

NOVEMBRO
DE 1960

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

3.º Série

N.º 30

Com o próximo número começará o 3.º volume da 2.ª série que publicará «Estudos particularizados sobre a acção de cada um dos desportos sobre os músculos, ossos e órgãos e ainda sobre as lesões particulares a cada desporto». Este estudo é da maior importância para todos os que façam exercícios físicos ou pratiquem o desporto.

EXERCÍCIOS FÍSICOS, TREINOS E DESPORTOS XXIX

Insuficiências físicas dos desportistas e recuperações para o desporto.

AS NEVROSES DO CORAÇÃO

AS CONSTIPAÇÕES LIGEIRAS, AS CONSTIPAÇÕES FEBRIS E AS GRIPES.

COMO POUPAR O CORAÇÃO E TER UMA VIDA LONGA.

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, 123-B - LISBOA-1

Sala..... 30

Est.....

Tab.....

N.º.....

NOVEMBRO DE 1960

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

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

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

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

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

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

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

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

A excitação e a calma nos desportos.

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

O problema dos desportos e da juventude na Suíça.

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

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

Doping — O reumatismo nos desportistas.

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

Psicanálise do automobilista.

NOVEMBRO
DE 1960

—
PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

3.^a Série
II Volume
—
N.º 30

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

EXERCÍCIOS FÍSICOS TREINOS E DESPORTOS

XXIX

INSUFICIÊNCIAS FÍSICAS DOS DESPORTISTAS E RECUPERAÇÕES PARA O DESPORTO

Traduzimos, a seguir, um trabalho sobre este assunto publicado pelo Dr. H. J. C. L'Etang, sob o título «Physical Disabilities in Sportman» publicado no «Practitioner» de Maio de 1955, que nos vem demonstrar como os exercícios físicos, a ginástica e a tenacidade consegue recuperar para o desporto muitos insuficientes físicos que não só lhes permite fazerem parte dos grupos desportivos, mas chegarem a entrar e vencer nos campeonatos. Alguns dos casos citados são verdadeiramente extraordinários e constituem mais do que uma esperança, uma certeza para os deficientes que tenham boa vontade e tenacidade para conseguirem a sua recuperação.

A clínica médica, particularmente nos últimos anos em que poucos médicos se furtam às obrigações relacionadas com as Pensões e Indemnizações industriais, pode levar o observador, a firmar uma opinião erradamente triste sobre a extensão das incapacidades resultantes dos males físicos.



É claro que os doentes observados são apenas uma parte dos que sofrem de defeitos semelhantes, e um espírito crítico classificá-los-á.

Por um lado com o fim de corrigir esta impressão clínica, e por outro para ter ao dispor os meios de encorajar os doentes indevidamente deprimidos por quaisquer incapacidades físicas, comecei há alguns anos a coleccionar extractos de jornais e literatura desportiva versando incapacidades de desportistas notáveis.

Esses artigos constituíram uma leitura tão curiosa que achei que seria interessante incluir os seus passos mais notáveis num pequeno artigo.

ÓRGÃOS ESPECIAIS DOS SENTIDOS

Dos sentidos especiais, uma vista apurada é essencial para muitos jogos.

A má vista não impede ninguém de jogar o cricket, quando o defeito pode ser corrigido e entre os portadores de óculos encontram-se «batsmen» tais como: Arthur Richardson da Austrália, P. G. H. Fender de Inglaterra, e três neo-zelandeses, Maloney, Kerr e Hadlee. Na mesma categoria estão P. A. Gibb e R. A. Young, os quais além de serem bons «batsmen» representaram a Inglaterra como «wicket-keepers». Da América chegaram notícias de um jogador negro de baseball, George Crowe, que usa óculos.

A visão monocular devia prejudicar o «batsman» na apreciação da distância e da profundidade, mas houve pelo menos três jogadores de «cricket» só com a vista de um olho.

Sabe-se que Nupen, da África do Sul foi fundamentalmente um «bowler», mas não é muito conhecido o facto de que o Príncipe K. S. Ranjitsinhji pertenceu a esta categoria. O Príncipe perdeu um olho num acidente de caça em 1915 e decidiu voltar a jogar o «cricket» novamente, depois da Guerra de 1914-18, e pensa neste momento em escrever um livro sobre o «batting» dos jogadores que vêm apenas com um olho. Para os efeitos deste artigo, seria agradável recordar os seus êxitos mas — ai de mim — os seus resultados foram extremamente modestos embora a idade, o aumento de peso e a larga ausência dos terrenos de jogo tenham constituído importantes factores adversos. W. H. Fryer (1829-

-1919), que jogou pelo «Kent» entre 1852 e 1872 perdeu o olho do lado direito em 1862; continuou a jogar com êxito, embora raramente conseguisse fazer «wicket» após o acidente.

Uma visão pura não é absolutamente necessária no futebol, embora dois jogadores profissionais ingleses, Jack Livesey (Doncaster Rovers) e Hair (Newcastle e Grimsby) usem lentes de contacto (directamente sobre os olhos).

Na desafia Escócia-França em «rugby» realizado em 1920 um avançado escocês e dois avançados franceses só tinham um olho.

Uma visão nítida também não é necessária aos pugilistas e tem havido casos em que o pugilista dificilmente avista o seu adversário. Sam Langford, conhecido por «Boston Tar Baby», perdeu o seu olho esquerdo em 1917, quando a visão do lado direito era já mínima. Mas assim combateu até 1924, data em que, depois de ter atirado um adversário ao chão, o perdeu de vista e deambulou sem destino em volta do «ring». Harry Greb, o «Turbilhão de Windmill» combateu em condições semelhantes, e sempre que era combinado um combate, pedia ao treinador que colocasse o seu adversário em face da luz para ele o poder ver. A sugestão de que Harry Greb (ou qualquer outro pugilista) tivesse lutado com um olho de vidro foi ridicularizada, mas recentemente quando o negro Luther White, meio médio, se sujeitava a exame médico antes de um combate em S. Francisco, um dos seus olhos desprendeuse da base e caiu ao chão com grande consternação do médico.

Estes factos deixam de ser notáveis quando se sabe de atletas completamente cegos que, através de um treino chegam a fazer desporto. Robert Allman foi capitão do grupo de luta da Universidade da Pennsylvania em 1939 e em 1942 Jack Twersky venceu o campeonato de luta do New York City Metropolitan, na classe das 121 libras.

Charles Boswell, jogador de golf, cego, totalizou 18 buracos em 82 tacadas jogando no Highland Park, de Birmingham, Alabama. O seu auxiliar indicava o lugar e a distância, e, do montículo, empurrava a bola com a ponta do «stick».

Em 1931, D. Morgan, que cegou em consequência de uma explosão de fogo de artifício, fazia parte de uma das tripulações de Cornell e em 1952 Pohn Sharp também realizava um feito semelhante numa das tripulações pela Universidade de Reading.

O aumento da consciência social que permite que os cegos façam uma vida intensa, desempenhou um papel semelhante quanto aos surdo-mudos. Apesar das histórias sensacionais contadas pelos jornais, nada há de realmente notável nos êxitos de um pugilista negro Gene Hairston, que é surdo-mudo. Sem dúvida, aqueles que foram obrigados a escutar a série de rangidos de dentes e de insultos que saíam das bocas de pugilistas tais como Jack Johnhon e Max Baer, devem por vezes ter desejado que eles sofressem do mesmo mal. A incapacidades de apelar para o árbitro será sem dúvida uma desvantagem no «cricket» e diz-se que F. H. Sweetland, que algumas vezes jogou o «wicket» pelo M. C. C. perdeu por completo a fala nessas circunstâncias.

SISTEMA ÓSSEO

Entre os jogadores de «cricket» os boladores possuem normalmente um grau elevado de destreza, manual, embora Roche, um australiano que jogou pelo «Middlesex» por altura de 1900 seja uma excepção. Roche não tinha dois dedos da mão com que bolava e o polegar não possuía movimento.

Outro australiano «Dainty Ironmonger» perdeu a falange do dedo indicador o que o impedia de fazer girar a bola à maneira convencional. A única desvantagem era que o seu bolar era, segundo dizem, por vezes, incorrecto. A doença até pode ter as suas compensações, Fleetwood-Smith bolava originalmente com o braço direito mas verificou-se que, em resultado de uma doença esse braço ficou fraco. Por causa disso começou a bolar com o braço esquerdo e se não foi a primeira pessoa a bolar com este braço «googly» ou «chinaman», foi o primeiro que utilizou para guardar a bola no «Test match». É de notar que todos os 3 boladores mencionados são australianos.

O actual campeão de golf é Ed. Furgol que quebrou o braço esquerdo durante a infância. A fractura não foi devidamente corrigida, ficou disforme e inutilizado. Para executar o «swing» tem de manter o braço direito curvado mas apesar disso supera muitos dos outros jogadores de golf.

A competição anual dos jogadores de golf com um só braço é uma demonstração do que esses amputados podem conseguir. Muita gente deve lembrar-se de Redl, o jogador de ténis austríaco com um só braço

que jogava em Wimbledon logo a seguir à guerra de 1939-1945: era tão notável como o do jogador americano de baseball, também com um só braço, Pete Gray, que consegue marcar de mais de 20 pés da barreira e 330 pés do ponto de partida.

A leitura de uma lista de desportistas com deficiência nos membros inferiores torna-se impressionante. Harry Lee, jogador de «cricket» do Middlesex foi ferido em Neuve Chapelle em 1915, resultando destruição muscular e amputação de uma perna. Peter Howard avançado inglês do Rugby afirma que é coxo de nascença, pois a perna esquerda não é mais grossa que o pulso, resultando incapacidade de pontapear. Harri Legge aplaudido pugilista profissional tem uma perna mirrada. T. Gray médio volante de defesa do Northampton e da Escócia foi ferido na guerra de 1939-45, usa uma bota de futebol preparada para compensar o encurtamento. Glen Cunningham campeão americano da milha sofreu graves queimaduras nas pernas durante a infância, e finalmente o jogador de ténis Doris Hart sofreu deformação de uma perna na infância, a qual é atribuída ou à poliomielite ou a ferimentos; isto afecta a sua velocidade de corrida no terreno o que pode contribuir para a impossibilidade de alcançar a maior perfeição desportiva.

A poliomielite está a tornar-se cada vez mais comum e provoca grande alarme nos pais que estão naturalmente preocupados com o futuro das crianças atingidas; podem encontrar consolação no caso de Walter Davis do Texas que teve essa doença com a idade de 8 anos. Aos 21 Davis foi campeão de saltos em altura com a marca 6 pés e 11 ½ polegadas. Tenley Albright foi atacado de poliomielite aos 11 anos e depois disso animaram-na a desenvolver os músculos com a patinagem. Aos 17 anos foi a primeira americana que ganhou o campeonato mundial de patinagem artística.

As pessoas com uma só perna quase vencem as de um só braço na sua adaptação. Johannes de Villiers perdeu a perna direita na infância mas saltou em altura 5 pés e 7 polegadas na sua primeira competição. Alan Burrough praticante de remo ficou sem a perna direita por altura do joelho na campanha do Norte de África, mas foi nomeado timoneiro do Clube de Regatas do Tamisa e entrou nas provas de Stwards IV e Grand VIII. É interessante o facto de desportistas nestas condições tentarem praticar o alpinismo que é um dos mais arriscados desportos.

Geoffry Winthrop Young perdeu a perna na guerra de 1914-18 mas saltou o Matterhorn em 1928, e com 60 anos subiu o Zinal Rothorn. Para não ficar mal colocado, Décio Moognoni, que perdeu uma perna na guerra de 1939-45, subiu também o Matterhorn em 1952. Douglas Bader que representou a R. A. F. neste desporto em várias ocasiões, perdeu ambas as pernas num desastre de aviação. Posteriormente durante a guerra de 1939-45 tornou-se muito conhecido como ás da aviação sem pernas e conseguiu também fazer no golf resultados com vantagens de 4 pontos.

FERIMENTOS E LESÕES DAS VÉRTEBRAS

Estas doenças são agora diagnosticadas com mais frequência e não produzem o assustador prognóstico que em tempos traziam. Se se deve permitir aos jogadores de «rugby» que sofreram ferimentos na região cervical, que voltem a praticar esse desporto na linha da frente, é discutível, embora J. H. Stteds e J. L. Baume de Inglaterra o tenham feito sem aparente mau resultado. A. C. Keevy do Transvaal Oriental partiu um pequeno osso do pescoço em 1948, e foi tratado com um colete de gesso. A única consequência foi ele ser obrigado a disputar o campeonato Trials da África do Sul em 1949 com a barba por não poder fazê-la. McKee da Irlanda sofreu uma fractura inter-vertebral em 1949 e retirou-se do «rugby». Quando estava em férias no Outono de 1951 disputou um jogo amigável e como não houve más consequências voltou a representar a Inglaterra contra a África do Sul meses depois. J. V. Smith fracturou uma vértebra num salto em pára-quedas durante a guerra de 1939-45 e posteriormente jogou o «rugby» pela Inglaterra.

FERIMENTOS MÚLTIPLOS

Se um indivíduo é vítima de um acidente, sofrendo traumatismo do pelvis, e de um ombro, fracturando a perna esquerda e partindo um tornozelo, tendo antes disso sofrido uma embolia pulmonar, o prognóstico deve ser reservado. No entanto, o jogador americano de golf Ben Hogan, sofreu estes ferimentos em 2 de Fevereiro de 1940, mas tomou parte no campeonato em Los Angeles em Janeiro de 1950, fazendo resultados de 73, 69, 69, 69 ligado com Snead apenas perdendo na contagem final. No Verão do mesmo ano, contudo, venceu o Campeonato Livre Americano.

DOENÇAS CRÓNICAS

Seria surpreendente saber-se que estas fossem comuns entre os desportistas de grande plano, mas ficamos admirados com o facto de 3 tenistas contemporâneos de Wimbledon sofrerem de diabetes.

William Talbert e Hamilton Richardson vieram da América e o segundo observou que quando jogava de manhã era mais atreito a ataques de hipoglicemia. O terceiro jogador é Lennart Bergelin da Suécia, cuja diabetes apenas podia ser tratada por meio de dieta.

É provável que não sejam invulgares as lesões valvulares assintomáticas do coração. Em 1948, Jokl citou o caso de um campeão sul-africano da Maratona que sofria de doença mitral e aórtica devida ao reumatismo (tendo também uma história médica na qual predominava a escarlatina, o raquitismo, a malária, rickettsia e hérnia inguinal). Abrahams cita a existência de um magnífico corredor que tinha um grande alargamento do ventrículo esquerdo, em consequência de um engorgitamento da aorta, e de ser «o maior corredor do meio fundo da sua geração» que sofria de aperto mitral. Seria invulgar encontrar perturbações neurológicas entre desportistas de primeira categoria, e é possível medir o desenvolvimento da afecção nervosa que atingiu o jogador americano de «baseball», Lou Gehrig pela quebra gradual do seu poder de «batting». Jokl menciona uma rapariga de 19 anos que sofria de myasthenia grave, e que respondia tão bem à prostigmine, que representou o seu país em hóquei.

CONCLUSÃO

São estas as incapacidades que não conseguiram vencer os desportistas internacionais. As suas proezas, certamente, são o resultado de uma atitude pessoal para com o seu defeito, a qual bem faríamos em encorajar entre os nossos doentes. Tanto eles como a comunidade ganhariam com isso.

Esta é a opinião do autor, com a qual não concordamos plenamente, sobretudo nas doenças do coração.

Em um dos próximos números iniciaremos uma série de artigos sobre os «Estudos particularizados sobre a acção de cada desporto sobre os músculos e órgãos e ainda sobre as lesões e traumatismos particulares a cada desporto». É um estudo detalhado com o qual completaremos a série de artigos sobre «Exercícios físicos, treinos e desportos».

AS NEVROSES DO CORAÇÃO

Uma grande parte das *doenças do coração* que levam o doente a consultar o médico, não são pròpriamente doenças do coração, mas sim do sistema nervoso, com acção sobre a circulação. Este grupo de doenças é designado sob o nome de *nevroses cardíacas*.

As principais nevroses cardíacas são: — «Palpitações», taquicardia paroxística», «Pulso lento e permanente» e a «Papeira exoftálmica» — Doença de Basedown».

Vamos referir-nos mais detalhadamente às três primeiras, pois a última deve ser considerada como uma doença da tiroidea. Ainda que se manifeste por perturbações da enervação cardíaca, semelhante, ela tem uma origem conhecida e tem tratamento especial. O estudo das nevroses do coração interessa todos os que fazem exercícios físicos.

Palpitações

Para muitos autores, as «palpitações» são caracterizadas por uma modificação na frequência, no ritmo e na intensidade das pulsações do coração, *Dieulafoy* a quem acompanhamos no seu belo estudo sobre as palpitações é de opinião que esta descrição é incompleta. Transcrevamos pois a sua descrição:

A frequência do pulso, na febre, passa além de 120 pulsações por minuto, sem que existam palpitações; a intensidade das pulsações do coração é muito aumentada em certas hipertrofias do ventrículo esquerdo, como na nefrite intersticial, sem que existam necessariamente as palpitações (*Potain*). As intermitências do coração nas lesões mitraes, não dão origem sempre às palpitações. Portanto *Dieulafoy* deve ter razão quando afirma que as palpitações não estão fatalmente ligadas às modificações de frequência, de ritmo e de intensidade; acompanham-as muitas vezes, mas não são consequência delas.

As palpitações, segundo *Peter* são *espasmos do coração*; e pudemos ajuntar que são espasmos incómodos, angustiantes ou dolorosos.

As funções dos órgãos da vida vegetativa são inconscientes; quando se tornam conscientes traduzem-se pelo sofrimento ou pela dor. No estado normal, o estômago e os intestinos executam os seus movimentos

automaticamente; quando mudam de natureza (*espasmos*) tornam-se incómodos e dolorosos (*gastralgia, enteralgia*) (1).

O coração segue a mesma lei. Nas «palpitações» as pulsações do coração são incómodas e dolorosas, em graus diversos, desde o simples mal-estar com opressão até a dor com angústia, que pode ir até à síncope. Por isso se devem atacar desde as primeiras manifestações.

Seja qual for a causa inicial das «palpitações» elas levam sempre a uma perturbação do sistema nervoso do coração. Ora esta perturbação nervosa parece isolada de toda a alteração material do órgão (*palpitações idiopáticas*) ora a alteração material é flagrante (*palpitações sintomáticas*). Entre estas duas classificações, colocam-se vários *casos inter-mediários* cuja classificação é impossível.

Palpitações nervosas: — Tem-se querido explicar a patogenia destas palpitações invocando a fisiologia da inervação do coração e então explica-se: O nervo pneumogástrico e o nervo grande-simpático são antagonicos; a supressão do *pneumogástrico* ou a excitação do *simpático* produzem, sensivelmente, os mesmos efeitos, ou seja, a aceleração das pulsações do coração; concluir-se-ia portanto que todas as causas que diminuem a acção do primeiro ou que exageram a acção do segundo podem causar palpitações. Isto não parece inexacto, porque a aceleração das pulsações cardíacas não basta para produzir palpitações.

A *irritabilidade anormal do sistema nervoso*, o nervosismo, segundo *Bouchut*, a *nevropatia cérebro-cardíaca*, segundo *Krishaber*, a papeira exoftálmica, todos os excessos, o abuso das bebidas alcoólicas, do café, do tabaco, são as causas mais habituais das palpitações nervosas. Nesta mesma classe, entram as palpitações, designadas por palpitações de crescimento e as de origem reflexa.

Palpitações com lesões materiais: — Clasificamos assim, as palpitações que acompanham as doenças do coração; — *pericardite e endocardite, myocardite, hipertrofia e dilatações e lesões valvulares.*

(1) Hoje podemos atenuar ou controlar estas dores ou espasmos do estômago e dos intestinos por meio do «Espasmo-Dibar», em supositórios, independentemente de qualquer outro tratamento.

As flegmacias agudas que, à primeira vista, pareceriam dever irritar as ramificações nervosas, são raramente acompanhadas de palpitações, enquanto que as lesões valvulares (insuficiência aórtica, doença mitral) as provocam; é difícil de explicar o mecanismo desta acção. Todos os apertos (afirma *Peter* na sua *Clin. Med.* t. 1, p. 265) são acompanhados de *espasmos*; os canais patologicamente apertados, a uretra e o esófago e os canais normalmente apertados, como a glote e os canais biliares são sujeitos a contracções espasmódicas; os apertos do coração provocam também espasmos a que se dá o nome de *palpitações*. *See* ⁽¹⁾ chama ainda a atenção para as palpitações, tão frequentes, da insuficiência da aorta.

Palpitações de causa mista: - *Mary* demonstrou que o abaixamento de pressão no sistema vascular acelera as pulsações do coração; *o coração menos carregado, marcha mais depressa*. Utiliza-se este facto experimental para explicar que as palpitações que vêm a seguir a hemorragias, a temperaturas muito elevadas e aos exercícios violentos são provocadas pela diminuição da pressão vascular causada pela hemorragia ou pela dilatação dos vasos periféricos. À taquicardia dos anémicos junta-se um novo elemento, a *qualidade* do sangue, menos rico em oxigénio.

Sintomatologia das «palpitações»

As palpitações aparecem isoladamente ou agrupadas por acessos. Nos acessos de fraca intensidade as pulsações do coração, mais incómodas que dolorosas, são acompanhadas de opressão e de ansiedade precordial. Nos acessos violentos, o coração bate «a romper o peito»; os seus movimentos são por vezes tumultuosos e desordenados (aritmia), aparece a dor cardíaca, que por vezes é angustiante, falta de ar, fala com as palavras entrecortadas; a face está pálida e coberta de suores, as mãos estão geladas; o doente está na iminência de desmaiar e por vezes, cai em síncope.

Os exames, praticados durante os acessos dão resultados disseminantes; ora as pulsações do coração são tumultuosas e desordenadas,

(¹) *See* — *Maladies du Coeur*, pág. 188).

ora conservam a sua regularidade; o pulso não está sempre em relação com as pulsações cardíacas; na artéria radial o pulso pode ser normal, apesar da intensidade aparente da contracção ventricular.

Os acessos das palpitações são muitas vezes provocados por causas insignificantes; basta uma emoção, alguns movimentos rápidos, um esforço, uma refeição abundante, para as provocar.

Toda a importância do diagnóstico reside sobre o *diagnóstico da causa*; é indispensável pesquisar se as palpitações são puramente nervosas, que é o caso normal ou se estão associadas a uma lesão do coração.

Tratamento :

Do conhecimento da causa, depende o tratamento. A primeira indicação é a de suprimir tudo o que pode provocar as palpitações (excessos de todo o género, chá, café, tabaco, emoções, refeições abundantes).

Até aqui estávamos limitados a aplicar calmantes, brometos, valerianas, etc., e os ritmizantes. Hoje, porém, descobriu-se um medicamento que permite fazer a tonificação cardíaca e combater a nevrose; esse medicamento é o «Pendulon».

Considerada a frequente necessidade de associar à tonificação cardíaca uma medicação sedante-tranquilizante, sem esquecer que a multiplicidade de medicamentos prescritos a um doente cardíaco tem a desvantagem de o alarmar quanto à gravidade da doença, concebeu-se um medicamento em que num só comprimido se associassem os medicamentos em geral necessários. De aqui nasceu o Pendulon.

Associam-se neste medicamento, em proporções experimentalmente equilibradas, a *digoxina*, a *reserpina* e o *meprobamato*. Presidiu à sua concepção o objectivo de potenciar a acção cardiotónica e ritmizante da digoxina, de forma a que, com doses sensivelmente menores, se obtivesse eficiência comparável à que se consegue com doses mais elevadas daquele digitálico, quando utilizado isoladamente.

Dentro deste princípio, admitiu-se que seria viável e vantajoso aproveitar os efeitos da digoxina, combinando-os com as acções circulatória e sedante da reserpina, potenciando uns e outros com a acção tranquilizante do meprobamato. E de facto, os ensaios realizados vieram comprovar e, por ventura, ampliar a justeza da hipótese inicial, pois se verificou que, com doses relativamente diminutas do medicamento, se obtém resul-

tados de tal forma acentuados que é mesmo de admitir que a acção cardiotónica-ritmizante da digoxina é, simultâneamente, potenciada pela acção circulatória da reserpina e influenciada de maneira benéfica pelos efeitos tranquilizantes da associação reserpina-meprobamato.

Como é sabido, os efeitos da reserpina sobre o coração consistem fundamentalmente em *diminuir a frequência cardíaca e prolongar a diástole*. Ora, reduzir a taquicárdia é minorar um factor sempre prejudicial para o miocárdio; prolongar a diástole é permitir um enchimento mais completo dos ventrículos e uma sístole mais eficiente, é proporcionar ao miocárdio um repouso mais prolongado e uma melhoria das funções metabólicas, é facilitar a irrigação do músculo cárdio pela circulação coronária.

O meprobamato, justamente talvez o mais eficaz e inóculo dos tranquilizantes conhecidos, tem no Pendulon a sua acção potenciada pela associação com a reserpina. Dos ensaios realizados parece depreender-se que a tranquilização obtida pela associação meprobamato-reserpina não representa uma simples coincidência de efeitos com os que advêm da associação digoxina-reserpina. O conjunto global dos resultados sugere claramente o estabelecimento de uma potenciação recíproca, na qual a reserpina funciona como elemento indutor e regulador desses efeitos.

Seria esta série de hipóteses a que permitiria explicar os resultados quase inesperados, que se obtém, usando doses relativamente baixas, tanto de digoxina como de reserpina, como de meprobamato.

O Pendulon exerce, em síntese, uma acção cardiovascular, tonicar-díaca, bradicardizante, potenciada pelos efeitos sedante e tranquilizante, que, por seu turno, parece tornarem-se mais acentuados, como resultado da acção referida em primeiro lugar.

Tendo em consideração o conjunto de verificações anteriormente referido, o Pendulon encontra indicação em muitas situações da cardiologia, particularmente quando a estas se associa a taquicárdia. A insuficiência cardíaca ligeira, ou mesmo grave, melhora em geral, com uma dose do *cardiotónico* menor do que a habitualmente necessária, sendo particularmente notável a redução da taquicárdia e a melhoria do bem estar do doente. O doente com cardioesclerose, seja ou não do âmbito de geriatria, acusa melhoras importantes do ponto de vista subjectivo e do ponto de vista objectivo. Nas situações de cardiopatia valvular,

mesmo compensada, nas que são acompanhadas de taquicárdia ou nos casos de taquiarritmia, os resultados obtidos com o Pendulon podem considerar-se como altamente satisfatórios.

As doses a prescrever do Pendulon dependem da dose de digoxina e do esquema de tratamento que, para o caso, se adopta, tendo sempre em consideração que se obtém resultados terapêuticos mais acentuados do que os que poderiam esperar-se, em função de cada um dos componentes considerado isoladamente.

Podendo também utilizar-se na digitalização macissa, o Pendulon adapta-se de maneira particularmente favorável à digitalização lenta ou ao tratamento de manutenção.

No primeiro caso pode estabelecer-se como norma o seguinte esquema: *nas primeiras 24 horas* — 5 a 6 comprimidos, sendo a dose inicial maior do que as restantes: *nas 24 horas seguintes* — metade das doses iniciais.

No segundo caso o esquema será em regra o seguinte: *nas primeiras 24 horas* — 3 comprimidos, continuando o tratamento com 2 comprimidos diários.

O tratamento de manutenção poderá ser feito de acordo com a posologia média de *1 a 2 comprimidos diários*.

Deve porém ter-se sempre presente que o Pendulon não deve ser tomado por seguir a opinião de qualquer pessoa, mas somente depois da opinião do médico, que regulará as doses.

Finalmente as proporções dos vários constituintes de Pendulon estão estudadas de forma a não serem exageradas as doses de qualquer deles, quando se faz uma digitalização macissa, ou insuficientes, quando se usam as doses de manutenção. Com efeito, quando se ministram 1,5 mg de digoxina (seis comprimidos de Pendulon) ministram-se 0,6 mg de reserpina e 900 mg de meprobamato, doses estas que não estão fora dos esquemas habituais. Quando, por outro lado, se ministram simplesmente 0,25 mg, 0,50 mg ou 0,75 mg de digoxina por dia, ministram-se doses de reserpina e de meprobamato que, embora pequenas, são úteis por si só, e se tornam extraordinariamente eficazes em função da potenciação mútua dos três constituintes do Pendulon.

Quando se mantenha o estado nervoso que provoca as palpitações é aconselhável empregar três comprimidos de Probamato por dia, dose que se poderá reduzir até um por dia até que as palpitações desapareçam.

AS «CONSTIPAÇÕES LIGEIRAS», AS «FEBRIS E AS GRIPES»

É difícil marcar nitidamente as diferenças entre as várias designações de «constipações» e «gripes», porque os sindromas têm frequentemente sintomas clínicos iguais ou muito semelhantes; dentro de cada um dos grupos há ainda uma infinidade de variedades de reacções e de gravidade em cada uma delas.

Mesmo a classificação por alterações locais, não tem grande propriedade de localização, tal como as rinites, faringites, laringites, traqueites, bronquites, pontadas pulmonares, etc. O doente com rinite aguda, por exemplo, tem muitas vezes e simultaneamente uma extensão da inflamação à faringe ou a outra parte do sistema respiratório; por outro lado a doença que num certo momento é uma rinite, daí a poucas horas já inclui a faringe e a laringe.

Este problema foi tratado em uma interessante publicação de A. T. Roden, médico dos serviços do Ministério da Saúde Inglês publicado na revista de medicina «The Practitioner», de Dez. de 1957 de onde extraímos este artigo.

As doenças comuns do aparelho respiratório, formam uma extensa cadeia de sintomas, desde o coryza ligeiro ou constipação não febril até à pneumonia simples ou à associação da pneumonia fulminante associada à gripe (que foi a característica da grave epidemia designada geralmente pela «pneumónica»). Entre estes extremos, ficam uma série de doenças imperfeitamente diferenciadas que se classificam entre nós de diversas «constipações», mais ou menos graves.

Os estudos têm mostrado que em certas epidemias de doenças respiratórias, muitos casos observados podem ter sintomas similares, mas existem sempre desvios; uma forma de doença que é comum em várias epidemias, é rara em outras; isto tem sucedido com as complicações hemorrágicas, diarreias, etc.

Apesar de não se poderem diferenciar completamente as várias espécies de constipações, de não haver marcos miliários entre elas, vamos tentar analisar alguns grupos.

CONSTIPAÇÃO LIGEIRA

A «constipação vulgar» pode ser considerada como uma infecção aguda do homem, em que a reacção típica toma a forma de uma doença respiratória ligeira, com aumento do exsudato nasal ou *coryza*, como manifestação clínica predominante.

Sabe-se que a causa é um vírus especial, o que foi demonstrado por *Kruse* em 1914, quando provocou corizas fazendo instilações intranasais em experimentadores voluntários de secreções nasais de doentes, filtradas, isentas de bastérias. *Dochez, Sibley e Mills*, em 1930, conseguiram pelo mesmo processo passar a infecção para um chimpanzé, mas apesar de se terem feito instilações em vários outros animais, não foi possível transmitir-lhes a doença, o que foi verificado em 1939 por *Andrewes*.

O período de incubação da «constipação vulgar» é usualmente, de 24 a 72 horas, ainda que já se tenham verificado períodos maiores, até 7 dias.

O primeiro sintoma é, em geral, a secura da nasofaringe; os doentes dizem ter uma sensação de inflamação da garganta. O coriza principia por um exsudato mais ou menos abundante, que de começo é quase aquoso, mas que passa rapidamente para mucóide ou muco-purulento; a seguir vem a obstrução nasal, inflamação dos olhos, com segregação de líquido e, um princípio de dor de cabeça, que vai aumentando; os sintomas vão aumentando a partir do 2.º ou 3.º dia.

A tosse não é um sintoma constante. As perturbações constitucionais são ligeiras; em geral aparece uma febre ligeira, acompanhada por mal-estar e fadiga; a temperatura na primeira fase raramente atinge os 38º; a persistência da febre é indicadora de complicações tais como a parasinusite paranasal devido a infecções bacterianas secundárias.

A duração da «constipação vulgar» varia consideravelmente; muitas abortam espontaneamente depois de 24 a 48 horas de duração; algumas continuam por alguns dias, mas podem durar por mais tempo, especialmente em pessoas que sofram de bronquite.

No decurso da transmissão humana estudada pela «Common Cold Research Unit», infecções como as que acabamos de descrever passam de uma pessoa para outra, observando-se pequena variação nos sintomas; as propriedades patogénicas das secreções nasais mantiveram-se durante 8 passagens em adultos sem mudança do agente original (*Roden, 1954*); no entanto pode afirmar-se que a infecção é potencialmente mais perigosa nas crianças e nos adultos cuja resistência se acha diminuída por doenças actuais ou anteriores ou pela velhice.

Apesar de, em geral, se ser resistente à grande generalização da constipação vulgar, nada se conclui sobre a imunidade específica, o que diverge bastante com outros vírus (como o da gripe).

O período da infectividade não está bem marcado. *Andrews*, em 1949, mostrou que o vírus pode permanecer nas secreções nasais, 24 horas antes do aparecimento dos sintomas.

INVESTIGAÇÕES DE LABORATÓRIO

As técnicas das investigações virulógicas desenvolvem-se rapidamente nos últimos anos. Foram criadas facilidades para o estudo de certas doenças de vírus, por meio de culturas e de outros métodos, na maior parte dos centros universitários da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte e na maior parte dos Laboratórios de Saúde Pública. Foi publicado em 1957, pelo Ministério da Saúde, um guia para uso dos laboratórios de investigação de vírus suspeitos em infecções humanas.

Estes estudos mostram o maior interesse na investigação, cujo campo está a crescer em virtude do aumento de conhecimentos sobre as doenças do aparelho respiratório.

Sabemos que a gripe é uma doença das mais asteniantes. O seu vírus produz uma toxina que provoca um enfraquecimento mais rápido e intenso do que as outras infecções brônquicas e pulmonares, em que o enfraquecimento, ainda que intenso só mais tarde se manifesta; bastam 2 ou 3 dias de gripe para uma pessoa, quando se levanta da cama, se sentir às vezes tão fraco, que as pernas não têm firmeza quando quer marchar.

A transmissão da gripe faz-se muito rapidamente e facilmente se transforma em epidemia. Praticamente não há um tratamento preventivo, a não ser as vacinas, que por vezes têm dificuldade em actuar por haver

vários vírus e às vezes não encontramos a vacina apropriada para o vírus da infecção que está invadindo o nosso meio. O meio mais prático para nos prevenirmos contra a gripe é tomarmos, nos períodos próprios, a vitamina C numa dose não inferior a meio ou um grama, de manhã, dose que nos períodos em que a doença grassa com intensidade se deve elevar, pelo menos a 3 comprimidos por dia.

Como uma das manifestações ou complicações da gripe são as hemorragias pulmonares e os estados congestivos dos olhos, das meninges, etc. e existe um medicamento, a rutina, que evita a fragilidade dos vasos, usa-se geralmente hoje, uma associação da rutina com a vitamina C. Estudos feitos sobre esta associação demonstraram que a rutina potencia fortemente a ação da vitamina C, o que evidencia aquela associação, que se emprega em terapêutica, sob a designação de «Rutinicê Fortíssimo» (0,05 de rutina com 0,50 de vitamina C, por comprimido). O seu efeito mostrou-se evidente durante a epidemia da *gripe asiática*, pois houve prédios, onde as famílias que usavam o Rutinicê Fortíssimo como preventivo ficaram indemnes, enquanto as outras tiveram quase todos os membros da família com a gripe. Muitos médicos que passavam todo o dia a verem doentes engripados e que tomaram este medicamento, conseguiram ficar poupados até ao fim da epidemia.

O tratamento, quer da gripe, como da simples bronquite, é o mesmo e deve sempre fazer-se cuidadosamente para evitar as suas conseqüências, algumas das quais, como a tuberculose, são graves.

Logo aos *primeiros sintomas*, febre, cabeça pesada e tosse deve tomar-se um dos vários medicamentos aconselhados para a gripe; sendo similares nas bases, há alguns, como o Casfen, em que a associação dos seus componentes se recomenda.

O Casfen prepara-se em comprimidos (ácido acetil-salicílico 0,25, fenacetina 0,25, cafeína 0,02 e fosfato de codeína 0,01 por comprimido) e em supositórios, para adultos (0,25 de ácido acetilsalicílico, 0,50 de fenacetina, 0,02 de cafeína, 0,02 de fosfato de codeína e 0,004 de cloridrato de butilaminobenzoil, dimetilaminoetanol por supositório) e para crianças, («supositórios infantis» com 0,0625 de ácido acetilsalicílico, 0,001 de fenacetina, 0,005 de fosfato de codeína e 0,001 de cl. de butilaminobenzoil-dimetil aminoetanol por supositório).

Pelas fórmulas que acima se indicam, verifica-se que se comporta como um magnífico analgésico, antipirético e sedante, com moderada acção estimulante cardio-respiratória, pela cafeína que contém, com a vantagem de não ser prejudicial para o organismo.

A combinação dos produtos que entram na sua composição potencia a fórmula, tornando-a terapêuticamente mais activa, embora usando doses pequenas dos seus componentes. Pela sua composição vai actuar sobre vários sistemas do organismo, produzindo nos seus efeitos totais uma acção sinérgica e benéfica.

Com a realização desta fórmula obteve-se um produto de grande acção no combate à dor e na terapêutica da gripe.

Não havendo tratamento específico para a gripe (a vacina antigripal, de fraquíssimo poder antigénico, não confere imunidade apreciável) toda a actividade médica é orientada num sentido sintomático e, para este efeito, o Casfen é um produto perfeito.

Toma-se na dose de 1 a 6 comprimidos ou de 1 a 3 supositórios por dia.

Para combater a tosse, podem recomendar-se vários xaropes, que são especialmente recomendados para quem os poder tomar em casa. A vida moderna obriga-nos porém a estarmos ausentes de casa, durante muitas horas e, nestes casos devemos empregar os comprimidos, por a sua utilização ser muito prática e cómoda.

Os comprimidos que mais se empregam são a «Tossina» (0,008 de codeína, 0,80 de terpina e 0,100 de benzoato de sódio) por comprimido e a «Tossifedrina» que, além daqueles componentes tem mais 0,01 de cloridrato de efedrina.

O cloridrato de efedrina tem uma acção particular sobre os músculos lisos, sobretudo quando espasmolizados, razão que determina a sua aplicação nas bronquites, coriza, rinites vasomotoras, etc. A codeína é o melhor calmante da tosse, sendo simultaneamente analgésico. A terpina aumenta a secreção brônquica, fluidificando-a e facilitando assim a expectoração. O benzoato de sódio é igualmente um fluidificante da expectoração e ligeiramente antisséptico.

Com o uso da Tossina e da Tossifedrina nota-se, segura e prontamente, nítido alívio da tosse, o que a faz indicar em muitas situações em

que a tosse é um sintoma penoso para o doente ou perigoso para a evolução da doença.

A Tossifedrina, de nítida acção em todas as tosses, estende a sua actividade aos casos em que há broncoespasmo a complicar a doença principal. A Tossina não contendo efedrina, indica-se particularmente nas tosses dos indivíduos a quem, pela sua idade ou por doenças intercorrentes, se não deve prescrever a efedrina. É de notar particularmente a grande comodidade de tratamento, pois sendo um medicamento fácil de transportar, isso resulta em grande facilidade para o doente ambulatório.

Podem tomar-se de 3 a 6 comprimidos por dia.

Quando o tratamento pode ser feito em casa, aconselha-se os xaropes, que muitas pessoas preferem.

Recomendam-se para este fim os «Xaropes Labsan», o «Xarope Labsan T» e o «Efe-Labsan».

O Labsan T, em indicação especial quando há expecturação hemoptoica, em que poderia ser prejudicial o efeito irritante do guaiacol.

O Efe Labsan, pela associação da efedrina, adquire indicação particular quando há espasmo bronquico.

Os adultos devem tomar 2 a 4 colheres de sopa por dia e as crianças 2 a 4 colheres de chá por dia.

O estado de fraqueza consecutiva à gripe combate-se usando 3 colheres de sopa de Opohemol por dia, às refeições.

Para combater a inflamação da mucosa nasal, que se traduz por a obliteração dos canais nasais, vulgarmente designado por «nariz entupido», que tanto dificulta a respiração, sobretudo quando se está dormindo, deve aplicar-se duas a quatro gotas de Nazsan, de cada vez, sempre que for necessário, com intervalos não inferiores a 1 hora.

Quando houver inflamação da garganta, especialmente quando aparecerem pequenas manchas brancas e inflamação na faringe, deve aplicar-se, uma a três vezes por dia, conforme a necessidade, com um pequeno tampão de algodão em rama na ponta de uma vara qualquer praticamente em uma agulha de chochet, que existe sempre em todas as casas, embebido em Sulmer-Líquido.

COMO POUPAR O CORAÇÃO E CHEGAR A TER UMA VIDA MUITA LONGA

O «Diário de Notícias» de 20 de Novembro de 1960, comentando a exposição do Dr. Irvine D. Page, da Fundação Clínica de Cleveland, em um artigo com o título «Viva com a calma de quem tenciona viver eternamente», dá-nos a seguinte informação:

Num debate sobre a influência da dieta na arterioesclerose, o dr. Irvine D. Page, da Fundação Clínica de Cleveland, afirmou que as dietas são uma causa, embora não a causa, de muitos ataques cardíacos.

Depois de salientar que a ciência pouco sabe ainda sobre a formação da arterioesclerose, o dr. Page anunciou as seguintes oito regras para se viver normalmente com aquela enfermidade:

— Evite os excessos de todos os tipos, sem, no entanto prescindir seja do que for;

— Compreenda o que são as síncopes cardíacas, *mas não as tema*;

— Se tiver peso a mais, reduza-o — coma menos na esperança de voltar a comer mais;

— Se os seus ascendentes mais directos tinham tendência para contrair a arterioesclerose, ou se o índice do colesterol no seu sangue aumentar, *consulte imediatamente o seu médico*;

— Se a sua pressão sanguínea for demasiada, faça-a baixar;

— *Reduza a proporção de gorduras animais*, na sua alimentação, substituindo-as por gorduras vegetais;

— *Faça exercício com regularidade*;

— Aceite as contrariedades da vida, procure harmonizar a sua opinião com o inevitável e viva com a calma de quem tenciona viver eternamente.

A isto acrescentamos:

— Cultive as amizades das pessoas agradáveis, interessantes e afaste definitivamente os que têm a mania de discutir, de contrariar;

— Afaste do seu convívio as pessoas invejosas, maldizentes, que têm o condão de nos dispôr mal e, por seu turno, nos irritar;

— *Afaste os pessimistas*, que vêem tudo negro, presagiam desgraças e pretendem deixarmos de crer em tudo e em todos. Pelo contrário, cultive a convivência dos homens com capacidade para architectar, para construir, que tenham confiança em si e na sua acção; estes acabarão por criar ou desenvolver a confiança em nós próprios, que é indispensável e nos trará boa disposição e saúde;

— *Combata as preocupações e as excitações*. Como defesa, sempre que esteja preocupado, mal disposto, sobretudo, com ideias fixas, tome um bom tranquilizante (Probamato), ou simplesmente um comprimido ao deitar ou três por dia.



Exercícios e desportos dos adultos

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

Treino do exercício físico

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

A segunda idade

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

A ginástica e os exercícios da mulher

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

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

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

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

Higiene alimentar das pessoas com ocupações intelectuais.

A seguir, publicaremos:

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

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

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

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

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

Podemos conhecer o nosso cérebro?

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

Série de estudos sobre Higiene Mental — Educação

Assinatura da 3.^a Série dos “Estudos”

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

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

e a assinatura dá direito aos seguintes prémios:

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

2.º — Um útil cinzeiro.

3.º — Uma faca para papel.

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

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

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

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