

AGOSTO
DE 1961

PUBLICAÇÃO MENSAL

Estudos

3.ª Série
IV Volume

N.º 36

LESÕES E TRAUMATISMOS PARTICULARES A CADA V DESPORTO

O Boxe (cont.) — Luta — Tenis — Esgrima — Hipismo.

ENTEROCOLITES PROVOCADAS PELO EMPREGO DOS ANTIBIÓTICOS

A DOENÇA MAIS GENERALIZADA ACTUALMENTE — O NERVOSISMO

A IMPORTÂNCIA HEREDITÁRIA NA ÚLCERA DO DUODENO E DO ESTOMAGO

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

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 SARAGAMO

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

V

O Boxe

Depois do estudo das lesões provocadas pelo Futebol, começámos pelo estudo das lesões devidas ao Boxe, que completamos neste número.

O doente principia por sentir um certo grau de fraqueza muscular e ideativa; não tem gosto pelo trabalho, quer seja manual ou intelectual; procura sempre o repouso, sentar-se ou deitar-se durante o dia. Qualquer esforço o fatiga rapidamente; de manhã levanta-se com dificuldade, frequentemente com algumas dores de cabeça ou nos membros. Come mal.

A princípio não se inquieta muito; atribui tudo a uma fadiga passageira; espera a cura que todos lhe prometem para breve, mas este estado pode durar algumas semanas ou muitos meses. Qualquer esforço o fatiga rapidamente; de manhã levanta-se com dificuldade de pensar; as ideias associam-se mal e evoca as suas recordações, com muita lentidão. As suas ideias, as suas representações mentais são confusas (1).

Quando este estado se prolonga, o doente entristece, preocupa-se constantemente com a sua situação e irrita-se frequentemente; com a con-

(1) O melhor meio para combater a astenia muscular, como já detalhámos anteriormente, é o uso de 3 a 5 colheres de sopa de Opohemol por dia. Para a astenia mental aconselha-se o Opocer ou o Anfesan, na dose de 3 a 6 comprimidos por dia.



tinuação, pode tornar-se um hipocondríaco e observa-se, pensando que a doença se está a agravar, que a sua fraqueza aumenta e que está com um princípio de qualquer doença (tuberculose, cancro, paralisia, etc.); inquieta-se com o futuro que lhe parece cada vez mais sombrio.

Certos asténicos traumáticos têm uma tendência para se enervarem; a sua irritabilidade e a sua susceptibilidade aumentam extraordinariamente; zangam-se, ameaçam, quebram as coisas e algumas vezes atacam; estas cóleras surpreendem tanto mais os parentes e os amigos, quando os vêem normalmente na mais completa imobilização.

Enfim, ao lado destas perturbações emocionais, observam-se às vezes diferentes sinais de indiferença pelos outros e particularmente para as desgraças familiares, por exaltação do egoísmo instintivo.

A marcha da astenia traumática é, em geral, lenta. Pode ser rápida e fatal, quando o doente é um hepático ou um renal; os casos que terminam pela morte não são muito raros.

A duração é variável. Ora a astenia crónica, desaparece completamente depois de alguns anos, ora persiste definitivamente; pode o indivíduo emagrecer progressivamente e morrer sem lesão orgânica precisa ou pode ter um período mais ou menos longo de astenia, com ou sem perturbações mentais, e acabar por se curar.

A preocupação da vitória, conseguida seja porque meio for, começava a fazer perder à luta o seu papel puramente desportivo. As paixões e o público, auxiliavam esta transformação que representa uma decadência da acção desportiva; porém o valor das apostas vieram ainda falsificar o desporto puro, pois muitas vezes o resultado de uma luta é de antemão preparado e pago largamente. O público é sempre o enganado e os lutadores, muitas vezes, são apenas actores, muito bem pagos.

Há outras razões que têm provocado o descrédito dos combates. O «Diário de Notícias» publicou no seu número de 12 de Junho de 1961, um balanço do pugilismo europeu, de que destacamos os seguintes períodos.

«O duro desporto pugilístico toma o caminho da anarquia, por falta de um organismo único à sua frente. Surgem problemas (por exemplo o da televisão, para a qual ainda não foi encontrada solução) levando o pugilismo mundial para uma crise grave.

Desde há algumas épocas que se ouvem gritos de alarme; mas a falta de unidade mundial continua, prejudicando o pugilismo nos aspectos técnico e moral.

Os campeonatos do mundo são disputados segundo vários interesses, contando-se vários detentores do mesmo título e também as verdadeiras vedetas são afastadas dos combates rotulados de campeonato do mundo. Há decisões infelizes e algumas escandalosas.»

Seria conveniente regular o desporto, evitando estas manifestações de anarquia.

LUTA

A luta é um desporto que se pratica em todos os países, quer sob a forma de *luta greco-romana* ou de *luta livre* (*catch*).

A luta greco-romana, tem uma série de movimentos e de paradas definidos em todos os manuais, que são, a ponte, a cintura da frente ou da rectaguarda, o *bras-roulé* e dupla prisão do braço, com ou sem rotação da anca, a torsão de cabeça, etc.

Nesta luta são interditas algumas formas de ataque, como as torsões, os crocs ou outros actos de ataque com as pernas, os choques, o collar de força, etc. Pelo contrário, na luta livre são permitidas todas as formas de ataque que possam pôr o adversário fora de combate..

Enquanto que na *luta greco-romana*, o maior número de lesões se dão nos membros superiores e particularmente na região escapulo-toracica, na *luta livre* as lesões encontram-se em todas as regiões do corpo, verificando-se ainda o maior número nos membros inferiores.

Referir-nos-emos especialmente a algumas lesões características da luta, pois a maioria entram no quadro dos traumatismos ordinários.

Como já dissemos atrás, é conveniente que os lutadores, que só muito raramente são médicos, para melhor compreenderem este estudo, relembrem a anatomia humana, revendo o livro de anatomia que estudaram ou pedindo a um médico ou a um professor de ginástica para lhes explicarem quais são os músculos, tendões e articulações a que nos referimos.

Periartrite do Ombro. «O Ombro dos Lutadores» — Da mesma forma que, na Inglaterra e na América se descreve o «*Joelho dos foot-ballers (Foot-ball Knee)*» é perfeitamente justificada a designação de «Ombro dos Lutadores», porque a natureza das lesões e a individualidade dos sintomas são suficientemente constantes para criar uma entidade clínica.

Sempre que entra em um match, o lutador fica exposto a quedas repetidas, a choques mais ou menos violentos do ombro contra o tapete que recobre a arena; este choque produz uma dor e uma ligeira impotência funcional, que curam rapidamente; esta espécie de traumatismo, repete-se com frequência e por vezes juntam-se-lhes torsões bruscas ou lutas com violentas oposições musculares, extensão forçada das articulações e grandes pressões. As massas musculares mais actuaes são as que recobrem a região escapulo-toracica; é na região do ombro que se concentra a maior actividade motora.

Sintomas — É vulgar observar-se nos lutadores profissionais, *dores persistentes* em um ombro com *limitação de certos movimentos*; observa-se correntemente uma atrofia do músculo deltoide e a pressão em certos pontos provoca sofrimento; por vezes estendem-se irradiações dolorosas a todo o membro superior e a atrofia pode atingir alguns mús-

culos, além do deltóide, especialmente o supra-espinoso, o bicipede e o grande peitoral.

A reabsorção dos derrames sanguíneos e a reabsorção dos produtos das rasgaduras de tecidos, após os traumatismos, provocam um estado irritativo, que se prolonga dando origem a organizações fibrosas adesivas nas zonas de deslização dos músculos, tendões e ligamentos; é esta situação que provoca a periartrite.

Num lutador, durante um match, um choque no ombro, uma torsão brusca do braço ou quando se solta bruscamente um membro que estava preso pelo adversário em qualquer dos movimentos, podem provocar perturbações ou acidentes aparentemente ligeiros como, por exemplo um *pequeno arrancamento tuberositário*, ou uma *rasgadura tentinosa localisada no supra-espinoso*. Passados algumas semanas ou meses, sobreveem dores espontâneas no ombro, mais ou menos vivas durante o repouso, algumas vezes insignificantes, um ligeiro mal estar ou, pelo contrário, dores violentas e exageradas no decubito sobre o ombro doente.

Os *movimentos de abdução* estão perturbados na vizinhança da posição horizontal. A pressão é dolorosa, sobretudo em três pontos: — sob a *ponta do acromion*, no *tendão do supra-espinoso*, à frente da *cabeça humeral* e ao longo do *tendão do bicipede*. A abdução é limitada, não só pela dor, mas também pelas aderências constituídas na bolsa sub-acromial; esta mesma é aderente à grande tuberosidade e ao tendão do supra-espinoso, por um lado e por outro lado, ao acromion e ao ligamento acromio-caracoidiano.

Algumas semanas mais tarde sobreveem a *atrofia do deltoide*. A limitação da abdução não permite muitas vezes projectar o braço para traz, enfiar facilmente a manga do casaco ou fixar os suspensórios, atrás.

O exame radiológico põe em evidência certas particularidades no ombro dos lutadores que tenham sofrido vários choques; encontra-se frequentemente uma *descalcificação difusa dos segmentos articulares*, consequência das contusões e que faz a doença entrar no quadro das *osteoporoses dolorosas post-traumáticas*, que Leriche atribui às hipere-mias que se seguem aos choques.

Encontra-se também às vezes vestígios directos de um antigo traumatismo, que se manifesta ou por uma *exostose justa-articular* ou por uma *pequena depressão da grande tuberosidade*, com ou sem descalcificação. A seguir a alguns traumatismos, modificam-se as condições circulatórias locais e o trabalho de reabsorção e de reparação, mantém uma irritação suficiente para alterar a sensibilidade dos tendões, das capsulas e dos ligamentos; é a estes tecidos peri-articulares que Leriche atribui uma parte das dores nas afecções da própria articulação. O mesmo sucede e com mais forte razão quando aparecem exostoses ou osteofitos no acromion ou na extremidade das clavículas.

Também há casos em que o exame radiológico revela *calcificações das partes moles*, de que a mais constante e vulgar é a *calcificação da bolsa serosa infra-acromial*. Leriche explicou, como dissemos atrás, o resultado das hiperemias resultantes dos choques, o favorecimento da *osteoporose*; o osso rarefeito é o ponto de partida de uma mutação calcica na sua vizinhança imediata que, no caso em questão se produz na região da bolsa serosa acromio-deltoidiana; também se pode observar a *calcificação do tendão* do infra-espinoso.

Seja como for, as bolsas serosas, as regiões peritendinosas, o tecido celular periradicular, as cápsulas e os ligamentos, todos os tecidos dotados de rica terminação nervosa, reagem aos fenómenos conjuntivos, às hemorragias, aos hematomas e, de uma maneira geral, a todas as modificações causadas na nutrição dos tecidos pelos traumatismos do ombro.

Pelo que deixamos descrito verifica-se o erro que existe em algumas escolas, onde se afirma que, para aprender bem a lutar é necessário cair muitas vezes, forçar demasiadamente as torsões, não ter medo de algumas violências iniciais. O professor deve mostrar aos discípulos os perigos que podem sobrevir e ensiná-los a evitarem os actos que lhes provoquem defeitos de funcionamento, passageiros ou definitivos, antes de serem classificados como lutadores. A falta de defesa do organismo, durante a aprendizagem e o treino pode diminuir, em vez de aumentar, a resistência física do futuro lutador.

Osteomas musculares — Muitos lutadores profissionais apresentam dentro dos seus músculos, certos endurecimentos circunscritos de que alguns têm o carácter de verdadeiros osteomas. São vestígios de antigas rupturas musculares, completas, incompletas ou intersticiais e de contusões musculares violentas ou ligeiras, mas repetidas.

Estes osteomas mostram-se por vezes na parte mais grossa do músculo mas é frequente encontrarem-se perto de uma inserção no osso, entre o músculo e o tendão e por vezes aderindo ao osso. O músculo mais frequentemente atingido nos lutadores é o braqueal anterior; a seguir, vêm o peitoral, o deltóide e o grande recto abdominal.

Os traumatismos são sempre a origem dos osteomas; são seguidos sempre de infiltração edematosa e equimótica que produz uma massa dura que desaparece deixando o osteoma. Este é difficilmente mobilizável sobre o osso a que adere.

Certos osteomas provocam mal-estar ou dor local, mas podem também provocar dores a distância; às vezes a ossificação estende-se para os ligamentos e determina anquiloses variáveis que chegam a provocar a intervenção do cirurgião para libertar a articulação.

Perturbações nervosas — A perturbação mais frequente, é a *parésia do circunflexo*; a posição do circunflexo, estreitamente colado ao colo do humero, que contorna, torna-o extremamente vulnerável em todos os casos de fractura do colo, de compressão por um calo e sobre-

tudo depois da luxação do ombro. Esta paresia traduz-se por uma diminuição de força do deltóide e por uma anestesia ou hipoanestesia do ombro, sobretudo na sua face externa.

A seguir, vêm as *neuralgias cervico-braqueais* em virtude de serem atingidos os quatro últimos nervos cervicais e o primeiro nervo dorsal; não se trata de lesões das raízes nervosas, mas de contusões nervosas fora da coluna vertebral, provocadas por todos os traumatismos que podem sobrevir durante a luta. Boigey verificou verdadeiros paroxismos dolorosos espontâneos, extremamente violentos, cuja dor é agravada pelos movimentos do braço, com os exames e as pressões em pontos diversos. A sede da dor é sobretudo no pescoço, na clavícula ou nos braços, conforme os casos. Ora é a face interna do membro superior que acusa a dor, ora é a face externa a mais atingida. A dor irradia até aos dedos; em certos casos são as irradiações periféricas, de que mais se queixam os doentes. Tudo o que provocar a mobilização do membro, provoca dores.

Os pontos mais particularmente dolorosos à pressão, correspondem à emergência dos filetes nervosos, à entrada das ligações osteo-aponevróticas: — pontos para-vertebrais, infra-claviculares, deltoideanos, radial sobre a goteira de torsão do úmero, epitrocleano, cúbito-cáscio, etc.

Luxações claviculares — Quando se exerce uma violência sobre uma das extremidades da clavícula, ela pode sofrer uma luxação.

A *luxação infra-acromial* dá-se nas quedas do lutador sobre o ombro; durante a infância e a adolescência é mais frequente a fractura. A luxação pode ser *incompleta* ou *completa*; na luxação completa a clavícula faz uma saliência muito visível acima do acromion; a redução faz-se com facilidade, mas é difícil de manter. A *luxação retro-esternal* é mais rara; a clavícula é projectada para dentro do peito, a seguir a um choque directo sobre a face anterior da clavícula (queda e cabeçada na extremidade interna) ou de queda sobre a região postero-interna do ombro.

Estas são as lesões mais vulgares. No entanto a luta greco-romana pode ainda causar as seguintes fracturas:

Fractura vertical da omoplata, separando o osso em toda a sua altura. — Fractura do *colo cirúrgico da omoplata*.

Fracturas da clavícula.

Fracturas do úmero, mais frequentemente na parte média do osso.

Hérnias inguinais; são mais raras, em virtude da potência dos músculos abdominais nos lutadores.

No *catch* (luta livre) podem ser lesadas todas as partes do corpo. São no entanto mais frequentes as *lesões do pulso*, consecutivas a trações exercidas sobre a mão, em flexão ou em extensão. Os movimentos forçados, as pressões enérgicas e as torsões a que são sujeitos os punhos dos lutadores, particularmente na luta livre, provocam nesta articulação

diferentes lesões traumáticas:— entorse simples, isto é, distensão ou rutura ligamentosa, subluxação do escafoíde, fractura isolada de um osso do corpo, fractura parcelar da epífise radial.

Podem também observar-se *luxações da extremidade inferior do cúbito* para trás e *fracturas do rádio*, com ou sem luxação rádio-carpiana (raras).

Dão-se várias vezes, *luxações do cotovelo para trás* e a *luxação do ombro para a frente*.

O *golpe nos rins*, quer se trate de uma entorse vertebral lombar, quer de uma rutura muscular do psoas ilíaco, do quadrado dos lombos ou das massas musculares que ocupam as goteiras vertebraes, é relativamente frequente. A dor é intensa e imediata; segue-se a um esforço violento dos músculos extensores do tronco e pode ser tão violenta que o lutador fica como pregado no lugar, imóvel, na atitude em que a dor o surpreendeu. Tem a sintomatologia do «lumbago»; o mais simples movimento, a menor deslocação, um simples ataque de tosse produzem dor; não poderá levantar-se mas caminha um pouco curvado, a passos curtos, com as mãos apoiadas nas regiões lombo-ilíacas para evitar qualquer movimento da articulação sacro-ilíaca. O exame permite verificar um estado de contractura das massas musculares que imobilizam o segmento lombar da coluna vertebral.

A *conjuntivite dos lutadores* é muito frequente e é devida à posição superficial da conjuntiva, o que a expõe a todas as influências exteriores, à sua riqueza vascular e à atmosfera vizinha do solo e carregada de poeiras em que se luta em público. São conjuntivites catarrais com secreções muco-purulentas que se curam dentro de poucos dias.

As deformações das orelhas são frequentes; já nos referimos a elas quando tratámos do boxe, pois são similares.

A *ectopia renal traumática* tem sido observada. O rim sai do seu lugar debaixo da pressão enérgica das «cinturas» que os atletas passam aos seus adversários. Trata-se sem dúvida de rins que já estavam deslocados da sua cápsula e que o traumatismo desportivo obrigou a maior deslocação; o rim direito é o que se desloca quase sempre (4 casos em cada 5 deslocações); esta situação passa desapercibida até ao momento em que provoca dores surdas ou crises comparáveis às cólicas nefríticas.

As pressões sobre os testículos podem originar hemorragias (hematocelos).

Actuação circulatória nos lutadores — Como regra, produz-se a hipertrofia do coração que pode, no entanto, ser congénita; acompanha a complexão muscular do lutador, de músculos desenvolvidos, mas é frequente acentuar-se com os esforços. A hipertrofia da musculatura acompanha-se sempre da hipertrofia e de erectismo cardíaco. Os lutadores profissionais são considerados quase todos como hipertensos,

se se tiver só como elemento a tensão máxima; no entanto a sua tensão diferencial é quase sempre normal, fisiológica.

Os esforços musculares durante um match arrastam sempre uma hipertensão muito notável que pode ir até 37 ou 38 cm. no Pachon, mas é geralmente bem suportada pelos atletas jovens, com artérias robustas e elásticas e esta situação é passageira. Trata-se de um acto circulatório momentâneo de adaptação, que não tem nada de patológico. Quando se trata de lutadores de cerca de 40 anos, o sistema cardio-vascular tem de ser estudado com cuidado.

TÊNIS

Como atrás dissemos, depois de nos referirmos ao «joelho do futebolista» e à «mão do ginasta» vamos referirmos ao «cotovelo do tenista» (*tennis elbow*). Reportamo-nos ao Dr. M. Boigey que publicou um artigo que representa a súmula de quarenta e duas memórias ou artigos sobre este problema, tanto na Inglaterra, como na América, na Alemanha, Itália e França, desde 1932.

Epicondilite dos tenistas — Em um jogador que joga com muita frequência — e só neles aparece o *tennis elbow*, num jogador que ultrapasse o período do jogo útil, para entrar no da fadiga, aparece muito lentamente, muito insidiosamente, uma dor vaga com sede na parte antero-externa do cotovelo. Esta dor começa por ser confusa, mal se apercebendo e mal localizada; aumenta durante o jogo para cessar logo que este termina. Pouco a pouco, aparece mesmo nos intervalos dos jogos, e se estes continuam, um mês depois pode instalar-se de uma maneira contínua e então a sua acuidade aumenta rapidamente; ao entorpecimento, aos *formigueiros* de princípio, sucedem dores vivas com exacerbações paroxísticas no momento em que se está a jogar. Nos intervalos aparece sob a forma de uma dor que nos está invadindo, que se exagera com ligeiro toque, um movimento ou uma pressão profunda. Quando atinge este período, o jogador é obrigado a abandonar a prática do seu desporto, mesmo que jogue com pouca intensidade.

Neste estado, a localização da dor não é absolutamente externa, como alguns autores têm afirmado. Tem irradiações para o antebraço, para a face antero-externa do membro e para a região do olecrânio. A topografia da dor e das suas irradiações é nítidamente *radicular* e não *troncular*; os reflexos cutâneos são normais. Não se verificam atrofias musculares da região. Se se procurar com cuidado o local da dor, chega-se geralmente a fixar em um ponto fixo, infra-epicondiliano e pode ter origens diferentes.

As dores do «*tennis elbow*» só cessam depois de o jogador ficar em repouso completo e, em geral a evolução é desesperadamente longa

Mas raramente, o jogador pode ser vítima de outros acidentes durante o jogo, tais como roturas musculares nos membros inferiores e roturas do tendão de Aquiles; fracturas do peróneo e entorses do joelho, a seguir a escorregamentos, passos falsos e quedas.

Tem-se também acusado o ténis de fadigar o coração. Quando se joga em «simples» e muito vivamente, pode certamente provocar uma aceleração do coração com aumento da tensão sanguínea, mas isto são factores que se dão em todos os desportos. O ténis é um desporto muito aconselhável; só muito tarde, em idade adiantada, quando se verifiquem grandes acelerações do pulso e aumento da tensão, se lhe podem pôr restrições. É um desporto higiénico, que mantém a flexibilidade e a tonicidade dos músculos e que convém a ambos os sexos.

ESGRIMA

Os verdadeiros acidentes da esgrima são os provocados pelo quebramento da lâmina.

A causa destes acidentes é quase sempre a imprudência dos esgrimistas. Os fatos de esgrima devem ser de uma solidez perfeita, de uma peça, frente e costas e gola; devem ser feitos de uma lona entrançada de que as duas faces devem ser tecidas em sentido contrário. A gola deve ser alta. A máscara deve ser forte e sem fissuras ou porções amarratadas. As armas devem ser constantemente vigiadas, nunca terem ferrugem e devem empregar-se metais de toda a confiança; a metalurgia tem-se aperfeiçoado de tal modo que hoje é muito mais fácil ter espadas e floretes de grande confiança, flexíveis, resistentes, quebrando-se difficilmente e tendo-se verificado a fundição, prèviamente ao microscópio, o que é hoje fácil.

As feridas mais graves, entre as mais frequentes são as da axilla, da flexura do cotovelo e as da virilha, não só por atingirem as artérias, o que é gravíssimo, mas também os troncos nervosos que lhes estão juntos.

No caso de ferida deve aplicar-se imediatamente um aparelho de pressão, garrote, etc e conduzir o doente ao hospital, mas tem de se actuar rapidamente, porque um membro fortemente comprimido por um laço pode, se a paralisação total da circulação for muito prolongada, chegar a produzir gangrena no membro.

A seguir a um brusco deslocamento da máscara, mal adaptada às dimensões da cabeça do esgrimista, tem-se verificado que um florete, botonado há pouco tempo, pode atravessar a face e a parótida, mas as feridas da face são raras e ligeiras, salvo quando atingem o olho; neste mesmo caso deve-se imediatamente cobrir o olho com algodão aséptico e levar o doente ao médico.

As *feridas do pescoço*, geralmente *superficiais*, cicatrizam facilmente. As *feridas profundas* são, em geral, muito graves, podendo muitas vezes provocar a morte (carótidas primitiva e interna); em outras, como as da carótida externa e a da veia jugular, ainda que muito graves, pode salvar-se o ferido.

As *feridas no peito*, não *penetrantes*, não têm grande importância. No entanto, as *penetrantes* podem interessar a pleura, os pulmões ou o coração. Não nos ocuparemos especialmente de cada uma delas, que estão no domínio da cirurgia e cuja solução é muito variável. O mesmo sucede com as *feridas do abdómen*.

Só nos referimos a acidentes especiais devidos a este género de desporto. Últimamente tem sido descrita uma «epicondilite dos esgrimistas» análoga à dos jogadores de ténis. Ch. Lecouanet tratou em uma tese de *dores funcionais no cotovelo*, devidas a um treino intenso; faz referência a um fenómeno típico nos esgrimistas o «dedo de mola» provocado por uma *tendo vaginalite crónica* consecutiva à pressão do anel formado pelo dedo em volta do punho do florete.

Por seu lado, Heald classifica assim as nevralgias da esgrima:

a) A frequência relativa, no princípio das sessões, de uma dor provocada por uma caimbra e com sede na região do nervo cubital; esta dor é devido à fluxão forçada da mão e dos dedos em inclinação cubital; é em geral passageira e desaparece à medida que o esgrimista se vai treinando.

b) A persistência, mais rara, desta nevralgia, que pode obrigar ao abandono da esgrima.

Por fim o autor recomenda empunhar o florete à *maneira italiana* que obrigando a uma menor flexão do punho tem a vantagem de aliviar as dores e evitar aqueles inconvenientes.

A esgrima, geralmente praticada só de um lado (em geral, o direito) tem o inconveniente de *hipertrofiar um ombro* em relação ao outro. Esta dissimetria é prejudicial, porque se acompanha quase sempre de um leve grau de inclinação da coluna vertebral com abaixamento do ombro direito e achatamento da porção correspondente da caixa torácica, a que corresponde um exagero à esquerda; todos os alfaiates notam esta assimetria, às vezes mesmo antes dos esgrimistas a terem notado.

É pois muito aconselhável que os esgrimistas, logo a seguir às primeiras lições, passem a esgrimir com os dois braços. Esta prática longe de contrariar os jogadores, aumenta pelo contrário a habilidade não só do braço esquerdo como da do direito. Multiplica o interesse do jogo, permitindo quadruplicar os assaltos.

HIPISMO

Os acidentes provocados pelo hipismo, têm várias origens: *a queda do cavalo, as quedas do cavaleiro, os traumatismos provocados pelos coices e o acto de montar, o permanecer em circunstanciadas diversas durante a marcha, as descidas do cavaleiro, etc.*

Traumatismos por queda do cavalo — Para compreender a natureza e a variedade das lesões a que está exposto o cavaleiro, convém primeiro examinar as múltiplas maneiras de cair, do cavalo.

Em uma das modalidades, o cavaleiro, completamente liberto dos estribos, deslisa para o pescoço, e sai pela cabeça com as mãos para diante, fazendo uma pirueta sobre o chão. É a boa maneira de cair, anodina e sem grande perigo para o cavaleiro.

Em outra modalidade, o cavaleiro depara bruscamente com um obstáculo; o cavalo pára de repente; o cavaleiro pela força da inércia, continua com o corpo em movimento e cai do outro lado do obstáculo (sebe, barreira). Esta queda já pode ter gravidade; pode causar lesões vertebraes e entorse ou luxação do ombro, se se mantiver agarrado às rédeas.

Em outro caso, o cavaleiro completamente liberto do cavalo e dos estribos, faz um meio salto perigoso; cai sobre as costas; os membros e o tronco ficam em posição normal. O traumatismo, em geral, é pequeno.

Em outro caso ainda, o cavaleiro, como no caso anterior, fica completamente liberto do cavalo e dos estribos, mas cai de maneira tal que a cara e a parte antero-lateral do busto, tocam na terra, enquanto a região lombar e as pernas teem tendência para cair sobre a parte posterior, diastase provável da coluna lombar. É neste caso que, sintomas tardios da luxação vertebral, sacro-ílica ou sacro-lombar podem manifestar-se; além disso é possível a fractura do húmero.

Em outra modalidade, o cavalo tem um movimento de suspensão, de hesitação em frente da banquetta de terra; o cavaleiro, liberto dos estribos, abandona-se à impulsão e faz uma pirueta lateral; o cavalo pinota sobre a espádua e cai noutro plano.

Se o cavalo, depois de saltar um obstáculo, quando toca no solo e cai sobre as mãos, com as articulações flectidas, o cavaleiro, surpreso, não tem tempo de preparar a sua queda com uma pirueta, nem de libertar os pés dos estribos; a parte posterior do cavalo que está em posição sensivelmente vertical, descreve um arco de círculo e cai no solo sobre a coluna vertebral e pescoço. É um tipo perigoso de queda para o cavaleiro que pode fracturar a perna esquerda e, possivelmente a região pélvica.

Se a queda se faz sobre a cabeça, com o pescoço flectido ao máximo, ficando o tronco em ângulo agudo com a face, pode provocar uma commoção cerebral, a rotura da coluna cervical ou uma fractura da base do crânio.

Noutro caso, o cavaleiro cai sobre um lado da cabeça, que fica fixada ao solo; todo o corpo pivota em torno dela; as ligações do pescoço ficam fortemente distendidas; a espádua e a clavícula podem ser lesadas. Esta modalidade de queda é acompanhada frequentemente de fracturas da abóbada craneana, de entorses cervicais e de roturas musculares.

Se a queda se faz igualmente sobre a cabeça, mas o corpo ultrapassou a posição vertical, antes de tocar no solo, que foi atingido pelas espáduas, o desastre fica em geral reduzido ao mínimo.

Procuramos descrever as lesões provocadas pelos movimentos da queda do cavaleiro. E até certo ponto, elas devem ser memoradas, para se estudar qual a melhor possível posição para cair, por ser menos perigosa. No entanto podem dar-se muitas outras lesões possíveis, que foram descritas em comunicações variadas, das quais citamos as seguintes, indicando os respectivos autores.

Fracturas do crânio, por coice (Alglave).

Rotura traumática do baço e do estomago (Alvisatos).

Luxações metatarso falangianas do polegar em virtude de o pé ficar preso no estribo (Amat).

Miosites ossificantes traumáticas, especialmente dos músculos aductores da coxa (Artamonoff).

Contusões do abdomen (Balladocer).

Lesões traumáticas mortais da medula e do bolbo, causadas por hiperflexão ou hiperextensão da cabeça (Basséres).

Rotura traumática do intestino grosso (Battle).

Fractura do fígado, causada por um coice, com hemorragia intraperitoneal mortal (Baur).

Rasgamento do peróneo (Derselbe).

Lesões do plexus braquial consecutivas a uma fractura da clavícula (Bégouin).

Ferimento do intestino por coice (Bazy).

Lesões dos meniscos do joelho nos cavaleiros (Boucher).

Traumatismos do crânio (Capdevielle).

Roturas musculares nos cavaleiros (Charvot e Couillault).

Rotura extraperitoneal da bexiga por queda do cavalo; infiltração urinária consecutiva (Guerison — Delamare).

Rotura traumática da bexiga (Sieur).

Apendicite consecutiva a traumatismo do abdomen (Delorme).

Fracturas dos metacarpianos (Darstignes).

Rotura do rim, por coice (Delselbe).

Higroma dos cavaleiros (Le Fort e Albert).

Rotura do grande recto do abdomen (Lenez). Rotura do médio abductor da coxa esquerda (Mignon).

Fratura bilateral do máxilar inferior (Loison). Fractura do astragal (Naumann). Fracturas diafisárias por coice (Nénon).

Contusões do abdomen por coices (Opin).

Luxação metacarpofalanga (Pichon). Luxação do metatarso para fora (Quénu). Luxação do astragal para fora e para diante (Soubeyran). Deslocação do tarso (Young).

Citámos vários trabalhos publicados para os interessados possam tomar conhecimento mais detalhado dos problemas que os interessarem. No seu livro *Die Sportverletzungen*, V. Saar reuniu uma bibliografia de mais de 1000 observações de traumatismos na prática do hipismo, mas essa mesma já é muito incompleta, havendo muitas posteriores. Quase todas as fracturas, luxações e traumatismos musculares podem ter lugar no cavaleiro, sobretudo quando se dedica à prática de corridas de velocidade e, sobretudo, de obstáculos.

ENTEROCOLITES PROVOCADAS PELO EMPREGO DOS ANTIBIÓTICOS

É hoje um princípio assente que os doentes que tomem antibióticos têm de proteger os seus intestinos porque é frequente aparecerem com enterocolites ou outras infecções intestinais.

Da revista «L'Information Medicale» transcrevemos os seguintes períodos, sobre este problema:

Têm-se observado enterocolites graves depois do tratamento pelas tetracyclinas; por outro lado, as associações tão frequente das penicilinas com as estreptomycinas são responsáveis por muitas infecções intestinais a seguir ao tratamento. Estes acidentes são frequentes nos operados recentes do abdomen e nos velhos.

É no segundo ou terceiro dia de tratamento que se instala o síndrome disentérico, sem prodromos ou após algumas perturbações digestivas aparentes. A doença aparece com uma diarreia; as fezes são esverdeadas, muito numerosas e por vezes com sangue, com cheiro azedo mas sem grande fetidez. Este último aspecto é muito significativo, porque é explicado pela destruição fulminante de toda a flora intestinal. Pode também instalar-se um verdadeiro síndrome coleriforme com desidratação profunda, podendo chegar-se ao colapso e a desordens biológicas graves (hipokalemia, hiperazotemia, hemoconcentração).

Em outros casos, a diarreia é moderada e a paragem do antibiótico, faz desaparecer os sintomas graves.

Estes acidentes são devidos ao desaparecimento de todos os micróbios intestinais sensíveis ao antibiótico, que eram encarregados de fazer um papel protector do organismo contra a acção de outros micróbios

malfazejos e agressivos. Com o desaparecimento dos micróbios bemfazejos, destruídos pelo antibiótico, desenvolvem-se os *proteus*, *pseudomonas* e, na maioria dos casos, um *estafilococo dourado* que se encontra facilmente na análise das fezes.

O tratamento destas enterocolites deve começar por parar imediatamente com o antibiótico e empregar os bacilos lácticos simples ou associados às sulfamidas; estes últimos estão indicados (Sulfasimbiosina ou Ftalilsimbiosina) quando já esteja estabelecida a infecção, mas no caso geral devem empregar-se os preparados de bacilos lácticos em doses elevadas (aconselha-se a Vitasimbiosina líquida ou concentrada, na dose de 3 a 6 colheres de sopa por dia).

Hoje, quase todos os médicos, quando receitam antibióticos, prescrevem ao mesmo tempo a Lactosimbiosina, medicação que deve continuar pelo menos durante 10 dias após ter terminado o tratamento pelo antibiótico.

A DOENÇA MAIS GENERALIZADA ACTUALMENTE O NERVOSISMO

Do «Diário de Notícias» de 2 Julho de 1961, transcrevemos, com a devida vénia, o seguinte artigo:

«O nervosismo é o mal que mais aflige os estudantes americanos — revela um estudo recente dos drs. James Davies e Ralph Rust, do Instituto de Pesquisas de Harvard, que entregaram aos alunos da Universidade de Connecticut um questionário de dezoito páginas, destinado a analisar os seus problemas pessoais.

Cerca de 35 por cento afirmaram que o nervosismo os ataca «muito frequentemente» ou «com bastante frequência». Perguntava-se no questionário a frequência com que os estudantes são vítimas de solidão, nervosismo, insónias, dores de cabeça e má digestão.

Em seguida ao nervosismo, os males mais indicados foram as dores de cabeça, a insónia, que priva de repouso 9 por cento, e a má digestão, que aflige 9 por cento.

Foi-lhes também pedido para se compararem com outras pessoas da sua idade com respeito à saúde mental e física.

Apenas cerca de 5 por cento se julgou em piores condições em relação aos seus conhecidos.

Os problemas mais apontados foram os relacionados com a vida social ou os monetários, além de dificuldades em adaptarem-se aos professores e outros adultos.

A maioria dos estudantes afirmou que os seus problemas pessoais interferem com o rendimento do seu trabalho mais do que quaisquer outros assuntos.

Todos afirmaram terem problemas pessoais no último ano lectivo. Apenas pouco mais de metade revelou ter consultado a opinião de alguém sobre esses problemas e, se o fez, foi a colegas de ambos os sexos e com menor frequência aos pais, principalmente à mãe».

Este é apenas um dos aspectos desta situação, que é muito mais vasta. As preocupações que dominam ansiosamente todos os homens na época actual são a causa de perturbações nervosas e cardíacas. O problema é tão geral, que se repetem os congressos e colóquios sobre higiene mental, em todos os países; por isso se está desenvolvendo muito o uso dos «Tranquilisantes» que tantos benefícios vêm trazendo às pessoas excitáveis e de que o mais aconselhável é o Probamato.

Os «Estudos», após a publicação da série «Lesões e traumatismos particulares a cada desporto» iniciará uma série de estudos sobre higiene mental, psicologia da juventude e problemas da educação da criança e do jovem, e o seu reflexo na psicologia do adulto.

A IMPORTÂNCIA HEREDITÁRIA NA ÚLCERA DO DUODENO E DO ESTÔMAGO

Os problemas das úlceras do estômago e do duodeno estão preocupando os médicos pelo desenvolvimento que têm tido ultimamente, em virtude da acção das perturbações produzidas pelas preocupações e desgostos, que são a causa da perturbação do quimismo normal do organismo, de que umas das manifestações são aquelas úlceras.

Este problema foi desenvolvido no número de Março da revista «Gastro-Enterology», de Baltimore, sob o aspecto da influência de hereditariedade na frequência da úlcera.

Resumimos a seguir os estudos relatados pelo *Dr. A. Price Ewans*.

«Existe um factor de predisposição hereditária no aparecimento da ulcera do duodeno. Há uma ligação entre esta afecção e dois elementos genéticos que são o grupo sanguíneo O e a diminuição da falta de secreção salivar.

A associação destes dois elementos pode ser causal; os estudos feitos em grande número de doentes que mostram que os factores hereditários têm muita importância na formação do estado que gera a úlcera».

Sabe-se pois que as pessoas cujo sangue pertence ao «Grupo O» têm de se precaver tomando cuidados contra todas as outras causas provocadoras da úlcera; a diminuição da saliva ou a sua abolição deve também alertar o doente.

Que fazer pois, como medida preventiva, nas pessoas cujo sangue pertença ao Grupo O e que tenham falta de secreção salivar, ou que reúnem os dois elementos? — Devem tomar duas precauções.

A primeira consiste em procurar constantemente a sua normalidade nervosa, contrariando todas as tendências para se exaltar, para se preocupar. Bem sabemos que isto não é fácil para muitos, mas devem partir da ideia básica de que, até certo ponto, *querer é poder*, e portanto devem *querer* dominar os seus nervos, o que *se consegue sempre* desde que estabeleça um treino constante de *vontade de domínio*.

A outra precaução consiste, sempre que se nota diminuição ou abolição da saliva, em fazer uso frequente de rebuçados, que se devem deixar derreter muito lentamente na boca, provocando a saliva. Porém, sempre que sinta impressão e mal-estar no estomago, azia ou princípio de dor, deve tomar um a dois comprimidos de Gelumina.

A Gelumina desagrega-se logo que chega ao estomago, transformando-se em um pó fino e tem duas acções principais: — a primeira é uma acção química, neutralizante da hiperacidez, cuja acção irritante sobre as paredes do estomago, facilita a formação da úlcera. A segunda, aliás muito importante é uma acção mecânica; aquele pó fino espalha-se pelas paredes do estomago, às quais adere e, quando nos movimentos da digestão, as paredes roçam uma pela outra, sobretudo quando não está pelo meio o bolo alimentar, este atrito é suficiente para ulcerar pequenos pontos que estejam irritados, ou por causas mecânicas ou por acção irritativa da hiperacidez e originar, a princípio uma úlcera lisa e, mais tarde, um *ninho*. Ora a acção do pó formado pela desagregação do comprimido da Gelumina faz com que as paredes rocem uma pela outra sem se irritar, como a fricção de uma mão sobre a outra quando estão protegidas por pó de talco; as superfícies protegidas, deslisam uma sobre a outra sem se irritarem, evitando assim uma causa local da formação das úlceras.

A Gelumina pode tomar-se permanentemente pois nunca cria o hábito nem tem qualquer contra-indicação, podendo tomar-se sempre, mesmo quando o doente use qualquer outro medicamento. Quando as digestões forem demoradas é sempre muito útil, para facilitar o trabalho da digestão, tomar uma colher de sopa de Neo-Digestina a cada refeição, deixando-a dissolver na boca, pois é muito agradável.

PRURIDO E INFLAMAÇÃO PROVOCADOS PELA MICOSES DO PÉ, DA MÃO, DAS AXILAS OU NAS VIRILHAS

Tratam-se com a pomada de «**TRICOMICINA**» que combate o prurido e actua em profundidade, cura, fazendo desaparecer a humidade e as manchas; é inodora e não mancha.



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 — Ensaios 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 propriamente 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