

JULHO
DE 1961

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

3.ª Série
IV Volume

N.º 35

LESÕES E TRAUMATISMOS PARTICULARES A CADA IV DESPORTO

O Box — Lesões da cabeça e das vísceras —
Lesões provocadas por knock-out — Perturba-
ções emocionais devidas ao boxe — Astenia
dos boxeirs

O EXAGERO DOS ESTIMULOS PSÍQUICOS, FAZ-NOS ENVELHECER

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTÓNIO J. LEITE SARAMAGO

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

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

Sala _____
Est. _____
Tab. _____
N.º _____

Para combater os

GAZES DO ESTOMAGO E DOS INTESTINOS

tomar 1 a 3 comprimidos de

Carvão Sanitas, anisado e naftolado

A Prisão de Ventre

combate-se facilmente, com a

Purgatose

que facilita as dejectões, sem produzir irritação intestinal

Eczemas

Irritações da pele

Empigens

desaparecem com a pomada de

Cadichtyol

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

Sanoderma

Combatei a

HIPERACIDEZ DO ESTÔMAGO

com comprimidos de *Gelumina*

DIGESTÕES DEMORADAS

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

DIGESTÕES DOLOROSAS

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

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

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

Nos ferimentos ligeiros, esco- riações

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

Nos ferimentos das crianças

*prefira sempre o **Piomisan***

Nas feridas externas ou pro- fundas

*prefira os **Pensos de Piomisan***

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

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

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

Contra qualquer dor

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

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

IV

O Boxe

O Boxe é um dos jogos que provoca mais acidentes, alguns dos quais muito graves.

Começaremos por estudar, em primeiro lugar, as «Lesões da Cara» que podem ser *contusões, ferimentos, luxações, fracturas, lesões nervosas da face, depois lesões das mãos, as lesões viscerais e musculares e a astenia crónica post-traumática dos boxeurs.*

LESÕES DA CARA

Contusões — As contusões da cara durante um ataque de boxe, podem classificar-se em dois graus. No primeiro trata-se de um ligeiro esmagamento dos tecidos com pequenas equimoses determinadas pelo derrame de sangue dos capilares superficiais, e que se infiltra nos tecidos; no segundo grau, são atingidos vasos mais grossos e o derrame junta-se, formando uma zona fortemente infiltrada.

Pode acontecer que golpes tangenciais, dados com violência e rapidez, arranquem os tecidos moles do seu plano de inserção óssea, formando hematomas volumosos, em geral sobre a região malar e zigomática.

Nunca se verifica mortificação dos tecidos, o que se torna impossível por causa da elasticidade das luvas de boxe, mas pode verificar-se quando se dá um murro violento sem luvas.

As contusões provocam lesões variáveis, conforme as respectivas regiões.



Nariz — As cartilagens do nariz, sob a acção de percussões repetidas, quer directas, quer laterais, podem ser destacadas da sua inserção no osso. Quando for desfechado um golpe directo e violento sobre a *Cartilagem do septo nasal*, que forma o pilar que sustem a parte cartilaginea do nariz, produz-se um achatamento desta parte que pode ficar fracturada. No entanto, as *cartilagens laterais* e as *cartilagens das asas do nariz*, que correspondem à *ponta do nariz*, têm uma tal flexibilidade que se curvam a maior parte das vezes quando recebem o choque, sendo excepcional o seu arrancamento da base. Mas pode também succeder que golpes laterais, dados com grande velocidade, rasguem as *cartilagens accessórias*, de forma, número e dimensões variáveis, colocadas entre as *asas do nariz* e as *cartilagens laterais*, mas esta rasgadura, geralmente acompanhada de uma tumefacção dolorosa das partes moles, melhora rapidamente, resultando no final um achatamento da *ponta do nariz*.

Região do queixo e masseteres — As contusões não deixam vestígios no queixo; aqui a pele tem uma grande espessura e uma série de planos celulo-fibrosos, que vão desde a pele ao tecido ósseo, circunscrevendo os lobulos adiposos, fazem eficazmente o papel de colchão amortecedor. O golpe directo, 4 a 5 centímetros para fora da linha mediana interessa a zona enervada pelo nervo do queixo; pode provocar nevralgias rebeldes e que reaparecem sempre que se renove o traumatismo.

A pele da região facial correspondente aos músculos da mastigação, os masseteres, deslisa facilmente sobre as aponeuroses subjacentes; não é raro observar infiltrações da camada celulo-adiposa que cobre neste sítio os tegumentos, quando estes estiverem sob a acção de uma série de pancadas directas e, sobretudo, tangenciais. Em alguns *boxeurs*, que possuem um prolongamento anterior da glândula parotida, verifica-se sempre que são esmurrados duramente neste local, uma inchação dolorosa.

A caixa dos masseteres que é óssea pela parte interior e aponevrótica pela exterior é pouco sensível aos choques dados com luvas de boxe, mesmo que sejam violentos. No entanto, quando são muito repetidos, não é raro observar nas horas que se seguem a um combate, um *trimus* ligeiro (contração durável dos masseteres) que cede a applicações prolongadas de compressas quentes. A *bola gordurosa de Bichat*, que separa o bordo anterior do masseter do músculo *bocinador* pode por vezes reagir por uma inflamação dolorosa, que dura cerca de 8 dias, com uma sensação de queimadura característica irradiando para a fossa temporal.

Orelhas e ouvidos — A orelha é muito exposta aos traumatismos, tanto assim que é frequente vermos deformações características nos *boxeurs* profissionais; as goteiras desaparecem de forma a apresentar-se a orelha sensivelmente no mesmo plano, achatada; o tragus e o anti-tragus, bem como o lóbulu da orelha engrossam; em muitos *boxeurs* a

orelha apresenta o aspecto de um ou muitos cordões irregulares colados uns aos outros.

A pele das orelhas, normalmente, é fina, aveludada, agradável ao tacto; forra regularmente as duas faces da cartilagem, cobrindo fielmente todas as irregularidades. Sob a influência de choques repetidos, ela pode deslocar-se da cartilagem; produz-se frequentemente um derrame sanguíneo circunscrito que deforma a orelha, disfarçando as reentrâncias. O tecido celular subcutâneo não existe aqui como camada distinta na face externa da orelha e aqui, os hematomas não ficam limitados pelas malhas do tecido celular, como em outros locais; a flutuação é nítida.

O tratamento consiste em uma punção simples, aséptica, seguida de uma leve compressão local; o derrame reproduz-se com grande facilidade, devendo então fazer-se nova punção. O líquido que sai das primeiras punções é castanho avermelhado; é sangue hemolizado, incoagulável, que se evacua facilmente; quando o líquido é extraído tardiamente apresenta um aspecto oleoso, muito diferente.

Na face posterior, craneana, da orelha, o tecido celular subcutâneo é relativamente flácido; encerra aqui e além, bolas gordurosas e fibras pouco favoráveis à formação de depósitos sanguíneos; pelo contrário, deixa-se facilmente infiltrar por serosidades e pode dar origem, a seguir a choques repetidos, a uma inchação, um edema crónico.

No *Canal auditivo* pode aparecer uma inflamação crónica localizada na parte fibrocartilaginosa, provocando uma diminuição do calibre do canal, que pode atingir metade ou dois terços; este aperto, em geral, é concentrico, mas pode aparecer, raramente, marginal, caso em que o canal deixa de ter a forma circular para tomar a forma de meia lua.

A *membrana do tímpano*, no *boxeur* profissional, apresenta-se muitas vezes engrossada e inflamada (*myringite crónica*); apresenta roturas frequentemente; a sua flacidez permite-lhe muitas vezes distender-se e chegar até ao *promontório*, quando se produz uma pressão lenta e continua, como a que se exerce sobre a sua fase externa, quando está obstruída a *trompa* de Eustáquio; pelo contrário, sempre que há um aumento brusco da pressão, de fora para dentro, como o que resulta de um soco violentamente aplicado na orelha, o tímpano pode rasgar-se; esta rasgadura dá-se em geral nas regiões paracentrais da membrana do tímpano, particularmente na parte antero-inferior.

A enervação rica do tímpano explica a sua extrema sensibilidade e os reflexos numerosos a que ele pode dar origem. Os seus nervos provêm simultaneamente do nervo *auriculo-temporal*, do ramo auricular do *plexus cervical* e do *pneumogástrico*; a vertigem e a síncope devem ser provocadas pela excitação que os ramos nervosos do pneumogástrico sofrem pelas percussões na região do canal auditivo.

Quando houver uma ferida no tímpano devemos procurar evitar a infecção do ouvido médio. Com efeito, uma otite supurada traumática

torna-se crónica, a sua cicatrização fica defeituosa e a audição resente-se. O tratamento deve limitar-se a pôr um pequeno tampão antiséptico à entrada do ouvido; se houver sangue, devemos limitar-nos a enxugá-lo com éter, benzina ou Solutio de Dakin, colocando em seguida uma bola de algodão com Sulmer para tapar o canal auditivo.

Ouvido médio e ouvido interno — É relativamente frequente succeder que os traumatismos repetidos na região auricular, depois de provocar a rotura do tímpano, alterem as ligações fixadas e prejudiquem a integridade das articulações e dos pequenos músculos motores ou dos osseletes. Assaltos violentos de boxe, provocam frequentemente otites médias catarrais, muitas vezes seguidas de esclerose do tímpano, de anquiloses dos osseletes, de cicatrizes aderentes, de cicatrizes de neofor-mação que imobilizam mais ou menos os osseletes e diminuem a audição.

O *ouvido interno*, profundamente situado na espessura do *rochedo*, envolvido por todos os lados por uma camada ossea resistente, escapa em geral às perturbações causadas pelos choques sobre a região dos ouvidos. No entanto, certos murros excepcionalmente violentos, sobre a orelha, podem excitar violentamente as terminações dos nervos *cochlear* e *vestibular*. A reacção do *cochlear* manifesta-se geralmente por uma *surdez total* mas transitória; o nervo *vestibular* reage à excitação violenta das suas terminações provocando no *boxeur* perturbações de equilíbrio e vertigens.

Um soco sobre o ouvido esquerdo pode provocar um estado vertiginoso intenso, simultâneo com oscilações da cabeça para diante e para trás e com a queda do corpo para diante.

Região ocular — A forma das luvas de boxe e as suas curvaturas de grande raio explicam o facto das contusões directas da região ocular só serem raramente seguidas de accidentes graves da vista. Os murros violentos dão origem, sobretudo, a extravasações sanguíneas nas pálpebras; o tecido celular aqui é pouco denso; as pálpebras incham; não é só o tecido celular subcutâneo que participa na inflamação pois a mucosa também se inflama. Boigey viu formar-se, depois de um soco, um tumor do tamanho de um ovo de pomba. Neste grau a *quermose traumática* fica como estrangulada, pelas cartilagens tarsas.

As pálpebras, a princípio com uma cor venosa, passam ao castanho e depois ao amarelo; quando a mucosa palpebral faz hérnia podemos escarificá-la, para apressar a sua redução.

Não é raro, nos dias que se seguem a um assalto de boxe, que o músculo orbicular das pálpebras, apareça com paresia, que se manifesta pela impossibilidade de fechar os olhos, com *lagrimejamento* ou, pelo contrário, com uma *contractura espasmódica dolorosa*; neste caso o *olho fica fechado e pode sentir dores vivas com irradiação para a região supra-orbitária*.

A conjuntivite traumática é excepcional.

Apesar dos murros atirados directamente para os olhos, succede quase sempre que a arcada supraciliar protege eficazmente o globo ocular; no entanto já se tem dado roturas intraoculares consecutivas a um ataque de boxe; observa-se com uma certa frequência um derrame de sangue (hipohema) na câmara anterior do olho mas, em geral, não é seguido de qualquer complicação e reabsorve-se produzindo uma ligeira pigmentação da iris. Noutros casos, golpes tangenciais, dados lateralmente sobre o globo ocular, causaram perturbações circulatórias da região irido-ciliar, que se mantém durante muitos dias; a via de escoamento dos líquidos intra-oculares deve estar obstruída, pelo menos parcialmente; nestes casos o olho mostra-se duro e tenso, manifestando-se um certo grau de glaucoma; a pupila fica preguiçosa. Instilações de eserina e de pilocarpina auxiliam muito a sedação dos fenómenos e a volta ao normal.

Boigey verificou uma vez, a seguir a um golpe directo, uma paralisia total do olho; ficaram paralisados todos os nervos motores do globo; inteiramente coberto pela pálpebra superior caída, quando se levantava, via-se o olho absolutamente imóvel e fixo na órbita, como se estivesse montado em cera. A pupila estava largamente dilatada não reagindo à luz e era absoluta a *paralisia da acomodação*. Além disso havia anestesia completa da cornea e da metade superior da conjuntiva bulbar, da pálpebra superior e da região frontal. O globo ocular tinha a aparência normal, mas a acuidade visual não era de mais da oitava parte; o campo visual era normal. O exame oftalmoscópico revelou duas pequenas hemorragias, uma macular e outra justamacular.

A regressão progressiva dos sintomas de paralisia, a volta da sensibilidade e da mobilidade só se normalisaram quinze a dezasseis dias depois do traumatismo.

Poucas vezes um murro sobre um olho provoca lesões tão generalizadas. Em geral a paralisia só atinge um dos músculos do globo ocular, geralmente o elevador da pálpebra, o que produz uma ptose mais ou menos completa, associada ou não à paralisia do músculo recto superior.

Raramente se observa a *exoftalmia*, que é sempre consequência de uma *hemorragia intra-orbitária*. Já se tem observado casos de rotura do nervo óptico; o oftalmoscópio mostra então um edema difuso da retina; estas lesões levam quase sempre à atrofia óptica e à cegueira definitiva.

Durandy, em uma tese apresentada em 1935 relatou três casos de *diplopia* consecutivos a uma sessão de boxe. H. Lagrange fez estudos sobre os traumatismos da iris. Jean Sedan observou a *iridoplegia* dos boxeers e relatou também um caso de *rotura quadrupla da iris com sublevação do cristalino*.

Os casos de cegueira consecutiva a um ataque de boxe, não são raros mas é excepcional que os dois olhos sejam atingidos. Geralmente

esta cegueira é devida a descolamentos da retina que, muitas vezes se complica com a *opacidade* do corpo vítreo.

Boigey encontrou quatorze casos de catarata traumática, mole, de cor branca azulada. Algumas vezes a capsula estava largamente rasgada e retalhos de cristalino opacificado flutuavam na câmara anterior, mas em geral a opacidade do cristalino instala-se sem que a capsula se mostre rasgada, pelo menos aparentemente.

Não é raro, a seguir a um ataque de boxe, um jogador apresentar uma *cegueira momentânea*, que pode ser explicada por um simples choque no nervo óptico ou por qualquer acção reflexa de natureza desconhecida. Em geral, estas cegueiras só duram alguns dias e só excepcionalmente vão até à atrofia do nervo óptico, o que só sucede quando houve descolamento da retina.

Ferimentos — Os ferimentos da cara, causados por um ataque de boxe, aparecem geralmente na arcada supraciliar, nas faces, nos lábios, na língua e na base da inserção da orelha.

Ferimentos da região supraciliar — Os tegumentos fortemente comprimidos contra o relevo saliente da órbita são geralmente seccionados, parecendo às vezes que o foram por um instrumento cortante. As melhoras são rápidas.

Os ferimentos da face — Dão-se quase sempre na face interna, na região intermaxilar, por os tecidos se rasgarem no choque contra as arcadas dentárias. Não é raro encontrar nos boxeers pequenos edemas quísticos, com origem em grupos de glândulas salivares; em geral não se dá por eles, mas traumatismos repetidos acabam por provocar a sua inflamação.

Ferimentos dos lábios — Os lábios são frequentemente feridos num ataque de boxe e é quase sempre a mucosa em choque contra as gengivas e os dentes, que se rasga; só excepcionalmente se rasgam os lábios.

As feridas têm quase sempre os bordos irregulares e muito sangrentos; para fazer parar a hemorragia em um assalto de boxe prolongado e violento é-se muitas vezes obrigado a suturar as feridas interessando na sutura toda a espessura do lábio; frequentemente formam hematomas sub-mucosos propícios a infecções.

Ferimentos da língua — São sempre feitos com os dentes que a cortam em um ou mais sítios quando se aplica um murro no queixo.

Se não atingirem toda a espessura da língua, curam espontaneamente; se não atingirem a sua face inferior quase nunca há hemorragia. Se atingirem toda a espessura deve fazer-se uma sutura.

Na maior parte dos casos a língua é fortemente contundida mas a hemorragia passa espontaneamente; mas pode suceder que continue abundante, quando se cortam as artérias raninas. Basta uma compressão

com o polegar e o index, applicados cada um sobre uma das faces para parar rapidamente a hemorragia.

Base de implantação da orelha — Aqui os ferimentos não apresentam qualquer aspecto especial. Na maior parte dos casos só a pele foi atingida e poupada a cartilagem, notando-se os ferimentos na ligação da orelha com a cabeça.

Luxações:

A luxação da articulação temporo-maxilar é excepcional.

Um golpe directo applicado de cima para baixo na ponta do queixo provoca um abaixamento exagerado do maxilar inferior; neste caso, o condylo rasga a parte anterior da capsula articular e passa para diante da raiz transversa do zigoma; dá-se portanto a luxação do maxilar. A contracção dos músculos mantém o condylo na sua nova posição.

Ultimamente é raro dar-se esta luxação mais citada pelos médicos ingleses e americanos.

Não é raro observar nos boxeurs um endurecimento mais ou menos acentuado da articulação temporo-maxilar, que é consecutiva a um certo grau de periartrite provocada por contusões directas e repetidas desta articulação, durante os assaltos de boxe.

Fracturas:

Ossos do nariz — Estas fracturas são frequentes nos boxeurs profissionais; são geralmente simples e variam muito na extensão e na direcção. Em geral só interessam o esqueleto do nariz, mas acontece atingirem a goteira lacrimal ou o canal nasal.

O choque da pancada que causou a fractura comunica-se geralmente ao cérebro e a apofise perpendicular do etmóide, o que pode originar uma reacção meníngea, em geral passageira.

Pode também, uma fractura da lâmina papirácea do etmóide ser acompanhada de rasgamento da mucosa e assim passa uma corrente de ar da respiração para a região pre-orbitária e para as pálpebras. Verifica-se neste caso uma crepitação gasosa, quando se faz pressão sobre o globo ocular, com uma injeção de ar no tecido celular da órbita se a pessoa fizer um esforço, soprando com a narina tapada. Este sintoma pode ser bilateral e ter gravidade se uma inflamação, partindo do nariz, atinge a pituitaria e se propaga para a região etmoidal.

Ao passo que as fracturas simples do nariz se produzem sem deslocamento dos ossos, as fracturas compostas ou cominativas acompanham-se sempre de deslocação dos fragmentos para as cavidades nasais e da deformação exterior do nariz; neste caso os fragmentos são móveis e deslocam-se com facilidade sob a pressão dos dedos exploradores, fazendo ouvir uma crepitação.

Quando a fractura se estende até à goteira lacrimal, os tecidos do lado interno da base da órbita e as pálpebras apparecem com fortes equi-

moses; aparecem lágrimas sanguíneas correndo lentamente para a fossa nasal correspondente e refluindo pelos pontos lacrimais.

As rasgaduras da membrana pituitária, muito rica em tecido erectil provocam uma efusão de sangue, mais ou menos abundante, pelas narinas.

A consolidação das fracturas do nariz, faz-se com grande rapidez.

Quase todos os boxeurs profissionais tem o nariz deformado, sendo as deformações internas e externas. Dão origem a cristas que interessam o septo osteo-cartilaginoso que aparece assim eriçado de saliências de várias formas e dimensões; os cornetos ficam achatados e a cavidade das narinas pode desaparecer.

As cristas situadas na parte inferior do nariz perturbam muito a respiração; as que são colocadas mais acima opõem um obstáculo maior à entrada do ar mas, pelo contrário, comprimem muitas vezes os cornetos e podem ser o ponto de partida de reflexos muito incómodos (falsa asma, corisa espasmódico).

É vulgar encontrarmos uma impermeabilidade nasal nos boxeurs; alguns são obrigados a abandonar o ring, não porque diminua a sua força ou habilidade, mas simplesmente porque o oxigénio chega com dificuldade aos pulmões, criando a hipohematose que retarda toda a actividade humana. A potência respiratória de um boxeur é o recurso mais precioso para se poder manter em combate prolongado. Entre dois adversários, de força e habilidade iguais, o que geralmente ganha é o que tiver uma melhor função respiratória.

Dentes — As lesões dentárias não são tão frequentes como se pensa em geral. É preciso uma grande vidência para quebrar um dente com uma luva de boxe. Os incisivos superiores são os mais atingidos. As lesões resultam, ou de um traumatismo directo (murro sobre os dentes) ou actuando indirectamente (murro sobre o queixo com reflexo violento sobre os maxilares).

O professor Hoffmann, de Munich, classifica estas lesões em três categorias: A primeira é a menos grave, na qual as dores cedem à dose usual de um simples analgésico; mas, algum tempo depois, pode aparecer uma infecção da polpa, de que a porta de entrada foi a perda de um pedaço do esmalte. A luxação pode ser completa ou incompleta; quando é completa, o dente pode penetrar no maxilar, cair na boca ou ser engulido; só raramente passa para as vias respiratórias, de onde deve ser retirado depois da broncoscopia. Na luxação incompleta, o dente pode mudar de posição e ficar mais ou menos descolado do seu alvéolo.

Hoffmann insiste sobretudo em que na luxação completa, não se deve perder de vista que a replantação pode ser feita alguns dias depois e mesmo algumas semanas, recomendando no entanto que o dente seja conservado em soro fisiológico ou melhor em uma solução a 1.100 de

tripaflavina a que se junta 1.1000 de cloreto de sódio; além disso deve pôr-se um tampão no alveolo.

Quanto às fracturas, podem ser transversais, oblíquas ou em muitos fragmentos. A sua gravidade e o seu tratamento dependem da sua localização, na corôa, na raiz, obliquas e muito externas; as longitudinais são raras. A fractura mais simples é a da coroa sem abertura de polpa; uma mais completa, que descobre a polpa, é acompanhada de dores e de hemorragias, mas não nos devemos apressar a tirar o dente. Se a fractura interessa uma parte da raiz, o dente abalado torna-se incômodo; impõe-se a extracção e, em particular, a da raiz.

Em certos casos o dente aparece intacto, mas existem dores, especialmente quando se faz uma pressão vertical; deve fazer-se uma radiografia.

Todos os esforços da estomatologia devem tender para conservar os dentes lesados.

Outras fracturas da face — As fracturas do osso malar e dos maxilares não são frequentes, durante um ataque de boxe.

Lister citou uma caso em que um boxeur que foi atingido por um golpe directo na região malar e em que o osso penetrou ligeiramente no maxilar superior; outro cirurgião que assistia à comunicação citou um caso pessoal em que a arcada zigomática tinha sido destacada em grande parte e arrancada pelo masseter. Trata-se de casos únicos, quase impossíveis hoje, em virtude da forma como são feitas as luvas; no entanto há vários casos de supuração crónica da região malar com periostite subjacente e fistulização.

Apesar da sua posição superficial, são raras as fracturas do maxilar inferior, durante um ataque de boxe. São raras as fracturas médias, paramedianas e laterais do corpo mandibular. Os principais sinais desta fractura são as dores no ponto fracturado, a deformação, a crepitação e a mobilidade anormal.

As fracturas do maxilar inferior causadas pelo boxe dão-se ao nível do condilo, sendo mais frequentes as fracturas bilaterais. A evolução destas fracturas é geralmente simples e sem complicações, ainda que algumas se compliquem com rasgaduras da mucosa bucal e comunicação com os líquidos sépticos da boca.

As fracturas do rebordo orbitar são raras; pelo contrário as das paredes das órbitas a seguir a um directo sobre o rebordo orbitar são menos raras, ainda que algumas vezes passem despercebidas; só se revela pela dor a pressão no rebordo orbitar e por um ligeiro hematoma intra-orbitar que produz uma exoftalmia de grau variável.

Às vezes as fracturas da parede da órbita propagam-se para a fenda esfenoidal provocando um hematoma intra-orbitar, que provoca a abolição ou diminuição da mobilidade do olho, com perturbações da sensibilidade.

Lesões nervosas da face:

As partes moles e os ossos da face são atravessados por um grande número de nervos que podem ser lesados por traumatismos variados produzidos pelos golpes do boxe. A seguir a um assalto há uma espécie de torpor de todos os músculos da face; trata-se, sem dúvida, de uma paresia do nervo facial.

Não é raro que os calos mais ou menos irregulares produzidos nas soldagens dos ossos fracturados do nariz, englobem por vezes as terminações do nervo nasal interno dando origem, não somente a *neuralgias nasais tenazes*, mas também a *perturbações oculares reflexas* (ambliopia transitória, astenopia de acomodação, etc.).

Quando as lesões ósseas do nariz estão na região da abóbada das fossas nasais, *diminui o olfacto* ou pode mesmo desaparecer, em virtude da destruição do aparelho periférico da recepção sensorial.

O nervo naso-lobar, que parte do nervo nasal interno e que cobre com as suas várias ramificações a região do lóbulo do nariz, produz muitas vezes *neuralgias tenazes* sobretudo exacerbadas pelo frio. Boigey conheceu um boxeur que, no Inverno, não podia expor-se ao frio sem sentir na zona do nervo naso-lobar dores atrozes, tão violentas que chegaram a produzir um estado quase sincopal.

Podemos citar neuralgias no nervo do queixo e no tímpano após rasgaduras desta membrana.

O nervo lacrimal de que um ramo malar se encontra com terminações do nervo maxilar superior e cujos ramos se anastomosam com o facial, de forma a fazer um verdadeiro plexus, que sob a influência de traumatismos podem causar um estado nevrálgico que existe em certos boxeers que têm grande medo dos murros na cara pois, quase instantaneamente, lhes provocam dores intoleráveis.

Outras lesões:

A maior parte das *fracturas* dá-se nas mãos; poucos jogadores profissionais deixam de sofrer uma destas fracturas.

As *lesões articulares e periarticulares das mãos* interessam quase exclusivamente a articulações metacarpo-falângicas.

Lesões viscerais e musculares — O maior número de estatísticas são de americanos. Descrevem um grande número de *roturas musculares*, ou no grande peitoral, ou no brachial anterior, no bicípede ou sobre o músculo grande recto do abdómen. Um terço destas roturas complicaram-se com hematoma e ulteriormente com osteoma.

Alguns traumatismos são devidos a *golpes proibidos*, abaixo da cintura; são *contusões da região cecal* ou *infra-umbilical*; frequentemente são seguidas de síncope.

Os testículos podem ter contusões feitas pelo joelho, perna ou cabeça ou ainda golpe-baixo.

Na luta *corpo-a-corpo*, o *Kidney-punch* é produzido por um murro de trás para diante, sobre a região renal; certos boxeers são particularmente sensíveis a estes golpes baixos, mas muitos têm uma cintura abdominal posterior suficientemente forte para suportar este choque sem grande incômodo; no entanto o aparecimento de hematórias tem feito condenar o seu uso, que antigamente era corrente.

Lesões provocadas pelo knock-out — Nos combates de boxe o lutador procura sempre pôr fora o adversário por um *knock-out*. Esta circunstância verifica-se quando um lutador, caído por terra, não se pode levantar, sem auxílio, antes de dez segundos e não retoma o combate. Este final é acompanhado, geralmente, da perda total da consciência e da sensibilidade.

Os mecanismos do *knock-out* são múltiplos; podem no entanto resumir-se em quatro:

1.º — Por um *golpe directo no queixo* que produz um choque na base do crâneo; este choque transmite-se até ao bolbo raquidiano; os núcleos do nervo pneumogástrico são traumatizados materialmente.

Produz-se uma suspensão momentânea da respiração com paragem de coração. Ao mesmo tempo, o abalo é transmitido pelo rochedo às terminações do nervo vestibular, o que provoca um estado vertiginoso que pode prolongar-se mesmo depois dos núcleos do pneumogástrico terem já saído do seu torpor.

2.º — Por um golpe na *região carotidea*. A percussão do nervo pneumogástrico, que contém fibras inibitoriais do coração, provoca uma paragem do coração em diastole. Arloing e Tripiers demonstraram que o pneumogástrico direito é mais inibitório do que o pneumogástrico esquerdo; por isso, o lado direito do pescoço é mais sensível do que o esquerdo.

3.º — Por um *golpe directo no epigastro*, que os ingleses denominam «golpe no solar», ou na região da vesícula biliar; o que se dá é que, excitando violentamente as terminações do plexus realiza-se a experiência de Goltz que, com uma pancada sobre o abdomen da rã, provocou a paragem imediata do coração, durante alguns instantes.

4.º — Por um golpe, da esquerda para a direita e de baixo para cima na região da *ponta do coração*, com a extremidade das luvas de boxe, que deprime a parede abdominal na região superior da cavidade epigástrica. Este mecanismo é raro e só se produz quando o choque surpreende o adversário no movimento da expiração quando a parede abdominal está descontractada.

O *Knock-out* pode também efectivar-se por *acumulação de golpes*. A soma dos golpes produz um esgotamento progressivo, provocado por um enfraquecimento provocado por cada um deles. Alguns golpes ligeiros, sobre a boca, no nariz ou na região epigástrica, como preparatórios, dão a seguir um efeito muito maior a um golpe violento na ponta

do queixo, sobretudo em certos indivíduos de sistema nervoso visceral particularmente sensível.

É possível um acidente mortal a seguir a um *Knock-out* ou traumatismo violento durante um combate. O *Knock-out* é perigoso, sobretudo para os noviços. Em um só ano, foram registadas nos Estados Unidos 32 mortes a seguir a *Knock-out*.

A autópsia feita em onze acidentados, mostrou que as causas da morte foram:

Seis fracturas da base do crâneo — Uma luxação do *atlas* sobre o *axis* com fractura da apófise adontóide. — Duas fracturas da abóbada do crâneo com irradiação, uma para o osso temporal e outra para o parietal, com hemorragia meníngea. — Duas síncope cardíacas por percussão repetida na região da ponta do coração.

Perturbações comocionais devidas ao boxe — As comoções cerebrais e bulbares têm as mais funestas consequências sob o ponto de vista mental. Boigey cita o caso de um profissional de boxe, que foi internado a seguir a uma série de exhibições em que ficou vencido, encaixando todas as noites vários golpes sobre a cabeça; são abusos intoleráveis. O desporto de boxe pode defender-se com a condição de que seja praticado como uma esgrima especial, em que não se procurem os *Knock-out* para liquidarem o adversário.

O Dr Livet relatou um caso de *confusão mental amnesica post-comocional* que pode esclarecer as perturbações provocadas pelo traumatismo de crâneo durante um assalto de boxe: — Durante um combate, involuntariamente, um dos combatentes deu uma cabeçada no queixo do outro. Este, no final do round disse ao outro que não lhe devia ter dado a cabeçada, ao que o outro pediu desculpas, por ter sido involuntariamente. Seguiu-se o segundo round e os adversários foram para os cantos respectivos, para receberem as fricções e aspersões de água fria; a memória mantinha-se nítida mas a partir de alguns momentos o raciocínio consciente desapareceu brutalmente e totalmente; terminou o tempo de repouso; voltaram ao combate, aparentemente normais mas depois de alguns passes num corpo-a-corpo, caiu, com espanto geral, porque o seu adversário não lhe tinha aplicado nenhum golpe perigoso; o árbitro começou a contar, só começando a ouvir os 6, 7, 8 e 9; fez depois um movimento para se levantar, ao qual se seguiu uma amnésia completa; levantou-se desnordeado, seguindo para um canto que não era o seu, de onde o levaram para junto dos seus assistentes; o ataque continuou, fazendo movimentos automáticos, mesmo de ataque sério e de defesa, o que fez com que julgassem que tinha reconquistado o estado nervoso normal; por fim com um golpe mais preciso, caiu; a sua memória e raciocínio estavam abolidos; levaram-o para o seu canto, aliviaram-o das luvas e conduziram-o até ao vestiário, onde se sentou em um banco; só neste momento se dissipou a obnubilação, primeiramente muito lenta,

ideias enevoadas e, vendo o seu adversário perto de si, perguntou-lhe: — Onde estou? — Em Nantes — Para quê? — Para um match de boxe. — Muito admirado, olhou para as mãos, estranhando ver-se com pensos e só depois de ver outros boxeers e outras pessoas conhecidas retomou o conhecimento.

O período de latência ou de intervalo lúcido, de observação clássica nos actos confusionais de origem emotiva ou comocional, ainda que seja difícil de determinar em muitos casos é de verificação evidente e quase cronometral. No caso descrito, o doente conserva a sua plena consciência desde o trauma até ao meio do repouso, isto é, cerca de dois minutos. A amnésia instalou-se bruscamente e completamente; o observado não se lembrava no fim do repouso, do *round* seguinte, nem do combate em que deu provas de uma grande combatividade, como testemunhou o seu adversário; não se lembrava da sua queda inexplicável no segundo *round*; o adversário estava admiradíssimo e o seu «manager» disse-lhe mais tarde que julgava que ele tinha caído por querer; uma vaga noção numérica reapareceu quando o árbitro contava 7, 8, 9 e fê-lo levantar e, mas logo a sair recaiu.

Enfim, muitas quedas por *Knock-out* não são provocadas pelo último golpe; às vezes a combatividade persiste ainda quando a lucidez normal já desapareceu e quando se não mantêm as reacções.

Astenia crónica post-traumática dos boxeers — Em muitos boxeers e outros desportivos, sobretudo os que são expostos aos traumatismos violentos, aparece frequentemente, uma *astenia crónica post-traumática*, que foi muito bem descrita por B. Benon e de que os sintomas são por vezes de uma pertinaz tenacidade.

Aparece e desenvolve-se sobretudo a seguir aos mais diversos traumatismos, graves ou aparentemente benignos, mas a seguir a traumatismos craneanos complicados com comoção cerebral e perda do conhecimento. Os fenómenos de astenia intensa e imediata que acompanham todos os traumatismos importantes e que se mantêm durante alguns dias ou semanas, de princípio atenuam-se consideravelmente; o ferido levanta-se, movimentam-se mas não reencontra o seu estado de energia anterior; esta situação indica geralmente o início da *astenia crónica post-traumática*.

(No próximo número completaremos o estudo sobre o Boxe e, a seguir, continuaremos os estudos sobre as lesões e traumatismos provocados pelos seguintes desportos: — Luta, Tenis, Esgrima, Hí-pismo, Rugby, Desportos de Inverno e Aparelhos de suspensão e de apoio (barras fixas, paralelas, escadas, trampolins, pranchas, argolas, etc.).

O EXAGERO DOS ESTÍMULOS PSÍQUICOS FAZ-NOS ENVELHECER

O Dr. António Miotto, professor de psicologia na Universidade de Milão publicou há pouco tempo um artigo «Os Stress, assassinos misteriosos» que julgamos importante transcrever:

Se o homem chegasse sempre a mobilizar uma quantidade de energia perfeitamente adaptada a cada uso dos tipos de acção que tem de executar, estaria de posse do segredo da felicidade e da longevidade.

Infelizmente, na maior parte dos casos, a energia destinada a manter uma acção, ou é muito insuficiente ou é mobilizada em excesso. O resultado fácil de calcular, é lógico e os exemplos que o demonstram também são facilmente observados por todos.

Aquela disparidade entre a acção e a energia que deveria ser empregada para a realizar, produz uma reacção anormal de fadiga e de esgotamento, que não corresponde de facto, ao trabalho efectivamente produzido que explica a razão porque muitas pessoas acusam um esgotamento particular, mesmo quando ficam fisicamente inactivos.

Este paradoxo aparente, explica que neste caso o indivíduo gasta tanta energia nervosa na «ruminação mental» e na construção de planos inúteis e fantásticos, que no momento em que deveria executar a acção eventual do seu projecto, a «energia disponível» desapareceu, como se se tivesse convertido em fumo. Mas os fenómenos mais impressionantes verificam-se nos actos de improviso que partem dos estados de ânsia e de depressão, ou das situações opostas de euforia e de agitação: — O indivíduo reage perante uma série de estímulos que impregnam o organismo, dando origem a uma situação perigosa, «situação Stress» que produz consequências chocantes para o equilíbrio físico e psíquico da pessoa.

Como é que tomamos conhecimento de estados adiantados desta «situação Stress»? — Pelo estado de tensão psicológica, que não actua sobre o sistema nervoso central, mas que pode insinuar-se em qualquer órgão, provocando os sintomas mais disparatados, que vão desde a dor de cabeça até à colite, da asma brônquica até aos desequilíbrios cardio-vasculares.

Sabeis, por exemplo, que uma dor persistente na base da língua pode indicar um estado crónico de tensão emotiva? — São estes sintomas estranhos e outros inesperados, que hoje preocupam o psico-terapeuta.

E, em que consiste a *tensão*? — A *tensão* é fundamentalmente, a expressão de um desequilíbrio entre o sistema dos desejos, aspirações e ânsias e a energia psíquica necessária para preparar, manter e executar a acção. Se a mobilização da energia é inadequada, resultam sentimentos

de insegurança ou de inferioridade; se a mobilização é excessiva, então explodem as manifestações agressivas.

Pode-se afirmar com segurança que as «situações stress» sujeitam o homem de hoje a um assalto cada vez mais constante e feroz, porque todas as formas de progresso técnico-científico suscitam novas exigências, sem oferecer a possibilidade de encontrar os meios concretos para as podermos realizar.

Os desejos transformam-se em preocupação e, dentro de pouco tempo, em obsessões; uma simples aspiração transforma-se num desejo firme, ansioso; as acções transformam-se em irritações; o verdadeiro motivo destas constantes transformações, não deve ser procurado na *realidade* das situações, porque partindo da realidade, o dinamismo humano é capaz de realizar verdadeiros prodígios; mas deve procurar-se na incapacidade do homem para enfrentar a realidade, com uma visão equilibrada da vida, do trabalho, do amor, e do prazer.

Este estado de preocupação ou de afeição é, de facto, uma mensagem secreta, um aviso para se respeitarem os preceitos da higiene mental; todos nós poderemos praticamente ser candidatos a uma *vida saudável e à longevidade*, se tivermos um regime baseado na higiene mental.

«Os stress» tem um aspecto diabólico; pode dizer-se que nunca manifestam a sua influência de um modo directo e que possamos facilmente conhecer mas, pelo contrário, actuam capciosamente, disfarçadamente, acumulando no organismo tensão sobre tensão sem que o indivíduo tenha disso a consciência.

Quando se manifesta por uma explosão, a doença, de facto, já começou há muito tempo; em vez de termos procurado evitar os desequilíbrios psíquicos por uma boa higiene mental encontramos-nos de repente numa situação já difícil, em que os temos de combater por meios drásticos.

Se as variedades de psico-terapia, (diagnosticadas essencialmente pelo exame psico-analítico) se manifestam dia a dia para corresponderem às necessidades cada vez maiores das verdadeiras legiões de neuróticos que povoam o mundo, isso é devido a que os sistemas que revelam os distúrbios da personalidade, se tornam cada vez mais complicados, sempre mais misteriosos nas suas manifestações; o campo de observação é hoje muito mais vasto do que antigamente. É impossível estabelecer um quadro preciso de todas as «situações stress» e é essa a razão porque não foi possível até agora publicar um manual que ensinasse aos homens as maneiras de conquistar a felicidade.

No entanto há uma coisa que pode ser feita por todos e que é lembrarmo-nos que o «stress» surge quando se manifesta um desequilíbrio entre os desejos e aspirações e por isso devemos procurar a possibilidade concreta de termos à nossa disposição a energia nervosa suficiente para

nos equilibrarmos, o que se consegue por meio de um regime constante de higiene mental.

Todo aquele que conhecer as suas forças, a sua resistência e os seus próprios limites, pode chegar a evitar empenhar-se em situações que são superiores às suas possibilidades.

Poderá parecer estranho, mas *é a condição de humildade que fornece a couraça mais potente para resistirmos às situações perigosas de nos empenharmos em acções exageradas ou despropositadas*, que implicam fatalmente o desgaste das forças psicológicas, que devemos procurar equilibrar, para assegurar o dinamismo da nossa personalidade.

As solicitações a que todos estamos sujeitos, e os impulsos, não só de origem interna, mas a que os outros nos obrigam, e a situação geral no mundo levam-nos a «estados de stress» que provocam constantemente a agitação no nosso espírito, com todos os desgastes das reservas nervosas, provocados por estados de intranquilidade; intranquilidade esta, que pode ser de natureza afectiva, financeira, da necessidade de não se deixar combater por competências, quer no campo económico, quer no científico, no literário, etc., etc.

A verdadeira higiene que *é indispensável*, consiste em fazer um esforço constante para contrariar o estado de desequilíbrio, reconduzindo o nosso sistema nervoso ao estado de equilíbrio, empregando para isso a força de vontade e do raciocínio, da auto-sugestão, do auto-comando e todos os meios que for possível.

Se porém, apesar de todos os esforços, não conseguirmos conduzir convenientemente e num curto espaço de tempo, o nosso espírito ao estado de tranquilidade que mantém a robustez necessária para a luta pela vida, devemos usar de um tranquilizante sempre que apareça qualquer estado de intranquilidade, de irritação ou de ansiedade.

De entre os vários tranquilizantes, consideramos como sendo o mais eficaz e sem contra-indicações o Probamato, de que se deve tomar normalmente um comprimido ao deitar, ou de dois ou três comprimidos por dia, se um só não for suficiente.

Consequimos assim, a disciplina mental necessária a um trabalho frutífero e para conseguirmos manter as qualidades das nossas funções de direcção de uma empresa ou de uma repartição, ou ainda a serenidade necessária para desempenhar com eficiência, sem desgaste nervoso, as tarefas de que estamos encarregados na nossa vida profissional.

Depois de terminada esta série de artigos sobre Desporto, iniciaremos outra série sobre *Higiene Mental*, problema que está hoje preocupando os médicos, os psicólogos e os políticos de todos os países.



COMBATA AS

Cólicas no estômago

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

Cólicas nos intestinos

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

Cólicas nos ovários

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

Dores reumáticas agudas

Lumbago

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

Um mau sabonete pode acarretar

Perigos para a pele

Todas as pessoas que desejam proteger a pele e que aplicam vários tratamentos devem escolher um sabonete que auxilie a

MANTER A PELE FINA, SEDOSA, E AGRADÁVEL
deve pois escolher o Sabonete

Sanoderma

que foi estudado para ser **simultaneamente um instrumento de higiene e de beleza**. Deve sempre ser preferido a qualquer outro para a toilette das crianças.

As Dores hemorroidárias

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

Anti-Hemorroidina

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

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

2.^a Série

N.^{os} 1 a 7 — Estudos sobre a inteligência e memória.

N.^{os} 8 a 14 — Ensaio de psico-patologia.

N.^{os} 15 a 32 — 15 a 32 — O optimismo e o pessimismo.

3.^a Série — Exercícios físicos, treinos e desportos

N.^{os} 1 a 5 — Acções dos jogos e desportos sobre a saúde, nos diferentes períodos da vida.

N.^{os} 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.^{os} 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 pròpriamente ditos; pesos e alteres — Golf — Desportos de Inverno. O homem e o automóvel.

N.^{os} 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.^{os} 27 a 31 — A segunda idade. Indicações e contra-indicações dos exercícios — Insuficiências dos desportistas e recuperação para o desporto — As reacções psicológicas dos chefes das empresas e a sua influência na saúde individual. Mecanismo das acções intellectuais.

N.^{os} 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.^a série está esgotada. A 2.^a série está quase completa e será oferecida aos assinantes da 3.^a série.

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

Os números isolados custam 2\$50.

Os assinantes têm 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).

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.

PREVENTIVO CONTRA A SURDEZ

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

Otoceril