cabeça e vertigens contínuas ou frequentes, perdendo as suas aptidões para o trabalho.

Boigey cita uma observação feita com um jogador que foi atingido por uma paralisia de um braço a seguir a uma colisão lateral com outro da sua equipa, quando *carregava* sobre o adversário; o braço pendia inerte, incapaz de qualquer movimento; tinha anestesia completa cutânea e profunda, limitada por uma linha circular perpendicular ao eixo do membro. Quando o doente estava com os olhos fechados, ignorava a posição em que tinha os braços, a mão e os dedos. Tratava-se de uma *lesão histero-traumática* que se manteve durante muitos meses e desapareceu um dia, súbitamente.

Outra observação refere-se a um jogador posto em *knock-out* por um pontapé; perdeu os sentidos e foi transportado para o hospital; após duas horas voltou a si sem sentir paralisia ou contracturas, nem sinais de fracturas do crânio, nem otorragias, nem equimoses sub-conjunctivais; queixava-se de dor de cabeça intensa e de dores na nuca; sempre que tentava levantar-se, durante um mês, sentia vertigens e zumbidos nos ouvidos; uma noite levantou-se e declarou que estava curado.

As perturbações nervosas manifestadas durante um jogo são frequentes, sobretudo nas pessoas de constituição nervosa, que devem fazer um esforço constante de domínio e de autoeducação dos nervos. Há jogadores que sentem um certo prazer na excitação, que alimentam e a quem agrada mostrar exteriormente esses sinais e gestos de excitação, que se comunica aos amigos e adeptos que estão nas bancadas, auxiliando a excitação geral dos assistentes e as suas reacções, ora de agrado, ora de protesto. Este jogo que o futebolista excita e mantém, para aumentar o interesse e o entusiasmo dos partidários é um jogo de que muitas

vezes é vítima o próprio jogador. Esta auto-excitação vai-lhe fazendo perder progressivamente o controle dos seus nervos e o raciocínio claro para ripostar rapidamente a um ataque e pode-o fazer perder uma jogada, comprometendo o jogo do grupo.

É indispensável o auto-domínio para que o jogador jogue bem e seja um elemento útil do seu grupo. Aqueles que se sentirem excitados excessivamente durante uma parte do jogo, devem tomar rapidamente um comprimido tranquilizante de Probamato, para que a seguir tenham a calma necessária para raciocinar e jogar bem.

As perturbações histero-emocionais são mais frequentes nas pessoas de constituição nervosa, excitadas pelas reacções do público ou *que se auto-excitam* durante o jogo. São as que mais necessitam de exercer sobre si um auto-domínio para se defenderem.

Diagnóstico: *histero-traumatismo*.

Na maior parte das vezes, os traumatismos cranianos recebidos nos matches de futebol produzem *comoções* simples; caracterizam-se por zumbidos nos ouvidos, perdas do conhecimento, fraquezas musculares súbitas; após alguns minutos ou algumas horas, o ferido volta completamente a si, queixando-se apenas de um ligeiro mal-estar.

Nos casos graves, o ferido cai sem sentidos, sem soltar um grito; sobrevêm depois vômitos, uma emissão de urina e de matérias fecais; os músculos ficam inertes, paralisados. Quando se lhe fala, responde por palavras ininteligíveis em que mostra o seu mau humor e, depois, recai na sonolência; a pupila está dilatada e a respiração e o pulso estão muito lentos. Estes sintomas persistem durante alguns dias, desaparecendo muito gradualmente; então as respostas são mais nítidas, o torpor é menor e quando volta a si pode ter perdido a memória dos factos recentes; quando volta a ter saúde conserva durante um tempo maior ou menor a dor de cabeça, as vertigens e um certo grau de fraqueza.

Em outras circunstâncias, estes traumatismos provocam uma verdadeira *contusão* do encefalo com ou sem fractura do crânio, mas com alteração na massa cerebral.

Enquanto que a *comoção* é caracterizada por sintomas difusos e geralmente passageiros, seguidos de cura, a *contusão* provoca, pelo contrário, fenómenos localizados e persistentes (contracturas ou paralisias), que são seguidos, alguns dias depois por fenómenos inflamatórios (meningo-encefalite). Em um primeiro período, nos instantes que seguem o traumatismo, o quadro sintomático é quase o mesmo que o da *comoção*, com a diferença que se lhe juntam contracturas, agitação e paralisias parciais de alguns músculos da face. Em um segundo período que começa no 5.º ou 6.º dia, a temperatura atinge rapidamente 39 e 40 graus; ao mesmo tempo sobreveem convulsões, contracturas, paralisias, delírio e, depois, o doente entra em coma, morrendo do 8.º ao 10.º dia.



Devemos no entantno notar que a terminação das contusões cerebrais, não é sempre fatal. Tem-se verificado a cicatrização de alguns focos de contusão.

**Luxações** — Na estatística de Cain, de Metz, encontramos rasgamentos musculares, seguidos ou não de ossificação, entorses do dedo polegar, do pulso, fracturas dos maxilares e dos ossos do nariz, descolamentos epifisários do rádio e do húmero, uma contusão torácica e uma artrite tuberculosa do joelho causada por um traumatismo articular. Referir-nos-emos a seguir às luxações do joelho e da rótula.

**Luxações do joelho** — *Nas luxações da tibia para a frente*, o joelho fica consideravelmente deformado, com grande aumento do diâmetro antero-posterior. Apresenta na frente um tumor volumoso formado pela projecção dos segmentos provocados pelas tuberosidades da tibia; acima deste relevo existe uma depressão profunda na qual se encontra a rótula que, ora está sobre as cavidades glenoides da tibia ou, pelo contrário, se apresenta inclinada sobre esta face articular. Para trás, quase desaparece a cavidade poplíteica e a perna apresenta-se em extensão completa.

Nas *luxações para trás*, muito raras, a tibia forma grande relevo na cavidade poplíteica, e o tumor predomina na parte da frente.

As *luxações laterais* fazem-se para fora ou para dentro. Quando se fazem para fora, a tibia forma sobre o lado externo do joelho, um relevo de 1 ou 2 centímetros; pelo contrário, o condilo femural apresenta uma predominância para dentro. Quando a luxação é para dentro, observa-se uma disposição inversa; o relevo formado pela tibia aparece no lado interno, enquanto que para fora se observa o relevo formado pelo fémur.

As *luxações por rotação* podem dar-se, para fora ou para dentro, são raras e fáceis de diagnosticar.

**Luxações da rótula** — As luxações da rótula apresentam-se sob quatro formas:

Luxações para fora (as mais vulgares)

» » dentro (excepcionais)

» verticais

» por inversão (muitíssimo raras)

A luxação da rótula não se produz nunca durante a flexão da perna porque, nesta posição, a rótula está fixada e profundamente escondida entre os condilos do fémur. Quando, pelo contrário, a perna está em extensão, a rótula está muito móvel e tem uma tendência natural para se deslocar para fora; para que isto se dê é preciso que uma das duas asas rotulianas tenha sido rasgada ou, pelo menos, alongada. É quase sempre a asa interna que cede, apesar de ser a mais resistente e a luxação faz-se para fora (luxação externa); isto explica-se porque o quadricípede e o ligamento rotuliano (como a coxa e a perna) formam entre si um ângulo obtuso aberto para fora, de que a rótula ocupa o vértice; este osso tem uma tendência natural (tanto maior quanto mais acentuado for o ângulo)

para se deslocar para fora e, por consequência para distender a asa interna quando o quadricépede se contrai enèrgicamente, por exemplo, quando se dá o pontapé na bola.

Suponhamos que nesta posição de extensão da perna, se dá um choque violento sobre a rótula, dirigido de dentro para fora, o que a projectará um pouco para cima do condilo externo, sobre o lado do fémur; se nesse momento flectirmos a perna, a rótula coloca-se no lado externo do condilo em torno do qual descreve um quarto de circunferência e manter-se-á aí fixada pela tensão dos ligamentos rotulianos e a contracção do quadricépede. Basta a contracção do quadricépede para provocar luxações da rótula (quase sempre incompletas) em muitas pessoas que têm o *genum valgum*.

No momento da luxação, o ferido sente uma sensação de rasgamento, muito dolorosa, no joelho; sai com a perna, *meio-flectida* se a luxação for completa e *estendida* se for incompleta.

O joelho, visto de frente está achatado e com uma profunda depressão; parece alargado transversalmente e verifica-se para fora, um tumor duro, pouco móvel, formado pela rótula, de que a face cutânea fica dirigida para fora em vez de ser para diante, como no estado normal.

Na luxação incompleta o joelho está em extensão e apalpa-se a rótula acima do condilo externo.

A luxação é fácil de reduzir, devendo o doente ficar em repouso durante 8 a 10 dias; se houver também hemartrose, deve evacuar-se o derrame para evitar o relaxamento da cápsula articular pois é este relaxamento que origina as recidivas.

## O desporto e as artificialidades habilidosas

Já nos referimos às artificialidades que alteram o verdadeiro desporto e envergonham os que a ele se dedicam; o que se está praticando no futebol para atrair e explorar o público, está provocando as maiores reacções.

Junta-se agora mais um escândalo! Transcrevemos o seguinte telegrama de Londres:

LONDRES, 9 — Os dirigentes do clube de futebol Gloucester City contrataram um hipnotizador para os ajudar a obter vitórias para a sua equipa, segundo informou hoje o jornal de domingo «The People». O clube terminou em 13.º lugar na Liga sudeste, no ano passado.

O hipnotizador foi contratado como «jogador amador». Trata-se de Henry Blyte, de 65 anos, que diz ter ajudado crianças a passarem nos exames de admissão e condutores nervosos a serem aprovados nos seus exames de condução.

O «People» descreve a maneira como os jogadores do clube receberam ontem a sua primeira amostra dos poderes do hipnotizador.



Blythe fê-los sentar no chão, no terreno do clube.

Em seguida adormeceu-os e entoou dramaticamente: «Quando acordarem vão sentir-se cheios de energia. Poderão jogar com toda a habilidade que possuem. Jogarão como uma equipa e tornarão o Gloucester City respeitado em todo o Mundo».

Este telegrama e muitos factos conhecidos do público cão certamente obrigar as autoridades orientadoras do desporto a intervir em vários autos. *Os homens não valem menos do que os cavalos* e hoje são enviados para os tribunais as pessoas que dêm injeccões de excitantes aos cavalos, para ganharem a competição nas corridas! É necessário igualmente proteger os jogadores — e também o público.

*(No próximo número iniciaremos a descrição das lesões provocadas pela prática do Boxe, principiando pelas lesões na cara, orelhas e ouvidos, região ocular, fracturas, lesões dos boxeurs. Continuaremos, a seguir, a tratar dos outros desportos).*

## ***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 cicatrisante —  
desinfectante**

# A CARÊNCIA DE MAGNÉSIO NO ORGANISMO

e as perturbações que origina desde  
o recém-nascido até à velhice

## A magnesemia no recém-nascido

A importância do magnésio no organismo e a necessidade de compensar as perdas que se podem dar, por razões muito diversas, acaba de ser novamente posta em evidência pelos estudos feitos pelos Drs. A. Breton, B. Gaudier, G. Lefebvre e M. Traisnel, da Clínica Médica Infantil da Universidade de Lille e publicados nos Annales de Pediatria, de «La Semaine des Hopitaux» de Agosto e Setembro de 1960.

As noções gerais sobre o papel e o metabolismo do magnésio no organismo humano são relativamente antigas, mas não se tem dado o devido relevo ao estudo do «ion-magnésio» e à sua aplicação na clínica. Foram realizadas importantes investigações no adulto, particularmente no Serviço do Professor Hamburgem, pelo Dr. J. M. Murat.

Provou-se mais uma vez que o magnésio é indispensável à vida das células e ao crescimento, o que se demonstrou nos vegetais e nos pequenos animais experimentais no laboratório. Duas conclusões devem ser postas em evidência.

A taxa total de magnésio em uma pessoa normal no final do crescimento é notavelmente estável. Particularmente, no tecido muscular, a taxa não varia, mesmo durante regimes de carência e sejam quais forem as variações extracelulares, o magnésio parece ser necessário à integridade estrutural do músculo.

A taxa no soro sanguíneo é também muito estável para cada indivíduo e esta fixidez é uma constante fisiológica. É no entanto, muito difícil determinar com precisão uma taxa normal, em virtude de variantes individuais e, principalmente, com a idade.

As necessidades em magnésio são difíceis de avaliar. Para um adulto podem cifrar-se aproximadamente em 200 mgrs. por dia; esta necessidade aumenta na mulher grávida, particularmente a partir do 5.º mês de gravidez, notando-se uma baixa ligeira e transitória do magnésio no soro, da ordem de 20 mgs por litro, que coincide com a formação do esqueleto do feto; mais tarde, cerca do 8.º mês, a taxa no soro já é a normal no adulto.

Na criança de 3 a 7 anos, Daniels e Everson pensam que o regime deve comportar pelo menos 13 mgs por quilo de peso. Durante os primeiros anos de vida, o equilíbrio realiza-se à custa do stock ósseo constituído no período do nascimento.



Este capital seria a seguir reconstituído, para atingir o seu máximo no período da puberdade.

Existe uma hipermagneseemia nos recém-nascidos a termo. A criança prematura tem uma taxa inferior, do magnésio, que se assemelha à do adulto; o parto corresponde a uma época da gravidez em que a mãe é uma hipomagnesiana (20 mgrs. por litro). A relação entre as taxas do magnésio da criança e da mãe, no período do nascimento é quase constante (em benefício do filho), mas com os prematuros as taxas estão em um nível inferior.

Na criança com mais de um mês e até aos 2 anos, a taxa de magnésio no soro regulariza-se e é praticamente estável, mantendo-se até à puberdade.

Estes estudos mostram bem, como é indispensável manter a taxa normal do magnésio, pois a sua baixa produz uma perturbação de metabolismo orgânico. Vê-se também como é útil, para a mãe e para o filho, o uso regular dos sais de magnésio, durante a gravidez.

## As deficiências do magnésio no adulto e a sua significação médica

O Dr. Sirschfelder, do Serviço Médico de Oklahoma City Veterans Hospital e da Fundação de Investigações Médicas, da Escola de Medicina de Oklahoma, descreveu em 1934 os sintomas clínicos provenientes das deficiências de magnésio no homem. Vinte anos mais tarde, Flink demonstrou que a falta de magnésio normal no organismo pode levar a hiperirritabilidades neuromusculares e mesmo ao desenvolvimento de alucinações, experiências que foram confirmadas por Suter e Klingman<sup>(1)</sup>, por Smidth e Hammerston<sup>(2)</sup> e por Randall, Rossmeisl e Bleifer, que publicaram no *Ann. Int. Med.* 50, de Fev. 1959 um trabalho com o título «Magnesium depletion in man».

Os Drs. William O. Smith, M. D., James F. Hammarsten, M. D. e Leonnard P. Eliel, M. D. de Oklahoma publicaram no *Journal of the American Medical Association* de Setembro de 1960, um artigo intitulado «O significado clínico das deficiências de magnésio» não é suficientemente conhecido».

Nesse artigo dizem que nos últimos 5 anos observaram em 18 doentes com deficiências de magnésio, sintomas semelhantes aos do delírio alcoólico, sem que tivessem anteriormente sintomas de qualquer perturbação.

---

(1) «Neurologic Manifestations Depletion States — Neurology», Oct. 1955.

(2) «Serum magnesium in clinical disorders» — Set. 1958.

As deficiências em magnésio caracterizam-se principalmente por irritabilidade dos centros nervosos e, muitas vezes, por perturbações cardio-vasculares. Na maior parte dos doentes encontrámos tremores das mãos e em alguns, em todo o corpo. De resto, verificam-se tremores, ou contracções súbitas, na cama, mesmo a dormir, principalmente nos braços. As pessoas que têm estes tremores ou abalos súbitos devem desconfiar da sua deficiência em magnésio e é conveniente tomarem sais halogéneos do magnésio, o que é sempre útil e não tem qualquer inconvenientes. Estes tremores são relativamente frequentes, quer nos jovens, quer nos adultos.

Em doentes, que antigamente tinham a tensão normal, apareceu a hipertensão após a insuficiência de magnésio; o mesmo sucedeu com a taquicardia e qualquer destas perturbações vasculares desapareceram após o tratamento pelo magnésio.

São frequentes os casos de deficiência de magnésio nos doentes com prisão de ventre prolongada, mas também em doentes com diarreia grave e prolongada.

O mecanismo da diminuição de magnésio associada com a hipercalemia devida a metastases osteolíticas, manifesta-se também depois de intensa diurese provocada por medicamentos durante longos períodos.

Em conclusão, podemos afirmar que o *deficit* na composição normal do sangue no homem, provoca vários sintomas caracterizados por perturbações do sistema nervoso, neuromuscular e cardiovascular, que desaparecem quando se normaliza o magnésio.

**Carências que provocam perturbações prostáticas** — A inflamação da próstata é geralmente provocada por antigas blenorragias; pode porém ter outras origens, como o uso prolongado de montar a cavalo, de bicicleta ou de motocicleta, ou ainda outras causas.

A congestão da próstata manifesta-se por uma certa dificuldade na micção, por uma sensação de peso ou de volume na região prostática, junto do reto. Na palpação encontra-se uma próstata engrossada, mole, pouco dolorosa, passando a tornar-se volumosa, dura.

Se se tratar, sobretudo por meio de massagens, a dureza vai diminuindo e torna-se mais pequena. Se, porém, não se tratar, o volume vai aumentando, diminuindo progressivamente o calibre da uretra, até que pode obstruí-la, não deixando sair a urina, o que obriga o doente a uma intervenção rápida por meio de algália; nesta altura já está indicada a operação (prostatectomia). No entanto, a próstata pode não obliterar a uretra, mas continuar a aumentar e endurecer o que constitui o «adenoma», isto é, um cancro benigno; se o doente não for operado, pode este cancro benigno transformar-se em um cancro maligno, o «carcinoma da próstata».



Ao mesmo tempo que a próstata vai aumentando, vai ficando frequentemente, depois da micção, uma parte da urina na bexiga, que se torna opaca pela formação de mucus e outros produtos ou irritação da bexiga, pois é frequente também a formação de uma inflamação da bexiga, uma «cistite crônica»; o número de micções nestes doentes aumenta muito, sobretudo durante a noite.

Há mais de 20 anos, o Dr. *Stora* e o Professor *Delbet* impressionados com a acção dos sais halogêneos de magnésio, como preventivos contra o cancro, fizeram vários estudos sobre a sua acção na próstata, que foram apresentados à Academia de Medicina de Paris, em comunicações verdadeiramente sensacionais.

O Dr. *Stora*, que fez a sua comunicação em 1930, demonstrou que os sais halogêneos do magnésio exercem uma acção importante sobre as funções da próstata, acção que o Dr. *Stora* classifica de surpreendente.

Os estudos foram feitos sobre muitos doentes que *Stora* classificou em vários grupos.

O exame feito em um grupo de doentes com poliúria nocturna, com prostata volumosa e mole, mostrou melhoras extraordinárias e rápidas. Em poucos dias terminaram as micções nocturnas, retomando depois a prostata o seu volume quase normal, tendo-se verificado uma acção descongestionante feita durante um prazo de tempo muito curto e que persistiu durante muito tempo.

O exame feito em outro grupo de doentes, com poliúria nocturna, micções diurnas dolorosas e lentas e estado geral deprimido, demonstrou uma acção um pouco mais lenta, mas muito interessante também.

As micções nocturnas regularizaram-se durante um período de tempo variável entre 15 dias e um mês. A prostata retomou a pouco e pouco o volume quase normal e o estado geral melhorou em todos eles.

As urinas que a princípio eram turvas, passaram a pouco e pouco a ser límpidas.

Sob a acção dos sais halogêneos do magnésio, não só diminui o número de micções, mas também diminui ou desaparece a dificuldade de urinar.

Na maioria dos doentes, a melhoria das perturbações funcionais, vai-se dando paralelamente com a diminuição do volume da prostata, que chega a retomar a sua forma, consistência e dimensões normais.

Paralelamente, vai desaparecendo a intoxicação e melhorando o estado geral.

**Acção preventiva contra o cancro** — O adenoma da próstata é um tumor benigno, facilmente tratável, pelos métodos usuais. Porém, se se não fizer o tratamento, dá-se a degenerescência dos respectivos tecidos.

É neste período que se apresentam os sintomas de intoxicação, com fadiga geral, inapetência e anemia. A seguir, dá-se frequentemente a transformação maligna da próstata.

A descrição que fizemos em artigos anteriores, da acção geral dos sais halogéneos do magnésio, é suficiente para mostrar, não só a vantagem, mas a necessidade de estabelecer este tratamento nos doentes com carência de magnésio e em especial nos prostáticos.

Com este tratamento, não só se melhoram ou se fazem desaparecer as perturbações funcionais da próstata e bexiga, mas ainda conseguimos melhorar o estado geral do doente, restituindo-lhe a saúde perdida.

Localmente consegue-se a melhoria ou o desaparecimento do seu adenoma, poupando o doente a uma operação mas, muito principalmente, o benefício importante que se consegue consiste em evitarmos a degenerescência dos tecidos da próstata.

Na sua comunicação à Academia de Medicina de Paris, o Professor Delbet, faz as seguintes afirmações sobre a profilaxia do cancro:

*«A questão social do cancro, consiste mais em o evitar, do que em o curar. Se o emprego dos sais halogéneos de magnésio se generalizasse, o número de cancerosos diminuiria.*

*As pessoas que ainda não tenham o princípio do cancro, julgo que ficarão indemnes, se tomarem magnésio. O que posso garantir é que se não houver indemnidade completa, esta será em muito maior número para as pessoas que tomarem o magnésio.*

*Eu medi, Senhores, a gravidade desta afirmação; durante anos guardei silêncio, mas a minha convicção data de há muito.*

*Progressivamente, a observação e a experiência levaram a minha convicção para a certeza e calculei que não tinha o direito de calar um método seguramente desprovido de todos os inconvenientes e que, se me não engano, pode prestar enormes serviços.»*

As experiências feitas em cobaias, são as que nos parecem mais demonstrativas, pois provam o efeito preventivo dos sais halogéneos de magnésio.

Introduziram-se nas vesículas biliares de várias cobaias, grãos grossos de areia. Algumas ficaram imediatamente em tratamento pelo magnésio, enquanto que outras ficaram sem medicação alguma.

Depois de seis meses, sacrificaram-se os animais, tendo-se verificado que muitas cobaias apresentavam lesões cancerosas ou pré-cancerosas, provocadas pela acção irritante das areias sobre o epitélio da vesícula, mas verificou-se igualmente que nenhuma das cobaias que estavam em tratamento megnesiado apresentava estas lesões cancerosas ou pré-cancerosas.

Das muitas e variadas experiências que se têm feito, é esta que nos parece a mais concludente.



É necessário no entanto chamar a atenção para que, sempre que haja suspeitas de cancro, se deve consultar o médico, *porque o magnésio não cura o cancro; é apenas um preventivo.*

**Ações particulares sobre alguns órgãos** — A experiência que acabamos de descrever, explica a acção preventiva dos sais de magnésio sobre o fígado e a vesícula das cobaias.

No homem as coisas passam-se por uma forma análoga.

A existência de cálculos na vesícula ou a presença de elementos de irritação em qualquer parte do organismo, pode determinar a alteração dos tecidos, que conduz ao cancro.

Se estas pessoas fizerem o uso regular do Magsan, conseguirão assim impedir a degenerescência dos tecidos, que provoca o cancro.

Estudos dos Drs. Dubber e Voisinnet verificaram que o excesso de trabalho intelectual, além de exagerar as perdas de ácido fosfórico, exagerava igualmente as perdas em magnésio.

O professor Delbet conclui: O sistema nervoso é um grande consumidor de magnésio, acrescentando:

*«Estes factos levam-me a pensar que muitas perturbações nervosas são devidas à privação de magnésio. A sensação de fadiga, de astenia, que se segue a certas doenças infecciosas ou a um período de excesso de trabalho, ou ainda que se manifesta algumas vezes sem causa aparente, desaparece sob a influência dos sais halogéneos de magnésio.*

*Estes sais dão ao mesmo tempo a calma e a energia, com uma sensação de bem-estar e de optimismo. Tornam o organismo apto para efectuar um maior esforço, com menos fadiga.»*

Os sais halogéneos de magnésio actuam sobre muitas manifestações da pele, que não são mais do que perturbações tróficas e que têm desaparecido depois do tratamento.

**Ação sobre o envelhecimento** — O Dr. Weiske constatou que os ossos dos velhos encerram menos magnésio do que os dos novos, e isso fez pensar ao Professor Delbet que a diminuição do magnésio no organismo é talvez um dos factores de envelhecimento.

Efectivamente, constatou a influência do magnésio nos velhos a quem notava o ar de fadiga depois de uma marcha e a falta de rigidez muscular própria da mocidade.

«Eu vi pessoas assim assinaladas pela idade retomar o andar ágil da mocidade, sob a influência do magnésio. Vi igualmente desaparecer, em pessoas idosas, o tremor das mãos.»

Todos estes estudos levaram à preparação do Magsan, que é um produto de sais halogéneos de magnésio destinado a excitar a actividade das células do organismo.

Depois dos quarenta anos, principalmente depois dos quarenta e cinco, estão diminuídas as condições de resistência normais, contra todas as infecções e, também, contra o cancro, razão porque é útil o uso do Magsan, depois daquela idade, como uma defesa social contra o cancro.

As pessoas que tomam regularmente o Magsan, praticam o melhor regimen estimulante do organismo, aumentam a sua resistência à fadiga e têm maior facilidade no trabalho intelectual, em virtude de produzir o aumento da actividade cerebral.

Por outro lado, também combate a velhice precoce, porque procura conservar o funcionamento normal dos órgãos, produz a desodorização das fezes, combate a prisão de ventre habitual e regulariza a digestão.

**Modo de usar** — A dose que se costuma empregar para produzir uma acção estimulante e conservadora do organismo, regulando o seu metabolismo, é de 2 a 4 comprimidos por dia, que podem ser tomados em jejum e às refeições e que se devem deixar desagregar em água simples ou açucarada.

O magnésio exerce uma acção estimulante sobre o intestino e, poderia ser tomado em doses bastante elevadas, se os intestinos o tolerassem bem. O Magsan exerce uma excitação dos movimentos peristálticos do intestino, chegando mesmo a provocar uma aceleração exagerada da marcha das fezes. Estas apresentam-se por vezes mal moldadas ou mesmo diarreicas, o que indica que já existe intolerância.

A dose deve pois começar por ser pequena, 2 comprimidos por dia, um a cada refeição, experimentando-se a pouco e pouco a tolerância dos intestinos do doente. O limite de tolerância é marcado pelas fezes, que se podem apresentar mal moldadas, ou ligeiramente moldadas. Se passarem ao estado diarreico ou semi-diarreico, devemos diminuir a dose.

Se o doente tolerar bem o Magsan, ou se for um preso de ventre, podemos aumentar a dose até 4 ou 6 comprimidos, mas a dose normal é de 2 comprimidos em jejum.

O período de tratamento deve ser muito prolongado, pois que a regularização do equilíbrio de um metabolismo, há muito tempo desorganizado, leva também muito tempo a fazer.

Os resultados começam a sentir-se dentro de um período muito curto. Manifestam-se por uma sensação de melhoria geral, de euforia, que demonstra o estabelecimento de um estado de melhor equilíbrio das funções orgânicas.

Quando, depois de um período de tratamento, começam a aparecer fenómenos de intolerância, da parte dos intestinos, deve suspender-se a medicação por um período de 5 a 8 dias, para depois se retomar, começando por um comprimido em jejum ou no princípio de uma refeição e aumentando depois a dose.

Pode parar-se com o medicamento durante uma semana, depois de cada três semanas de tratamento.





# Brinde aos assinantes da 3.<sup>a</sup> série

Oferecemos aos nossos assinantes, vários artigos de toilette a preços muito reduzidos.

Pode esta requisição ser feita por um pequeno pedido de experiência; se os artigos agradarem, como esperamos, podem fazer novo pedido de maiores quantidades, aos mesmos «Preços-brinde», desde que a requisição seja feita dentro de 60 dias após a recepção da 1.<sup>a</sup> remessa.

## Requisito aos Preços - Brinde

RECORTAR

Quan- tidade	Produtos	Preço de venda	Preço- brinde
	<b>Sabonetes Sanoderma</b>	<b>5\$00</b>	<b><u>3\$50</u></b>
	» » grande	<b>9\$00</b>	<b><u>6\$30</u></b>
	» <b>Sanitas</b> , para banho	<b>6\$50</b>	<b><u>5\$20</u></b>
	cx. <b>Pó Higiénico</b> (talco especial)	<b>8\$00</b>	<b><u>5\$60</u></b>
	frc. <b>Renovador 215</b> para resti- tuir ao cabelo a sua cor natu- ral (com instruções) . . . . .	<b>30\$00</b>	<b><u>21\$00</u></b>
	Livro "Preceitos de Puericultura"	<b>15\$00</b>	<b><u>10\$00</u></b>

*Ler as instruções no verso*

**INSTRUÇÕES: —** Quando a requisição seja feita pelo correio é necessário juntar a importância do porte por encomenda postal. No caso contrário, esta importância será cobrada contra entrega da encomenda. Para o Ultramar, em virtude da dificuldade de cobrança é indispensável juntar a importância da requisição, seguindo a encomenda à cobrança pelo porte. Quando a remessa for em notas do Ultramar, juntar-se-á a importância do desconto, ao valor da factura.

*Estes vales podem ser entregues na:*

**FARMÁCIA SANITAS — PRAÇA LUÍS DE CAMÕES, 24 — LISBOA**

**SANITAS — RUA DE SANTO ANTÓNIO, 211 — PORTO**

**SANITAS — RUA FERREIRA BORGES, 9 — COIMBRA**

**SANITAS — RUA DE BURGOS, 3-A — ÉVORA**

**SANITAS**

RUA D. JOÃO V, 24 — LISBOA

**RECORTAR**



Durante muitos anos o SANODERMA teve apenas um formato. No entanto, muitas pessoas se queixavam de que se gastava depressa e sugeriram que era preferível fabricar também um formato grande, o que seria muito mais económico, pois é conhecido o facto de que a última parte do sabonete não se utiliza, geralmente, quando já está reduzido a pequenos pedaços.

Feitas as experiências para realizar o novo formato, decidimos lançar aquele que nos parece mais cómodo de manusear, e que não só é mais barato em relação ao peso, como ainda se torna mais económico pela razão referida.

Continua também, no entanto, o formato antigo, pequeno.

---

## *Artigos publicados nas 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> Séries dos "Estudos"*

### *2.<sup>a</sup> Série*

N.<sup>os</sup> 1 a 7 — Estudos sobre a inteligência e memória.

N.<sup>os</sup> 8 a 14 — Ensaio de psico-patologia.

N.<sup>os</sup> 15 a 32 — 15 a 32 — O optimismo e o pessimismo.

### *3.<sup>a</sup> Série — Exercícios físicos, treinos e desportos*

N.<sup>os</sup> 1 a 5 — Acções dos jogos e desportos sobre a saúde, nos diferentes períodos da vida.

N.<sup>os</sup> 6 a 14 — Iniciação desportiva — Remo, Natação, Esgrima, Ciclismo, Futebol, Rugby, Basquetebol, Volleybol e Hóquei — Acção terapêutica dos exercícios físicos. A Obesidade e o Emagrecimento. Os problemas da alimentação no desporto.

N.<sup>os</sup> 15 a 24 — Surménage e fadiga, nas crianças, nos adolescentes e nos adultos — Psicanálise do automobilista — O Coração e as actividades físicas — Problemas da fadiga na indústria — Caracteres dos exercícios na idade adulta. Pedestrianismo, corridas, cross-country. Saltos, Lançamentos do disco e do dardo — Luta — Boxe — Exercícios de força propriamente ditos; pesos e alteres — Golf — Desportos de Inverno. O homem e o automóvel.

N.<sup>os</sup> 28 a 36 — Treinos e adaptação — A ginástica e os exercícios na mulher. Ginásticas harmónica e coreográfica — A educação física da mulher e da criança — A dança desde a mais remota antiguidade.

N.<sup>os</sup> 27 a 31 — A segunda idade. Indicações e contra-indicações dos exercícios — Insuficiências dos desportistas e recuperação para o des-

porto — As reacções psicológicas dos chefes das empresas e a sua influência na saúde individual. Mecanismo das acções intellectuais.

N.<sup>os</sup> 32 e seguintes — Lesões e traumatismos particulares a cada desporto — Corridas — Salto e Lançamentos (da flecha, do disco e do dardo) — Futebol — Boxe — Rugby — Luta — Tennis — Esgrima — Hipismo — Desportos de Inverno — Natação — Automobilismo e motocicletas — Aparelhos de suspensão e de apoio.

A seguir, publicaremos duas novas séries de artigos.

## **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 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> série.

A 3.<sup>a</sup> série custa Esc. 20\$00 por cada uma das colecções — n.<sup>os</sup> 1 a 10 — n.<sup>os</sup> 11 a 22 — n.<sup>os</sup> 23 a 34 e n.<sup>os</sup> 35 a 46.

Os números isolados custam 2\$50.

Os assinantes têm direito aos seguintes prémios:

1.<sup>o</sup> — Colecções da 2.<sup>a</sup> série dos «Estudos» que interessem aos assinantes da 3.<sup>a</sup> série completa (salvo algum número que esteja esgotado).

2.<sup>o</sup> — Um útil cinzeiro.

3.<sup>o</sup> — Uma faca para papel.

4.<sup>o</sup> — *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.