

Capítulo VIII

Nossas Observações Pessoais

CASOS DE AFASIA DE WERNICKE

Doente : Hinde Léa S.

Ficha n.º 678 — Cl. Neurológica.

Entrou para a Clínica Neurológica da Fac. Nac. de Med.
em 17 de setembro de 1941.

Diagnóstico clínico : Afasia de Wernicke, apraxia e hemiparesia direita. Arteriosclerose, hipertensão arterial, miocardite crônica.

70 anos, branca, austríaca, natural de Tarnupol, viuva, vendedora ambulante, residente à rua Senador Euzébio, 342 — procedente da Santa Casa.

Antecedentes familiares — O pai e o marido faleceram de causa ignorada pela paciente. A mãe morreu de parto. A doente teve dois irmãos, dos quais não tem notícia há muitos anos, e três filhos que morreram na In-

glaterra, parece que soterrados em desastre nas minas de carvão. Não há referência a enfermidade nervosa ou mental na família.

Antecedentes pessoais. — Aos 18 anos foi levada para a República Argentina, como empregada de uma família. Aos 20, foi submetida a uma intervenção abdominal e desde então não foi mais menstruada. Veio depois para o Brasil e aqui está há 25 anos. A enferma sabia lê e escrever. Falava a língua alemã, um pouco do idioma russo e do espanhol, e corretamente a língua dos judeus. Utilizava-se com relativo desembaraço do português. Há 12 anos sofre de afecção cardíaca, mantendo-se em constante tratamento médico. Por motivo de agravação do padecimento cardíaco, já foi sangrada três vezes; uma vez no Asilo Redentor e duas vezes no Hospital da Santa Casa.

História da enfermidade atual. — Em 11 de janeiro de 1940, foi encontrada de manhã no leito, em sordicie, com paralisia da metade direita do corpo, não demonstrando reconhecer as pessoas amigas que a socorriam. Não prestava atenção ao que lhe diziam e pronunciava palavras ininteligíveis. Foi melhorando gradualmente ao ponto de poder andar, mas as perturbações da linguagem regrediram muito pouco, de modo que nem pôde exprimir o seu pensamento por meio de palavras, nem compreende o que lhe é dito.

Exame da paciente

Inspecção geral: Estatura mediana, altura 1,52 m, compleição fraca, bom estado de nutrição, peso 59,300 k., palidez da face, mucosas coradas.

Sistema nervoso: A paciente é capaz de permanecer de pé, com os pés juntos; porém quando fecha os olhos, perde o equilíbrio, oscila e tende a cair (sinal de Romberg).

A marcha é quase normal, notando-se apenas diminuição dos movimentos oscilatórios automáticos do mem-

bro superior direito. Os movimentos voluntários estão conservados nos membros superiores e inferiores, porém a força muscular acha-se diminuída à direita. A paciente evita servir-se da mão direita, (leve hemiparesia direita), da qual a extrema fraqueza é acusada pelo dinamômetro.

Quando move o membro superior direito aparece tremor de medias oscilações (tremor intencional). Póde fazer movimentos opostos, sucessivos e rápidos. Há dismetria nos membros superiores evidenciada pela prova dedo-nariz.

Não observámos hipercinesia do tipo coréa, atetose mioclonia e espasmo de torção.

O tono muscular não se acha alterado de modo apreciavel.

Ausência de resposta à excitação plantar direita. O reflexo cutâneo-plantar esquerdo está normal. Ausentes os fenômenos de Rossolimo, Mendel-Bechterew e Oppenheim. Os reflexos abdominais estão diminuídos (a paciente tem as paredes abdominais flácidas, o que dificulta a pesquisa). Os reflexos faringeo e corneo-palpebral estão normais. Os reflexos tendinosos dos membros inferiores (aquileu e patelar) estão vivos à direita, normais à esquerda. Nos membros superiores, os reflexos tendinosos estão normais em ambos os lados (munheca, estilo-radial, cúbito-pronador, bicipital e tricípital). O reflexo mandibular está normal.

Ausência de clono do pé e da rotula.

Os reflexos de automatismo e defesa não estão exagerados.

Esfinctéres : inalterados.

A sensibilidade subjetiva não está perturbada. O exame da sensibilidade objetiva está um pouco dificultado pela perturbação da linguagem, mas parecem normais as sensibilidades tátil, térmica, dolorosa, vibratória e a noção das posições segmentares, visto as reações expressivas da doente.

Não foi possível fazer a enferma compreender as provas da estereognose, motivo porque não podemos afirmar se existe ou não desordem do sentido do tacto.

Aparelho visual. motilidade óculo-palpebral normal; as pupilas são iguais, circulares, reagem satisfatóriamente à luz e acomodam à distância. Fundo do olho normal.

Audição : Pelas provas da vós cochichada e de Weber — nenhuma alteração. A prova de Rinne não pode ser realizada por falta de compreensão da paciente.

Olfacção : normal.

Gustação : normal.

LINGUAGEM

Expressão

Palavra espontanea : A paciente tem vocabulário extremamente reduzido. Sua palavra espontânea é bem articulada. Durante a palestra com a enferma, verifica-se que lhe faltam muitos vocábulos para traduzir o pensamento. Notam-se facilmente seus esforços para encontrar as palavras adequadas.

Dizer palavras em serie : A paciente não é capaz de enunciar na ordem natural os dias da semana, os meses do ano, os números e as letras do alfabeto. Salta de um para outro, mistura-os e omite grande número deles.

Nomear as cousas : Apresentamos-lhe vários objetos, moveis e partes do corpo para que dissesse seus respectivos nomes. Eis o que apurámos com esta prova :

Cousas que mostrámos	Designações da paciente
perna	?
chapéu	chapéu
caixa de fósforos	sá pedra
caneta	?
livro	?
sapato	?
sapato	?

sapato	sapato
lenço	lenço
toalha	lenço (depois de dizer lenço, pronunciámos varios nomes; ao dizermos toalha, ela imediatamente confirmou).
meia	meia
calça	cueca
anel	?
anel	lenço
gravata	coberta
alfinete de gravata	oberta
orelha	orelha
dinheiro	coberta
dinheiro	lenço

Tendo sido mostrada uma folha de papel, a paciente não respondeu de pronto. Foram pronunciados vários nomes. Quando se falou em **papel**, imediatamente reconheceu a palavra e pronunciou.

Verificou-se assim que faltam à paciente muitas palavras para designar objetos ou cousas, que lhe são familiares e que ela bem reconhece. Numerosas vezes, observa-se que emprega um vocábulo por outro (parafasia), ou repete a mesma palavra para designar cousas diferentes (intoxicação pela palavra). Raras vezes, deforma o vocábulo, empregado aliás com oportunidade (jargonafasia).

Palavra repetida: Quando se pede à paciente para repetir as palavras que pronunciámos, algumas bem difíceis, ela o faz com correção, mostrando sua capacidade motora articular. Pode-se dizer que a articulação da palavra está conservada.

Escrita espontânea: Antes da enfermidade, a paciente sabia lêr e escrever, porém agora acha-se incapaz de assinar o seu proprio nome ou de escrever uma simples letra, de próprio punho. Não foi possível de maneira alguma fazer que a doente escrevesse qualquer palavra ou mesmo sílaba, espontaneamente. Procurámos ladear as

dificuldades, fornecendo letras gravadas em pequenos quadrados de madeira, para que compuzesse uma palavra muito simples — PE' — e a enferma não foi capaz sequer de escolher as letras necessárias para compôr esta palavra. Não foi também capaz de reunir as letras do seu próprio nome — LÉA. Sugerimos que alinhasse as letras do alfabeto na sua ordem natural, o que não foi realizado, nem mesmo para as duas primeiras letras do alfabeto, A, B.

Pode-se portanto afirmar que a paciente apresenta incapacidade de transmitir o seu pensamento pelos caracteres escritos (agrafia).

Escrita sob ditado: Todas as tentativas de fazer a enferma escrever letras, sílabas, palavras singelas, falharam. Também não conseguimos que a paciente escolhesse as letras gravadas em madeira, para compor palavras simples que ditávamos.

Cópia do impresso: Impossível à enferma copiar palavras escritas no quadro negro em caracteres de imprensa. Também não foi capaz de copiar as letras gravadas na madeira.

Cópia do manuscrito: Impossível. A paciente tenta cobrir com o giz o que escrevemos, em vez de copiar.

Cópia de desenhos: Em vez de desenhar ao lado das figuras que apresentámos como modelo, a enferma procura cobrir os desenhos apresentados.

Compreensão

Palavra ouvida: A compreensão da palavra acha-se muito perturbada. Não só a paciente não compreende o significado de numerosos vocábulos, como demonstra ignorar o conteúdo das frases mais simples, (surdez ou incompreensão verbal). Eis alguns exemplos das ordens que foram dadas e o respectivo comportamento da enferma em face de tais comandos:

Ordens dadas	Execução
ponha a mão no alto da cabeça	?
coloque as mãos em cima da mesa	executou
coloque as mãos na orelha ..	?
coloque as mãos no peito	poz a mão na cabeça
levante-se	executou
sente-se	"
mostre o chapéu	?
mostre a lampada	executou
onde está a janela?	a paciente faz gestos vagos, porém não responde
abra a boca	realizou
feche a boca	realizou
bata com a mão no joelho	realizou depois de grande esforço.
feche os olhos	realizou
onde está a porta?	mostrou corretamente
levante-se, bata na porta e volte	levantou-se, foi até à porta e voltou, mas não bateu.
onde está o quadro negro? ..	não mostrou
onde está o braço	mostrou o nariz
levante-se, pegue o guarda-chuva e depois volte	foi até à porta, depois voltou até o quadro negro e ficou passeando na sala.
bata duas vezes em cima da mesa e depois coloque as mãos no peito	bateu com uma, depois com a outra, passado algum tempo. Hesitou perguntando se era aquilo que desejavamos.

Leitura: E' impossivel fazer a enferma compreender o que lhe dizemos por intermédio da escrita. Escrevemos letras e palavras isoladas para que a enferma lêsse. Eis no quadro negro em caractéres de imprensa numerosas alguns exemplos desta prova :

Escrita do médico	Leitura da paciente
PÉ	?
LÉA	A, E, ? soletrou parte do alfabeto de modo errado.
MÃO	soletrou m, b, o, mas não leu a palavra.
HINDE	H, O, tentou achar a terceira letra, soletrando as primeiras letras do alfabeto até H, errando depois.
A	A
B	B
G	C
H	H
P	F
C	?
O	O
O	O
I	A
A	A
R	H
S	?
Z	Z
CASA	?
RIO	C
Rio	?
LÉA HINDE SEGAL	O, C ? e disse "eu sei lêr, mas não posso".

Com exceção de algumas letras, a doente não é capaz de reconhecer a quase totalidade do que lhe é apresentado (alexia literal). Também não póde lêr sílabas (alexia silábica ou assilabia) e palavras (alexia verbal). E' completamente impossivel fazer a paciente compreender frases escritas, mesmo muito elementares (alexia semântica).

Algarismos, números e cálculo : A enferma não pode reconhecer pela leitura a maior parte dos algarismos árabes :

Algarismos escritos	Leitura da paciente
4	c
1	a
3	b
5	cinco
9	oito
6	seis
7	sete
8	oito
3	três
10	oito

Submetemos à apreciação da enferma pequenas operações aritméticas, por escrito, porém a paciente não foi capaz de realizá-las. Por exemplo :

1 + 1 = não realizou
 2 + 1 = não realizou

Portanto a paciente apresenta também acalculia.

Reconhecimento de desenhos e figuras: Desejando verificar a capacidade da enferma de compreender outros símbolos que não os da escrita, lançámos mão de desenhos muito simples e sugestivos. Assim desenhámos :

Desenho mostrado	Interpretação da paciente:
casa	casa
automovel	automovel
navio	depois de pronunciar vários nomes acertou com a palavra "navio"
cruz	?
ancora	vapor
bengala	bengala
mesa	mesa
cadeira	cadeira
cama	?
chicara	?
mão	mão

Reconhecimento das côres: A paciente não só não pôde dizer os nomes das côres que lhe foram apresentadas, como não pôde indicar com o dedo os papeis coloridos cujas côres iam enunciando. Igualmente mostrou-se incapaz de separar papeis coloridos e colocá-los em certa ordem de acordo com um modelo colocado diante de seus olhos. Não sabe distinguir as tonalidades de uma mesma côr.

Prova das horas ou do relógio: A enferma leu de maneira correta num relógio 12 horas e 1 hora, porém não foi capaz de dizer as outras horas e frações de horas, assinaladas pelos ponteiros.

Historieta muda: Uma pequena história muito singela em três ou quatro quadros, desenhada em cartões, não pôde ser reconstituída pela paciente. Não colocou os cartões na ordem natural, apesar de ter diante dos olhos o modelo. Igualmente não foi capaz de reconstituir o desenho de uma figura humana cortada em 4 ou 5 pedaços.

LÍNGUAS

Esta enferma era poliglota, falava judêu, espanhol,, alemão, austríaco, alguma cousa de russo, e português. Por esse motivo foi submetido a numerosas provas para verificação da compreensão e da articulação da palavra nessas línguas. Muito agradecemos aqui o preciso auxílio da dra. Clara Pochackewsky, conhecedora do idich, do alemão, do austríaco e do russo.

Não encontramos nessa doente maiores alterações nas línguas aprendidas depois da materna do que nas aprendidas nos primeiros tempos da vida. As alterações foram registradas com a mesma intensidade e do mesmo tipo que em português. Pode-se dizer que todas as línguas que a paciente falava estavam afetadas da mesma maneira e com a mesma intensidade.

MÚSICA E CANTO

Esta doente foi durante muito tempo corista teatral, participando de muitas companhias de operetas, na sua mocidade. Era portanto um caso de grande interesse para o estudo do canto e da música.

Verificámos que a música estava conservada quase completamente. Numerosas operetas, canções e hinos judaicos, valsas vienenses podiam ainda cantar com relativa facilidade e sem errar. Contudo não conseguia ler a escrita musical. Desconhecia por completo os caracteres da música, confundia-os, esforçava-se por compreendê-los sem resultado (alexia musical).

Era-lhe completamente impossível reproduzir a letra das operetas e do próprio hino judaico. Igualmente não lhe foi possível cantar canções populares em alemão, austríaco, espanhol e português.

PRAXIA

Movimentos expressivos, imitando o que o médico fez :

dar vaia	não fez
mover os dedos das mãos	fez parcialmente
chamar uma pessoa com a mão ...	fez
dar adeus	fez
continencia de soldado	fez

Movimentos expressivos com a esquerda, imitados :

enviar um beijo	fez corretamente
dar adeus	fez

Movimentos expressivos com a mão direita, imitados :

fechar e abrir a porta com a chave.	fez corretamente
-------------------------------------	------------------

servir-se do mata-borrão	fez parcialmente
fazer e desfazer um nó num cordel.	fez parcialmente
pentear-se	fez corretamente

Movimentos simples e pequenas ações, imitados :

utilizar um conta-gotas	não fez
mudar o dia numa folhinha	fez hesitando
imitar com um membro os movimentos passivos que o médico imprime num membro superior	não fez
idem com os membros inferiores ...	não fez

Movimentos automáticos sob comando :

levantar-se	executou
andar	executou
sentar-se	executou

Movimentos simples sob comando :

abra a boca	executou
feche os olhos	executou
ponha a língua fóra da boca	executou
levante a perna esquerda	levantou a direita

Movimentos reflexos :

mostre o olho direito	fez hesitando
mostre o nariz	não fez
cocoe a cabeça	não fez

Movimentos descritivos :

movimento de tocar piano	não fez
tomar café	não fez
apanhar moscas	fez

Movimentos complicados :

encher um copo com água	fez parcialmente
acender uma vela	não fez

fazer um nó	não fez
dar corda no relógio	não deu
assobiar	não fez
acender um cigarro com fosforos ..	não fez
abrir uma garrafa com saca-rolha ..	não fez
servir-se de uma tesoura	fez hesitando

Estado mental: A paciente mostra-se bem humorada, tratando delicadamente suas companheiras de enfermagem, atendendo com demonstrações amistosas às pessoas de suas relações que vêm visitar. Trata com respeito as enfermeiras e os médicos. Mostra-se desorientada quanto ao tempo. Sua fisionomia é viva e inteligente. Não apresenta distúrbio psico-sensorial. Memória conservada, excepto para as cousas que dizem respeito à simbolização.

Aparelho circulatório: 100 pulsações por minuto, pulso arritmico. Escuta do coração: bulhas abafadas, arritmia completa. Pressão arterial: Mx. 23 — Mn. 13.

Aparelho respiratório: Pela percussão, sub-macicez nas bases pulmonares; à escuta, nenhuma alteração.

Aparelho génito-urinário: Amenorréa desde os 24 anos.

Aparelho digestivo: Sem alteração.

Sangue: exame n.º 8501 — Uréa por litro — 25 centigramas.

” ” ” 8511 — Uréa por litro — 30 centigramas.

” ” ” 8732 — Uréa por litro — 1,125

” ” ” 8798 — Uréa por litro — 0,75 centigramas.

” ” ” 8506 — Reação de Wassermann — negativa (antígeno de Kolmer)

Urina: exame n.º 8504 — Volume — 160 cm³, densidade — 1012, albumina — traços, sais e pigmentos biliares — ausentes. Exame microscópico: raras células epiteliaes e muitos piocitos.

PROGNÓSTICO : Quanto à validez e à cura — Má. Quanto à vida — reservado tendendo para máu.

TRATAMENTO : Angioxil, trinitrina, cardiotônicos, teobromina e luminal, citrato de sodio e sulfato de magnésio em papeis. Reeducação da palavra. Iodeto de sódio.

EVOLUÇÃO : No dia 26 de setembro de 1941, passou muito mal, com grande dispnéa, arritmia completa, cianose dos labios e das mãos, abalos convulsivos facio-braquiais, à direita.

No dia 27 do mesmo mês, continuou em estado gravíssimo. Pressão arterial : Mx. 23,5 — Mn. 13,5. Foi feita sangria de 200 cm³, injeção de cardiazol duas vezes ao dia.

No dia 28 — verificou-se que os abalos convulsivos da face eram do tipo de hemiespasma. Foi feita injeção no nervo facial direito de 1cm³ de alcool a 95 e um cm³ de soluto de novocaina a 1%.

No dia seguinte, desapareceu o hemiespasma. Melhorou consideravelmente da insuficiencia cardíaca, mas continúa ainda com arritmia completa. Edema mole nos membros inferiores.

Relatório n.º 390 — Laboratório de Anatomia Patológica da Clínica Neurológica.

Doente : Hinde Léa S.

Autópsia em 4 de maio de 1942.

Diagnóstico anatomo-patológico : Arteriosclerose. Amolecimento do território superficial da artéria cerebral média.

Aspecto macroscópico

Superfície exterior dos hemisférios cerebrais: os sulcos cerebrais e as circunvoluções apresentam-se com volume e conformação normais ao nível do hemisfério direito, nas suas faces externas, interna e inferior.

No **hemisfério esquerdo** verifica-se grande amolecimento nos 3/4 inferiores da circunvolução frontal ascendente. Nesta região o tecido nervoso está deprimido e coberto pela meninge mole, fortemente espessada e aderente, abaixo da qual se descobre farta rede vascular, pertencente à arteria cerebral média. A parte motora do operculo rolândico (prega de passagem fronto-parietal inferior) está destruída. Não foram atingidas as circunvoluções parietal ascendente nem os pés das circunvoluções horizontais do lobulo frontal F1, F2 e F3).

Independente do amolecimento descrito se verifica outro, ainda na face externa do hemisfério cerebral esquerdo, porém mais posterior, o qual lesou parte dos lóbcos temporal e occipital e todo o lobo parietal inferior (P2). Estão comprometidas as seguintes formações: a metade posterior da primeira circunvolução occipital os dois terços posteriores da circunvolução parietal superior (P1) e, como, foi dito, a totalidade do lóbulo parietal inferior isto é a prega curva e a circunvolução supra-marginal. Este amolecimento tem o caracter das lesões destrutivas antigas e sobre ele a meninge está tão fortemente aderente ao cerebro que é impossivel arrancá-la sem destruir a massa subjacente.

As faces internas e inferior do hemisfério cerebral esquerdo não apresentam elemento digno de nota.

O pedunculo cerebral e a protuberância apresentam redução de volume do pé esquerdo. No bulbo há atrofia da piramide à esquerda. Na médula não há elemento digno de nota ao exame macroscópico.

Ateromasia dos vasos basilares.

Estudo dos córtex horizontais seriados dos hemisférios cerebrais.

A' direita — córtex feitos a distância de um centímetro não forneceram elementos a registrar.

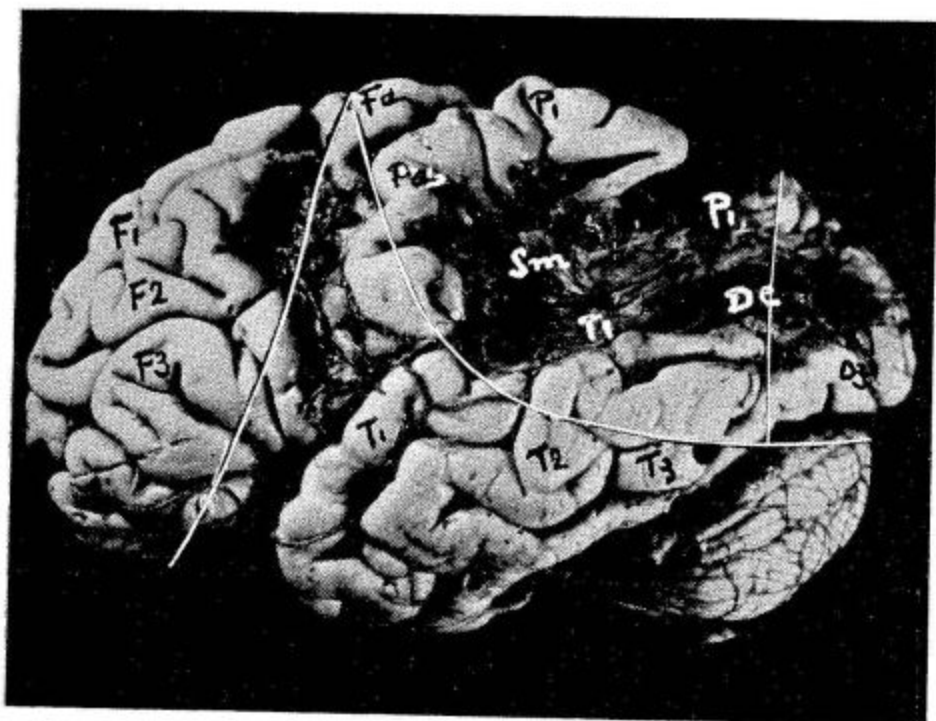
A' esquerda — primeiro corte: a 2 cms. do bordo superior do hemisfério: neste corte podemos verificar a destruição da cortiça e parte da substância branca da circunvolução frontal ascendente (Fa) e da parte mais posterior da circunvolução segunda frontal (F2). Ao nível de P2 e P1 o amolecimento destruiu a cortiça e toda a massa branca subjacente. Foram poupadas o cuneus e as circunvoluções da face interna.

Segundo corte — a 2 cms. do primeiro. Aqui se observa, na maior extensão, o amolecimento do gyrus supramarginalis e da dobra curva. Este amolecimento não se limita à cortiça, mas destruiu também toda a massa nervosa até a proximidade do ventrículo e englobou parte das radiações de Gratiolet. Está destruída a circunvolução frontal ascendente (Fa) na superfície e na profundidade. Os núcleos da base e as cavidades ventriculares não apresentam elementos a registrar.

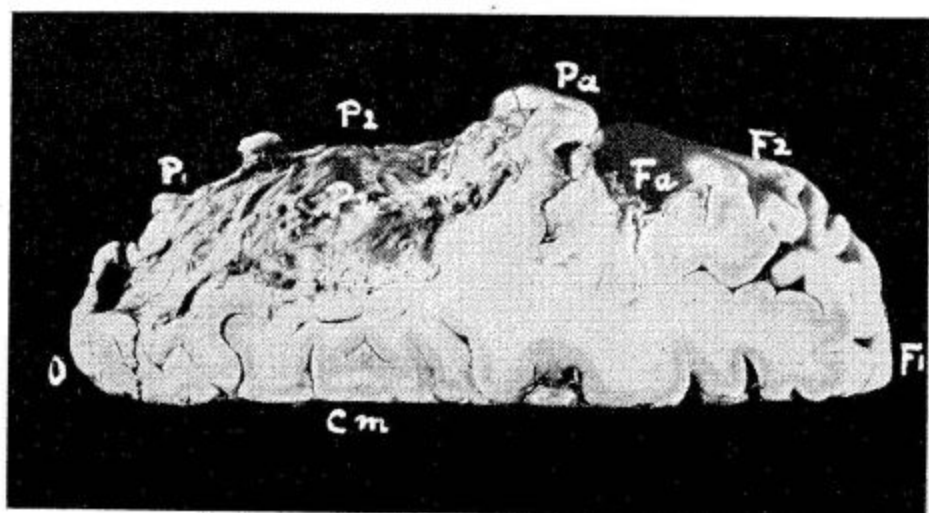
Terceiro corte — a 1/2 cm. do segundo. Verifica-se aqui o amolecimento da circunvolução frontal ascendente e a destruição de toda a massa nervosa desde a superfície até a parede ventricular, na área correspondente à primeira circunvolução temporal. Foram destruídos o gyrus supramarginalis, a dobra curva e as radiações de Gratiolet. Os núcleos da base foram poupados. As cavidades ventriculares e os plexos coroides têm aspecto normal.

Quarto corte — a 0,5 cm. do terceiro. Verificamos o amolecimento do pé da circunvolução terceira frontal (F3). Ainda se pôde verificar o fim do amolecimento da circunvolução primeira temporal (T1) principalmente na sua parte profunda. Os núcleos da base e as cavidades ventriculares não apresentam elemento a registrar.

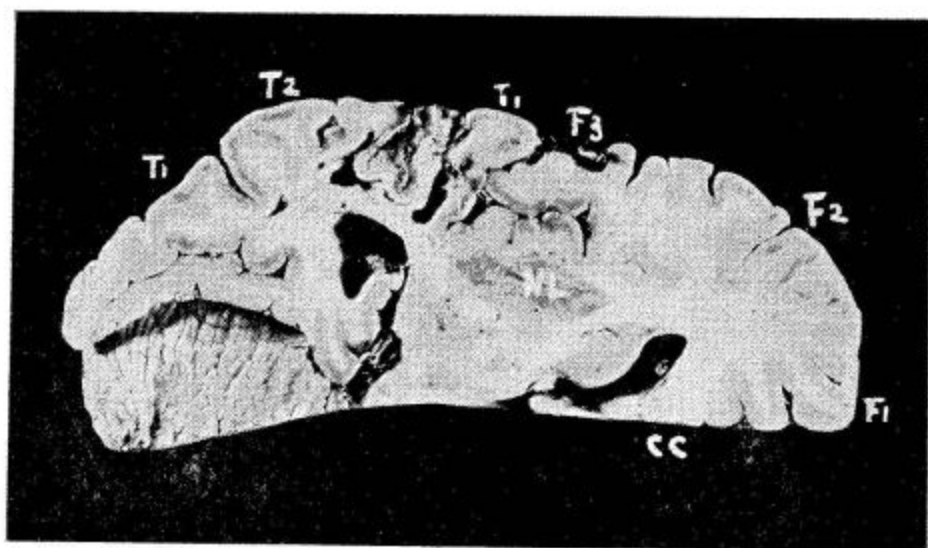
Quinto corte — a 1 cm. do precedente. Aspecto normal.



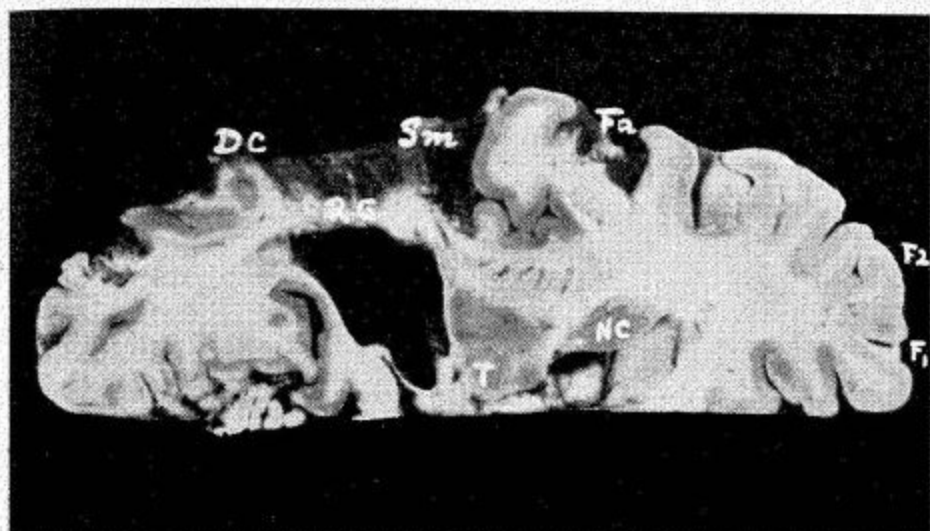
II. Léa S. — Material fresco — Aspecto da superfície exterior do hemisfério cerebral esquerdo. Grande amolecimento da metade posterior da 1.^a circunvolução temporal (T1), da prega curva (PC), do gyrus supramarginalis (G. S. N.) e da parte mais posterior da 1.^a circunvolução parietal (P1).



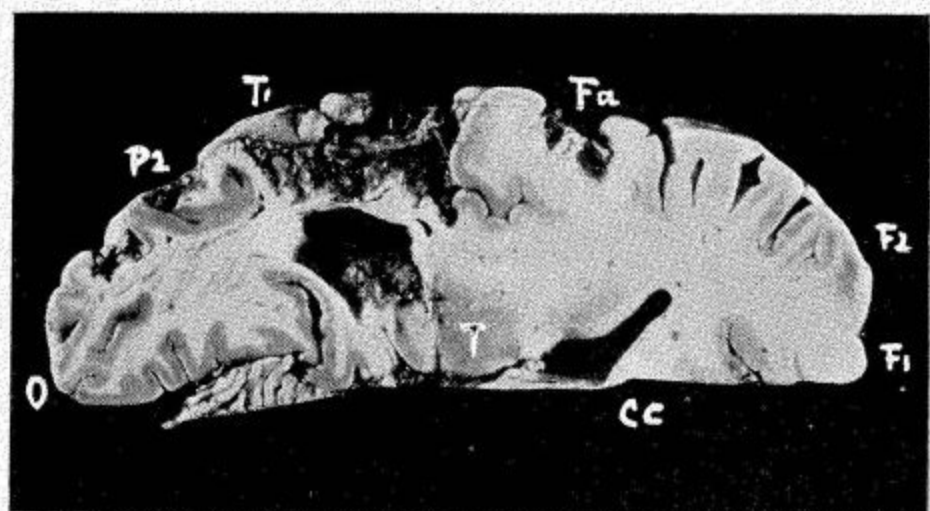
H. Léa S. — Material fresco — Corte a 2 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Amolecimento superficial e profundo da circunvolução frontal ascendente (Fa) e circunvoluções 1.^a parietal (P1) e 2.^a parietal (P2).



H. Léa S. — Material fresco — Corte a 5 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Pequena zona amolecida nas profundidade da 1.^a circunvolução temporal (T1). As outras formações estão íntegras.



H. Léa S. — Material fresco — Corte a 4 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Amolecimento superficial e profundo da circunvolução supra-marginal (S.M.) e da prega curva (P.C.) destruição das radiações ópticas de Gratiolet (E.G.). Ainda se pode observar neste cõrte o amolecimento da circunvolução frontal ascendente (Fa).



H. Léa S. — Material fresco — Corte horizontal a 4,5 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Neste corte se observa a destruição da 1.ª circunvolução temporal (T1) desde a córtex até a profundidade, nas proximidades da cavidade ventricular. Destruição das radiações ópticas de Gratiolet (R. G.).

Doente : David R.

Ficha n.º 533 — Cl. Neurológica.

Entrou para a Clínica Neurológica da Fac. Nac. de Med. em 12 de dezembro de 1939.

Diagnóstico Clínico: Arteriosclerose. Hipertensão arterial. Afasia de Wernicke.

50 anos, branco, russo, brasileiro, natural da Bessarábia, casado, comerciante, residente à rua Bonifácio n.º 44. (Todos os Santos), procedente do ambulatório desta clínica.

Antecedentes familiares — Sem interesse clínico. 8 filhos sadios. A esposa é forte. Irmãos e pais sadios.

Antecedentes pessoais — Sempre gozando saúde.

História da enfermidade atual — No fim de julho de 1938, acordou-se com dificuldade em falar, sem aparentar alterações da motilidade dos membros ou da face. Tendo se levantado cedo, seguiu diretamente para o serviço, sem haver trocado palavra com pessoas de sua família. Quando chegou ao serviço, seus empregados notaram que David falava de maneira incompreensível, e por meio de gestos, visto que suas palavras não eram entendidas pelo paciente, fizeram-lhe perceber que estava doente e devia voltar para casa. Em sua residência, as mesmas perturbações foram notadas por pessoas da família. Desde então demonstra não compreender o que se lhe diz por meio da palavra falada e escrita, não consegue escrever nem mesmo o próprio nome, raramente logra escrever um número. Algumas vezes pronuncia palavras de modo correto, especialmente quando está zangado. Um médico indicou-lhe tratamento anti-sifilítico por meio de injeções

de bismuto, das quais tomou 18 empoas, visto ter sido a reação de Wassermann no sangue positiva. Também tomou injeções intravenosas, 12 empoas de um preparado mercurial. Não apresentou melhora alguma.

Exame do paciente

Inspeção geral: Indivíduo de estatura mediana (1,70m) para sua raça. Emagrecido, (53 quilos). Mucosas coradas.

Sistema nervoso: Estática e equilíbrio normais.

O paciente não apresenta assimetria facial. Nenhum distúrbio da motilidade voluntária. Marcha normal.

Não apresenta movimentos anormais.

Coordenação muscular: normal.

Tono muscular: normal.

Reflexos superficiais (cutâneo-plantar, abdominais, cremastéricos, velo-palatino, faríngeo e corneo-palpebral) e profundos (aquilêu, patelar, da munheca, estilo-radial, cúbito-pronador, bicipital, tricipital): normais.

Ausência de clono e de exagero dos reflexos de automatismo e defesa.

Nenhuma perturbação esfínteriana nem da **potentia coeundi**.

A sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa), a profunda (vibratória, noção das posições segmentares, barestesia, e sentido muscular) e a subjetiva estão normais.

Orgãos dos sentidos: nenhuma alteração visual, auditiva, da olfação, da gustação e do sentido estereognóstico.

LINGUAGEM

O paciente apresenta grandes perturbações na palavra espontânea. Dificilmente faz-se compreender, pois deforma consideravelmente os vocábulos e emprega inúmeros neologismos. Começamos o exame, mandando o paciente dizer os nomes de objetos que lhe iam mostrando:

Objeto mostrado :	Nome dado pelo paciente :
relógio	um disto
porta	madeira
meia	uma meia
cama	cama
campainha	?
ladrilho	?
cadeira	?
papel	cama
martelo	?
tinteiro	?
gravata	?
bolso	bonso
mesa	cama
janela	undissano
papel	umanton
calça	eu não falo
camisa	cama
orelha	uma lancoma
nariz	uma cama
olho	a visso
bolso	bosso
bolso	melancon
botão	botão

Vê-se pela prova acima que o paciente apresenta incapacidade de nomear alguns objetos, além de deformar a denominação de outros (jargonafasia) ou de trocar o nome do objeto mostrado (parafasia).

A segunda prova a que submetemos este doente foi a repetição da palavra.

Eis o que observámos :

Palavra pronunciada :	Repetição da palavra :
casa	uma casa
nariz	mussum-va
camisa	nuchei (não sei)
camisa	uma casama

camisa	uma casa
botão	um bom
sapato	chim
chapéu	(não pode dizer)
meia	não
bolso	sêe

Esta prova mostrou alterações semelhantes às da primeira. A terceira prova constou de ordens simples para serem executadas pelo enfermo. Serviu para explorar a compreensão da palavra.

Ordens simples orais :	Eexecução :
bota a mão no nariz	?
bota a mão na orelha	?
abre a boca e põe a língua de fora	?
levanta a perna direita	?
bota a mão no alto da cabeça.	?
bota a mão no peito	?
fecha a porta	?
levanta-te	levantou-se
caminha até a porta	executou com correção
volta e senta-te na cama	executou com correção
senta-te na cadeira	?
pega o teu sapato	fez
bate com a mão no joelho	?
bate 2 vezes no quadro negro.	?
abre a boca e fecha os olhos..	?
abre a boca e põe a língua de fóra	?
mostra o teu lado direito	?
mostra o teu coração	?
mostra a caneta	mostrou
pega a caneta	executou corretamente
mergulha a pena no tinteiro	fez corretamente
com uma mão mostra o reló- gio, com a outra mostra a mesa	?
vai até a porta, bate duas vezes na porta e volta	foi somente até a porta
senta-te na cadeira	?

senta-te na cadeira	?
senta-te na cadeira	?
senta-te na cadeira	foi até a porta
senta-te na cadeira e põe a mão na cama	sentou-se na cadeira

Verificou-se pela prova acima que o paciente apresenta franca incompreensão da palavra falada.

A quarta prova consistiu na leitura de palavras singelas ou de vocábulos bem conhecidos do paciente, por exemplo o nome do seu filho ou o próprio.

Palavra escrita do observador :

pé	um pé (não mostrou)
caneta	?
meia	?
tinta	?
pé	pinissél
porta	?
David	David
Maximiliano	?
doutor	?
b	David
g	manciôn
a	a
c	c
h	e
s	s
h	?
z	z
x	uma x
m	marcião
n	2
o	unzi
p	unzi
q	?
b	?
y	épse
l	um
3	quilése
5	dez

0	unsis
4	2
dedos da mão	(não disse certo)
4 dedos	?
A	dez
D.	um
E	(reconhece menos caracteres de imprensa que os outros).
F	?

A seguinte prova de escrita espontânea revela agrafia.

Veja a figura ao lado

David (o seu nome)
(Rio de Janeiro)
(hospital)
(Rio de Janeiro)
(ovo)

Escrita do paciente cumprindo ordens escritas :

Ordem escrita do médico :	Execução por escrito do paciente :
escreva a letra x	2
escreva a letra a	2
escreva o número 2	2
escreva o número 8	3
escreva o número 6	100
escreva meia duzia	2
escreva meia duzia de chapéus.	200
escreva meia duzia	240

Modelo para copiar :	Respostas :
casa	
pé	
ABACATE (caractères de imprensa	
153	
1798	

(apagou muitas vezes os algarismos, hesitou).

Adcl
Ad
Ad clclg
153
4338

Copia. Pedimos que o paciente
copiasse sucessivamente: casa,
pé ABACATE (caracteres da
imprensa), 153 e 1798.

David
Rio de Janeiro
Hospital
Rio de Janeiro, ovo.

Escrita espontanea do doente David R. Os
rabiscos significam: David, Rio de Janeiro,
hospital, Rio de Janeiro, ovo.

Prova do canto: O paciente antes de adoecer cantava facilmente e com bôa vóz de tenor muitas canções russas, operetas e mesmo trechos de óperas.

Quando se solicita ao paciente para cantar alguma coisa de nós conhecida, ele o faz prontamente, cometendo erros insignificantes na parte musical. Entretanto quando é instado a cantar as respectivas letras, depois de algumas tentativas, declara que não pode. Parece que os resultados dessa prova indicam que não há amusia e sim unicamente avocalia, isto é, o doente ainda consegue utilizar os valores musicais, tendo porém perdido a capacidade de reproduzir ou evocar ou pronunciar a letra do canto.

Provas da apraxia: Além das perturbações afásicas, David apresenta apraxia evidenciada pelas seguintes provas:

Movimentos expressivos, imitando o que o medico faz:

dar vaia	põe o polegar na testa em vez de no nariz.
mover os dedos das mãos	faz corretamente
chamar uma pessoa com a mão.	faz corretamente
continência de soldado	às vezes executa, outras vezes erra fechando a mão direita e aplicando sobre a região fronto-parietal.

Movimentos expressivos com a mão esquerda, imitados:

enviar um beijo fez corretamente

Movimentos expressivos com a mão direita, imitados:

fechar e abrir a porta com chave	fez corretamente
servir-se do mata-borrão	fez corretamente
fazer e desfazer um nó num cordel	fez corretamente
pentear-se	fez corretamente

Imitar movimentos simples e pequenas ações :

utilizar um conta-gotas	fez corretamente
mudar o dia numa folhinha ..	fez corretamente
imitar com um braço os movimentos passivos impressos ao outro membro superior	fez de modo incorreto
idem com os membros inferiores	fez de modo incorreto

Movimentos automaticos sob comando :

levantar-se	fez corretamente
andar, correr, sentar-se	fez corretamente
tirar o casaco	fez corretamente
vestir o casaco	fez corretamente

Movimentos simples sob comando :

fechar os olhos	fez bem
abrir a boca	fez bem
por a lingua fóra da boca	colocou o dedo na lingua
cruzar os braços	fez bem
levantar o braço direito	levantou-se e colocou a mão direita na orelha
levantar o braço esquerdo	repetiu o gesto anterior com o membro superior esquerdo
estender a mão	levantou-se
abrir os dedos da mão	levantou a mão
cruza ras pernas	cruzou os braços
levantar a perna direita	levantou-se e mostrou com a mão a perna esquerda.
levantar a perna adiante	segurou o pé.

Movimentos reflexos :

mostrar o olho direito	fez corretamente
mostrar a orelha esquerda ...	mostrou a direita
coçar a cabeça	mostrou a face esquerda

Movimentos expressivos :

enviar um beijo	faz corretamente
fazer a saudação militar	fez corretamente
fazer o sinal da cruz	fez corretamente

Movimentos descritivos :

fazer o movimento de tocar piano	faz corretamente
fazer o movimento de tomar café	faz corretamente
fazer o movimento de apanhar moscas	faz corretamente

Movimentos complicados :

encher um copo com agua ...	faz corretamente
ascender uma vela	faz corretamente
fazer um nó	faz corretamente
fechar um envelope	faz corretamente
dar corda no relógio	faz corretamente
assobiar	não faz
abrir garrafa com sacarrolhas.	fez depois de muita sollicitação mostrando-se o objeto.

(Em casa, segundo informação do filho, é o paciente quem faz o café de manhã).

O estado mental do paciente (atenção, humor, percepção, vontade, afetividade) é satisfatório.

Em relação à troficidade, nenhuma alteração foi registrada.

Aparelho circulatório: 74 pulsações por minuto. Pressão arterial: 18-9,5. A escuta do coração revelou apenas certo abafamento das bulhas.

Aparelho respiratorio: Normal à inspeção, percussão e escuta.

Aparelho digestivo: Anorexia. Sem outras alterações.

Aparelho genito-urinário: Normal.

Punção lombar: (feita no serviço do Prof. Annes Dias — Hospital Estácio de Sá): foi tomada a pressão inicial. Posição sentada — 44 (H. Claude). Pressão final 21. Líquido cerebro-espinhal — límpido e incolor, reação de Nonne-Apelt fracamente positiva, r. de Ross-Jones — positiva, r. de Pandy — fracamente positiva, r. de Weichbrodt — fracamente positiva, albumina — 0,10 por mil, células 0,8 linfocitos por mm³, r. de Takata — Ara — negativa, r. do benjoim coloidal — 000002222200000.0, r. de Müller — negativa, r. de Wassermann — negativa com 1 cm³ (25-VIII-1938).

PROGNOSTICO: Máu quanto à cura e à validez. Reservado quanto à vida.

TRATAMENTO: Iodeto de sódio em injeções intravenosas, angioxyl per-os. Teobromina em cápsulas (1,5 gr. por dia). Cardiotônico: coramina, óleo canforado e cardiazol.

EVOLUÇÃO: Lamentavelmente, contra os nossos desejos, na nossa ausência em período de férias, este paciente teve consentimento de ir para casa. Poucos dias depois de ter seguido para sua residência veio a falecer repentinamente. Não foi feita a necrópsia. Isso representa uma grande perda para os nossos conhecimentos sobre as afasias.

Doente: Agostinha C. da C.

Ficha n.º 515 da Clínica Neurológica.

Diagnóstico clínico: Hemiplegia direita. Afasia de Wernicke com jargonafasia. Demência. Arteriosclerose.

43 anos, branca, brasileira, natural do Estado do Rio, viuva, doméstica, residente à rua Laura de Araujo n.º 86, procedente do Hospital da Santa Casa (22.^a enfermaria).

Antecedentes familiares. — O pai morreu paralítico a mãe de tuberculose pulmonar. O marido era sadio.

Antecedentes pessoais. — Teve um aborto e nenhum filho. Há cerca de 15 anos teve um derrame pleural.

História da enfermidade atual. — Esteve internada na 22.^a enfermaria do Hospital da Santa Casa, há um ano mais ou menos, por apresentar exostoses frontais. Com tratamento antisifilítico tais manifestações desapareceram. Em junho deste ano (1939), subitamente, manifestou perturbações da linguagem, caracterizadas por não responder as perguntas que lhe eram feitas, não demonstrando compreender o que lhe diziam; falava cousas sem nexos, como por exemplo: "sapo acende a lamparina, aí vem o barbado", e quando instada a falar, dava de ombros, irritava-se e ia para o quarto chorar.

Demonstrava algumas vezes que sentia alguma coisa dentro da cabeça.

Não apresentava paralisia dos membros mas ficou ligeiramente estrábica e exoftálmica. Essas perturbações duraram uma semana quando, após tomar 4 vidros de elixir de inhame, melhorou com rapidez e ficou aparentemente curada.



Em 21 de setembro às 21 horas, sentiu-se mal, vomitou e perdeu a capacidade de falar, demonstrando pela mímica que tinha um formigamento no braço direito. Não perdeu os sentidos mas desde então não mais falou, embora demonstrasse compreender o que lhe era dito e ficou com paralisia do lado direito do corpo.

Exame da paciente

Inspeção geral: Doente de estatura mediana e máu estado de nutrição: mucosas um pouco descoradas. Há exoftalmia bilateral acentuada à direita: não há aumento da tireoide tem conjuntivite crônica e pterigio nos dois olhos. Face assimétrica com ligeiro desvio para o lado esquerdo, notando-se apagamento do sulco naso-geniano direito. As rogas frontais, porém, estão normais e a oclusão dos olhos é perfeita. As pupilas são iguais, pequenas circulares e não reagem à acomodação.

Sistema nervoso: Auxiliada, na posição de pé não demonstra perturbação do equilíbrio. Posição sentada possível. Consegue passar da posição deitada para a sentada, graças à ajuda do membro superior esquerdo.

A marcha é muito difícil, mesmo com auxílio notando-se que a paciente caminha com o braço direito em adução, o ante-braço em flexão sobre o braço e a mão dirigida para diante na posição intermediária entre a pronação e a supinação, os dedos ligeiramente fletidos. O pé do lado hemiplégico mantém-se apoiado na parte anterior e dificilmente se desloca, arrastando-se em linha réta, sem foçar. Todos os movimentos da face e dos membros do lado direito são muito limitados (hemiplegia), sendo absoluta a paralisia do membro superior. Há disfagia. A língua de fóra, revela desvio para a direita. A força muscular manual esquerda está diminuída (7 do dinamômetro).

Não há perturbação da coordenação muscular do lado esquerdo. No lado direito as provas não foram feitas, visto a paciente apresentar hemiplegia.

Há hipotonia da mão direita, o que se verifica bem pelos movimentos passivos, mas no ante-braço, no braço e em todo o membro inferior, observa-se nítida hipertonia muscular que se aproxima do tipo plástico.

A excitação da planta do pé direito determina a extensão dos dedos exceto do grande. A' esquerda a excitação plantar não provoca resposta. Sinais de Rossolimo e Mendel — Bechterew ausentes. Reflexos abdominais diminuídos nos dois lados. Presentes os reflexos do véu do paladar, faríngeo e corneano. Nos membros inferiores o reflexo medio-plantar está vivo, bem como o aquilêu que é mais vivo à direita e é pendular. Os reflexos tibio-femural posterior e peroneo-femural posterior estão vivos predominantemente à direita: está presente o médio-pubiano com suas respostas superior e inferior. Nos membros superiores o reflexo da munheca está muito mais vivo à direita: o cúbito-pronador, o bicipital, o tricipital, estão vivos nos dois lados. O reflexo do trapézio está evidentemente aumentado nos dois lados.

Não há clono do pé. Presente o clono da rótula bilateralmente.

Há exagero do fenômeno de automatismo e defesa (tríplice flexão do membro inferior após flexão forçada dos dedos do pé). Este mesmo fenômeno está presente à esquerda.

Embora a paciente peça auxílio para urinar ou defecar parece não ter o perfeito contrôlo dos esfinctéres.

O exame da sensibilidade está um pouco prejudicado. A paciente não dá pela mímica informações precisas. Parece estar conservada a sensibilidade aos excitantes tácteis: reage às picadas de alfinete. A sensibilidade ao calor e ao frio parece estar diminuída à direita, principalmente do terço inferior da perna para baixo. Parece estar normal a sensibilidade profunda, vibratória. O pinçamento dos tendões desperta reação dolorosa, bem como a compressão das massas musculares das lojas anterior e posterior da côxa e perna.

Dando-se-lhe vários objetos para identificar pela apalpação nota-se que a paciente não os analisa convenientemente, e sempre indica o mesmo objeto.

Audição: Normal a vóz cochichada. Não foi possível fazer as provas de Rinne Weber.

Gustação: normal.

Olfacção: normal.

Troficidade: O membro superior direito apresenta atrofia moderada. No terço inferior da perna nota-se uma mancha pigmentada na qual a pele é brilhante (glossy-skin).

LINGUAGEM

Expressão

Palavra falada, espontânea (designação de objetos mostrados):

Objetos mostrados:	Respostas:
banana	anana
livro	non sei
caneca	orneca
relogio	lelogio
cigarro	lelogio
colher	lelogio
caneta	rerrodjio
revista	papel
laranja	rarânja
copo	rarânja
mão	rarânja
dedo da mão	rarânja
olho	ojo
botão	ooojtão

Palavra repetida:	Resposta:
pé	pé
mão	mão
casa	zaza
sapato	xapato

lampada	lampada
janela	zanela
agua	agua
camisa	ganêsa
biscoito	bissoito
Costa Rica	Costa Rica (mais ou me- nos)
ventilador	ventilador (mais ou me- nos)
eu vou ao cinema	eu bô cenema
eu ponho a mão na cabeça	eu pão papão cabeça
canforado de aluminio	canfô tominio
gato-sapato	zato xapato.

E' incapaz de ler em voz alta; quando se mostra a capa de uma revista intitulada "Carioca": lê: "gagari"....." e assim repete várias vezes em vóz muito baixa e quase ininteligível.

Mostrando-se-lhe um papel no qual estão escritos os seguintes números: 1-3-6-9 e 4, sendo que os três primeiros ocupam uma linha, e os dois últimos outra, a paciente leu: "cento e trinta e...". Insistindo-se para que ela somente lesse o 3, ela disse: "trinta e...". Logo depois foi-lhe mostrado o número 4 e a paciente disse "trinta e quatro". Finalmente, foi-lhe indicado o 9 e a paciente emitiu um som incompreensível.

Compreensão

Compreensão da palavra: (execução de ordens)

Ordens :	Respostas :
ponha a mão na cabeça	poz a mão na testa
ponha a mão na orelha esquerda	fez
feche os olhos	depois de duas solicita- ções tapou os olhos com a mão.
ponha a mão no peito	hesitou um pouco mas obedeceu.
ponha a língua de fóra	pinçou a língua com 2 dedos.

- pegue a orelha esquerda ?
pegue a orelha esquerda ? (4 vezes sem resposta)
pegue a orelha esquerda ?
pegue a orelha esquerda ?
levante a perna esquerda e
bote a mão na cabeça ? (movimento negativo
com a cabeça)
levante a mão esquerda e po-
nha a língua de fora ?
bata duas vezes com a mão na
cama (depois de alguma hesi-
tação fez).
feche os olhos, bote a língua de
fóra e bata na cama não fez
mostre o santo na parede mostrou
mostre a lampada mostrou
mostre a luz mostrou
mostre a porta mostrou
mostre a janela mostrou
mostre o doutro mostrou
mostre a enfermeira mostrou
mostre a cadeira mostrou
mostre o vidro de remedio ... mostrou
mostre um dedo mostrou
mostre dois dedos (mostrou até 5 dedos à
mostre quatro dedos proporção que lhe foi
mostre cinco dedos pedido).
dois e dois dos da mão direita.
mostro duas vezes 2 de-
três e dois (mostra 2 dedos e depois
mais 3).

Não demonstra reconhecer as letras.

Não executa ordens por escrito, conseguindo ler en-
tretanto algumas letras, às vezes.

Estado mental: Sordicie; apresenta-se apática, indi-
ferente ao que se passa na enfermaria, permanentemente
deitada; sem intervenção alheia não sei do decúbito;
humor calmo.

Aparelho circulatório: Ao exame clínico — nenhuma
perturbação. Pressão arterial: Mx.11 — Mn.6,5. (Va-
quez Laubry).

Aparelho respiratório: Normal.

Aparelho digestivo: Dentes em mau estado de conservação. Sordície.

Aparelho gênito-urinário: normal.

Punção lombar: Foi feita na posição sentada: pressão inicial 17;45 durante a compressão das jugulares, voltando o manômetro a 17 após a compressão. Líquido límpido e incolor; reação de Pandy — forte opalescência; albumina — 4 divisões do tubo de Nissl; linfocitos — 0,2 por mm³; reação de Takata-Ara — francamente positiva para sífilis; reação do benjoim coloidal — 222200221000000.0; reação de Wassermann — positiva com 0,5 cm³ (antígeno de Kolmer). (10-X-939).

Urina: exame n.º 7446 — volume — 300 cm³, densidade — 1012, albumina — traços glicose e sais biliares — ausentes. Exame microscópico: fosfato amorfo e cristais de fosfato amoníaco magnésiano (24-X-939).

PROGNOSTICO: Reservado vergens ad malum.

TRATAMENTO: Alimentação abundante e variada. Injeções de bismuto e de neosalvarsan intramuscular. Não se aconselha a malarioterapia em consequência do mau estado geral da paciente. Reeducação da palavra.

A autópsia deste caso não foi feita.

Doente : Julia da A.

Ficha n.º 437. Entrou para a Clínica Neurológica em 23 de novembro de 1938.

Diagnóstico clínico : Hipertensão e uremia. Hemiplegia direita. Afasia de Wernicke. Apraxia ideomotora. Sordicie e coprofagia.

59 anos, branca, portuguesa, natural de Gonçalo, casada, doméstica, residente à avenida 28 de setembro, 11, procedente de sua residência.

Antecedentes familiares. — Sem importância clínica.

Antecedentes pessoais. — Sem importância.

História da enfermidade atual. — Há mais ou menos 2 anos começou a queixar-se de dor de cabeça e certo dia depois do jantar de repente sentiu-se mal e perdeu a consciência. Socorrida pela Assistência Municipal, foi-lhe feita uma sangria. Dois dias depois foi internada em estado de coma na 22.^a enfermaria do Hospital da Santa Casa (serviço do Prof. Austregésilo — secção de Neurologia). Aí o exame revelou estado de coma profundo ou carótico, uremia (060 centigramas de uréia por litro de sangue), hemiplegia direita : desvio facial com o sinal da baforada, sinal da mão de Raimisti, sinal de Babinski. O exame de liquor nessa ocasião deu resultado inteiramente normal e a pressão arterial era elevada (21 de máxima). Medicada convenientemente melhorou aos poucos, recobrando lentamente a consciência e depois os movimentos e a palavra. A compreensão e a articulação dos vocábulos eram extremamente difíceis a tal ponto que nenhuma idéia se podia trocar com a paciente. A marcha melhorou rapidamente.

Exame da paciente

Inspecção geral: Doente de estatura baixa, em bom estado de nutrição. Facies acromeçaloide. Apagamento do sulco naso-geniano direito. Conserva a mão direita fechada em pronação adiante da coxa.

Sistema nervoso: A paciente pode permanecer de pé com os olhos fechados e os pés aproximados (ausência de sinal de Romberg). A marcha é do tipo hemiplégico-espasmodico, mas não há movimento de foice do membro inferior direito. Logo que a paciente inicia os movimentos da marcha, a contractura da mão aumenta e há ligeira flexão do membro superior. Os movimentos da face estão normais; os do membro superior direito são muito limitados; os do membro inferior estão apenas reduzidos. Há evidente hemiparesia residual direita de predominância braquial. Força muscular: mão direita — 0, mão esquerda — 10 ao dinamômetro. O tono muscular está aumentado nos membros direitos. No membro superior verifica-se a presença do fenômeno da descontração intermitente ou sinal da roda dentada de Negro.

Não existem movimentos anormais.

Os reflexos tendinosos estão exaltados e com tendência ao clono nos membros direitos (aquilêu, patelar, da munheca, estilo-radial, cúbito-pronador, bicipital e tripital). Os reflexos tendinosos estão normais nos membros esquerdos. Também estão normais os reflexos dos massetères e dos mastigadores. Presença do sinal de Babinski nos dois lados (fenômeno da extensão do dedo grande pela excitação das plantas do pé). Está esboçado o sinal de Rossolimo à direita. Presença de clono no pé. Não há clono da rótula, da mão nem dos mastigadores. Pela excitação cutânea da região hipotenar observa-se flexão reflexa do polegar direito. Está presente o sinal palmo-mentoniano à direita. Presente o reflexo de automatismo e defesa à direita (fenômeno da tríplice flexão; do pé sobre a perna, da perna sobre a côxa e da côxa sobre a bacia).

Os reflexos abdominais parecem abolidos, mas sua pesquisa é difícil porque a paciente é muito gorda e tem as paredes abdominais muito flácidas. Os reflexos córneo-palpebrais estão presentes.

Os esfinctéres funcionam de modo normal. A pesquisa do reflexo óculo-cardíaco de Aschner revelou:

Antes da compressão — 80 pulsações por minuto.

Durante a compressão dos olhos (10") — 80 pulsações por minuto.

Os reflexos pupilares à luz estão presentes. As pupilas são circulares e iguais.

No domínio da sensibilidade há a registrar dôr espontânea no hipocôndrio direito. A paciente diz ser percebida melhor a picada no lado esquerdo. A noção das posições segmentares e as vibrações do diapasão são bem percebidas. A estereognose parece conservada nos dois lados.

Audição: conservada.

LINGUAGEM

A paciente quando fala espontaneamente deforma muitos vocábulos. Assim em vez de dizer Amarante diz Rante. O seu nome próprio é enunciado Julia de Axenão. Quando se mostra à paciente alguns objetos e moveis, ela os designa frequentemente de modo incorreto:

Objetos mostrados:

livro	livro
mesa	mesa
colcha	colchão
bolsa	não respondeu
lapis	abraqui currete
faca	faca
cadeira	cadeira
cesta	pena cesta — opereta
sapato	cabdale
remedio	énorremedio
fivela	churreta
colher	filher
bolsa de niqueis	perú

Muitas vezes a paciente pronuncia a mesma palavra quando se mostra vários objetos sucessivamente. Assim tendo lhe sido mostrado uma faca designou-a corretamente, porém, depois, à vista de uma colher denominou-a **faca** varias vezes (intoxicação pela palavra). Muitos objetos não são nomeados pela paciente, mas desde que a denominação correta é pronunciada por alguém imediatamente a enferma demonstra reconhecer a palavra; faz vivos gestos e a repete para mostrar que o vocábulo designa tal objeto e logo procura traduzir por gestos a significação e utilidade da cousa.

Quando soletramos uma palavra, a paciente repete de modo correto.

Conclue-se dessas provas que a enferma não apresenta desordem da articulação da palavra, mas defeito na construção dos vocábulos de modo que sua linguagem é barbara (jargonafasia).

As ordens orais mais simples não são compreendidas pela paciente.

Si ordenamos que :

abra a boca	não demonstrou compreender
ponha a mão na testa	poz na boca
levante a perna	executou
bote a mão na mesa	agitou a mão no ar
abra a boca e bote a mão no peito	abriu apenas a boca.

Nomear objetos e moveis usuais :

cadeira	una carreira
bolsa	inteiro p'ra todos
chave	agavunge
caixa	uma única
mesa	esta mesa é um copo
mata-borrão	a paciente responde com evasivas e demonstra saber a utilidade desse objeto, mas não consegue dizer-lhe o nome.
vela	durcrou.

Quando a paciente tenta conversar, o faz empregando uma série de palavras deformadas e de neologismos, com certo desembaraço. A enferma fala com grande desembaraço, com loquacidade, mas sua linguagem é incompreensível parecendo uma língua estrangeira. A paciente é analfabeta e não sabe fazer contas, segundo informação de pessoas da família. Os nomes das enfermeiras, dos médicos, das outras doentes da enfermaria não consegue reter. Mas desde que se mencione o nome é capaz de reconhecer, mas não sempre, a pessoa.

Provas de apraxia: Dando-se uma caixa de fósforos, uma vela e um cigarro, a paciente risca o fósforo e o coloca na boca ou tendo-o apagado sopra como se quizesse extinguir a sua chama.

Não executa o sinal da cruz e modifica radicalmente a oração correspondente.

Dando-se um sabonete e pedindo-se à paciente que demonstre a sua utilidade, fala uma porção de cousas ininteligíveis e não faz gesto que indique o uso dessa substância.

Exame da linguagem procedido no dia 31 de julho de 1939 :

Objetos mostrados :

livro	diz cousa incompreensível
cama	igualmente
cadeira	diz cadeira bem nítido
avental	branco
sapato	quexinj
colcha	colcha
camisa	fanja
botão	botão
caneta	botão
papel	cubão
pão	botão
caixa	botão chumer

A palavra botão ficou como que fixada. Fazendo-a descansar alguns minutos, ela recomeça como acima foi demonstrado, isto é, palavra diferente, tendo portanto esquecido a palavra botão. Perguntado o nome diz que não lembra, em seguida diz Marie; pronunciando-se Julia — afirma com gestos ser esse o seu nome dizendo então a palavra Julia. Perguntando o nome do marido, diz ser Antonio, mas não sabe o nome da família. Perguntando-se se é Assunção diz que sim, pronunciando-o então porém deformado : Axenxão.

Ordens dadas: abra a boca — obedece e executa certo; coloque a mão na testa, abra a boca, levante o braço — executa certo. Coloque a mão na cabeça, levante um braço. Dificultando-se a ordem a execução é inteiramente impossível.

Uma palestra é igualmente impossível. Perguntando idade, nacionalidade, etc., responde de maneira incompreensível.

Prova da apraxia : Dando-se à doente um cigarro e uma caixa de fósforos, ela põe um cigarro na boca e tenta acendê-lo com um fósforo apagado; durante esse ato faz a sucção característica de quem acende um cigarro. Em seguida coloca a caixa inteira deante do cigarro, que finalmente é mastigado sem ter sido aceso.

Aparelho circulatório : Consegue-se palpar na furcula esternal a aorta e sentir-lhe as pulsações (ectasia). A escuta do coração revelou clangor aórtico. Esboço de ritmo de galope. Sopro diastólico aórtico. Dança dos vasos do pescoço. Taquicardia. Pulso arritmico, duro, 120 pulsações por minuto. Pressão arterial Mx.25 — Mn. 14.

Aparelho respiratório : normal ao exame clínico.

Aparelho digestivo : normal.

Aparelho gênito-urinário : Menopausa. Edema nos membros inferiores. Punção lombar : ex. n.º 7.233 — Líquido límpido e incolor; reação de Pandy — opalescência; albumina — 4 divisões do tubo de Nissl; linfócitos

— 0,8 por mm³; r. do benjoim coloidal — 001000011000000.0;
r. de Wassermann — negativa com 1 cm³ (antígeno de
Kolmer).

PROGNOSTIGO: Reservado vergens ad malum.

TRATAMENTO: Acecolina. Cardiotônicos e diuréticos.
Purgativos periodicamente. Injeções de iodeto de
sódio. Massagens manuais nos membros paralíticos.
Reeducação da palavra. Alimentação pobre de carne.

Esta doente esteve sob nossa observação durante cerca de 3 anos e meio. As desordens da linguagem permaneceram até a ocasião da morte que se verificou em maio de 1940 em consequência de uremia.

O sistema nervoso foi retirado e estudado no Laboratório da Clínica Neurológica sob o número 335.

Estudo anatomo-patológico

Relatório n.º 335 — Laboratório de Anatomia Patológica da Clínica Neurológica.

Doente: Julia da A.

Autópsia: em 4 de maio de 1940.

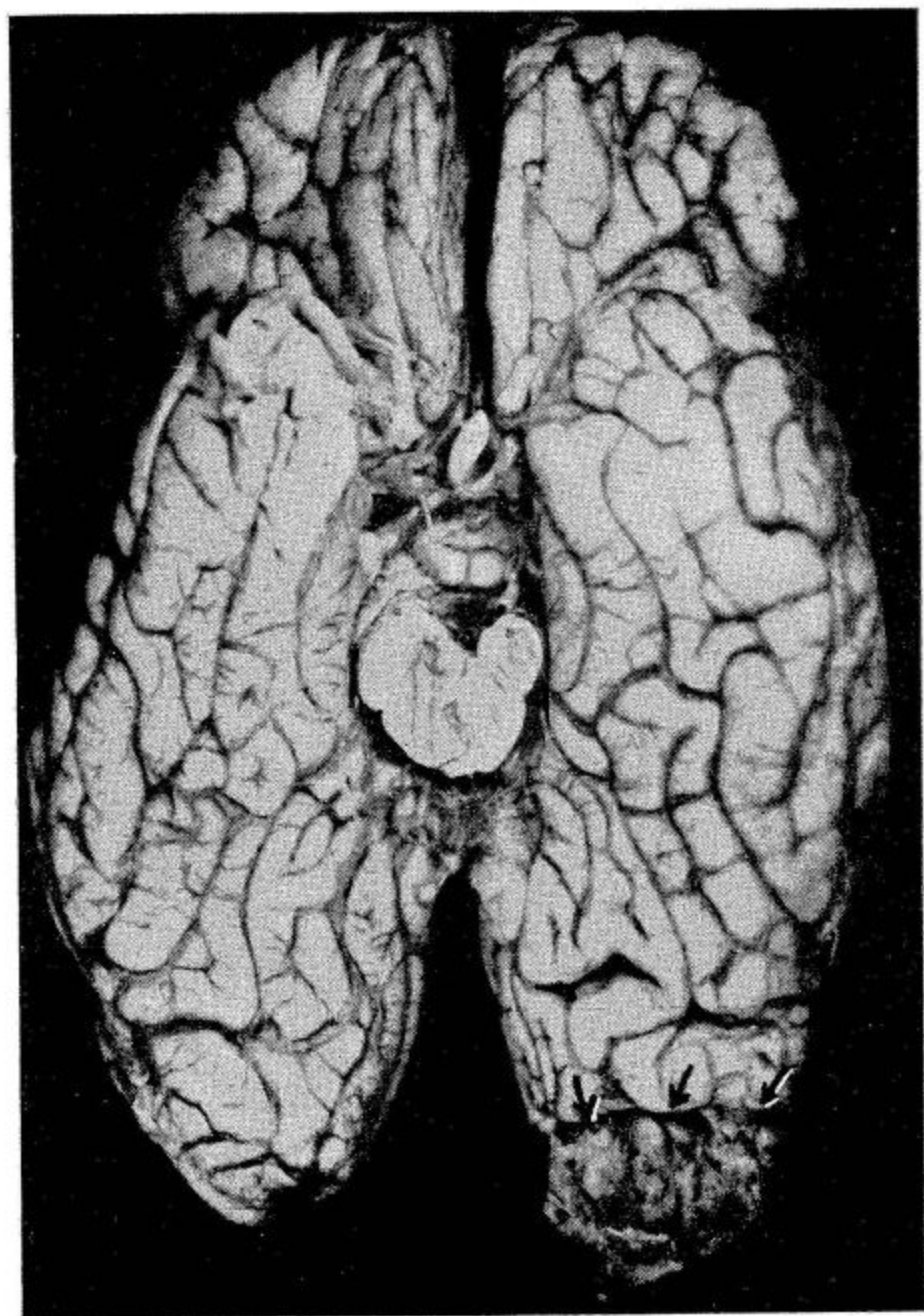
Diagnóstico anatomo-patológico: Amolecimento no domínio do território profundo da arteria cerebral média.
Arteriosclerose.

Estudo macroscópico

Acentuada arteriosclerose com ateromasia dos vasos da base e da convexidade do cerebro.

Superfície exterior dos hemisférios cerebrais:

Após a retirada da meninge mole foram cuidadosamente topografadas as circunvoluções cerebrais.



Julia A. — Cerebro visto pela base. Enravada no pólo occipital esquerdo se vê uma neoplasia arredondada, nitidamente separada da massa nervosa. Póde também observar-se acentuada atrofia do pé do pedunculo cerebral esquerdo.



Julia A. — Córte horizontal a 5 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Amolecimento cavitario do lóbo da insula, profundo em toda a extensão e também superficial na insula anterior. Amolecimento não cavitario do centro oval (correspondente às circunvoluções frontais e parietais).

O hemisfério direito apresenta-se normal nas faces externa, interna e inferior.

Hemisfério esquerdo: Verifica-se amolecimento da circunvolução mais anterior do lóbo da ínsula e ligeiro depósito do pigmento ocre na parte posterior da circunvolução F3. As circunvoluções parietal ascendente (Pa) primeira parietal (P1) e segunda parietal (P2) estão normais. Ausência de lesão das circunvoluções primeira, segunda e terceira temporais (T1, T2 e T3). Gyrus supra-marginalis e dobra curva integros na superfície.

Encontrámos na ponta do lóbo occipital do lado esquerdo um tumor do tamanho aproximado de um ovo de pomba aderente à dura-mater, perfeitamente separável da massa nervosa, de consistência dura e com um nódulo interno calcificado. Seu peso é de 18 gramas.

O tronco cerebral e a medula não apresentam lesões exteriores.

Córtex seriados horizontais dos hemisférios cerebrais:

Hemisfério direito — nada de anormal.

Hemisfério esquerdo:

Corte a 1 centímetro do bordo superior do hemisfério — normal.

Cóрте a 2 centímetros do bordo superior do hemisfério — normal.

Cóрте a 3 centímetros do bordo superior do hemisfério — normal.

Cóрте a 4 centímetros do bordo superior do hemisfério — verifica-se um amolecimento da parte mais externa do núcleo caudado e substância branca adjacente. Também está amolecida a cápsula interna, no seu segmento anterior.

Cóрте a 5 centímetros do bordo superior do hemisfério. — Grande amolecimento com uma escavação na zona subcortical correspondente ao lóbo da ínsula. A cavidade amolecida está envolvida por uma geléa de coloração ocre. Foram lesados: as circunvoluções da ínsula na sua profundidade e a mais anterior delas na sua tota-

lidade; para diante o amolecimento quase atingiu o prolongamento frontal do ventrículo lateral e seccionou as fibras do braço anterior da cápsula interna. A massa nervosa do centro oval na parte anterior e na parte correspondente às circunvoluções temporais apresenta-se mole como mingáu embora não se verifiquem cavidades. Nesta zona de consistência diminuída estão englobados o núcleo lenticular e o braço posterior da cápsula interna.

O cerebelo não mostra ao córte alteração digna de nota.

Pedunculo cerebral — atrofia do pé esquerdo.

Protuberância — atrofia do pé esquerdo.

Bulbo — redução acentuada do volume da pirâmide esquerda.

Estudo microscópico

Pequeno córte ao nível do amolecimento mostrou as bordas da cavidade cheias de macrófagos, em intenso trabalho de reparação.

Foram feitos pelo método de Kultschizky-Wolters, para o estudo das fibras miélicas preparações de bulbo. Pudemos comprovar a intensa desmielinização do feixe piramidal à esquerda.

Fragments de neoplasia encontrada como que embutida na extremidade do lobo occipital foram submetidos à coloração pela técnica de van Gieson e da hematoxilina. O arrançamento celular bem como o tipo das células e o estroma leva-nos ao diagnóstico de meningeoma. A enorme quantidade de calcosferitos permite enquadrá-los no sub-tipo **psamoma**.

Doente: Maria Hortencia da C.

Ficha n.º 787: da Clinica Neurologica.

Diagnostico clinico: Afasia de Wernicke. Grande Jargonafasia. Hipertensão arterial. Arteriosclerose.

65 anos, mulata, brasileira, natural de Minas Gerais, viuva, domestica, residente à rua Riachuelo, 271, procedente de sua residencia.

Antecedentes familiares—O pai faleceu de causa ignorada. A mãe também já morreu, era reumatica e cardiaca. A paciente teve 15 irmãos, dos quais 13 morreram de causa ignorada. O marido da enferma morreu também de causa ignorada. Não há caso de enfermidade nervosa nem mental na familia.

Antecedentes pessoais — Nasceu a termo, de parto natural. Gozou saúde na infancia. Teve 5 filhos que morreram em tenra idade. Há 2 anos entregou-se ao alcoolismo, bebendo imoderadamente durante quatro meses. A familia informa que há um ano e tanto a paciente abandonou o vicio. Nos últimos tempos tem apresentado edema nos membros inferiores e dôres articulares.

Historia da enfermidade atual — Há dois meses e dois dias, repentinamente, quando palestrava, perdeu a articulação da palavra. Ficou neste estado durante três dias, sem poder transmitir pela palavra o seu pensamento. As pessoas da familia dizem que ela não manifestava compreender de modo perfeito o que lhe diziam. Pouco depois, os movimentos voluntarios do lado direito ficaram muito limitados por motivo da perda da força muscular. Durante 20 dias submeteu-se a tratamento médico, alimentando-se unicamente de liquidos, por não poder deglutir os solidos. Tomou também algumas injeções cuja composição a familia não consegue especificar. Não apresentou melhoras com o tratamento e por isso foi trazida para esta clinica.



EXAME DA PACIENTE

Inspecção geral — Estatura mediana, altura 1,55m, compleição robusta, bom estado de nutrição, peso 62,900 quilos. Tipo constitucional pícnico. Mucosas oculares descoradas. Edema palpebral e dos membros inferiores. Panículo adiposo abundante e flácido no ventre. Numerosas estrias no abdome, nas nádegas e coxas. Batimentos dos vasos do pescoço nas regiões supra-claviculares. Veias temporais sinuosas e turgidas. Em certas ocasiões, apresenta facies chorosa.

Sistema nervoso — Póde permanecer na posição vertical, com os pés juntos e os olhos fechados (ausência do sinal de Romberg).

Existe assimetria facial por paralisia quase completa do território inferior da hemiface direita. Quando fala ou sente dor (pressão dos nervos faciais sobre o ramo ascendente da mandíbula — fenómeno da face de Pierre-Marie e Foix), a assimetria torna-se mais acentuada. A rima bucal está desviada para o lado esquerdo. A sua extremidade direita está abaixada. Impossível à paciente pôr a língua fóra da boca. A motilidade do frontal e do orbicular das palpebras está conservada. O véu do paladar move-se bem. Os movimentos voluntários dos membros superior e inferior não estão perturbados nos dois lados. Quando marcha, conserva em extensão os dedos grandes dos pés e o membro superior direito quase não apresenta os movimentos automáticos, oscilatórios ou de balanço, habituais.

Apresenta tremor de pequenas oscilações nos lábios. Muito discreto tremor também pode ser visto na espadua direita.

A coordenação dos movimentos não parece alterada nos membros, embora as provas tenham sido executadas com certa dificuldade por motivo das desordens mentais.

O tono muscular está um pouco diminuído no membro superior direito.

Há evidente tendencia à extensão do dedo grande, pela excitação plantar (esboço do sinal de Babinski). Isto é mais evidente à direita. Os sinais de Oppenheim, Mendel-Bechterew, Rossolimo, Gordon, Schaeffer e Chaddock não estão presentes. Os reflexos abdominais (superior, medio e inferior) estão diminuídos. O reflexo faríngeo e o corneo-palpebral estão presentes. Os reflexos tendinosos acham-se diminuídos nos membros inferiores (aquilêu, patelar) e os dos membros superiores estão vivos (munhéca, estilo-radial, cubito-pronador, bicipital e tricipital). O reflexo mandibular está normal.

Não tem clono do pé nem da rotula.

Os reflexos de automatismo e defesa estão um pouco exagerados à direita. Os reflexos tonicos de postura (fenomeno do tibial anterior de Foix e Thevenard) estão exagerados.

Os esfinctéres funcionam normalmente.

O exame da sensibilidade subjetiva e objetiva achase dificultado pelo estado mental da paciente. Apenas pode ser explorada a sensibilidade à picada, que parece integra.

Sentido estereognostico: impossivel tirar conclusões do exame. A paciente nem pelo gesto revela conhecer os objetos que palpa.

Gustação: a enferma é mal humorada e recusa submeter-se às provas.

Olfacção: idem.

Audição: conservada (move a cabeça na direção de quem fala, atende ao sinal da campainha).

Aparelho visual: ausencia de nistagmo; motilidade oculo-palpebral normal. Pupilas circulares, iguais, em mióse, reagem mal à luz. Fundo do olho: sem alteração.

LINGUAGEM

A) Expressão

1. Palavra repetida :

pé.	não cumlú
mesa.	angú
mãe.	não
sapato.	uh !

2. **Palavra espontanea :** A enferma não pode articular as palavras. Os vocabulos que consegue emitir sem esforço são neologismos, palavras sem sentido, ininteligíveis. Por exemplo, solicitada a dizer seu nome, pronuncia: "articum".

Nomear objetos, partes do corpo, etc.: Mostrando-se à paciente alguns objetos ela denominou-os da seguinte maneira :

Objetos mostrados:	Designação da paciente:
páu.	ó
caixa de fosforos.	ah! a Doutor, é, é, é, a Doutor ôto vite
caixa de madeira.	ata
campainha.	é, é
relogio.	(aponta para um homem)
anel.	com
mão.	com (faz gestos com a cabeça)
cadeira.	para os homens ah!, ah!
toalha.	poco loco (indica uma toalha com o dedo)

Como se vê, existem graves alterações da articulação da palavra.

3. **Escrita:** A paciente recusa-se e faz sinais para informar que não sabe escrever. Nega-se a copiar letras e numeros.

Tentamos fazê-la servir-se de quadradinhos de madeira com letras mas a paciente não quiz prestar-se a esta prova.

B) Compreensão

4. Compreensão da palavra ouvida :

Ordens :	Execução da paciente:
abra a boca.	hum!
fecha os olhos.	(fisionomia interrogativa)
mostra o pé.	ô, ô (e põe o dedo na boca).
onde está a cama.	faz gesto de negação com a cabeça

Indicar objetos comuns de uso, cujos nomes são enunciados :

sapato.	A paciente não demonstra compreender o que lhe pedimos.
nariz.	
olho.	
cadeira.	
mesa.	
parede.	
lampada.	
janela.	

5. **Leitura:** Houve recusa da paciente que fez vivos gestos de negação ou de oposição com a cabeça. Não consentiu sequer em olhar para o livro que lhe apresentámos. Não sabe, ler, segundo informa sua familia.

INTELIGENCIA

Não foi possível fazer exame detalhado das funções intellectuais porque a paciente se opõe à realização das provas. Comporta-se de maneira especial na enfermaria.

Mantem-se longas horas sentada, sem procurar conversar com as companheiras. Quando chega a hora do almoço, é necessario que a enfermeira a chame varias vezes para se sentar à mesa. Quando é visitada por pessoas da sua familia procura palestrar, usando a sua incompreensivel linguagem. Muitas vezes, de maneira viva, queixa-se à enfermeira por meio de gestos porque algumas companheiras fazem gracejo da sua pessoa.

Não quiz submeter-se às provas do relógio, das cartas de baralho e do "quebra-cabeças". Mostra-se zangada pela nossa insistencia e responde com um movimento de ombros. A prova das cores também foi recusada pela paciente.

PRAXIA

Utiliza-se de maneira satisfatoria dos objetos comuns de uso e acende de maneira correta um cigarro para fumar.

Sabe servir-se da chave para abrir uma porta. Igualmente utiliza-se bem do talher e do copo.

E' dificil exame mais detalhado da praxia, pois a enferma não se presta às provas, opõe-se, quer retirar-se de junto de nós.

Aparelho circulatorio: A escuta do coração revelou taquicardia, sôpro diastolico no fóco aortico. Observam-se batimentos dos vasos do pescoço. Podem ser sentidas as pulsações da aorta na furcula esternal. Pressão arterial Mx. 21,5 — Mn. 8. Pulso arterial duro. Vasos temporais sinuosos e turgidos.

Aparelho respiratorio: Inspeção, palpação, percussão e escuta normais.

Aparelho digestivo: sem alteração.

parelho genito-urinario: Menopausa há muitos anos.

Punção lombar: exame n.º 9055 — Liquido limpido e incolor, reação de Pandy — muito ligeira opalescencia, albumina — 1 1/2 divisão do tubo de Nissl, linfocitos — O

por mm³, r. de Takata-Ara — negativa, r. do benjoim coloidal — 0000000000000000.0, r. de Wassermann — negativa com 1 cm³ (ant. Kolmer). 1.XII.942.

Sangue: ex. n.º 9094 — R. de Wassermann — negativa (antg. Kolmer).

Sangue: ex. n.º 9093 — Uréa por litro — 0,30 centigramas.

PROGNOSTICO: Reservado quanto à vida. Máu quanto à validez e à cura.

TRATAMENTO: Alimentação comum. Repouso. Redução de líquidos. Purgativos e diuretivos. Angioxil per-os, injeções de acecoline, preparados digitalicos. Injeções intravenosas de iodeto de sodio.

DECURSO: Em março de 1943, a paciente está em boas condições gerais, mais adaptada à vida hospitalar e mais bem humorada. As desordens da linguagem permanecem estacionarias.

Doente: Agostinha P. da C.

Ficha n.º 497 da Clínica Neurológica.

Diagnóstico clínico: Afasia de Wernicke, apraxia, hemiplegia direita, hemiparesia esquerda, demência, sordicie: arteriosclerose cerebral; hipertensão arterial.

67 anos, preta, brasileira, viuva, doméstica, residente à rua Turiassú n.º 25, procedente de sua residência.

Antecedentes familiares. — Pais falecidos de causa ignorada pela paciente. Não sabe informar sobre seus doentes, apenas dá informações vagas sobre sobrinhos, que diz serem sadios. Seu marido falecido de enfermidade da bexiga (sic).

Antecedentes pessoais. — Diz que sempre foi sadia. Suas informações são muito vagas e com dificuldade diz alguma coisa da sua saúde e das enfermidades que teve e com frequência sua palavra é interrompida por choro e riso espasmódico. Diz que não se lembra onde morava e ora diz que no bairro de São Cristovão ora no Cajú. Menopausa aos 55 anos de idade.

História da enfermidade atual. — Não conseguimos esclarecimentos precisos sobre o começo da enfermidade em consequência do estado mental da paciente. Segundo informações da família a enfermidade começou há dois anos quando a paciente cosinhava. Sentiu repentinamente mal-estar, “um vento”, e logo sua palavra ficou perturbada e os membros do lado direito paralisados. Anteriormente vinha se queixando de crises de cefaléas.

Exame da paciente

Inspeção geral: Doente de estatura baixa, palida e em mau estado de nutrição. Sordicie. A paciente apresenta pêlos em baixo do queixo. Observa-se que a paciente evita utilizar-se do membro superior direito.

Sistema nervoso: A paciente pode permanecer na posição erecta com os pés juntos e os olhos fechados (ausência do sinal de Romberg).

A marcha é lenta e do tipo helicopode à direita. A força muscular está diminuída à esquerda e existe hemiplegia à direita.

Não foi possível estudar a coordenação muscular em consequência dos distúrbios motores nos quatro membros.

Hipertonia muscular evidente nos membros do lado direito. A' esquerda observa-se hipertonia no membro superior.

Os reflexos profundos (aquileu, patelar, da munheca, estilo-radial, cúbito-pronador, bicipital e tricipital) estão exaltados à direita e vivos à esquerda. Fenômeno de Babinski esboçado à esquerda. Reflexos abdominais abolidos nos dois lados. Reflexos do véu do paladar e córneo-palpebral estão presentes.

Presença de Clono dos pés.

Os reflexos de automatismo e defesa estão presentes (fenômeno dos encurtadores de Marie Foix).

Em consequência do estado mental da paciente não foi possível o estudo minucioso da sensibilidade. A paciente não se queixa de desordens da sensibilidade subjetiva. A picada desperta sempre reação, qualquer que seja a parte do corpo excitada.

Impossível examinar a audição, a olfação e a gustação, por causa da falta de atenção e da insuficiência de informações da paciente.

Aparelho visual: Motilidade oculo-palpebral normal, ausência de nistagmo; pupilas iguais, circulares, de diâmetro normal, reagem bem à luz. O fundo do olho não foi examinado.

I. LINGUAGEM

Expressão

1. Palavra repetida: A paciente consegue repetir de modo perfeito grande número de palavras, embora seja necessário que as pronunciemos vagarosamente, e repetidas vezes, para que as apreenda.

2. Palavra espontânea : E' facil e às vezes fluente. Muitas palavras são pronunciadas defeituosamente, articuladas de tal modo que são incompreensíveis (jargonafasia). Quando lhe pedimos que faça uma narrativa, ela fala facilmente, mas a exposição é entremeada de alguns vocábulos extranhos, sem significado (jargonafasia) ou inoportunamente empregados (parafasia).

3. Nomear cousas : Mostrámos vários objetos à paciente, que os denominou prontamente; alguns foram designados apropriadamente, outros não (parafasia).

Objetos mostrados :	Nomes dados pela enferma
pente	pente
colher	colher
caixa	pente

4. Escrita por cópia : Impossível. A doente se nega a escrever, dizendo que não sabe. Fomos informados pela família que, de fato, Agostinha é analfabeta.

5. Escrita espontânea : prejudicada a prova.

6. Escrita sob ditado : idem.

Compreensão

7. Compreensão verbal : Não é possível a compreensão da maior parte das ordens, mesmo as mais simples, quando lhe são dadas oralmente.

Ordens dadas :	Execução
ponha a mão na cabeça	a paciente ficou imóvel
abra a boca	? (ar interrogativo da doente)
para que serve um pente ?	pente !
mostre a caixa	caixa !
pegue a colher	pente

A compreensão da palavra ouvida está pois muito perturbada (incompreensão verbal).

8. Leitura em voz alta : Prejudicada porque a paciente não sabe ler.

9. Leitura mental : idem.

II INTELIGENCIA

10. Outras linguas que não a de uso da doente : A enferma falava somente o português.

11. Aritmética — cálculo : A incultura da paciente torna praticamente impossível este exame.

12. Desenho : Não conseguiu copiar um triângulo, um círculo e uma cruz. Também não pode desenhar uma cruz a nosso pedido. Compreendeu o desenho de uma casa que lhe apresentamos, dizendo imediatamente : “ca - sa”.

13. Música — Canto : Todas as nossas tentativas falharam para avaliar essa faculdade da paciente.

14. Conhecimentos profissionais : Não conseguimos que a doente costurasse roupa e cortasse fazenda com a tesoura.

15. Reconhecimento — gnosia : Pelo ouvido e a vista parece reconhecer alguns objetos usuais (caixa de fósforos, pente, caixa de papelão protetora de vidro de remédio). Contudo o reconhecimento pelo tacto, olfato e gosto parecem perturbados.

III. PRAXIA

16. Movimentos imitados : Fazendo-se movimentos no ar, com os braços, de modo a reproduzir um círculo, uma cruz, etc., ela não consegue imitar.

17. Movimentos transitivos : Serve-se bem da colher, da caneca, come uma banana e uma laranja, etc. A prova clássica para movimentos complexos de acender

um cigarro por meio de fósforo retirado de uma caixa foi executada com dificuldade e lentidão, porem de modo correto.

18. Movimentos semi-automáticos : Prejudicada esta prova porque a paciente não pode erguer-se do leito. Serve-se contudo da colher para comer, do pente para alisar o cabelo.

19. Movimentos intransitivos : Quando se solicita a paciente de fazer o sinal da cruz, leva imediatamente a mão à testa, diz cousas incompreensíveis, hesita um pouco e esboça alguns movimentos complementares, porem errados, dessa persignação cristã. Não realiza com os braços movimentos no espaço de fazer circulos, cruces, etc. apesar da nossa insistencia.

20. Movimentos com esforço : Não conseguimos que a paciente realizasse.

IV. OUTRAS PROVAS MENTAIS

Devemos assinalar a sordicie e o franco estado demencial da paciente. Ela não é capaz de distinguir as pessoas de sua família ou suas amigas. Não diferencia entre essas e as enfermeiras da Clínica que a tratam. A atenção e a memória estão enfraquecidas. Mostra-se desorientada, pois não sabe informar onde fica sua residência. Ora diz que morava no Cajú, ora afirma que em São Cristovão. Não sabe dizer onde adoeceu, se naquele ou neste bairro. Diz ignorar sua idade e a data do nascimento. Durante o tempo em que esteve internada na Clínica Neurológica apresentou o fenômeno da coprofagia.

Aparelho circulatório : Clangor aórtico. Pressão arterial : Mx. 21 — Mn. 11 (Vaquez Laubry).

Aparelho respiratório : Nada de anormal ao exame clínico.

Aparelho digestivo : idem.

Aparelho gênito urinário : idem.

Punção sub-ocipital : Líquido límpido e incolor. Não foi tomada a pressão. Rs. de Nonne, Pandy e Weichbrodt

— Negativas; albumina 0,20 por mil; células linfocitos por mm³; R. de Wassermann negativa com 1cm³. (Hospital Psiquiátrico).

Urina : traços leves de albumina. Foi impossível colher maior quantidade de material porque a paciente perde urina no leito. Cl. Neurológica.

Sangue : Reações de Wassermann, Hecht, Weinberg e Kahn — negativas (Hospital Psiquiátrico).

Sangue : Dosagem de uréa no sôro — 0,10 por litro (Cl. Neurológica).

PROGNÓSTICO : Reservado, tendendo para máu quanto à vida, à validez e à cura.

TRATAMENTO : Alimentação comum. Injeções de accholine e iodeto de sódio, reeducação da palavra e dos movimentos dos membros, massagens manuais. Cuidados especiais de asseio.

EVOLUÇÃO : Foi necessário transferir a paciente para o Hospital Psiquiátrico em consequência do estado demencial e da sordicie, e aí faleceu em 26-IX-1939.

Autópsia : Foi feita em 27-IX-1939, sendo o material recolhido ao laboratório de Anatomia Patológica desta clínica, onde recebeu o numero 312.

Relatório n.º 312 — Laboratório de Anatomia Patológica da Clínica Neurológica.

Doente : Agostinha P. da C.

Autópsia em 27 de abril de 1939.

Diagnóstico anatomo-patológico : Amolecimento por trombose e arteriosclerose da artéria da dobra curva. Lacunas de desintegração.

Estudo macroscópico

Arteriosclerose dos vasos da base e da convexidade do cerebro. Os diversos órgãos encefálicos apresentam volume e configuração normais exceto o hemisfério cerebral esquerdo cujas lesões serão abaixo descritas. Placas de atheroma ao longo das artérias cerebral média, anterior, posterior, comunicantes e tronco-basilar.

Hemisfério direito : não há elemento digno de registro. Os sulcos e circunvoluções apresentam-se normais.

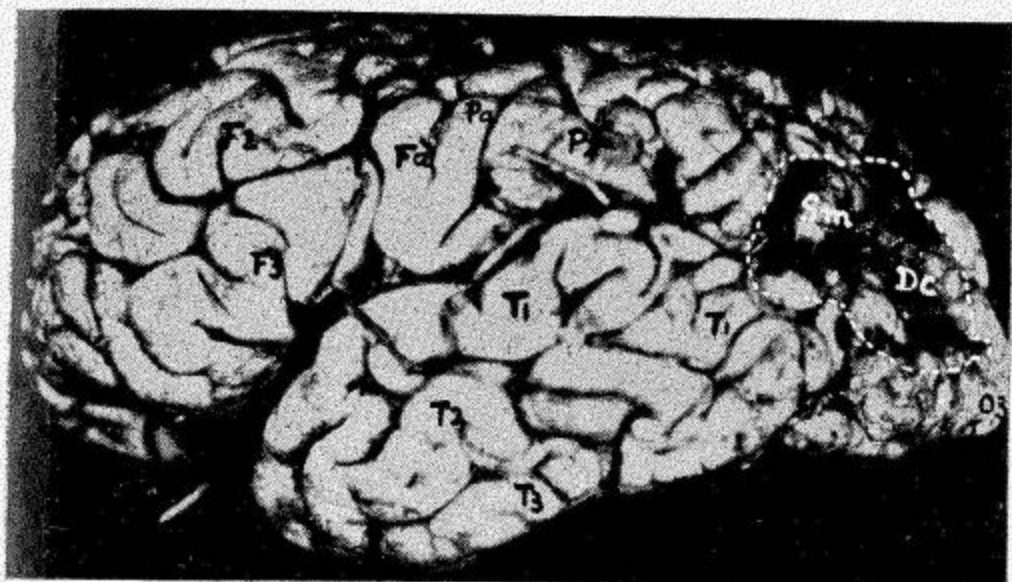
Hemisfério esquerdo : Após a retirada da dura-mater verificamos extensos amolecimentos da parte posterior do cerebro o qual, contudo, só pode ser minuciosamente estudado após a retirada da meninge mole. Verifica-se um amolecimento que destruiu a zona das pregas de passagem parieto-temporo-ocipitais, isto é, a região da dobra curva e do *gyrus supramarginalis*. A zona amolecida corresponde ao território final da arteria cerebral média. Foram poupadas as circunvoluções parietal ascendente (Pa), parietal superior (P1), temporal superior (T1), média (T2) e inferior (T3).

Córtex seriados horizontais dos hemisférios evidenciaram as seguintes alterações :

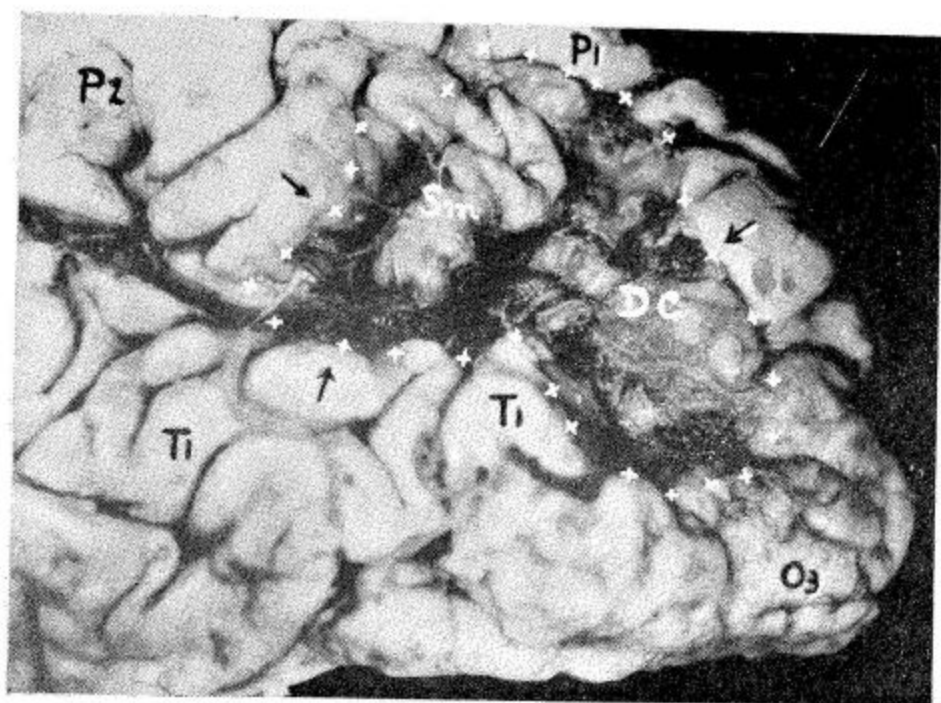
Hemisfério direito — não se verificam alterações das circunvoluções. O centro oval tem aspecto normal. Os cortes horizontais, distantes 1 centímetro do bordo superior do hemisfério só evidenciaram aspecto lacunar dos núcleos da base e da cápsula interna.

Hemisfério esquerdo — Corte a 1 centímetro do bordo superior do hemisfério. Observam-se dois pequeninos amolecimentos da parte profunda das circunvoluções parietal ascendente (Pa) e frontal ascendente (Fa). As circunvoluções primeira frontal (F1) e segunda frontal (F2) estão bem conservadas. O território cortical correspondente ao *gyrus supra-marginalis* está amolecido.

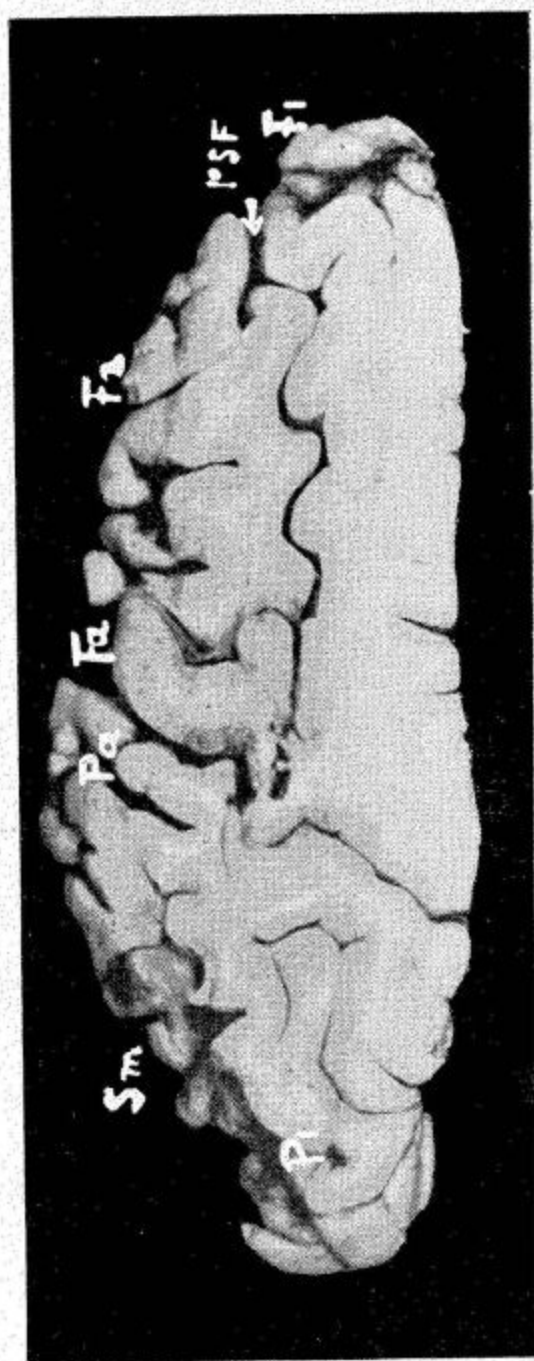
Corte a 2 centímetros do bordo superior do hemisfério : são visíveis dois pequeninos amolecimentos na pro-



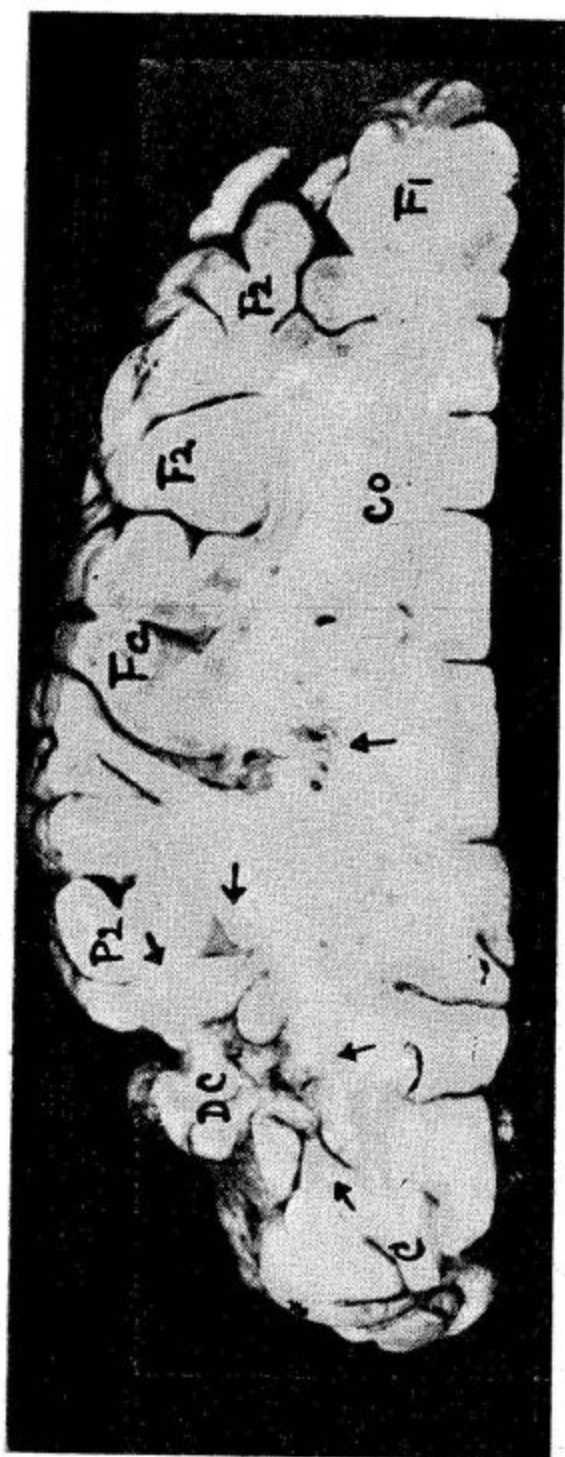
Agostinha P. da C. Face externa do hemisfério esquerdo. Pode observar-se um amolecimento hemorrágico situado na parte posterior. Nessa lesão foram destruídos o gyrus supra marginalis (S. M.) principalmente na sua parte mais posterior e a dobra curva (D. C.). Podem ser acompanhadas com precisão as circunvoluções temporais e verificada a sua integridade. Parecem igualmente bem conservadas as circunvoluções frontal ascendente (Fa) e parietal ascendente (Pa). As circunvoluções horizontais do lobo frontal têm aspecto normal em toda a sua extensão.



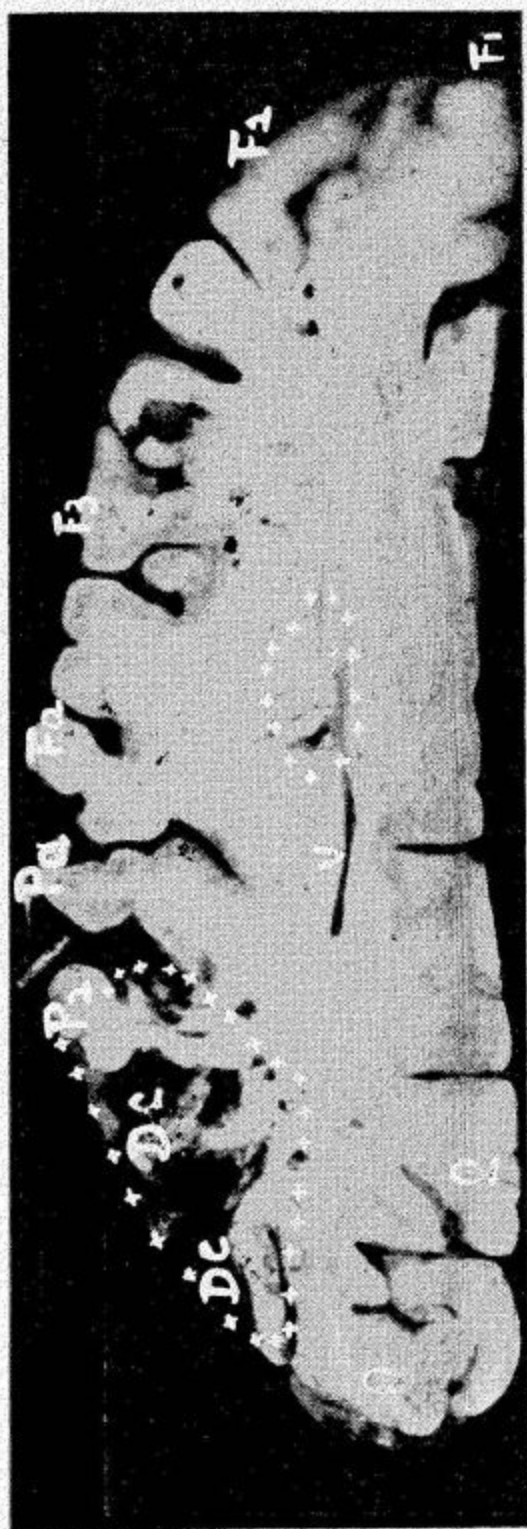
Agostinha P. da C. — Detalhe, em grande aumento, da fotografia anterior para mais minucioso estudo das formações atingidas pelo amolecimento.



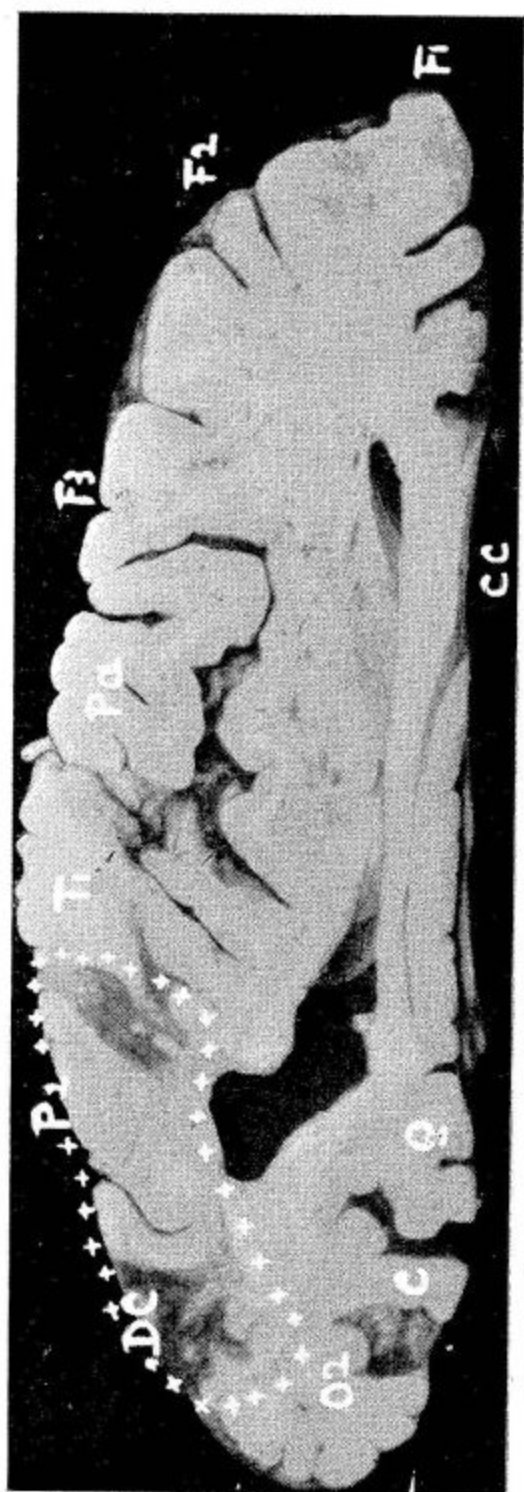
Agostinha P. da C. — Corte horizontal do hemisfério esquerdo a 1 cm. do seu bordo superior. Pode ser estudado neste corte o amolecimento da circunvolução supra-marginal (S. M.) além de pequena zona necrosada na profundidade das circunvoluções frontal e parietal ascendentes (Fa e Pa).



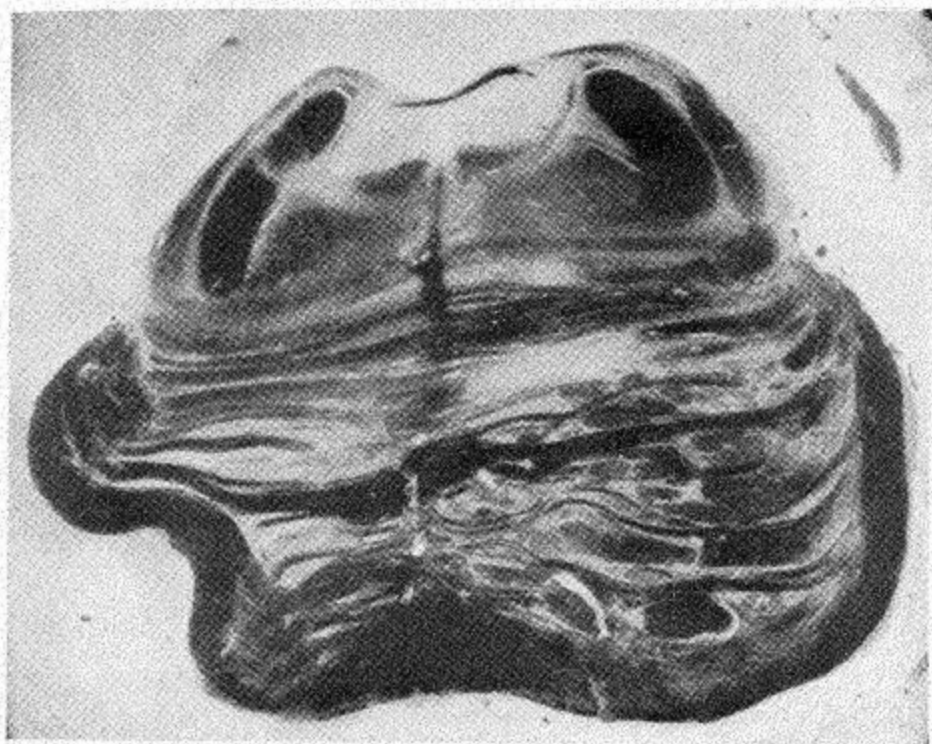
Agostinha P. da C. — Corte a cerca de 2 cm. do bordo superior do hemisfério esquerdo. Podem ver-se pequenos amolecimentos da parte profunda das circunvoluções frontal e parietal ascendentes (F₂ e P₂). Neste corte está bem evidenciado o amolecimento que corresponde à circunvolução da dobra curva.



Agostinha P. de C. — Corte a 3 cm. do bordo superior do hemisfério esquerdo. Pode observar-se pequena zona amolecida no centro oval junto à cavidade ventricular. E' possível ainda acompanhar, neste corte a lesão da dobra curva (D. C.) já assinalada nas figuras anteriores.



Agostinha P. da C. — Corte a 4 cm. do bordo superior do hemisfério esquerdo. Observa-se pequeno amolecimento profundo ao nível da segunda circunvolução parietal (P2) bem como já terminando a lesão da dobra curva (D.C.) que vimos acompanhando desde as primeiras figuras.



Agostinha P. da C. — Protuberancia. Coloração pelo método de Kultschizky-Wolters. Degeneração e atrofia do pé da ponte à esquerda.

fundidade das circunvoluções frontal ascendente (Fa) e parietal ascendente (Pa). A zona da dobra curva (D.C.) está amolecida.

Corte a 3 centímetros do bordo superior do hemisfério: pequeno amolecimento no centro oval correspondente à circunvolução frontal ascendente (Fa). Estão destruídas as circunvoluções supramarginal (S. M.) e da dobra curva (D. C.).

Corte a 4 centímetros do bordo superior do hemisfério: pequeno amolecimento que corresponde à parte mais posterior da circunvolução parietal ascendente (Pa). Observa-se ainda pequeno amolecimento que compreende a primeira circunvolução occipital e a dobra curva (D.C.).

Corte a 5 centímetros do bordo superior do hemisfério: pequena zona amolecida que corresponde à substância branca da circunvolução frontal média (F2). Póde observar-se ainda o amolecimento da dobra curva (D.C.).

Corte a 6 centímetros do bordo superior do hemisfério: há pequeninas cavidades nos núcleos lenticular, caudado e tálamo. Não se verifica alterações das circunvoluções.

Estudo microscópico

Córtex do hemisfério cerebral esquerdo foram, após inclusão em celoidina, preparados, segundo a técnica de Kultschiszky-Wolters. Observa-se grande zona de destruição da massa nervosa, cortico-sub-cortical correspondente às circunvoluções da dobra curva e supramarginal (S.M.). Há desmielinização das fibras piramidais ao nível da cápsula interna.

Arteriosclerose dos pequenos vasos é evidenciada pela técnica de van Gieson e da orceína de Unna.

Puderam ser estudadas as lacunas de desintegração do tálamo, núcleo lenticular, núcleo caudado, e cápsula interna de ambos os lados.

Há desmielinização e atrofia do pé do pedunculo e da protuberância, nos córtex corados pelo método de Kultschizky-Wolters.

Doente: Eugenia S.

Diagnóstico clínico: Afasia de Wernicke e hemibalismo.

Diagnóstico clínico: Afasia de Wernicke e hemibalismo.

32 anos, brasileira, preta, doméstica, entrou na Clínica Neurológica em 24 de março de 1929.

Antecedentes familiares — Não pudemos obter informes sobre a história familiar da doente.

Antecedentes pessoais — A paciente não informa sobre os seus antecedentes.

História da enfermidade atual — Há quatro meses, quando urinava, teve forte sensação de peso no membro superior direito e logo depois no membro inferior direito. Não pode falar e caiu ao solo sem conhecimento (ictus). Recobrou a consciência ao fim de um certo tempo que não pôde determinar e, então, só podia movimentar ligeiramente os dedos da mão direita; também verificou que sua boca estava desviada para a esquerda (hemiplegia direita total).

O lado direito recuperou a motilidade mas a paciente piorou dos sintomas cardíacos e oito dias antes de sua entrada na Santa Casa foi submetida a uma paracentese na qual se retiraram 15 litros de líquido ascítico claro.

Por ocasião de sua internação a paciente estava em plena insuficiência cardíaca. Para o lado do sistema nervoso só se verificavam abolições dos reflexos plantares e aquilêus e diminuição dos reflexos patelares.

Não havia clono.

Pupilas normais.

No ponto de vista do estado mental nada havia a assinalar a não ser uma certa tristeza.

Quinze dias após a internação ela apresentou, ao acordar, hemiplegia flácida direita total. Sinal de Babinski, clono do pé, abolição dos reflexos abdominais à direita, reflexos corneanos e conjuntivais normais. O reflexo rotuliano à direita estava abolido e não havia perturbações esfinterianas.

A doente foi novamente examinada ao fim de quatro dias e então verificou-se o seguinte: persiste a hemiplegia e apareceram acentuadas perturbações da linguagem.

LINGUAGEM

Expressão

1. Palavra repetida: A paciente não pôde nomear nenhum dos objetos que colocamos para tal fim sobre a sua mesa. Seu vocabulário é dos mais restritos. Ela pronuncia nitidamente “chá” e “dona dilena” (o nome da enfermeira). Esta última expressão ela repetia a propósito de tudo (intoxicação pela palavra).

2. Palavra escrita: Não pudemos examinar porque a paciente era analfabeta. Tentámos avaliar a capacidade de cálculo e, os mais simples, mesmo os que podiam ser resolvidos pelos dedos, não foram realizados pela paciente.

Compreensão

4. Compreensão: A paciente não compreende ordens mesmo muito simples tais como ponha o dedo no nariz, feche os olhos, abra a boca, etc. Contudo sua fisionomia é atenta e demonstra esforços para compreender.

No mesmo dia deste último exame a paciente subitamente apresentou desvio da cabeça e dos olhos e grande nistagmo de oscilações dirigidas para a direita. Vomitos e paralisia do véu do paladar. Pouco depois estrabismo divergente à direita.

Subitamente apareceu contratura em flexão do antebraço sobre os braços e destes sobre o tronco e logo depois movimentos espasmódicos desordenados dos membros e carfologia. Após um pouco de calma sobrevieram contraturas tônicas dos membros superiores, inferiores e do tronco (opistotonos). O lado esquerdo foi presa de movimentos que lembravam os da natação, e logo depois outros que lembravam a coréa e o espasmo de torção. Eram movimentos rápidos, violentos e espasmódicos (hemibalismo).

Tal crise durou duas horas ao fim das quais a paciente entrou em sonolência. Durante o período da calma fizemos uma punção e extraímos liquor claro. A pressão do líquido cefalo-raquidiano foi nessa ocasião de 30 na posição sentada.

Em resumo, a paciente apresentou três ictus; após o primeiro ficou-lhe hemiplegia que depois regrediu. Do segundo ficou hemiplegia flácida direita e afasia de Wernicke. O terceiro ictus foi acompanhado de hemibalismo.

A paciente faleceu cerca de quatro meses após a internação e a seguir damos o resultado do estudo anatomo-patológico do seu sistema nervoso.

Estudo macroscópico

Encefalo : Congestão intensa, sobretudo venosa na superfície do cérebro. Fixação em formol a 15% durante 7 dias; meninges normais. Após ablação da pia-mater se verifica uma lesão nítida e extensa da superfície do cérebro. O exame exterior permitiu delimitar as circunvoluções interessadas pelo amolecimento.



Eugenia S. — Corte vertico-frontal dos hemisférios cerebrais. Amolecimento das circunvoluções do lobo parietal e da insula de Reil.

Hemisfério esquerdo: na face externa o amolecimento, pouco profundo, destruiu as seguintes regiões: cabeça e pé de F3, extremidade inferior de Pa, toda a parietal inferior (p2), o gyrus supra-marginalis e uma parte da dobra curva.

Há acentuada atrofia da parte superior de Pa, do pólo occipital e da parte anterior de T1.

Hemisfério direito: O amolecimento cortical atingiu a maior parte de P2, a parte superior de Pa e o polo occipital.

Cortes vertico-transversais dos hemisférios cerebrais:

Corte n.º 1. Tomamos como ponto de reparo o pé de F3 esquerda e, na base, os tubérculos mamilares. Caímos imediatamente sobre um foco de amolecimento que interessa a substância cinzenta da ínsula de Reil e o pé de F3 e T1 à esquerda; à direita verifica-se igualmente um pequeno amolecimento de pé de F3. À esquerda o claustrum e a cápsula externa foram atingidos pela lesão.

Corte n.º 2. Passa pelo meio da cisura de Rolando. Há destruição da corticalidade de Pá na sua parte inferior e de T1. No centro oval, em plena substância branca há um pequeno fóco de amolecimento isquémico, arredondado, correspondente à profundidade de T1.

Corte n.º 3. Passa pela parte superior do sulco de Rolando. O amolecimento destruiu a corticalidade de P2 e de T1. Verifica-se igualmente no centro oval um amolecimento difuso, irregular, que vai à parede ventricular. Esses amolecimentos não parecem muito antigos; não há solução de continuidade, apenas a massa cerebral se mostra amolecida.

Em relação ao hemisfério direito se vê um amolecimento cortical pouco extenso que destruiu nos cortes 2 e 3 uma parte de P2.

Os núcleos da base não apresentam elemento digno de registro.

Estudo microscópico

Verificamos edema e vacuolização das células nervosas bem como degeneração gordurosa, na corteza cerebral. As lesões predominam as camadas superficiais.

A macroglia protoplásmica da substância cinzenta reagiu vivamente; o volume do citoplasma é duplo ou triplo do normal e apresentam abundância anormal de cromatina nuclear. As glio-fibrilas estão curtas, adelgadas, fragmentadas, testemunhando perturbações consideráveis de sua troficidade. O protoplasma desses gliocitos está muito homogêneo.

Assinalamos ainda nos focos de amolecimento cortical, a proliferação dos núcleos de microglia e da oligodendroglia sob a forma de corpos granulados.

Repleção dos capilares sanguíneos que apresentavam, em certos pontos, coalhos em via de organização. Nada de particular ao nível dos vasos de maior calibre.

O exame mais minucioso dos núcleos da base, da região subóptica, do III ventrículo, só revelou ligeira sobrecarga gordurosa dos núcleos do assoalho do III ventrículo.

Degeneração mielínica do feixe piramidal que parte do hemisfério esquerdo. O feixe piramidal direito está indene.

Doente : Matilde N. N.

Ficha n.º 807 da Clínica Neurológica.

Diagnóstico clínico : afasia de Wernicke. Hemiplegia direita, de predominância braquial, arteriosclerose.

36 anos, operária (pespontadeira de calçado), feodérmica, brasileira, natural do Distrito Federal, casada, residente à rua São Pedro, 67 casa 3 (Estação de Caxias — Vila de São Luiz), procedente de sua residência.

Antecedentes familiares — A mãe sofreu durante algum tempo de enfermidade mental e esteve internada no Hospital Psiquiátrico. Depois melhorou e voltou à residência. O diagnóstico que recebeu foi o de Sífilis cerebral e confusão mental urêmica. O avô paterno da enferma morreu em consequência de “congestão cerebral”. Os avós maternos morreram de causa que a paciente ignora. Um tio paterno que é guarda-civil aposentado apresenta “boca torta”. A paciente teve 7 irmãos dos quais um morreu aos dois anos de idade, outro na juventude de tuberculose pulmonar e o terceiro após uma intervenção cirúrgica. A paciente informa que a irmã falecida de tuberculose contraiu essa doença do marido.

Antecedentes pessoais. — A paciente ignora as condições do seu nascimento. Teve coqueluche na infância e pneumonia e impaludismo na mocidade. Menarca aos 14 anos. Um ou dois anos depois casou-se. A paciente teve dois filhos que atualmente têm respectivamente 17 e 19 anos e, até dois anos passados gozavam boa saúde. A paciente teve há 3 anos reumatismo na mão direita que por essa ocasião ficou edemaciada mas logo depois curou-se.

História da enfermidade atual — Há dois anos, repentinamente deixou de poder articular a palavra e logo depois sentiu que lhe era impossível levantar o membro superior direito para se pentear. Durante um ano esteve em tratamento médico e a dificuldade para a expressão do seu pensamento continuou. Apareceram então crises convulsivas generalizadas que sobrevinham subitamente e eram acompanhadas de perda da consciência.

Exame da paciente

Inspecção geral: Estatura mediana (1,54 m.). Bom estado de nutrição. Peso 66,100 k. Há leve assimetria facial por repuxamento da comissura labial para a direita. O sulco naso-geniano é mais profundo à direita. O membro superior direito apresenta-se contraturado em adução

e semifletido. Os dedos da mão direita estão semi-contraídos (esboço de garra). No membro inferior direito há ulcerações e eczema, nos dois terços inferiores da perna, que também se acha edemaciada.

Sistema nervoso: Na posição de pé, como os pés aproximados e os olhos fechados a paciente oscila muito e, se não for amparada, cai (sinal de Romberg).

Discreta paresia facial direita de tipo central com contratura.

Quando a paciente sorri, repuxa a comissura labial para o lado esquerdo.

Existe paralisia do membro superior direito.

Os movimentos voluntários do membro inferior direito estão um pouco diminuídos. A marcha é do tipo hemi-parético: a paciente arrasta o membro inferior direito, mantendo o membro superior do mesmo lado em contratura e adução. Há hemiplegia de predominância braquial.

Não se verificam movimentos anormais.

A coordenação dos movimentos está conservada nos membros do lado esquerdo e quase normal no membro inferior direito. No membro superior direito não puderam ser feitas as provas de coordenação em virtude da paralisia.

Acentuada contratura dos músculos flexores dos dedos da mão e do ante-braço direito. Discreta hipertonia no membro inferior direito.

Reflexo cutaneo-plantar presente à esquerda; ausente à direita. Ausentes nos dois lados os fenômenos de Mendel-Bechterew e Rossolimo. Reflexos abdominais (superior, médio e inferior) presentes. Reflexos faríngeo e corneo-palpebral presentes. Reflexos tendinosos (aquilêu, patelar, munheca, estilo-radial, cubito-pronador, bicipital e tricipital) exaltados. Reflexo mandibular — normal.

Ausência do clono do pé, da rotula e da mão.

Os reflexos de automatismo e defesa estão exaltados nos dois lados.

Não apresenta distúrbio da micção. Constipação intestinal.

Em relação à sensibilidade subjetiva, devemos referir a existência de cólicas abdominais. Observamos hipostesia térmica, tátil e dolorosa, na metade direita do corpo (hemi-hipostesia superficial). A sensibilidade vibratória acha-se aumentada no membro inferior direito (hiperes-tesia) A sensibilidade à pressão e a noção das posições segmentares estão conservadas.

Astereognosia da mão direita.

Gustação: normal nos dois lados.

Audição: normal (provas da voz cochichada, de Rinne e de Weber).

Labirinto: a prova calórica de Kobrak mostrou nistagmo normal nos dois lados.

Aparelho visual: ausência de nistagmo. Motilidade óculo-palpebral conservada. Pupilas iguais, circulares, de diâmetro normal, reagem bem à luz e à acomodação. Fundo lo olho: normal.

LINGUAGEM

A) Expressão

1. Palavra repetida: Quando se manda a paciente repetir palavras ela o faz de modo incorreto.

Palavras pronunciadas: Repetição da paciente:

Matilde	Matilde
Santa Casa	Santa Casa.
infelizmente	infelizmente
o rato roeu	articulou muito mal
Maria de Oliveira	articulou muito mal
Rio de Janeiro	articulou muito mal

Palavra espontânea: A paciente conta sua história de um modo monótono, articulando dificilmente as palavras. Por vezes omite vocábulos necessários à clareza do seu pensamento; nestas ocasiões pára no intuito de achar o vocábulo necessário mas raramente o encontra e é obrigada a continuar. Nas suas omissões não se nota preferência para os nomes nem para os verbos. A paciente esquece indistintamente muitas palavras durante a narrativa.

Dizer palavras em série, ordenadas: — Matilde tem grande dificuldade em enumerar os dias da semana ou os meses do ano, constantemente salta, retrocede e após muitas tentativas e profunda meditação conclue pela impossibilidade.

Nomear objetos e partes do corpo:

Objetos mostrados:	Denominação da paciente:
caneta	{ A paciente nomeou corretamente
papel	
avental	
cortina	
lampada	
tinteiro	
grampo	
Partes do corpo:	
pé	{ A paciente nomeou corretamente
olho	
orelha	
boca	
braço	

Como vemos a paciente se desencumbe satisfatoriamente destas provas embora às vezes faça certo esforço para encontrar o nome certo.

Raríssimas vezes ela deforma as palavras, nunca de maneira muito grosseira.

Sempre é possível reconhecer o vocábulo que ela pronuncia com ligeiros defeitos.

ARISTOLINA

OLGAMIÉIRO

Cópia servil da enferma Matilde N.

Phy Bla
Mathelob Naeryt

Escrita espontanea da paciente Matilde,
quando tentava escrever os nomes de seus
filhos.

CADE
BASE DE

Escrita sob ditado da doente Matilde N. Ditámos-lhe:
"Casa Grande".

3. **Escrita :** A escrita espontânea é quase impossível. Fornecemos à paciente lápis e papel e pedimos que ela escrevesse o que bem entendesse. Matilde, que é sempre muito docil, recusou-se, alegando que não se lembrava de nada para escrever. Lembrámos que escrevesse o nome de pessoas da sua família. Ela propôs-se a escrever os nomes dos filhos e o seu próprio. Depois de grandes pausas entre cada risco que fazia no papel, entregou-nos o seu trabalho, dizendo que por mais esforços que fizesse não podia mais escrever. Mostrava-se surpresa disso porque antes da doença escrevia corretamente cartas e agora, apesar de pronunciar o nome dos filhos, era incapaz de expressá-los pela escrita (agrafia).

Escrita sob ditado : Tentámos fazer com que Matilde escrevesse o nome dos filhos ato no qual ele se mostra muito empenhada e para isso ditamos vagarosamente. Mesmo assim é impossível conseguir escrita legível pois a paciente omite e troca letras além de ser incapaz de escrever uma sílaba certa.

Escrita por cópia : Ao copiar as palavras Aristolino e O Cruzeiro, escritas no jornal, a paciente fez cópia servil, reproduzindo as da mesma maneira em que estavam no modelo, isto é em letras de imprensa, de tipo grande; incluiu até em uma das palavras um borrão de tinta que estava no modelo. Quando teve de copiar “o gato branco” fê-lo corretamente. Aumentamos depois esta frase para “o gato branco comeu o queijo” e a paciente ficou atrapalhada e não conseguiu copiar a frase inteira. Não copia o seu próprio nome corretamente; às vezes omite letras e outras repete letras ou mesmo sílabas. A frase “o dia de hoje está bonito” foi escrita da primeira vez “O di” e depois “o dia estava”.

Fornecemos à paciente quadrados de madeira com as letras gravadas para que ela separasse e alinhasse, na ordem, as que formam a palavra “casa”. Matilde apesar de apanhar e deixar várias vezes a letra C não conseguiu formar a palavra pedida. Conseguiu juntar corretamente

as letras da palavra pé. Escreveu “tio” de maneira correta mas não atinou com o acento e continuou refletindo como se não se considerasse satisfeita. Pedimos novamente que Matilde escrevesse o seu próprio nome; desta vez ela escreveu depois contou o número de letras e tendo se certificado da exatidão do número delas — declarou que estava pronto. Do seu sobrenome várias vezes tentado nunca passou da primeira sílaba. De um modo geral se nota em Matilde uma grande dificuldade na simbolização gráfica da palavra mesmo quando lhe fornecemos letras e também diante da máquina de escrever (a paciente embora não fosse datilógrafa podia escrever à máquina antes da doença).

B) Compreensão

4. **Compreensão da palavra ouvida:** A compreensão da palavra foi explorada por meio de ordens simples e complexas.

Ordens dadas :	Execução :
pega o nariz	{ A paciente executou corretamente } executou incorretamente executou incorretamente executou incorretamente executou incorretamente
ponha a mão na orelha	
ponha a mão no joelho	
abra a boca	
mostre a parede	
mostre o teto e a mesa	
toca a campainha	
mostra o dedo polegar da mão esquerda	
mostra o lado direito	
abra a boca e depois sente-se. ponha a língua de fóra e a mão no alto da cabeça	
bata com a mão na mesa	
fecha os olhos e abre a boca	
levanta a mão esquerda, fecha os olhos e abre a boca	
bata duas vezes no braço do doutor, depois toca a cam- paina	
tire o tamanco do pé esquerdo e ponha em cima da mesa	

5. **Leitura** : Foram apresentadas à paciente palavras escritas em quadrados de madeira : ela identificou a palavra pé; quando era escrita a palavra “cabeça” a doente leu certo antes que a palavra estivesse completamente pronta, mas logo depois hesitou e disse “abacate”, por fim acertou. Acertou a leitura das palavras cadeira, mesa, lapis, parede, lampada, navalha, navio. A frase “os sete anões aprendem o A B C” foi lida “os sete anões está bonito”.

Vemos portanto que a nossa observada apresenta alguns defeitos da compreensão da palavra escrita, os quais não são muito evidentes para as sílabas e para as palavras pequenas, mas aparecem nos vocábulos maiores e nas frases, embora simples.

INTELIGENCIA

Algarismos, números e cálculo : Matilde pode escrever os números até 10. Escreveu 333 e 125; em vez de 93 escreveu 99; em vez de 37 escreveu 21. Não pode escrever 1008.

Não conseguiu somar 74 e 99. Não conseguiu fazer o cálculo das laranjas restantes a quem tem 6 e perde 3 : respondeu 4. Pode somar 5 a 1, mas não pode fazer a multiplicação de 3 por 1.

Esta prova mostra que a paciente apresenta também acalculia, pois mostrou-se incapaz de realizar cálculos elementaríssimos, que eram perfeitamente possíveis antes da doença.

Reconhecimento de desenhos e figuras : A paciente pode reconstituir vários desenhos em pedaços de papelão recortados tendo o modelo à frente. Foram reproduzidos corretamente desenhos de um gato, uma moringa, chapéu, bandeira, etc.

Reconhecimento das cores : A paciente reconhece com exatidão as cores que lhes foram apresentadas e também se mostrou capaz de agrupar fragmentos de giz por suas cores.

Prova do relógio: A paciente não consegue ler as horas. Fixemos várias tentativas mudando a posição dos ponteiros mas não conseguimos que a paciente resolvesse satisfatoriamente esta prova.

Historieta muda: Uma pequena história muito simples das que são indicadas para as crianças foi recortada e colocada diante da paciente. Pedimos que ela juntasse os quadros em ordem para que a história tivesse algum sentido. A paciente refletiu muito e não fez. Quando lhe demos o modelo executou rapidamente.

Praxia

A paciente executou perfeitamente todas as provas a que foi submetida para a evidenciação da apraxia embora não pudesse utilizar-se da mão direita, que está completamente parálitica. Assim esta mão era nas provas substituída ora pela mão esquerda, ora pela pressão do braço esquerdo de encontro ao corpo, quando se tratava de apreender algum objeto, ou segurando os objetos entre os dentes. Foram examinados: os movimentos expressivos, os movimentos imitados, os movimentos automáticos sob comando, os movimentos simples sob comando, os movimentos reflexos, os movimentos descritivos e os movimentos complicados.

Estado mental: A nossa observada mostra-se muito bem humorada, docil em submeter-se às múltiplas e frequentes provas, mostra-se sempre desejosa de acertar e decepcionada quando não o consegue. Sua fisionomia é tímida, mas viva e inteligente. Está bem orientada no meio, no tempo e no espaço. Não observámos outras alterações da memória além das já referidas a propósito da linguagem.

Aparelho circulatório: Hiperfonése aórtica. Pulso rítmico. Pressão arterial: M.x.16,5 — Mn.9.

Aparelho digestivo: constipação intestinal.

Aparelho respiratório: normal ao exame clínico.

Aparelho génito-urinário: Irregularidade menstrual há muitos anos.

Doente : Maria Rosa P.F.

Ficha n.º 409 da Clinica Neurológica.

Diagnóstico clínico : Hemiplegia direita. Afasia de Wernicke. Apraxia. Angiospasma cerebral. Uremia.

38 anos, feodérmica, brasileira, natural de São Paulo, viuva, doméstica, residente no Beco do Rio n.º 40, procedente da 22.^a enfermaria do Hospital da Santa Casa.

Antecedentes familiares — Sem importância clínica.

Antecedentes pessoais — Sem interesse clínico.

História da enfermidade atual — Há um mês mais ou menos, durante o jantar, repentinamente sentiu dificuldade em movimentar o membro superior direito e logo depois a palavra tornou-se incompreensível. Não podia levar a colher à boca, porque os movimentos estavam limitados. Não perdeu a consciência. Foi levada para o Hospital do Pronto Socorro. Daí foi transferida para o Hospital da Santa Casa, onde apresentou crises convulsivas circunscritas ao lado direito do corpo, durante 24 horas. A hemiparesia direita regrediu rapidamente e cessaram as convulsões que de início apresentara, mas as perturbações da palavra não se modificaram.

Exame da paciente

Inspeção geral : Estatura mediana, bom estado de nutrição, mucosas coradas.

Sistema nervoso : Quando a paciente põe a língua de fóra, nota-se desvio da ponta para a esquerda. O sulco naso-geniano direito é menos nítido que o esquerdo. Rugas frontais sem diferença de um para o outro lado. A oclusão das pálpebras faz-se de modo normal nos dois lados.

A posição de pé, mesmo com os pés juntos e olhos fechados, é normal.

Marcha normal. Não há paralisia, nem paresias. A paciente utiliza-se frequentemente da mão esquerda. Na mão direita, a força muscular está um pouco diminuída.

Não apresenta movimentos anormais.

Em consequência do estado mental da paciente, é impossível explorar a coordenação muscular.

Reflexos patelares vivos, mais acentuados à direita. Reflexos tendinosos dos membros superior vivos à direita. Esboço de sinal de Babinski à esquerda.

Não há clono, nem fenômeno de automatismo e defesa.

Esfinctéres : sem alteração.

A sensibilidade não pode ser explorada com miúcia pela perturbação intelectual da enferma. Reage à picada, nos dois lados.

Estereagnose : conservada (indica objetos que palpou).

Aparelho visual : Pupilas iguais, circulares, reagem à luz e à acomodação. Visão = 1, AO.

Audição : A paciente demonstra ouvir bem. Por motivo da perturbação intelectual não é possível fazer as provas de Rinne e Weber.

Olfacção : normal.

Gustação : idem.

Labirinto : não há nistagmo, nem sinal de Romberg, nem pulsões.

LINGUAGEM

B) Expressão

1. **Palavra repetida :** Pronunciámos várias palavras e pudemos observar que a paciente raras vezes consegue articular bem algum vocábulo.

2. **Palavra espontânea :** A paciente emite sons inarticulados os quais não lembram palavras conhecidas. Não conseguimos qualquer narrativa ou mesmo simples frase.

Dizer palavras em série, ordenadas : A paciente é completamente incapaz de pronunciar em série os números ou os dias da semana.

Nomear cousas: Apresentamos vários objetos e indicamos diversas partes do corpo para que a paciente os nomeasse. O resultado de tais provas foi o seguinte:

O médico:	O doente:
pão	A paciente responde de maneira incompreensível
cadeira	
papel	
cama	
mesa	

A prova deu o mesmo resultado quando tentamos ver se a paciente podia enunciar as várias partes do corpo.

O médico:	O doente:
casa	garre
pé	tété
pão	pei
marido	marido
aquele	aquele
banco	cêtêpê é aquele duzê
pato	pato
pé	pá
livro	emolete
cama	etomêcrote
oito	?
sapato	sapato

O conjunto destas provas deu a impressão que Maria Rosa apresenta muito acentuada jargonafasia.

3. **Escrita:** Foi impossível examinar a capacidade da escrita porque a paciente é analfabeta.

Pudemos explorar a cópia de desenhos e vimos que a paciente, um pouco desageitadamente porque utilizou a mão esquerda, conseguiu copiar figuras simples que lhe apresentámos, tais como um triângulo, um círculo, um quadrado e um losango.

B) Compreensão

4. **Compreensão verbal:** Exploramos a compreensão da palavra por meio de ordens simples, como é de hábito:

O médico :	A paciente :
ponha a mão na cabeça	Executou depois de várias solicitações.
abra a boca	
abra os olhos	A paciente não executou
apanhe o livro	
ponha a mão no nariz	
levante a perna	

Em resumo: Estas provas evidenciam acentuada incompreensão verbal.

5) **Leitura:** Foi impossível examinar a compreensão da palavra escrita porque a paciente é analfabeta.

Prova dos números: A paciente não reconhece os números que lhe mostrámos, não repete os vocábulos correspondentes e não menciona os números.

PRAXIA

Foram feitas várias provas para evidenciar apraxia:

1) Fornecemos á paciente uma caixa de fósforos e um cigarro: ela segurou o cigarro com a mão esquerda, pela ponta, tentou introduzi-lo na caixa de fósforos fechada; deixou cair o cigarro.

2) Fornecemos um lápis: segurou-o pelo meio e não pôde servir-se dele; apanhou outra vez o cigarro desageitadamente, tentando com ele reproduzir um desenho, um pequeno círculo. Experimentou depois a colher e finalmente o cabo do martelo.

3) Demos-lhe um jarro com água e uma caneca: segurou o jarro, depois a caneca, colocou-os um ao lado do outro; olhou ansiosa e, como insistissemos repetiu

várias vezes as mesmas operações e não conseguiu pôr água na caneca.

4) Demos um casaco para vestir e a paciente vestiu corretamente.

5) Fornecemos um par de meias que a paciente não pôde calçar.

6) A paciente calçou corretamente os sapatos.

7) Fornecemos à paciente um garfo, uma faca e alguns doces; ela não se utilizou da faca e segurou o garfo pelos dentes.

8) Demos a paciente um cigarro já aceso que ela segurou habilmente e levou à boca.

9) Maria Rosa é incapaz de reproduzir gestos abstratos, com os braços no ar. Fizemos com o braço o movimento de uma cruz e o de um círculo mas a paciente, apesar de muito atenta, não pôde repetir o nosso gesto.

10) Prendemos a mão esquerda da doente para que ela utilizasse sómente o membro superior direito. Aumentaram então as dificuldades: segurou o cigarro pela ponta acesa, largou-o, levou a caixa de fósforos à boca; finalmente, segurou com correção o cigarro levou-o à boca e tirou grandes fumaradas.

Aparelho circulatório: Clangôr aórtico. Arterias radiais de parede mole. Pressão arterial: Mx. 11,5 — Mn.7.

Aparelho digestivo normal ao exame clínico.

Aparelho respiratório: normal ao exame clínico.

Aparelho genito-urinário: Prurido uretral após as micções.

Punção lombar: na posição sentada: pressão inicial — 22; a compressão das jugulares elevou o ponteiro do manômetro rapidamente a 48; após retirada de 7 cm³ de liquor a pressão baixou rapidamente a 22. Exame n.º 6117 — Liquor de aspecto límpido e incolor, reação de Pandy — negativa, albumina — 1 divisão do tubo de Nissl, linfocitos — 0,2 por mm³, r. de Takata-Ara — ne-

gativa, r. de benjoim coloidal — 0000000000000000.0, r. de Wassermann — negativa com 1 cm³ (antígeno de Kolmer).

Sangue: Uréa sanguínea — 0,61 por mil.

Sangue: Reação de Wassermann — fracamente positiva (antg. Kolmer) exame n. 6249.

Urina: Presença de albumina (traços). Não existem outros elementos anormais.

PROGNOSTICO: Reservado quanto à vida, à validade e à cura.

TRATAMENTO: A medicação foi constituída principalmente de cardiotônicos e diuréticos. Também foram ministrados calmantes em doses pequenas porque a paciente às vezes apresentava certo grau de excitação psico-motora. Foram dadas injeções intra-musculares de iodo-bismutato, poção de bi-iodeto de mercúrio e potássio, cápsulas de diuretina e digibaina em gotas.

EVOLUÇÃO: A paciente melhorou sensivelmente das perturbações da linguagem e principalmente da apraxia. A seu pedido retirou-se para a residência em novembro de 1939, um ano e três meses após a internação.

CASOS DE AFASIA DE BROCA

Doente: Cristina de A.

Diagnostico clinico: Afasia de Broca-Hemiplegia direita com atrofia da espadua. Arteriosclerose.

Entrada na enfermaria 22 da Sta. Casa em 23 de junho de 1934.

60 anos, preta, brasileira, domestica.

Não foi possível obter elementos sobre a historia pessoal e familiar porque a paciente entrou no hospital em estado de coma.

EXAME DA PACIENTE

Quando pela primeira vez examinamos a enferma, ela estava em profundo estado de sonolencia; pudemos verificar o seguinte: desvio da comissura labial para a esquerda; apagamento dos sulcos naso-labial e labio-geniano do mesmo lado. Pela compressão do nervo facial verificamos

assimetria mais evidente e ao mesmo tempo contração dos músculos do lado esquerdo enquanto que do lado direito há paralisia (fenômeno de Pierre-Marie e Foix). Membros do lado direito paralisados, notando-se a presença do fenômeno da queda da mão de Raimiste. Verifica-se a existência de hemiplegia total direita. As perturbações da linguagem fazem que a paciente não compreenda nosso pedido para que ponha a língua fóra da boca.

Ausencia de movimentos involuntarios.

Os movimentos passivos despertam dôres articulares e revelam certo grau de hipotonia muscular à direita.

Presença do sinal de Babinski à direita. Reflexos abdominais abolidos no mesmo lado. Reflexos corneo-palpebrais normais. O reflexo patelar mostra-se vivo à direita e diminuido à esquerda. Os reflexos tendinosos dos membros superiores estão vivos à direita, à esquerda não foi possível provocá-los.

Os reflexos pupilares estão normais. As pupilas são iguais.

Ausencia de perturbações esfincterianas.

O estudo da sensibilidade é difficil em consequencia do estado comatoso, entretanto a doente reage à picada nos dois lados do corpo.

Existe edema pronunciado dos membros direitos.

LINGUAGEM

O estado comatoso regrediu e um rapido exame de articulação e da compreensão da palavra poude ser realizado. A doente não consegue articular senão alguns vocabulos com grande difficuldade. Ela compreende muito mal e executa difficilmente as ordens mais simples. Mesmo quando insistimos muito, ela não compreende a ordem de fechar os olhos. Embora solicitada varias vezes, não foi capaz de dizer seu nome, em que lugar se acha e o que sente.

Punção lombar: pressão inicial na posição deitada 39; a compressão das jugulares durante 10 segundos fez a pressão subir até 60. Pela inalação do nitrito de amilo a pressão subiu a 75, tendo partido de 39. A ascensão e a descida do ponteiro do manometro foram rapidas, o que mostra a ausencia de bloqueio do espaço subaracnoideo. Liquido cefaloraquidiano limpido; todas as reações que habitualmente são feitas (rs. de Nonne Pandy e Weichbrodt; contagem das celulas; dosagem da albumina; reação do benjoim coloidal; r. de Wassermann), deram resultado negativo.

Novo exame clinico em 15 de maio de 1935: a doente melhorou consideravelmente e foi então possivel fazer um exame em melhores condições.

Mulher de estatura mediana, em bom estado de nutrição. Mucosas descoradas.

Verificamos as mesmas alterações motoras da face vistas no exame anterior. É bem evidente que os sulcos são menos profundos à direita da face. A paciente fecha bem os olhos, embora se note uma ligeira diminuição da força do orbicular e da palpebra direita. O enrugamento da fronte acentúa a assimetria de contração pois as dobras são mais nitidas à esquerda. A compressão do nervo facial mostra novamente o fenômeno de Pierre Marie e Foix, isto é, a paralisia da hemiface direita. Ausencia de contração dos dedos da mão direita que se mantem em supinação. Quando a paciente se senta apresenta o sinal da côxa achatada de Heilbronner.

A doente não pode ficar de pé, nem marchar, mesmo com forte apoio. Todos os movimentos voluntarios estão completamente abolidos nos membros do lado direito. Impossibilidade de esboçar movimentos com os dedos da mão e do pé direitos. Hemiplegia total direita. No lado esquerdo todos os movimentos voluntarios estão conservados.

Ausencia de movimentos involuntarios.

Os movimentos passivos dos membros da lado direito são muito faceis em consecuencia de certo grau de hipotonia muscular. A mobilização dos membros, sobretudo a flexão, desperta dores.

No que diz respeito à coordenação muscular, o exame é difficil. A doente não comprehende o que lhe é solicitado. Contudo, do lado esquerdo, ella executa bem as provas dedo-nariz, do calcanhar-joelho, etc. À direita, a hemiplegia impede a verificação da coordenação dos movimentos.

Sinal de Babinski à direita. O atrito da crista da tibia provoca também a extensão do grande dedo do pé (sinal de Oppenheim). Reflexos abdominais ausentes à direita e normais à esquerda; reflexos corneo-palpebraes e faringeo presentes. Reflexos rotulianos e aquileus abolidos à direita. Os reflexos tendinosos dos membros superiores estão diminuidos à esquerda, e vivos à direita. O reflexo medio-pubiano inferior está normal, superior muito diminuido. Reflexo mandibular e naso-palpebral exaltados.

Ausencia de clono da rotula e do pé.

Reflexos de automatismo e defesa estão esboçados à direita, ausentes à esquerda.

Ausencia de perturbações esfincterianas.

Reflexo oculo-cardiaco: antes da compressão 90 pulsações, durante a compressão 84.

Os reflexos pupilares estão presentes.

Sensibilidade: grandes perturbações da sensibilidade subjetiva. A doente queixa-se de fortes dores ao nivel dos membros superiores e inferiores direitos. Parece haver hiperestesia cutanea à picada. As outras modalidades sensitivas não podem ser examinadas de maneira satisfatoria, pois a doente articula mal e não comprehende as nossas ordens. Apesar da difficuldade do exame, parece não haver perturbação da audição, da visão, da olfação e da gusta-

ção. Também a estereognose parece estar bem conservada, pois a paciente mostra sobre a mesa os objetos que foram anteriormente colocados em suas mãos.

Troficidade: atrofia pronunciada no membro superior direito, desde a cintura escapular onde é muito acentuada até a mão. Os ossos da espadua e especialmente o humero podem ser vistos em relevo sob a pele. Amiotrofia difusa do antebraço direito.

LINGUAGEM

A) Expressão

1. **Palavra repetida:** Quando pronunciamos palavras, lentamente, a paciente repete algumas de maneira correta, outras incompletamente. Por exemplo:

Palavras do médico:	Repetição da paciente:
casa.	ca-sa
sapato.	a-pa-to
pão.	pão
hospital.	? (ar interrogativo da doente).

Quase todas as palavras são articuladas com deformação. Impossibilidade de repetir frases, mesmo as mais simples e curtas.

2. **Palavra espontanea:** Não é possível a conversação, pois as respostas são uma serie de silabas sem nexos (afemia).

3. **Escrita:** Impossível. A enferma é analfabeta. Impossibilidade de copiar letras, algarismos e desenhos simples. Algumas vezes faz garranchos da direita para a esquerda.

B) Compreensão

4. **Compreensão da palavra ouvida:** A doente executa as ordens simples, mas não pode executar dois ou

mais movimentos o que mostra a incompreensão dos comandos. Ela reconhece objetos comuns cujos nomes são enunciados. Pode identificar as partes do corpo. Reconhece o relógio e o lugar que ocupa na enfermaria, mas não pode dizer nem mesmo pelos dedos as horas. Ignorância completa do nome das côres. Não pode distinguir o significado das palavras "noite e dia", motivo pelo qual não sabe responder às nossas perguntas relativas a estas palavras. Protesta porém quando se quer sustentar que o dia é a noite.

5. **Leitura:** Impossibilidade de ler os nomes e as letras, assim como de reconhecer desenhos que representam imagens muito singelas.

INTELIGENCIA

A doente reconhece o seu cachimbo, coloca-o na bôca e quando se lhe pergunta o nome desse objeto, ora se expressa corretamente ora pronuncia apenas "chi".

PRAXIA

Nenhum sinal com a mão: não pode dizer adeus, nem fazer o sinal da cruz pois sua mão detem-se sôbre os lábios. Serve-se perfeitamente da garrafa de agua e do copo. Acende e fuma um cigarro, apaga o fosforo e lança-o no cinzeiro. Quando se pergunta como se lava roupa ou como se faz uma feijoada, ela responde por palavras ininteligíveis, sem fazer gestos.

Aparelho digestivo: nenhuma alteração a registrar.

Aparelho respiratorio: pulso ritmico, um pouco duro. A escuta do coração revelou abafamento das bulhas. Tensão arterial Mx 18-Mn8.

Aparelho genito-urinario: nada que mereça registro.

Exames de laboratorio: dosagem da uréa sanguínea: 0,40 por mil; reação de Wassermann no sangue negativa; hematias 3.470.000 por mm³; leucocitos 3.600 por mm³.

EVOLUÇÃO: em 11 de junho de 1935 a paciente teve uma crise de dispnéa acompanhada de escarros sanguinolentos e de diarréa. No dia seguinte taquicardia, dispnéa e estertores crepitantes na base dos pulmões. Assistolia. Uréa sanguínea normal. Tensão arterial sem alteração.

Morte em 19 de agosto de 1935.

O sistema nervoso foi estudado no Laboratorio da Clinica Neurologica no qual recebeu o n.º 163.

Relatorio n.º 163 — Laboratorio de Anatomia Patologica da Clinica Neurologica.

Doente: Cristina de A.

Diagnosticó anatomo-patologico: Amolecimento hemorragico silviano profundo à esquerda.

ESTUDO MACROSCOPICO

Grande palidez do encefalo. A pia-mater apresenta um aspecto leitoso. Os grandes vasos do cerebro estão muito esclerosados; alguns apresentam ateroma. No hemisferio cerebral direito não há elemento importante a assinalar; no hemisferio esquerdo nota-se um grande foco de amolecimento hemorragico que compromete a quase totalidade da cabeça do nucleo caudado e o segmento anterior da capsula interna; a mesma lesão atingiu o ante-muro e a capsula externa. A cavidade do amolecimento quistico tem paredes recobertas de uma geléa hemorragica de côr ocre.

O locus niger está descorado. Na zona situada entre o pedunculo cerebral e a ponte de Varolio nota-se pontilhado hemorragico à esquerda. O cerebelo está congestionado. O pedunculo cerebral, a protuberancia e o bulbo mostram-se atrofiados na metade esquerda (hemiatrofia do istmo encefalico).

ESTUDO MICROSCOPICO

Numerosos cortes dos órgãos encefalicos e da medula espinhal foram praticados e corados, segundo diferentes tecnicos histologicas, para o estudo das lesões primitivas e secundarias deste caso. Eis o que foi observado nos cortes **mielinicos horizontais dos hemisferios cerebrais.**

Corte 1 — Praticado a 35 milímetros da parte mais alta do bordo superior. Aspecto normal à direita. O hemisferio esquerdo apresenta todas as formações sub-corticais em bom estado. Não há lesão da cortex cerebral (F1, F2, F3, Fa, Pa, P2 e prega curva).

Corte 2 — A 45 milímetros do bordo superior, nota-se um amolecimento que destruiu o segmento anterior da capsula interna, quase todo o segmento posterior e a substancia branca do lobo da insula. Este amolecimento attingiu tambem a profundidade de P2, tocando a substancia branca profunda da prega curva. A parte anterior do amolecimento mostra uma grande quantidade de pigmento ccre ao lado de espessas bridas de tecido conjuntivo. O hemisferio direito está normal.

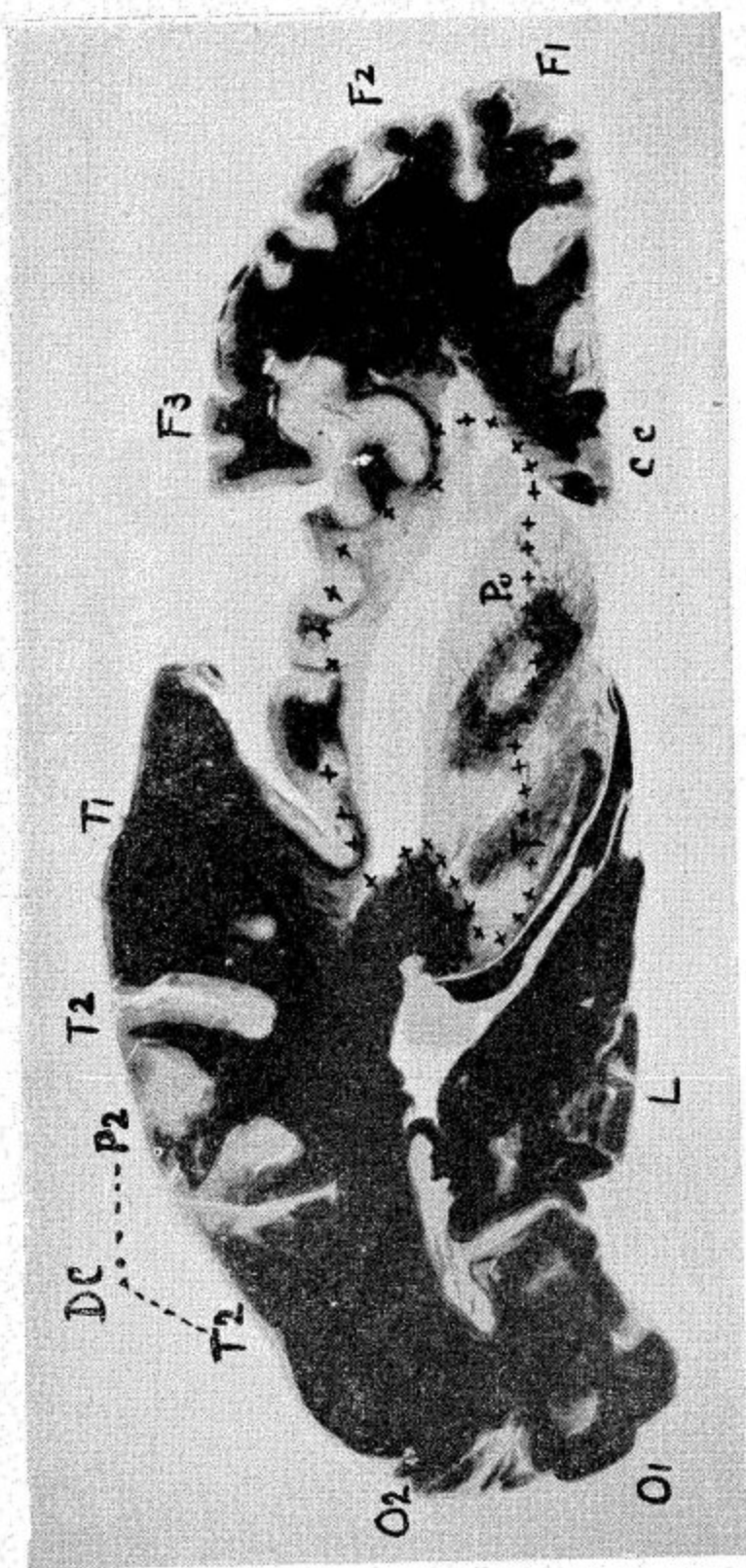
Corte 3 — A 50 milímetros. O amolecimento destruiu quase todo o nucleo lenticular ultrapassando para fora até o lobo da insula, cuja substancia branca foi atingida. A parte mais externa da cabeça do nucleo caudado foi destruida. O amolecimento invadiu para diante uma pequena parte da profundidade de F3 e de Fa. A capsula interna foi destruida somente no seu segmento anterior.

Corte 4 — A 60 milímetros se observa destruição de uma grande parte do putamen, da capsula. Dois pequenos amolecimentos miliares localizados um no globus pallidus, outro no terço medio do segmento posterior da capsula interna. Vêem-se pequenos amolecimentos ao nivel da parte anterior do putamen e em pleno nucleo interno do talamo optico.

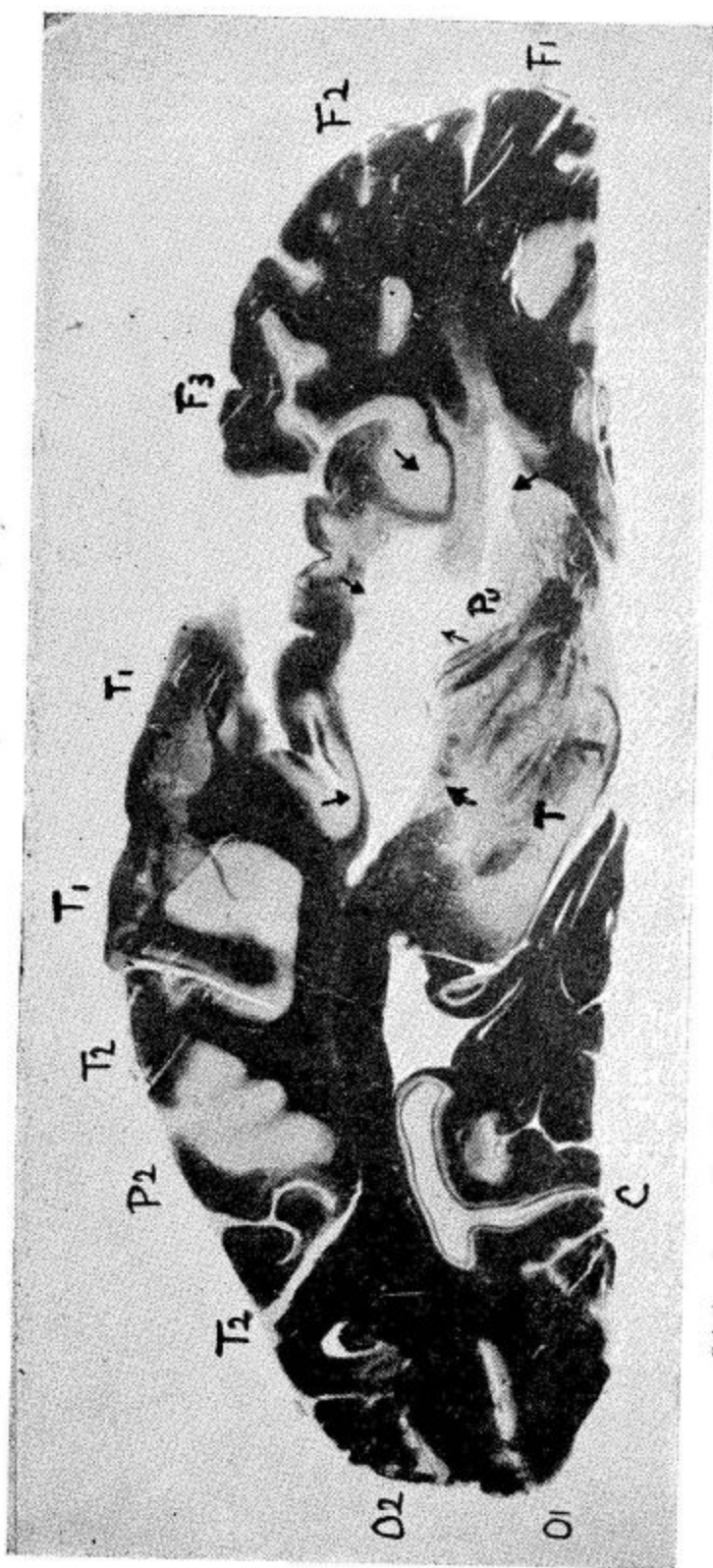


Cristina A. — Observa-se atrofia muscular ao nível da espádua direita e do braço correspondente (amiotrofia escapulo-humeral).





Cristina A. — Grande corte horizontal do hemisfério esquerdo. Coloração mielinica pelo método de Kultschisky-Wolters. Corte passando a 55 milímetros do bordo superior do hemisfério. Notar o amolecimento que destruiu a substância branca profunda da insula de Reil, a substância branca juxtalenticular (para diante, e uma pequena parte da substância branca correspondente a primeira circunvolução temporal esquerda. Há dois amolecimentos ao nível do "glóbulus pallidus" e do talamo. Um outro amolecimento está situado ao nível da capsula interna (segmento posterior).



Cristina A. — Grande corte horizontal passando ao nível da comissura branca. Coloração mielinica pelo metodo de Kluver-Wolters.



Cristina A. —Corte passando a 10 milímetros abaixo do corpo caloso (splenium). Coloração mielinica pelo método de Kulschisky-Wolters. Notar o amolecimento e a degeneração das fibras de mielina na substancia branca do lobo temporal.

O amolecimento atingiu a profundidade da circunvolução de Heschl ou prega de passagem temporo-parietal profunda, imediatamente para traz do sulco posterior da insula.

Corte 5 — A 68 milímetros, este corte passa pela extremidade do tuber e a parte superior do pedunculo cerebral. Dois amolecimentos, um que toca a profundidade da circunvolução anterior da insula no trajeto do feixe uncinatus; o outro destruiu a profundidade da circunvolução posterior da insula. Observa-se ainda desmielinização da substancia branca de F2, F3, T1, T2. Discreta desmielinização da substancia branca de 01 e 02, do trajeto do feixe longitudinal inferior. Nota-se ainda neste corte um pequena amolecimento talamico que se estende à parte externa do nucleo vermelho.

Corte 6 — 70 milímetros. Amolecimento que compromete a substancia branca um pouco para diante do nucleo lenticular, destruindo a parte do centro oval, que corresponde a F1, F2 e F3 ao nivel do sulco anterior do lobo da insula. O amolecimento se estende para traz até a substancia branca de T1. Desse modo ele compromete a substancia do lobo da insula, o ante-muro, a parte mais externa do nucleo lenticular e da comissura branca anterior. Pequenos amolecimentos, quase microscopicos, podem ser observados no globus pallidus e no nucleo interno do talamo. O segmento posterior da capsula interna está desmielinizado.

Pedunculo cerebral. Hemiatrofia à esquerda, mais acentuada no pé cujas formações mielinicas degeneraram. Forte proliferação glial da zona degenerada. Todas as fibras mielinicas do pé esquerdo desapareceram completamente. Os capilares e os pequenos vasos dessa região tem as paredes espessadas. As outras formações apresentam aspecto normal.

Protuberancia anular: Hemiatrofia esquerda. Degeneração das fibras piramidais na metade esquerda. Pequenos vasos esclerosados.

Bulbo: Completa degeneração piramide esquerda. Discreta hemiatrofia do mesmo lado.

Medula espinhal: Degeneração do feixe piramidal cruzado direito ao longo da medula. Pelo metodo de Nissl verifica-se uma diminuição consideravel dos neuronios radiculares das pontas anteriores da medula cervico-braquial, sendo esta rarefação celular mais nitida do lado direito. Nas outras partes da medula as celulas nervosas estavam completamente normais em numero e em aspecto histologico.

O estudo histologico fino revelou uma grande quantidade de mielófagos, de elementos microgliais de Hortega carregados de substancias gordurosas, bem evidenciadas pelo metodo do Scharlach — Rot e o do Sudan III, isto é de mielina desintegrada. lém disso foi verificada a presença de uma grande quantidade de pigmento ferruginoso de origem sanguinea. Em volta da cavidade do amolecimento nota-se evidente proliferação dos nucleos de neuroglia.

Manoel C. C. (observação feita de colaboração com o Dr. Olavo Nery).

Ficha n.º 646: da Clinica Nerologica.

Diagnostico clinico: Hemiplegia direita residual, organica, total. Afasia de Broca. Amolecimento por trombose consequente à arterite sifilitica da silviana.

67 anos, branco, português, pedreiro, residente à rua São Miguel, 676, procedente do Hospital Psiquiatrico (Secção Pinel).

Antecedentes familiares — São desconhecidos.

Antecedentes pessoais — Era considerado como “bom artista” pelos seus companheiros. Nada mais se sabe a seu respeito.

Historia da enfermidade atual — Amigos do doente informaram que este teve uma infecção no membro inferior direito, em consequência de “unha encravada”. Internado na Santa Casa, foi-lhe feita amputação da coxa. Não se sabe o que ocorreu depois. Manoel foi encontrado,

mais tarde, pedindo esmolas na rua e amigos caridosos levaram-no para o Hospital Psiquiátrico por causa das desordens da palavra.

EXAME DO PACIENTE

Inspecção geral — Indivíduo de tipo mesostenico, em regular estado de nutrição, pele e mucosas coradas. Cianose da face e das extremidades.

Sistema nervoso — Não pode manter-se de pé sem apoio, nem marchar pela ausencia da perna direita.

Observa-se apagamento do sulco naso-geniano direito, a commissura labial está abaixada deste lado. O braço direito está em semi-flexão, adução e rotação interna. A mão apresenta-se em flexão sobre o punho, os dedos sobre a mão.

O membro inferior direito acha-se amputado à altura da articulação. A força muscular do membro superior está abolida. A movimentação da face está muito diminuída no territorio do facial inferior.

Não apresenta movimentos anormais.

O tono muscular acha-se aumentado (contratura) no membro superior direito.

Reflexo-cutaneo-plantar normal à esquerda. Prejudicada a sua pesquisa no lado direito pela mutilação da perna. Reflexos abdominaes, faringeo e corneo-palpebral normaes. Reflexos profundos dos membros inferiores e superiores normaes no lado esquerdo, exaltados à direita.

Clono do pé e da rotula: impossivel a sua pesquisa à direita; ausentes à esquerda.

Reflexos de automatismo e defesa — prejudicada a sua pesquisa à direita.

Esfinctéres: a mição faz-se no leito, mas não parece ser por verdadeira incontinencia e sim por sordicie.

O exame da sensibilidade acha-se dificultado pela perturbação da linguagem, entretanto nota-se que reage à excitação dolorosa (picada).

Esterognose, audição, gustação e olfação: prejudicação o exame.

Aparelho visual: motilidade oculo-palpebral normal. Anisocoria, sendo a pupila direita maior que a esquerda; a pupila direita reage bem à luz à esquerda reage preguiçosamente; reflexo pupilar à acomodação presente em ambos os olhos.

LINGUAGEM

Expressão

1. **Palavra repetida:** O paciente, durante os primeiros dias de sua internação, quer espontaneamente, quer solicitado só pronunciava a palavra "menos".

2. **Palavra espontanea:** Tentámos fazer com que o doente falasse provocando-o por meio de perguntas.

Perguntas do medico :	Resposta do doente :
é casado ?	casado
é solteiro ?	solteiro
seu nome ?	Manoel

Mostramos objetos para ver se Manoel os nomeava.

Objetos mostrados :	O paciente :
caneta	?
caneca	"menos"
cadeira	uma cadeira
sapato	"menos"
banana	uma banana
pão	"menos"
banana	uma cadeira, banana, banana
caneca	banana, ca... caneca

3. **Escrita:** O paciente não lê palavra, nem números, nem letras. Mostramos-lhe a letra "O" que ele pronunciou "mo".

Compreensão

4. Compreensão verbal:

Ordens dados :	Execução do paciente :
mostra a cadeira.	o paciente repetiu "cadeira", mas não a apontou
mostra a caneca.	não executou
mostra o travesseiro.	" "

Durante a exploração da linguagem verificámos que o paciente não compreende o que ouve nem o que é escrito. Durante quase todo o exame ele respondeu às nossas solicitações verbais e escritas com a palavra "menos" ou "mesmo". Contudo, uma vez exclamou "ai meu Deus" e, quando acorda, de modo geral está um pouco melhor e consegue dizer alguma coisa.

O estado mental parece estar comprometido, pois apresenta sordicie.

Aparelho circulatório: Pulso ritmico, tendente a retrocedente, vasio, 80 pulsações por minuto. Arteria radial de paredes rijas. Bulhas abafadas na ponta. Hiperfoneseção 2.º tom no fóco aortico.

Aparelho respiratorio: Normal.

Aparelho digestivo: Não há disturbios apreciaveis.

Aparelho genito-urinario: Idem.

PROGNOSTICO: Bom quanto à vida, máu quanto à validez.

Este paciente faleceu em 5 de Fevereiro de 1943. Os órgãos nervosos foram estudados no laboratorio da Clinica Neurologica sob o n.º 415.

Relatorio n.º 415.

Manoel C. C.

Autopsia em 6 de Fevereiro de 1943.

Diagnostico anatomo-patologico: Arteriosclerose. Amolecimentos dos territorios superficial e profundo da arteria silviana. Amolecimento do territorio da cerebral anterior.

ESTUDO MACROSCOPICO

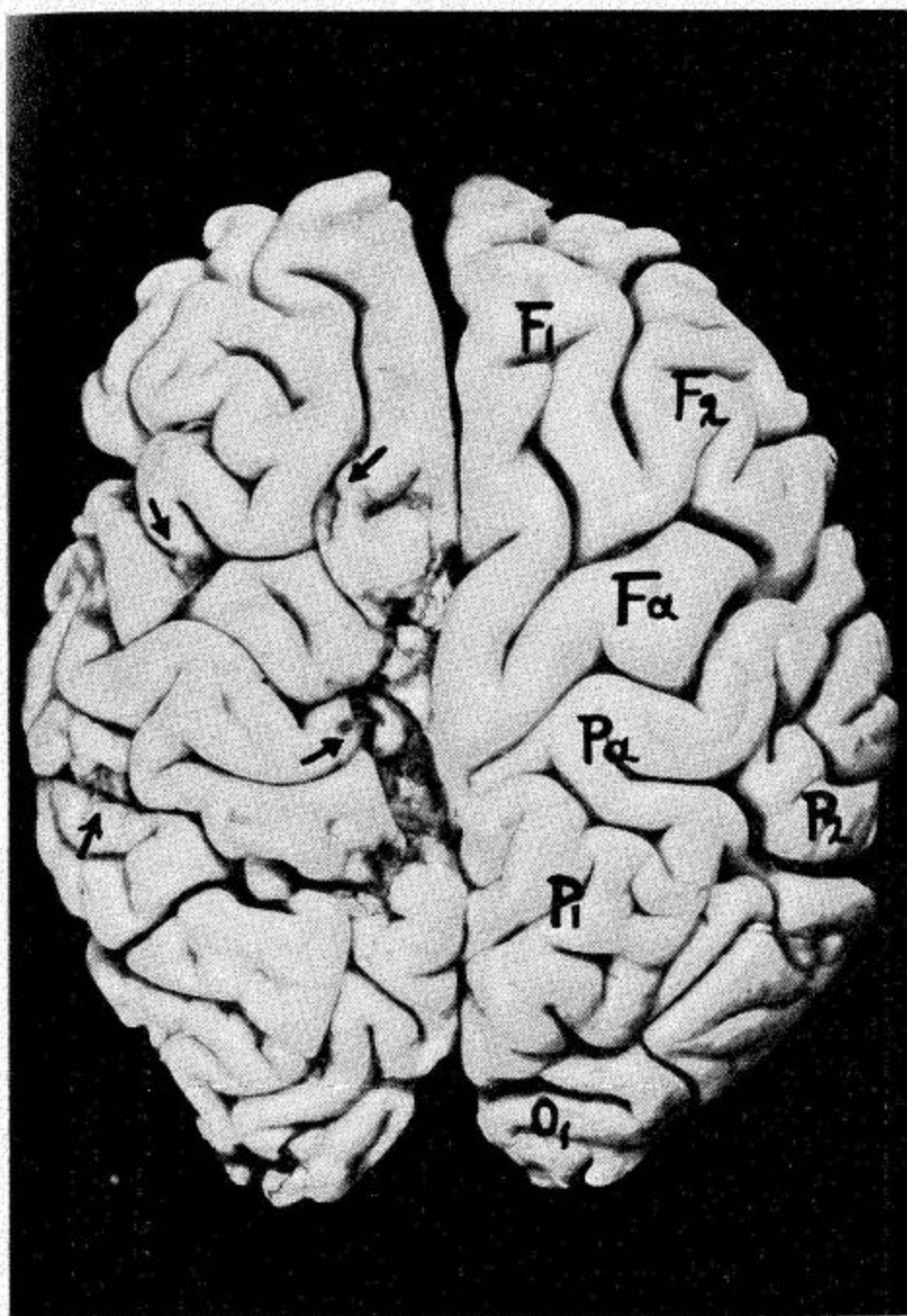
Superficie exterior dos hemisferios cerebrais: ao nivel do hemisferio direito não observamos alteração digna de registo. A face inferior do **hemisferio esquerdo** não apresenta alteração. Ao nivel da face interna verificamos um amolecimento, no sentido antero-posterior do hemisferio, na sua parte mais alta o qual ocupa o lobo para-central. A face externa deste hemisferio apresenta pequeninos amolecimentos, superficiais, que não passam geralmente do tamanho de um grão de milho e assim distribuidos: um ao nivel da parte media da segunda circunvolução frontal (F2); um ao nivel da parte posterior da terceira circunvolução frontal (F3); um ao nivel da segunda circunvolução parietal (F2); e, finalmente, um ao nivel da parte mais posterior da circunvolução primeira temporal (T1), justasilviano.

Além desses pequeninos amolecimentos que, como dissemos, são muito superficiais, observamos um outro, profundo, com grande retração da massa nervosa. Esta lesão destruiu a parte mais alta das circunvoluções frontal e parietal ascendentes (Fa e Pa) e muito pequena parte da primeira circunvolução parietal (P1).

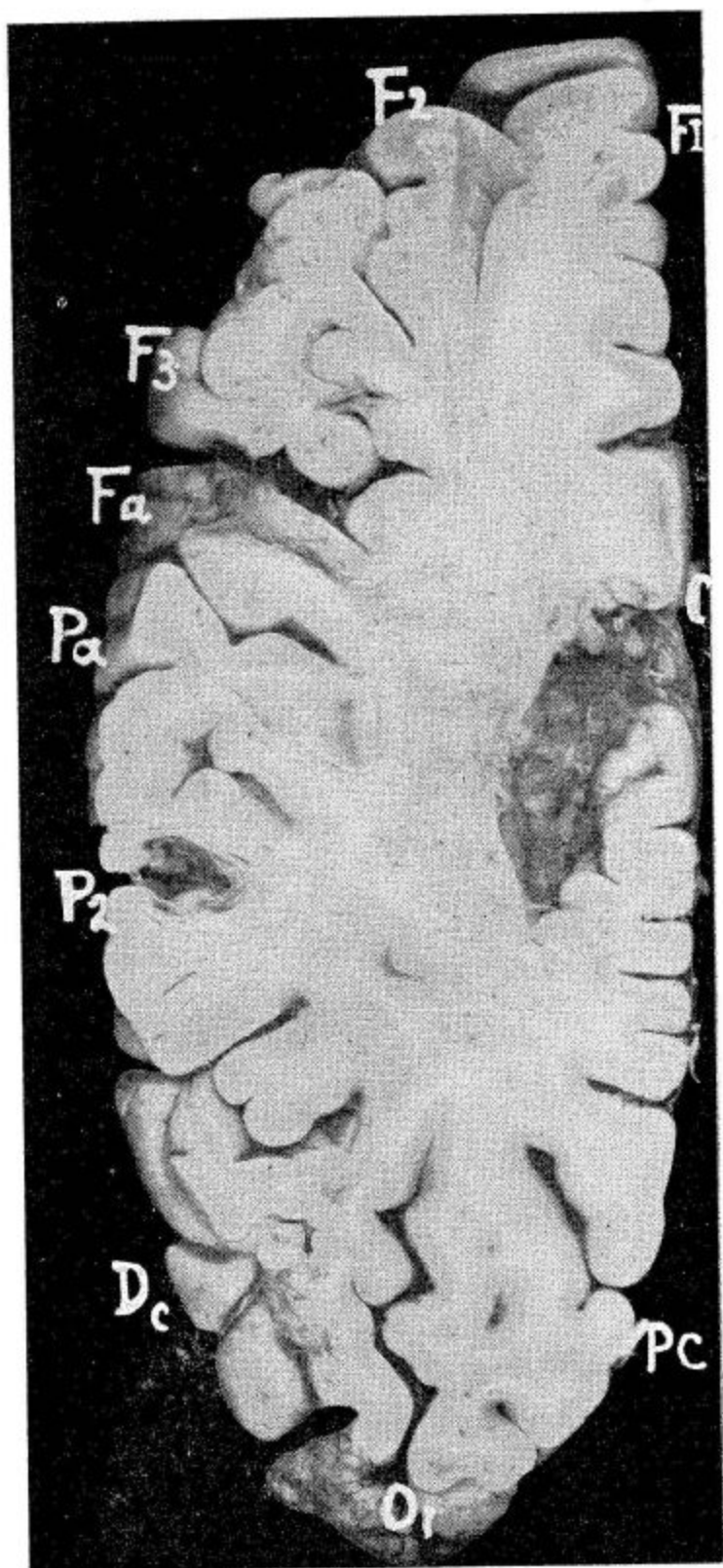
Estudos dos cortes horizontais seriados dos hemisferios cerebrais:

A direita — não há elemento a registar.

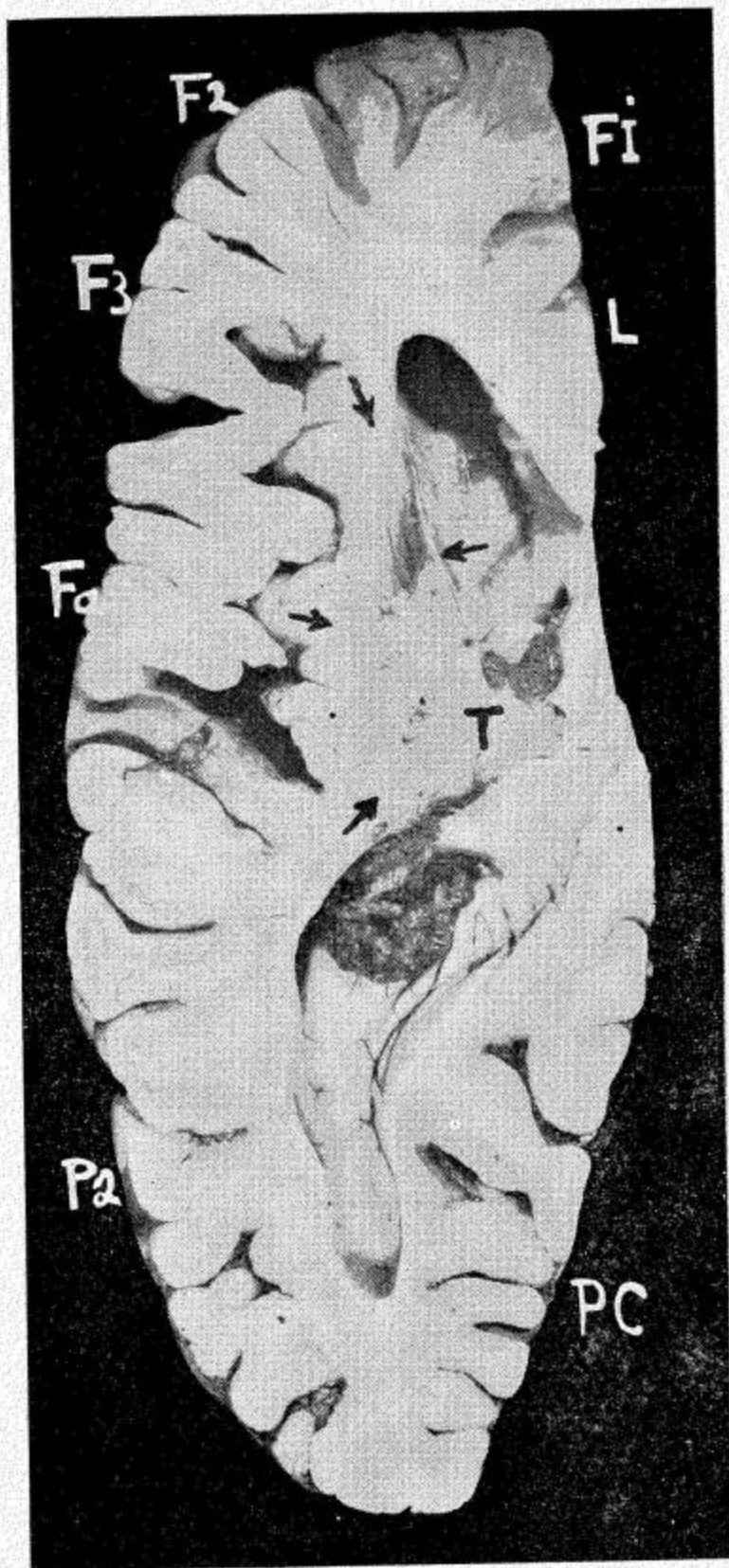
A esquerda — foram feitos cortes horizontais com a distancia de um centimetro do bordo superior do hemisferio.



Manoel C. — Material fresco. Nesta fotografia se observa um amolecimento extenso, no sentido antero-posterior do hemisferio esquerdo, o qual destruiu a parte mais alta das circunvoluções frontal e parietal ascendentes e a parte mais anterior e superior da primeira circunvolução parietal. Ainda se podem vêr dois pequeninos amolecimentos, muito superficiais, sobre a segunda circunvolução parietal e sobre a segunda circunvolução frontal (F2).



Manoel C. — Material fresco. Hemisfério esquerdo. Neste corte se podem observar a profundidade e extensão do amolecimento que destruiu a superfície e profundidade do lobo para-central (C). Obser- vam-se ainda lesões pequenas da dobra curva (D.C.), da profundidade da segunda circunvolução parietal (P2), e da profundidade da circunvolução frontal ascendente (Fa) e terceira frontal (F3).



Manoel C. — Material fresco. Corte horizontal do hemisfério esquerdo. As circunvoluções das faces externa e interna estão bem conservadas. Pode-se observar o amolecimento da massa que fica entre o antemuro e a parede ventricular. Não existe amolecimento cavitário, mas a massa nervosa apresenta consistência muito mole, como a de mingão, muito diferente da das zonas circundantes.

Num corte situado à 3 centímetros verificamos pequeno amolecimento ao nível da circunvolução primeira temporal. (T1). Também estão amolecidas, principalmente na superfície, as circunvoluções F3 e P2. Ao nível da face interna do hemisferio se vê um grande amolecimento que destruiu superficial e profundamente o lobo para-central.

Num corte realizado 2 centímetros abaixo do primeiro pudemos observar grande diminuição de consistência de toda a massa nervosa que fica entre o ante-muro e a parede ventricular. Nesta zona não há cavidade mas a massa nervosa está transformada num mingáú.

Nos córtex inferiores não observamos alteração digna de registro.

ESTUDO MICROSCOPICO

Fragmentos de pedunculo cerebral, protuberancia, bulbo, medula foram, após inclusão em celoidina, coloridos pelo metodo de Kultschisky-Wolters para fibras, mielínicas. Foi observada na protuberancia e no pedunculo cerebral grande atrofia ao nível do pé. A substancia nervosa desta região apresenta-se completamente descorada (desmielinisação). Degeneração mielínica quase completa da piramide bulbar esquerda. Ao nível da medula cervical os córtex evidenciaram acentuada degeneração mielínica das fibras do feixe piramidal à direita.

Fragmento de cortiça cerebral foram estudados pelos metodos de van Gieson e da Orceina de Unna. Foi verificada acentuada arteriosclerose difusa.

Ana da S. de S.

Ficha n.º 696: da Clinica Neurologica.

Diagnostico clinico. Hemiplegia direita e anestesia branquial direita. Afasia de Broca.

23 anos, branca, brasileira, natural de Minas Gerais, casada, domestica, residente à rua Judith Quintanilha n.º 65, procedente do Hospital da Santa Casa.

Antecedentes familiares — O pai morreu de “opilação”. A mãe é sadia e teve 9 filhos que gosam saúde. Não há casa de enfermidade nervosa nem mental na família. O marido é forte.

Antecedentes pessoais — Foi sadia na infancia. Menarca aos 19 anos. Catamenios normais. Teve 2 filhos saudios.

Historia da enfermidade atual — No dia 27 de agosto ultimo, deu à luz uma criança, em parto normal. Quatro dias depois do parto, amanheceu queixando-se de cefaléa difusa: tomou um purgativo de agua laxativa vienense e melhorou. 24 horas depois ficou muito prostrada e, de tarde, repentinamente não poude mais articular a palavra e perdeu a motilidade voluntaria na metade direita do corpo. A hemiplegia mostrou-se logo ser espasmodica e sensitivo-motora. Melhorou gradativamente, a ponto de poder marchar amparada nos moveis. Há 15 dias subitamente peiorou, acentuando-se a paralisia, com dificuldade na compreensão da palavra, vomitos e grande sonolencia.

EXAME DA PACIENTE

Inspecção geral — Estatura baixa, compleição franzina, desnutrida e palida.

Sistema nervoso — Impossivel a posição de pé, mesmo com auxilio alheio. A posição sentada só é possivel com apoio.

Observa-se paresia facial bem nitida, de tipo central na metade direita: rima palpebral mais estreita, commissura labial caída desse lado e apagamento do sulco nasogeniano. Quando a paciente rí ou fala, a assimetria torna-se mais acentuada. Quando se pede à paciente para por a lingua fora da boca, observa-se desvio da lingua para o lado direito. Pela compressão bilateral do nervo facial ao nivel d oramo ascendente da mandibula, verifica-se paralisia do territorio inferior do nervo facial direito (fenômeno da face de Pierre Marie e Foix).

O membro superior direito não realiza o mais simples movimento voluntário, mantém-se caído, e msemi-pronação, os dedos semi-fletidos.

O membro inferior direito apresenta paralisia, restando apenas fraco movimento de flexão da perna sobre a coxa. O pé direito mostra-se em equinismo. A motilidade voluntária da metade esquerda do corpo está normal, porém existe hemiplegia completa (face e membros) no lado direito.

Não apresenta movimentos anormais.

A coordenação dos movimentos está conservada na metade esquerda do corpo.

O tono muscular acha-se muito diminuído em todo o lado direito.

Está presente o fenômeno de Babinski à direita. Está esboçado o sinal de Mendel-Bechterew e de Rossolimo neste lado. Os reflexos abdominais (superior, medio e inferior) estão abolidos à direita. O reflexo nauseoso está diminuído. Os reflexos tendinosos (aquileu, patelar, munheca, estilo-radial, cubito-pronador, bicipital e tricipital) estão exaltados à direita. No lado esquerdo os reflexos superficiais estão normais, porém, os tendinosos estão vivos. Devemos porém chamar a atenção para o fato que o reflexo patelar está diminuído no lado esquerdo. O reflexo mandibular está normal.

Presente o clono do pé direito. Não apresenta clono da rotula.

Os reflexos de automatismo e defesa pela manobra da flexão forçada dos dedos do pé estão exagerados à direita.

Esfincteres: sordicie.

Sensibilidade: E' muito difícil explorá-la porque a paciente apresenta-se torporosa e com dificuldade de compreender e articular a palavra. Verifica-se que as excitações dolorosas não despertam respostas quando efetuadas no membro superior direito. E' provável que exista anestesia deste membro.

Sentido estereognostico: falharam as tentativas de fazer a paciente compreender as provas.

Aparelho visual: Não há modificação das pupilas que se mostram desiguais, circulares e reagem à luz. O exame sumario demonstrou que a paciente enxerga com os dois olhos. Fundo do olho revelou atrofia post-neuritica à direita, hiperemia da papila esquerda.

Audição: Foi apenas realizada a prova da vóz cochichada em consequência do estado mental. Esta prova deu resultado normal.

Olfacção e gustacção: prejudicados os exames pelo estado mental da enferma.

LINGUAGEM

1. **Palavra repetida:**..A articulação da palavra e quase impossível. A paciente não articula um vocabulo intelegivel.

2. **Palavra espontanea:** Igualmente é muito difficil a paciente falar espontaneamente. Quando se pede que ela nomeie objetos comuns ela responde sempre "ah!, ah! ah!".

3. **Escrita:** Todos os esforços para fazer a paciente escrever qualquer cousa, frases curtas e simples, letras, palavras muito faceis tais como "pé", foram infrutiferas.

Igualmente a paciente não foi capaz de copiar letras, figuras geometricas ou desenhos muito simples.

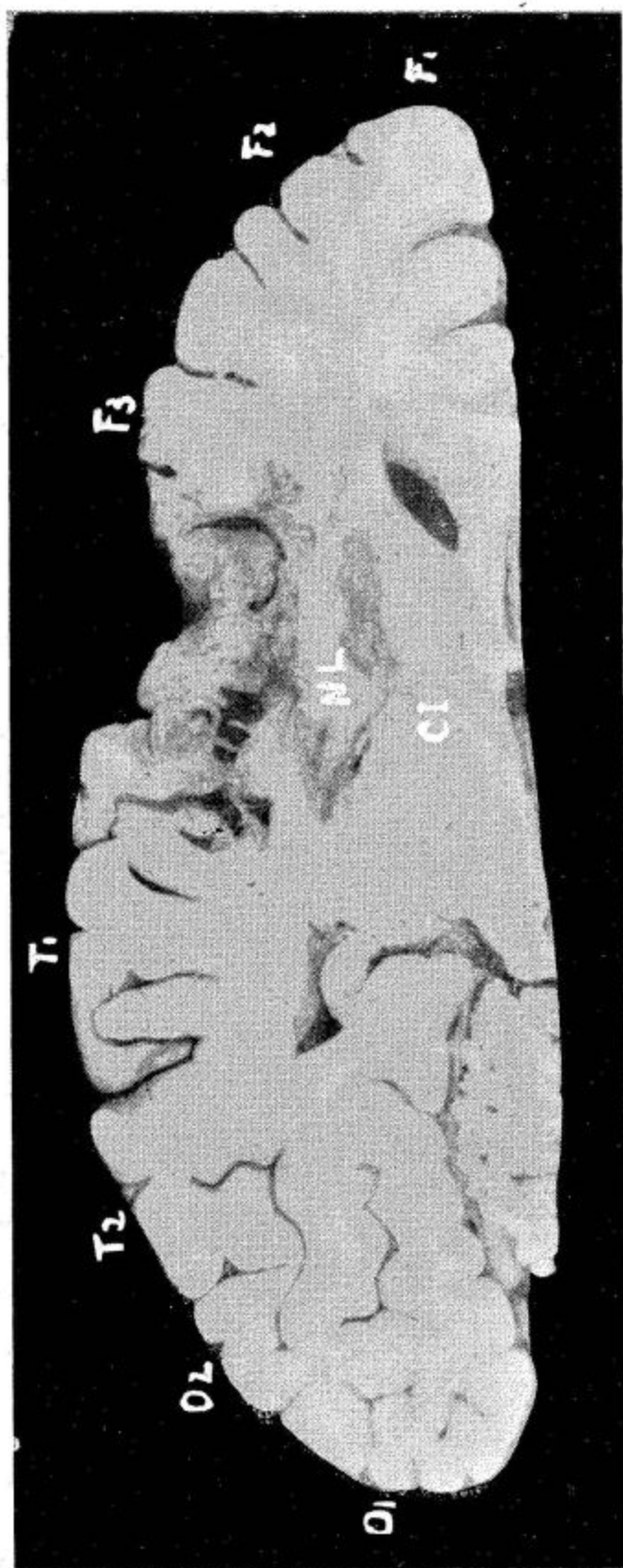
Compreensão

4. **Compreensão verbal:** Começamos o exame da compreensão verbal, como de regra dando ordens à paciente :

Ordens dadas :

Execução :

coloque a mão na testa.	colocou sobre os olhos
coloque a mão no queixo.	abriu a boca
ponha a mão no peito.	executou corretamente
ponha a mão na orelha.	" "



Ana da S. S. — Corte horizontal do hemisfério cerebral esquerdo. Amolecimento superficial e profundo que destruiu a terceira circunvolução frontal (F3) as circunvoluções da insula, a capsula externa, o ante-muro e o núcleo lenticular.

pegue a mão direita.	pegou o nariz
bata duas vezes na cama.	” ”
ponha a língua de fóra.	executou corretamente
pegue a colcha.	pegou a orelha e depois o nariz
levante a perna.	não executou
pegue o cabelo.	executou corretamente
mostre a porta.	não executou
mostre a janela.	pegou o nariz

5. **Leitura:** Devemos assinalar que a paciente, antes da enfermidade, sabia ler e escrever sofrivelmente.

Letras e palavras escritas: Compreensão da enferma:

A.	não compreendeu
casa.	demonstrou não compreender o sentido desta palavra
mostre o pé.	demonstrou não compreender

Estado mental: apuramos apenas certo grau de torpor cerebral.

Funções neuro-vegetativas: Não apresenta atrofia muscular. Na região sacra nota-se uma grande placa congestiva, indicando uma escara em começo.

Aparelho circulatório: Pulso ritmico, hipotenso, acelerado. 100 pulsações por minuto. A escuta do coração revelou bulhas abafadas. Pressão arterial: 9,5 — 7,5.

Aparelho respiratório: Normal ao exame clínico.

... **Aparelho digestivo:** Vomitos muito espaçados.

Aparelho genito-urinário: Sordicie.

Ponção lombar: exame n.º 8629 — Líquido limpido e incolor, r. de Pandy — negativa, albumina — 1 divisão do

tubo de Nissl, linfocitos — O por mm³, r. de Takata-Ara — negativa, reação do benjoim coloidal—0000000000000000.0.

PROGNOSTICO: Reservado tendendo para máu quanto à vida.

ALIMENTAÇÃO: Alimentação líquida e semi-líquida.

Cuidados especiais de asseio para evitar escáras. Coxim pneumático. Injeções de sôro glicosado com vitamina B1. Injeções diárias de cardiazol e acetilcolina.

EVOLUÇÃO: No dia 19, de tarde, subitamente agravou-se o estado da enferma que entrou em coma, com movimentos convulsivos na metade direita do corpo, desvio conjugado da cabeça e dos olhos para este lado. No dia 20 desapareceram as convulsões, porém, continuou o desvio conjugado da cabeça e dos olhos para a direita, além disso persistiram movimentos oscilatórios espasmodicos dos globos oculares. Às 4 horas da madrugada seguinte faleceu com sinais de síncope respiratória.

A paciente faleceu em 20 de dezembro de 1941. Foi feita a autópsia e os órgãos nervosos foram estudados no Laboratório da Clínica, sob o n.º 379.

Relatório n.º 379.

Ana S. de S.

Autópsia em 21 de dezembro de 1941.

Diagnóstico anatomo-patológico: Amolecimento superficial e profundo do território da artéria cerebral média.

ESTUDO MACROSCÓPICO

Superfície exterior dos hemisférios cerebrais. O hemisfério direito apresenta a superfície exterior das faces

interna, inferior e externa sem elemento anormal a registrar.

No **hemisferio esquerdo** as faces interna e inferiores são normais. Ao nível da face externa se observa um amolecimento ao nível da região frontal. Tal amolecimento atingiu a metade inferior da circunvolução frontal ascendente, a parte posterior da circunvolução segunda frontal (F 2), a parte posterior ou pé da terceira circunvolução frontal (F3). Ao nível desta última formação a substância nervosa se apresenta fortemente retraída, enquanto que o restante da zona amolecida apresenta-se tumefeito e de coloração vinhosa. Afastando-se os lábios da cisura de Sylvius, na sua parte inicial vê-se que as circunvoluções do lobulo da insula, principalmente na parte anterior, estão amolecidas.

Foram cuidadosamente estudadas as circunvoluções dos lobos parietal, temporal e occipital e verificada a sua integridade.

Estudo dos cortes horizontais seriados dos hemisferios cerebrais:

Foram feitos cortes horizontais do hemisferio direito os quais não mostraram alteração. Os cortes do **hemisferio esquerdo** foram feitos a partir do bordo superior do hemisferio com a distancia de um centimetro.

Corte acerca de 6 centímetros do bordo superior do hemisferio. O estudo deste corte nos mostra, na sua maior extensão o amolecimento observado na face exterior. Foram destruidas a profundidade e a superficie da terceira circunvolução frontal (F3), as circunvoluções da insula na sua totalidade, a capsula extrema, a capsula externa, o ante-muro e o nucleo lenticular. Na parte mais anterior o amolecimento vai até a cavidade ventricular tendo atingido, portanto, o braço anterior da capsula interna e o nucleo caudado. Neste corte pode-se comprovar a normalidade das circunvoluções temporais e occipitais.

Doente : Luiza C.

Ficha n.º 461 da Clínica Neurológica.

Diagnóstico clínico : Hemiparesia direita, afasia de Broca, avocalia.

Embolia

49 anos, branca, portuguesa, natural de Bragança, solteira, doméstica, residente à rua Rego de Barros, n.º 48, procedente da Santa Casa.

Antecedentes familiares. — Sem interesse clínico.

Antecedentes pessoais. — Carecem de importância.

História da enfermidade atual — Doente há cerca de 6 meses. Soubemos que sempre gozou boa saúde até que seus membros inferiores começaram a ficar edemaciados, ao mesmo tempo que aparecia discreta dispnéa. Foi submetida a rigoroso tratamento e melhorou muito. Meses depois surgiram novamente os edemas e a dispnéa. Foi-lhe receitado um drástico (água ardente alemã) e após o efeito purgativo os edemas se acentuaram e o abdome cresceu desmesuradamente. Entrou para o serviço clínico do Prof. A. Austregésilo na 22.^a enfermaria do Hospital da Santa Casa e lá experimentou alguma melhora. Foi feita uma paracentese tendo sido retirados cerca de 4 litros de líquido ascítico, no qual a reação de Rivalta foi discretamente positiva e os outros exames para exudato — negativo. Cerca de 7 dias após a paracentese a paciente melhorou, mas logo depois sentiu-se um pouco sonolenta na ocasião em que o médico assistente passava a revista tanto que foi levantada a hipótese de aumento da taxa de uréa no sangue. A' tarde, após acordar, a paciente apresentava um quadro de hemiplegia total direita com afasia de Broca. Permaneceu nesse estado na Santa Casa até o dia 3 de março de 1939, quando foi transferida para esta clínica. Era dextra.

Exame da paciente

Inspeção geral: Doente de estatura baixa 1,44 m. Peso: 36 k. Emagrecida e palida. Nota-se assimetria facial com apagamento dos sulcos frontais e naso-geniano à direita. Quando a paciente permanece de pé verifica-se que o ombro direito está caído.

Sistema nervoso: A paciente pode ficar de pé com os olhos fechados e os pés unidos, sem oscilar nem cair (ausência do sinal de Romberg). A marcha é do tipo hemiplégico orgânico à direita. Há hemiplegia total (face e membros) organica direita. O membro superior direito, completamente paralítico, apresenta-se permanentemente caído ao longo do tronco, a mão é suculenta e ligeiramente cianótica, os dedos em discreta flexão. Quando a paciente abre a boca nota-se o desvio oblíquo oval com maior abertura à direita. As palpebras à direita fecham-se com menos força do que à esquerda. A paciente não move o pé direito.

Há acentuada hipertonia muscular nos membros do lado direito. A contratura é tão forte no membro superior que não é possível dobrá-lo. A contratura do membro inferior não é tão intensa.

Reflexos superficiais: presença do sinal de Babinski muito nítido à direita, o qual é obtido pela manobra de excitação da planta do pé e aparece espontaneamente com os movimentos da cabeça e do tronco da enferma. Quando se flete para diante, de maneira forçada, a cabeça da paciente aparece nítida extensão dorsal do grande dedo do pé direito (sinal de Babinski). Os fenômenos de Mendel-Bechterew, Rossolimo, Schaefer, Oppenheim, Gordon, Trömmer, Redlich, não estão presentes. Reflexos abdominais abolidos. Reflexos corneo-palpebrais presentes, mas diminuídos à direita. Os reflexos tendinosos estão exaltados à direita e normais à esquerda. Clono do pé

direito. Não conseguimos despertar clono da rótula, nem da mão, nem da mandíbula. Presente o reflexo de automatismo e defesa do lado direito.

Esfinctéres : normais.

O exame da sensibilidade é extremamente difícil porquanto a paciente apresenta grosseiras perturbações da compreensão e da articulação da palavra. Entretanto é evidente que reconhece as excitações dolorosas, as vibrações ao diapasão e tem a noção das posições segmentares nos dois lados do corpo.

Visão : Pupilas iguais, circulares, reagem à luz e acomodam à distância.

Audição : normal. (provas da vóz cochichada, de Rinne e Weber).

Gustação : normal.

Olfacção : normal.

Funções neuro-vegetativas: Além da mão succulenta e cianótica, nenhuma outra perturbação.

Estado mental : A paciente não apresenta perturbações mentais, mostra-se de humor calmo, é atenciosa e respeitosa, atende às solicitações das enfermeiras e dos médicos, trabalha na enfermaria auxiliando na arrumação das camas e nos cuidados às companheiras, alimentando-se pelas próprias mãos.

LINGUAGEM

Compreensão da palavra falada : A paciente não compreende as mais simples ordens como : ponha a mão na cabeça, mostre o cabelo, ponha a língua de fóra, ponha a mão no peito, etc. E' incapaz de indicar os objetos mais usuais cujos nomes vamos mencionando, como : livro, pena, caneta, mesa, banco, garfo, vestido, chave, porta, janela, mão, nariz, etc.

Compreensão da palavra escrita : Não foi possível fazer a doente compreender palavras monossilábicas como: PÉ, PÃO, AGUA. Tanto a letra de fôrma como o cursivo

ou manuscrito, não são entendidos pela paciente. Assim : pé, casa, não são compreendidos pela paciente. Igualmente os números não são reconhecidos pela paciente que não sabe traduzir os seus valores pelos dedos. As mais singelas operações, como : $2 - 1 =$ não são realizadas. As letras dadas isoladamente não são indicadas, embora estejam escritas diante da doente.

Articulação da palavra :

Palavra espontânea : A paciente não é capaz de articular palavra, mesmo monossilábica, a não ser : olha, ólala. Quando apresentamos objetos comuns (papel, pena, caneta, livro, tinteiro, mesa, cama, cobertor), não é capaz de designá-los; apenas diz sempre : olha, ólala.

Escrita : A paciente não é capaz de escrever sequer uma letra do alfabeto :

Música e canto : A paciente foi corista de teatro de revista, por isso submetêmo-la a algumas provas para avaliar do estado dos seus conhecimentos de música e canto. Solicitada a cantar trechos comuns e faceis de músicas bem conhecidas e populares, prontamente atendeu, como se se julgasse capaz de realizar nosso pedido. A nossa surpresa foi grande quando ouvimos uma verdadeira "salada musical". Sem se preocupar com as melodias, o ritmo e o compasso das músicas, misturava trechos de valsas, operetas, canções populares, marchas carnavalescas e modinhas, com se estivesse cantando corretamente uma só música. A paciente não se apercebia dos seus enganos e a prova é que apesar de todos na enfermaria rirem continuava a cantar muito satisfeita de exhibir seus conhecimentos, lembrando-se talvez dos seus velhos tempos de teatro.

Submetia-se alegremente a inúmeras provas desse gênero que lhe fizemos. Não era porem capaz de cantar a

letra de qualquer musica mesmo as que conhecera muito bem tal como a do nosso hino e a do popularissimo "Luar do Sertão".

O prof. A. Ombredane muito se interessou por este caso de amusia e avocália e realizou conosco algumas provas semiológicas.

A paciente não era capaz tambem de reconhecer e continuar a cantar algum trecho musical cujas primeiras notas fossem cantaroladas perto dela. Tambem não reconhecia as notas musicais escritas na pauta.

Conseguimos gravar em disco as desordens da linguagem, a avocalia e a amusia desta paciente graças à boa vontade da diretoria do Instituto Nac. de Surdos-Mudos.

As **provas de apraxia** motora deram o resultado seguinte : a paciente sabe servir-se de objetos comuns, é capaz de utilizar corretamente o talher, a moringa e o copo d'agua, a caneta, etc. Entretanto é difficil a exploração em consequência da dificuldade de compreensão. Depois de muita insistência conseguimos que fizesse, e fez de modo muito incorreto e parcialmente, o sinal da cruz. Dando-se uma meia à paciente tentou calçá-la por cima do chinelo.

Aparelho respiratorio : normal.

Aparelho digestivo : normal.

Aparelho genito-urinário : normal.

Aparelho circulatório : taquicardia, bulhas um pouco abafadas. Pressão arterial: Mx. 11,5 — Mn. 8,5. (Vaquez).

Punção lombar : exame n.º 6777. Reação de Pandy — negativa, albumina — 1 1/2 divisões do tubo de Nissl, linfocitos — 0 por mm³, r. de Takata-Ara — negativa, r. do benjoim coloidal — 000000222000000.0, r. de Wassermann — negativa com 1 cm³ (antigeno de Kolmer).

Morte em 22 de Dezembro de 1939.

Relatório n.º 326 — Laboratório de Anatomia Patológica da Clínica Neurológica.

Doente : Luiza C.

Autópsia em 23 de dezembro de 1939.

Diagnóstico anatomo-patológico : Amolecimentos nos territórios da artéria cerebral média e da cerebral anterior. Arteriosclerose.

Estudo macroscópico

Acentuada arteriosclerose com ateroma dos vasos da base do cerebro.

Superfície exterior dos centros nervosos :

Hemisfério direito: Os sulcos e circunvoluções têm aspecto normal nas faces externa, interna e inferior.

Hemisfério esquerdo : Levantada a dura-mater verificámos um pequeno tumor de consistência dura, redondo, do tamanho aproximado ao de uma avelá, aderente à dura-mater e fazendo escavação bem na parte terminal da cisura de Sylvius.

Após a retirada cuidadosa da meninge mole a superfície cerebral mostrou vários amolecimentos assim distribuídos : 1) grande amolecimento que atingiu a parte mais posterior da circunvolução segunda frontal (F2) e terceira frontal (F3), a circunvolução frontal ascendente da parte média para baixo, quase toda a circunvolução primeira temporal (T1) e pequena parte da segunda e terceira temporal (T2) e (T3). 2) pequeno amolecimento ao nível da parte anterior da circunvolução parietal superior (P1). 3) amolecimento da circunvolução da dobra curva. 4) pequeno amolecimento da parte mais inferior, justa-silviana da circunvolução segunda parietal (P2). 5) Pequeno amolecimento occipital.

Na face interna do hemisfério esquerdo verificámos um extenso amolecimento hemorrágico no espaço com-

preendido entre a cisura caloso marginal e a cisura perpendicular interna. A lesão poupa a circunvolução do corpo caloso. A zona amolecida corresponde ao lobulo quadrilátero ou pré cuneus.

Estudo dos córtex seriados horizontais dos hemisférios cerebrais :

Foram feitos cortes horizontais dos hemisférios desde o bordo superior, com a distância de um centímetro.

Hemisfério direito — Não há elemento anormal a registrar.

Hemisfério esquerdo — Corte a 1 centímetro do bordo superior — normal.

Corte a 3 centímetros do bordo superior — pequeno amolecimento da profundidade da segunda circunvolução frontal (F2). A substância branca da frontal ascendente (Fa) foi completamente destruída bem como o centro oval subjacente. Amolecimento do pré-cuneus.

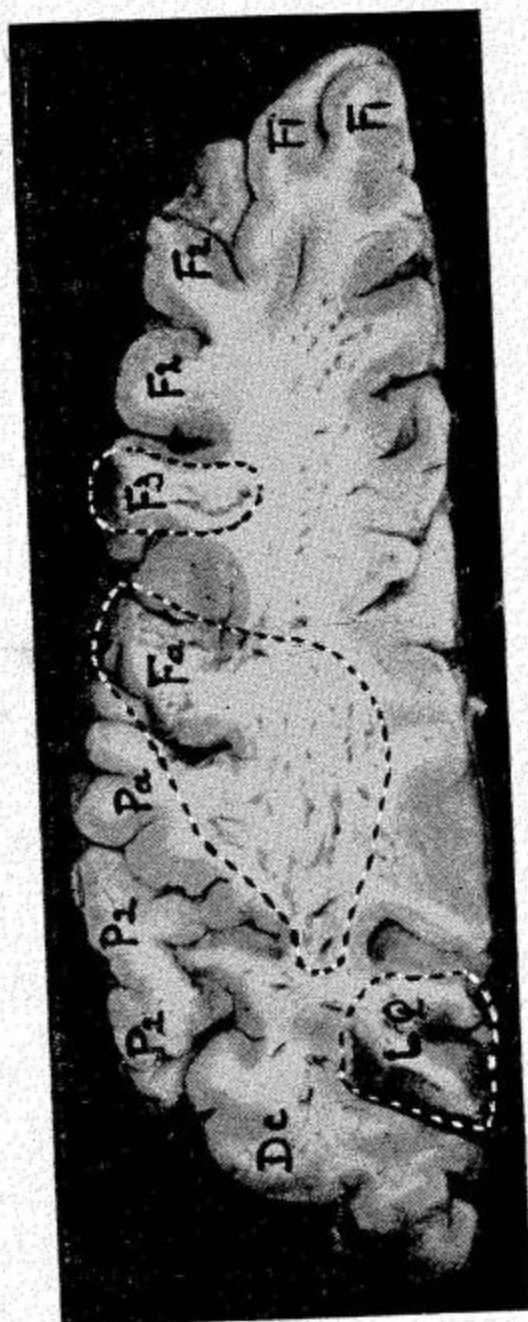
Corte a 4 centímetros do bordo superior do hemisfério. Amolecimento com destruição quase completa das circunvoluções frontal ascendente (Fa) e parietal ascendente (Pa) desde a cortiça cerebral até a cavidade ventricular. Está amolecida uma parte da circunvolução segunda parietal e do pré-cuneus.

Corte a 6 centímetros do bordo superior do hemisfério. Amolecimento da superfície e profundidade da primeira circunvolução temporal. Pequeno amolecimento em T2.

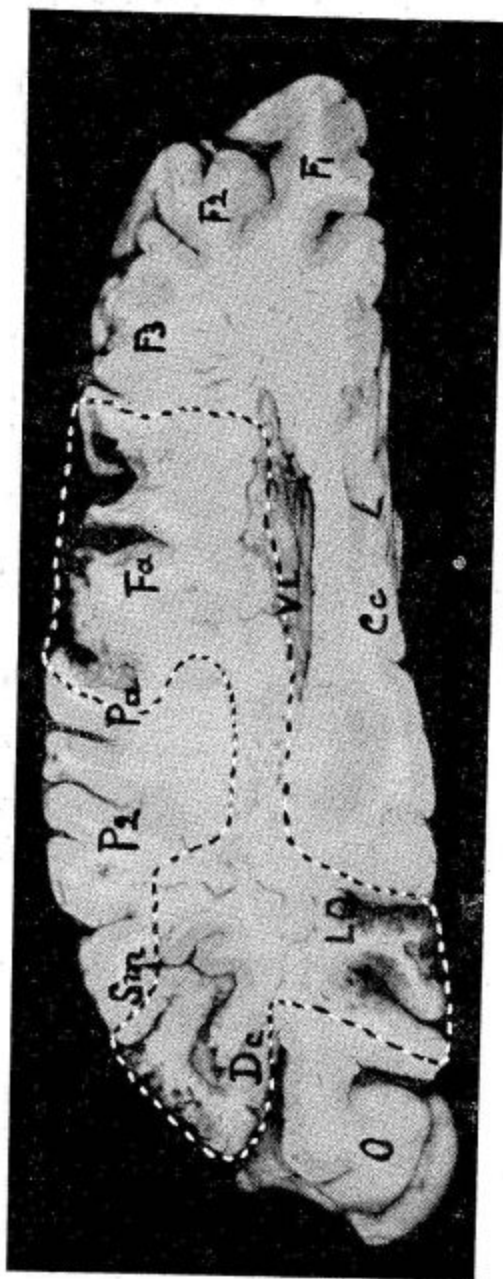
Estudo microscópico

Foram corados pelo método de van Gieson, cortes de uma das zonas amolecidas. Verificam-se os aspectos conhecidos de mobilização dos resíduos pelos macrófagos conjuntivo e microglia e a organização de fibras conjuntivas.

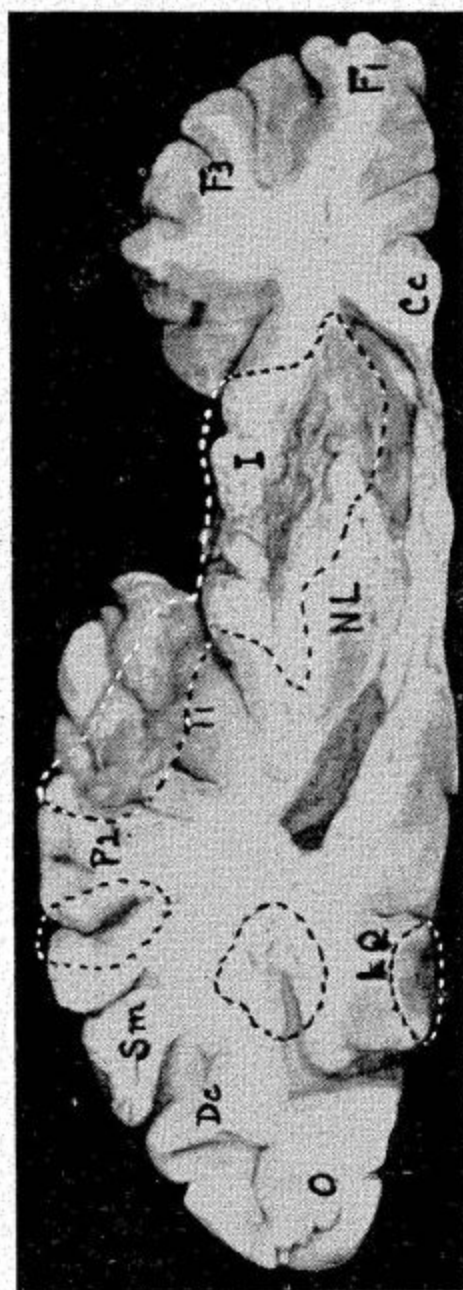
Os cortes do bulbo corados pelo método de Kultschyky-Wolters para o estudo das fibras miélicas mostraram o descoramento das fibras piramidais de um lado.



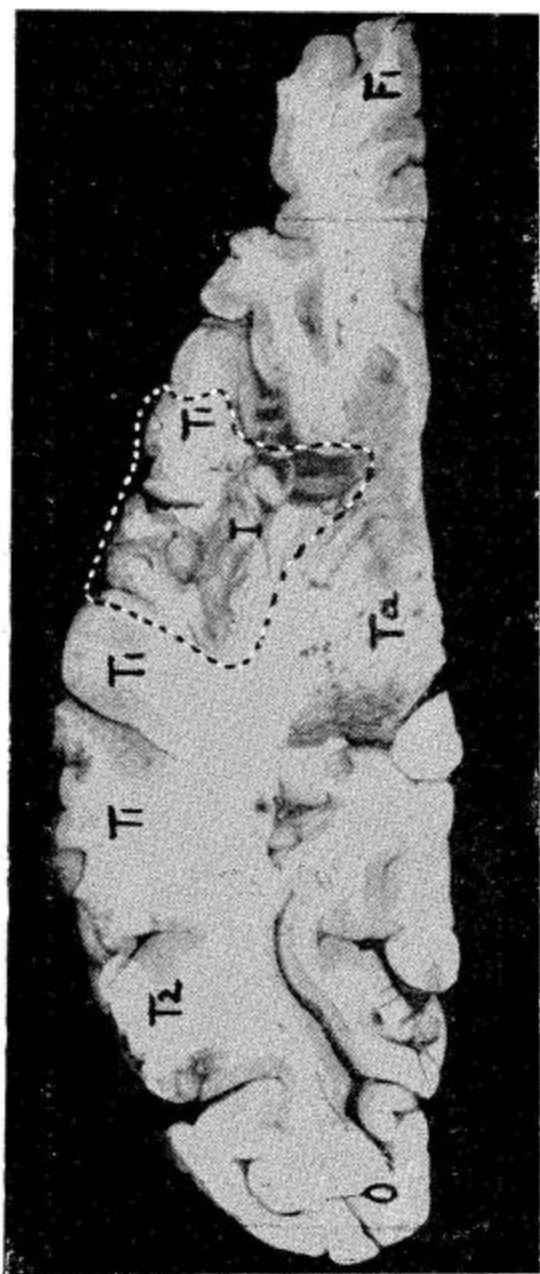
Luiza C. — Córte horizontal a 3 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Pequenos amolecimentos ao nível das circunvoluções 2.^a e 3.^a frontal (F2 e F3). Amolecimento superficial e profundo da frontal ascendente (F_a). Amolecimento hemorrágico do pré-cuneus ou lobulo quadrilátero.



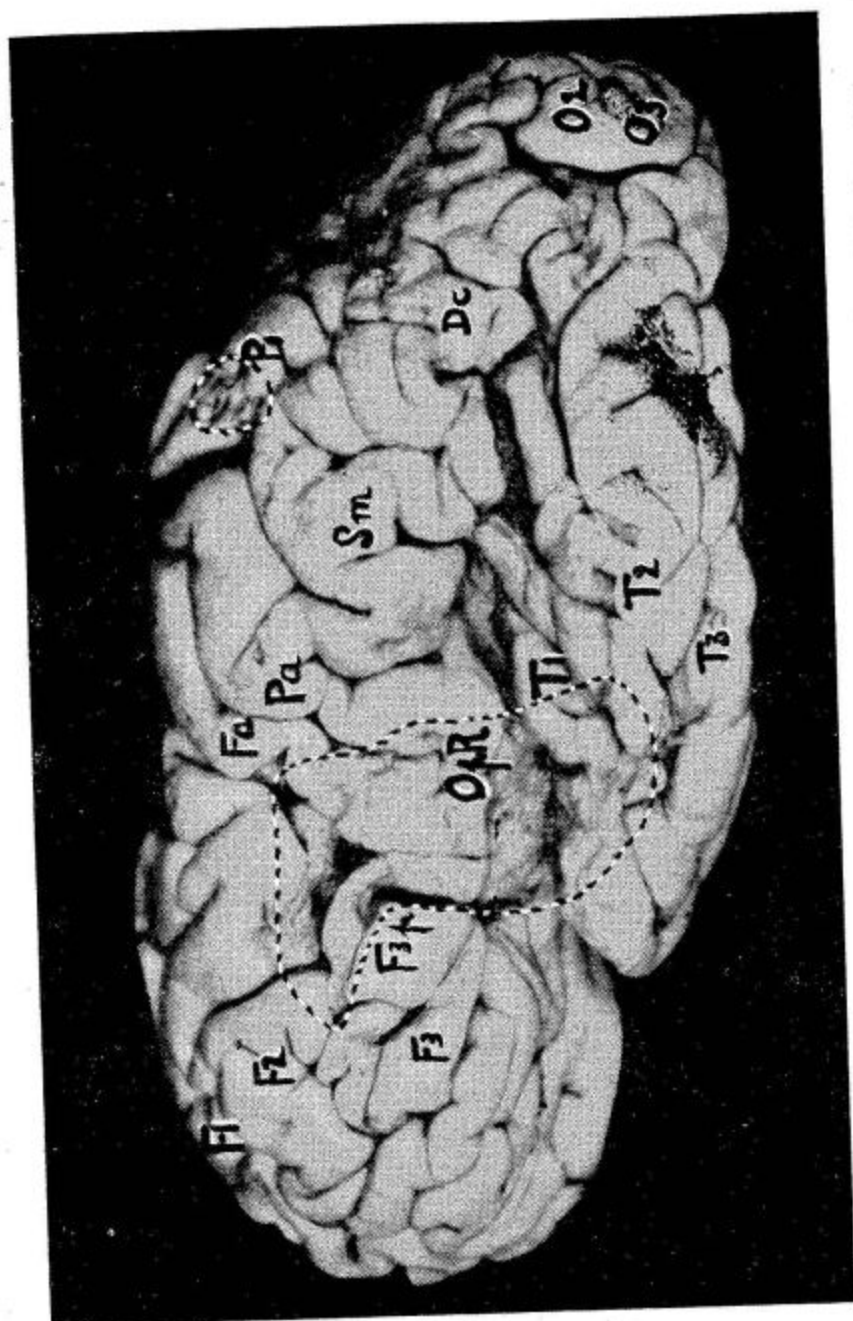
Luiza O. — Córte horizontal a 4 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Verificamos amolecimento superficial e profundo das circunvoluções centrais. (Fa e Pa). Está amolecida a cortiça da prega curva e um pouco da substancia branca. Neste córte ainda se pode acompanhar o amolecimento hemorrágico já referido na face interna do hemisfério (lobulo quadrilátero).



Luiza C. — Corte a 5 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Estão amolecidas as circunvoluções do lóbo da insula na superfície e na profundidade até a vizinhança da cavidade ventricular. Pode-se observar a lesão do lóbo quadrilátero na face interna.

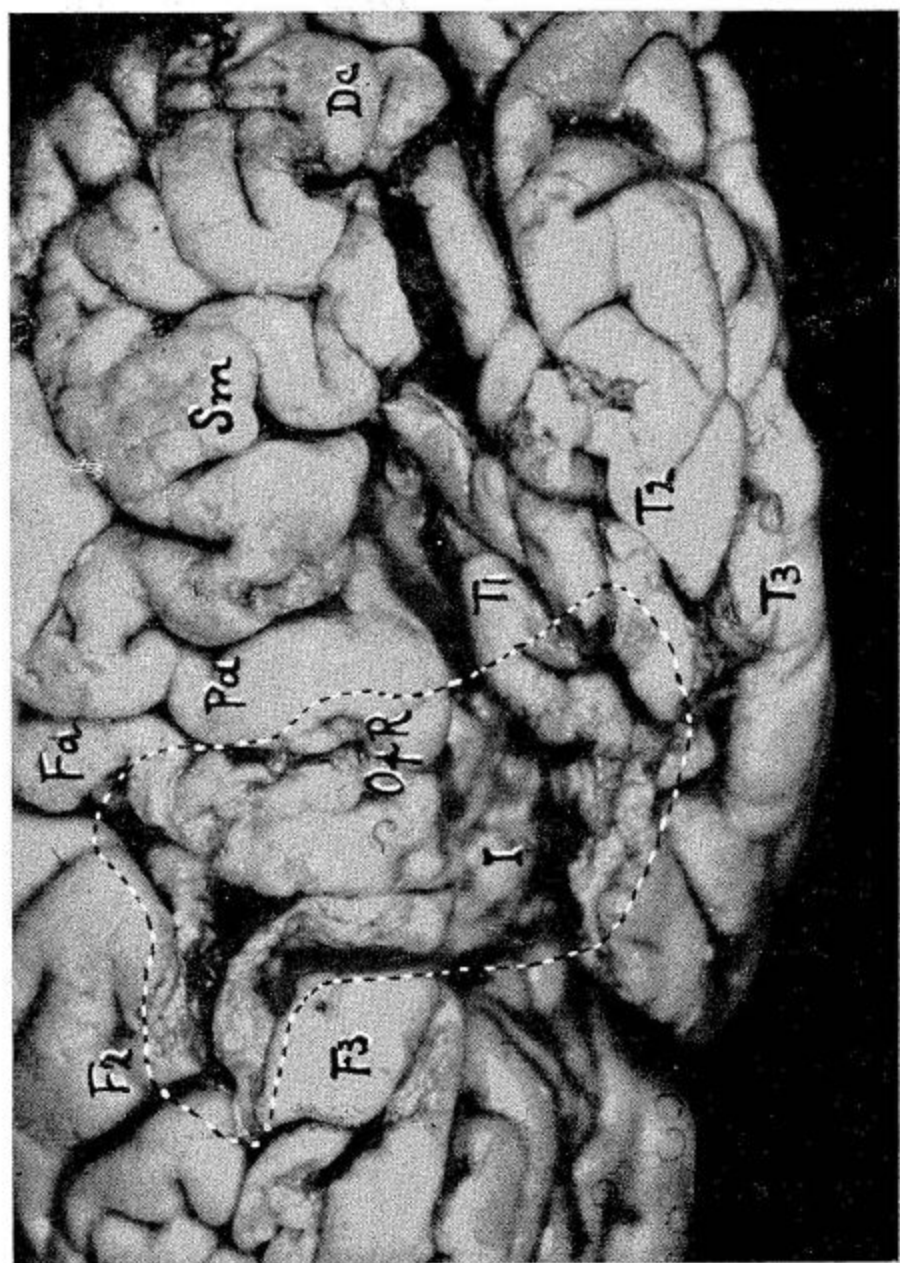


Luiza C. — Córte a 6 centímetros do bordo superior do hemisfério esquerdo. Neste córte pode ser bem estudada a lesão da 1.^a circunvolução temporal (T1) que em certos pontos, principalmente na sua extremidade anterior foi destruída superficial e profundamente. Pequenos amolecimentos na 2.^a circunvolução temporal (T2).

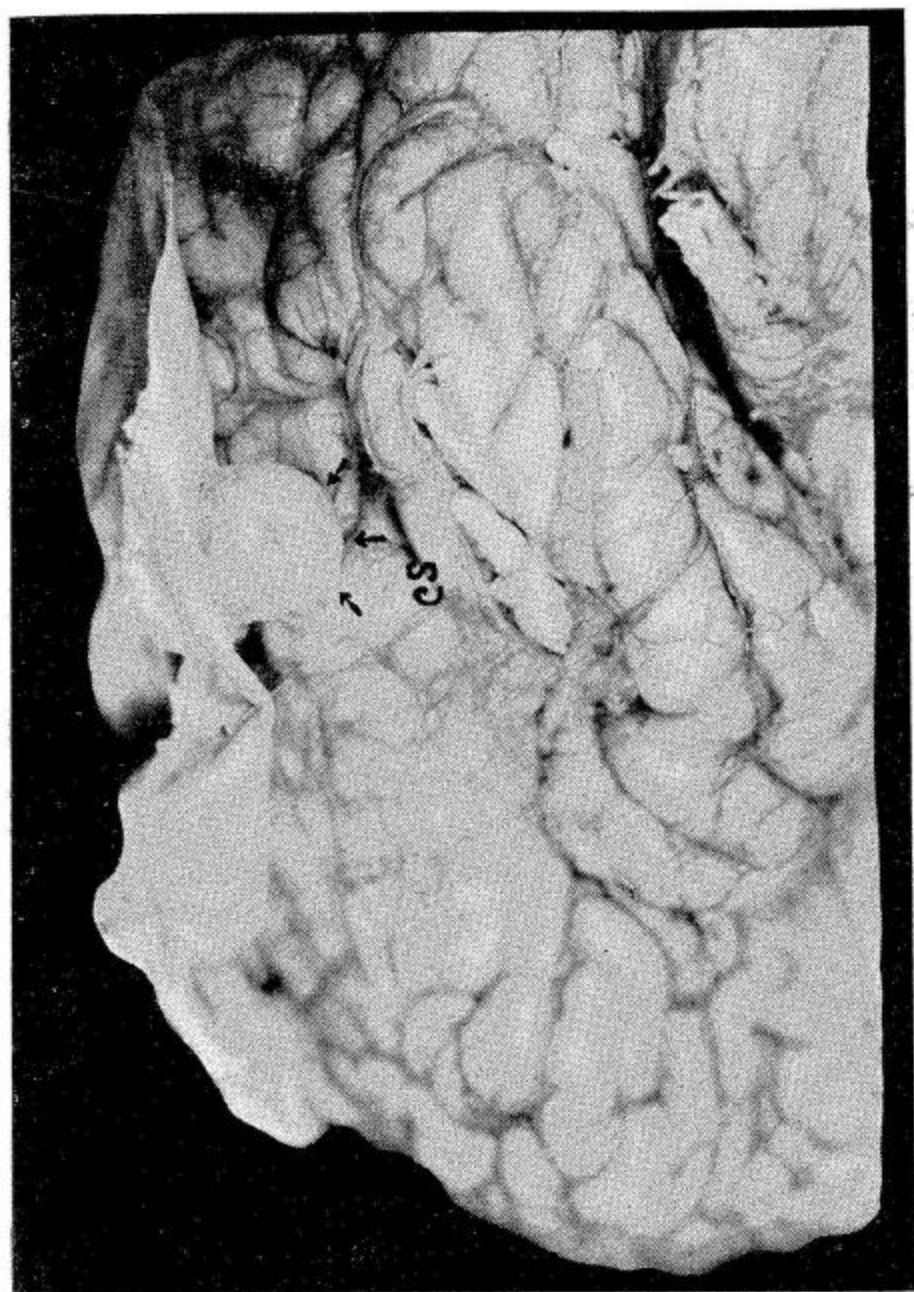


Luiza C — Material fresco — Aspecto exterior da face externa do hemisfério esquerdo. Pode-se observar o grande amolecimento da parte mais posterior da circunvolução 2.^a frontal (F2) a qual está muito reduzida de volume. Também está amolecido o pé da circunvolução 3.^a frontal (F3). Está igualmente lesada a frontal ascendente na sua metade inferior. No lóbo temporal está amolecida a 1.^a circunvolução temporal (T1) e, em menor grau a 2.^a temporal (T2).

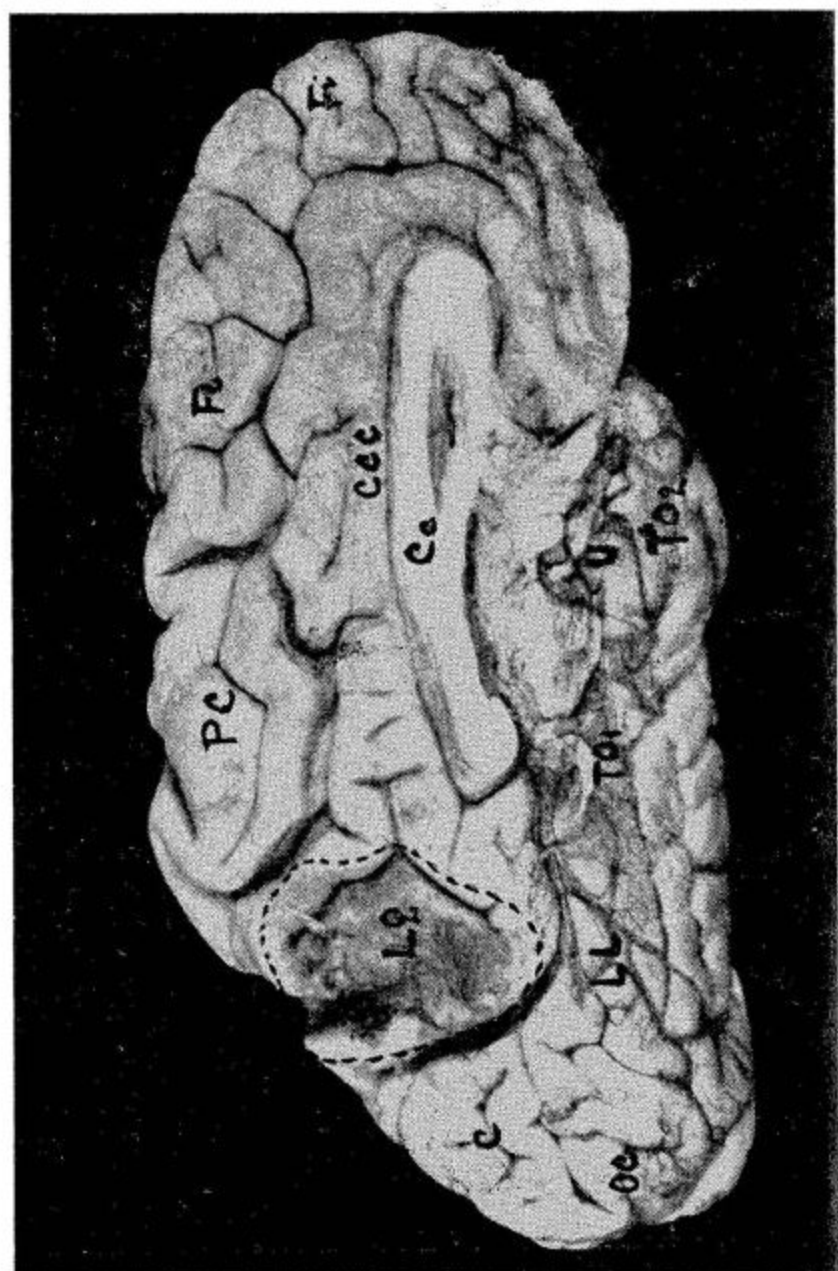
Ao nível do lóbo parietal se pôde vêr pequeno amolecimento arredondado na parte anterior da circunvolução parietal superior (P1), proximo do ramo ascendente do sulco interparietal. Ainda se observam outros pequeninos amolecimentos sobre a prega curva (P. C.) e na parte inferior, juxta silviana da 2.^a circunvolução parietal. Pequenos amolecimentos occipitais podem ainda ser vistos nesta fotografia.



Luiza C. — Detalhe, em grande aumento, da figura anterior para melhor apreciação das zonas amolecidas.



Luiza C — Material fresco — aspecto exterior do hemisferio cerebral esquerdo no ato da retirada da dura-mater. Aparece aderente à superfície interna dessa meninge, pequeno tumor arredondado, de tamanho aproximado ao de uma cereja que fez depressão leve na massa nervosa proxima à parte final da cisura de Sylvius. Estudado microscopicamente a neoplasia mostrou o aspecto dos paquimeningeomas.



Luiza C. — Face interna do hemisferio cerebral esquerdo, amolecimento hemorrágico do lóbo quadrilátero. As outras formações estão normais.

Doente: Maria O.

Ficha n.º 716 da Clínica Neurológica.

Diagnóstico clínico: Hemiplegia direita. Afasia de Broca.
Hipertensão arterial, insuficiência cardíaca.

31 anos, branca, brasileira, natural do Estado do Rio, viuva, doméstica, residente à rua Porto da Madama, São Gonçalo (Estado do Rio).

Antecedentes familiares. — Os pais gozam saúde e sua progenitora nunca teve abortos. A paciente tem 16 irmãos sadios; três outros morreram em tenra idade. O marido faleceu de tuberculose pulmonar.

Antecedentes pessoais. — Na infância foi sadia. Menarca aos 13 anos, catamenios sempre normais. Aos 15 anos casou-se e teve 4 filhos dos quais um morreu em tenra idade, outro apresenta hemiplegia direita e dois são normais.

História da enfermidade atual — Há um ano e quatro meses sentiu-se mal repentinamente, apresentou vômitos e perdeu a consciência caindo ao solo. Quando recobrou os sentidos, 8 dias após não podia articular a palavra e tinha os membros direitos paralizados. Foi conduzida para o Hospital do Pronto Socorro de São Gonçalo (Niteroi). Mais tarde foi removida para sua residência onde sofreu varias crises de convulsões generalizadas. Foi depois internada na seção de Neurologia da 22.^a enfermaria do hospital da Santa Casa do Rio de Janeiro e daí transferida para esta clínica.

Exame da paciente

Inspeção geral: Estatura mediana, altura 1,52m. A paciente apresenta bom estado de nutrição e pesa 49,900 k. Mucosas coradas. Temperatura axilar 36,7.

Sistema nervoso : A paciente se equilibra bem com os pés juntos e os olhos fechados na posição de pé (ausência do sinal de Romberg).

A marcha é francamente do tipo helicopode à direita. A paciente conserva o membro superior deste lado caído ao longo do corpo, imóvel e semi-fletido, os dedos da mão também mantêm-se semi-fletidos. Existe assimetria facial, por paresia à direita, do tipo central, isto é, há apagamento do sulco naso-geniano direito; nota-se também aumento da fenda palpebral direita por hipotonia do musculo orbicular das palpebras. Quando a paciente abre a boca verifica-se esboço do sinal do desvio oblíquo-oval de Pitres (menor abertura do lado direito).

Todos os movimentos voluntários estão muito reduzidos e enfraquecidos à direita (hemiparesia acentuada à direita).

Não se notam movimentos anormais.

A coordenação dos movimentos está conservada à esquerda. O exame da coordenação está prejudicado no lado direito devido à paresia.

O tono muscular acha-se muito aumentado nos membros do lado direito especialmente ao nível dos flexores do membro superior e dos extensores do membro inferior.

O sinal de Babinski está presente no pé direito. Resultaram negativas as pesquisas dos sinais de Oppenheim, Schaeffer, Gordon, Austregesilo-Esposel. Estão presentes os sinais de Mendel-Bechterew e de Rossolimo. Este último fenômeno mostra-se muito intenso quando se percuta a parte media da planta do pé direito. Os reflexos abdominais estão abolidos à direita. O reflexo nauseoso está presente bem como o corneo-palpebral. Os reflexos tendinosos estão exaltados no lado direito e no mais no esquerdo (anquileu, patelar, da munheca, estilo-radial, cúbito-pronador, bicipital e tricípital). O reflexo mandibular não está alterado.

Existe clono no pé, na rotula e na mão do lado direito.

Os reflexos de automatismo e defesa estão exagerados à direita.

Não apuramos perturbações esfínterianas.

Em relação à sensibilidade subjetiva, a paciente queixa-se de dor na fossa ilíaca esquerda.

As sensibilidades tátil, térmica, dolorosa, vibratória, à pressão e noção das posições segmentares estão normais.

O sentido estereognóstico está conservado.

Aparelho visual : agudeza visual e motilidade óculo-palpebral — normais. Ausência de nistagmo. As pupilas são iguais, circulares, de diâmetro normal; reagem bem à luz e à acomodação. O exame do fundo do olho revelou normalidade das papilas, porém nota-se turgecência da artéria central da retina.

Audição : prova da voz cochichada — normal. As provas de Rinne e de Weber não puderam ser feitas porque a paciente não compreende as nossas solicitações.

Olfacção : normal. (instrumento de Moore).

Gustacção : normal nos dois terços anteriores da língua e no V lingual.

LINGUAGEM

Expressão

Palavra espontânea : A paciente não é capaz de articular o mais simples vocábulo. Não consegue articular uma única palavra embora demonstre pela mímica que a solicitamos a falar. Faz grandes esforços mas em vão. Às nossas solicitações para que conte uma história, fale sobre os filhos ou sobre a sua doença ela responde somente com as duas exclamações ai! oh!.

Afim de obrigá-la a tentar pronunciar letras, sílabas, palavras e frases mostramos-lhe diversos objetos para que dissesse os respectivos nomes e assinalámos o seguinte :

Objetos mostrados :	Expressões da paciente:
pé	ai! ai! ai!
mesa	ai! ai! ai!
olho	ai! ai! ai!
caixa	ai! ai! ai!
sapato	ai! ai! ai!
algodão	ai! ai! ai!
relógio	ai! ai! ai!
Cadeira	ai! ai! ai!

Palavra repetida: Pronunciámos diversas palavras destacando bem as sílabas e pedimos à enferma que as repetisse :

Palavra pronunciada	Expressões da paciente:
pé	ai! ai! ai!
boca	ai! ai! ai!
rato	ai! ai! ai!
tinta	ai! ai! ai!
pão	ai! ai! ai!
cór	ai! ai! ai!

Como se depreende dos exemplos acima citados o exame da articulação da palavra mostrou que a paciente só é capaz de emitir as interjeições ai! oh! Pode-se afirmar que a paciente apresenta **anartria**, embora ainda lhe reste aquelas exclamações (monofasia dos autores alemães).

Escrita espontânea: Antes de adoecer a paciente podia escrever correntamente. Procurámos verificar se ainda conservava os seus conhecimentos gráficos. Eis o que registramos :

Solicitamos que a paciente escrevesse o próprio nome (Oneida). Com muita dificuldade escreveu com a mão esquerda, em caracteres bem legíveis ONADE. Reconheceu logo que havia escrito o seu nome errado e procurou corrigir, mas conseguiu apenas depois de muitas hesitações e pausas, escrever OME... e não concluiu, decla-

rando depois de muitos esforços que lhe era impossível realizar o nosso pedido. Naturalmente traduziu o seu pensamento por gestos e pela mímica facial.

Várias tentativas para que a paciente escrevesse o nome de objetos comuns falharam. Não pudemos conseguir que a paciente escrevesse espontaneamente qualquer palavra.

Tendo sido apresentada à paciente uma caixa contendo letras gravadas sobre pequenos quadrados de madeira, pedimos que ela compuzesse seu nome (ONEIDA). A enferma reuniu, com grande lentidão, as letras da palavra NEIDA e omitiu a inicial.

Depois de um certo prazo de repouso pedimos que a paciente escrevesse a palavra pé, juntando as letras gravadas na madeira. A enferma confundiu a letra E com o B e formou PB. Logo depois dá mostras de ter reconhecido seu erro e retirou o P substituindo-o pela letra F. Finalmente, depois de alguns enganos e grande meditação conseguiu escrever corretamente a palavra PE' manifestando por isso grande alegria.

Cópia: O estudo da palavra copiada deu o seguinte resultado :

Original :	Cópia da paciente :
casa	caea
SAPATO	SaPaTO
BRASIL	BRASIL
brasil (manuscrito)	?

A doente copiou a palavra amostra intercalando letras excedentes, mas depois de certa hesitação apagou do quadro negro o que havia escrito conservando apenas as letras correspondentes ao original. Tentou recommençar a copia mas revelou grande fadiga. Em outro exame, eis o que ocorreu :

vezes no joelho	bateu uma vez na mesa
bata na cabeça e na mesa	levou a mão a certa distância da cabeça e assim permaneceu algum tempo.
pegue o baralho e ponha-o no chão	executou
pegue a campainha e ponha no chão	pegou a campainha e fez com que ela vibrasse.
traga sua cadeira para perto de mim	executou
levante-se e vá sentar-se ao lado da menina	executou

Da análise dessas provas vemos que a paciente só executa corretamente ordens muito elementares quando a solicitação exige dois ou mais atos a doente não consegue realizá-la ou a realiza defeituosamente. Existe por consequência incompreensão da palavra falada.

Compreensão da palavra escrita: Escrevemos com giz, no quadro negro a palavra ONEIDA e pedimos à paciente que a lêsse. Imediatamente revelou grande satisfação e, pelo gesto, mostrou que se tratava da sua própria pessoa. Escrevemos a palavra pé e perguntamos à paciente se sabia sua significação. Demonstrou que não entendia o que estava escrito. Insistimos indagando si ela possuía o que significava aquele vocábulo. Prestou muita atenção ao que estava escrito e afinal abanando a cabeça demonstrou que não compreendia.

Dispuzemos sobre a mesa, por meio dos pequenos quadrados de madeira com letras gravadas a palavra "casa". Pedimos à enferma para indicar o significado desta palavra o que foi impossível. Formamos então a palavra "mão" que também a paciente não pode interpretar. Formamos a palavra "nariz" e perguntámos-lhe se tinha alguma parte do corpo com este nome Emitiu apenas interjeições (ai! ai! oh! ai!). Compusemos a palavra "papel" indagando se havia essa substância perto dela.

Continuou dizendo ai!, ai! como a demonstrar que não sabia do que se tratava.

Leitura em voz alta: Completamente impossível esta prova. Todas as tentativas falharam. A enferma olha com muita atenção as letras, as sílabas e as palavras mas não consegue pronunciar coisa alguma.

Essas provas evidenciam que a paciente apresenta **alexia** ou seja incompreensão da palavra escrita, ou incapacidade para a leitura.

Prova das cartas de jogar: Mostámos diversas cartas, um rei, um az e uma carta branca. Pedimos à enferma para nos mostrar o rei, fê-lo corretamente. Rogamos que mostrasse o az, e assim fez.

Perguntámos à doente qual das cartas mostradas tinha maior valor. Imediatamente indicou o az e depois o rei.

Indagámos se sabia algum jogo de cartas. prontamente pela mímica respondeu que não.

Prova das figuras: Uma série de figuras de animais foi mostrada à enferma (gato, coelho, cachorro, porco, galo, pato, sapo, pomba, andorinha, papagaio, arara, grilo, galinha), que as reconheceu.

Prova do relógio: Um relógio foi mostrado à paciente marcando 4 horas. A enferma demonstrou pela mímica e pelos dedos a leitura correta.

Nova prova foi feita com o relógio marcando 2 horas. A leitura foi correta. Uma terceira experiência foi feita estando o relógio a marcar 5 horas. Leitura correta.

Os minutos não são corretamente lidos pela enferma, somente as horas inteiras.

Pedimos à paciente que puzesse os ponteiros do relógio de modo a marcar 3 horas exatas. A enferma realizou perfeitamente a prova.

Pedimos que fizesse o relógio indicar 5 horas em ponto. Executou.

Pedimos que puzesse os ponteiros do relógio de modo a marcar 4 horas e meia. A enferma não conseguiu realizar esta prova.

Uma última tentativa foi feita, pedindo-se à paciente que puzesse os ponteiros do relógio marcando 8 horas. A paciente poz os ponteiros erradamente.

Prova das cores: Colocámos sobre a mesa quatro pedaços de giz com as seguintes cores: verde, branco, vermelho e amarelo. Solicitámos à enferma que retirasse o giz vermelho, ela colheu o verde.

Pedimos que apanhasse o giz branco. Executou.

Pedimos que segurasse o giz azul (que não existia sobre a mesa), tirou o giz vermelho.

Ordenámos que retirasse o giz côr de laranja. A enferma tirou o giz vermelho, depois o verde.

Uma série de bastões de giz de diferentes cores foi disposta sobre a mesa. Entregámos à enferma outros bastões de giz com as mesmas cores e pedimos que ela dispuzesse os bastões sobre a mesa na mesma ordem em que estavam os que havíamos colocado. Com muita lentidão, executou de modo correto a ordem.

Pedimos à paciente que nos entregasse um bastão de giz de côr azul. A paciente entregou-nos um bastão de giz verde.

Pedimos um bastão de giz amarelo. Entregou-nos um vermelho.

Pedimos giz branco. Executou corretamente.

Pedimos um bastão de giz azul. Apontou-nos um bastão de giz vermelho.

Provas de apraxia: Pedimos à paciente para imitar a continência militar. Não soube fazer.

Solicitamos que desse adeus com a mão a uma pessoa. Não realizou.

Pedimos-lhe que imitasse uma pessoa tocando piano. Foi incapaz de fazê-lo. Solicitámos à paciente que nos mostrasse como se toca violão. Imitou perfeitamente.

Como se usa uma flauta? Imitou perfeitamente.

Entregámos à paciente um cigarro e uma caixa de fósforos, pedindo-lhe para que riscasse o fósforo e ascendesse o cigarro. Realizou perfeitamente.

Entregámos uma chave à paciente pedindo que a puzesse na fechadura e fechasse a porta. Realizou perfeitamente.

Solicitámos à paciente de coçar o nariz. Cumpriu a ordem.

Pedimos-lhe que fizesse com a mão uma cruz no espaço. Realizou.

Pedimos à enferma que imitasse os gestos e caretas que fazíamos. A paciente imitou com exatidão.

Perguntámos à paciente como faziam as pessoas que choravam, riam, despediam-se, bebiam, comiam, etc. A paciente pela mímica facial e gesticulatória, deu a entender com perfeição o que solicitámos.

Estado mental: Humor, atenção, memória, percepção e raciocínio — satisfatórios.

Funções neuro-vegetativas: ligeiro edema no membro inferior direito.

Aparelho circulatório: Pulso radial rítmico, 90 pulsações por minuto. A escuta do coração revelou hiperfese do tom aórtico. Pressão arterial: Mx. 16,5 — Mn. 11,5. Dispneia de esforço.

Aparelho respiratório: sem alteração.

Aparelho génito-urinário: sem alteração.

Aparelho digestivo: Dentes mal conservados.

Punção lombar: exame n.º 8697 — Líquido límpido e incolor, reação de Pandy — negativa, albumina — 1/2 divisão do tubo de Nissl, linfocitos — 0 por mm³, reação de Takata-Ara — negativa, reação do benjoim coloidal — 0000000000000000.0, reação de Wassermann — negativa com 1cm³ (antg. Kolmer). Punção lombar feita na posição sentada, a pressão inicial —41, a prova de Queckenstedt

da compressão das jugulares — deu resultado normal, pois a pressão subiu rapidamente a 70, em 15 segundos e desceu também com rapidez.

Sangue : exame n.º 8702 — Reação de Wassermann — negativa (antg. Kolmer).

exame n.º 8706 — Uréa por litro de sangue — 0,50 centigramas.

Urina : exame n.º 8700 — Volume 190 cm³, densidade 1021, glicose — ausência, albumina — ausência, sais biliares — ausência, pigmentos biliares — ausência. Exame microscópico : numerosas células epiteliais, leucocitos e algumas hemátias.

PROGNOSTICO : Máu quanto à validez e à cura. Reservado quanto à vida.

TRATAMENTO : Regime alimentar pobre de carne e de azotados. Injeções de acetilcolina e angioxil. Cardiazol ou digaleno em gotas. Cápsulas de teobromina. Sulfato de magnésio e citrato de sódio (em papeis, 5 grs. cada sal), duas vezes por dia.

Alta em 28 de maio de 1942. Retirou-se para a residência, melhorada da paralisia. As desordens da linguagem persistiram.

Doente : Braulio L. da S. (Observação clínica feita de colaboração com o dr. Olavo Nery).

Papeleta n.º 660 da Clínica Neurológica.

Entrada em 9 de junho de 1941.

Diagnóstico clínico : Hemiparesia direita, de predominância braquio-facial. Afasia de Broca. Apraxia. Sífilis vascular e trombose de ramos da artéria silviana esquerda.

29 anos, feodérmico, brasileiro, natural de Minas Gerais, solteiro, motorista profissional, residente à rua Paranapanema 174, Estação de Ramos, procedente de sua residência.

Antecedentes familiares. — Pai falecido de causa ignorada pela família. A mãe goza saúde. O doente tem 5 irmãos. Uma irmã tem um filho que é “paralítico de nascença”.

Antecedentes pessoais. — Sempre gozou saúde. Informa um irmão do paciente que este teve há 2 anos mais ou menos, um cancro venéreo.

História da enfermidade atual — Adoeceu há 5 meses, em pleno trabalho: dirigia um automovel cheio de passageiros de Juiz de Fóra para o Rio, quando começou a sentir forte dor de cabeça. No meio do caminho, em Entre-Rios, bebeu “uma cerveja” para ver se melhorava. Apesar disso, chegou a Petrópolis, onde descansou um pouco. Na ocasião em que dava saída em primeira velocidade ao carro, agravou-se repentinamente o seu estado, começou a ter convulsões no lado direito do corpo e perdeu a consciência. Os passageiros pararam o automovel e socorreram o motorista. Braulio ficou desacordado, vomitando, durante cerca de duas horas. Ao voltar a si, segundo informação da família, o paciente estava com todo o lado direito paralítico e tinha a língua tão “atrapalhada” que não se entendia o que dizia. Melhorou progressivamente, reduziu-se de maneira acentuada a sua paralisia. Teve outros ataques, em número de cinco, em que ficava arroxeadado, perdia a consciência e caía. Persiste a perturbação da palavra.

Exame do paciente

Inspeção geral: indivíduo mesoestenico, estatura alta, em bom estado de nutrição, mucosas coradas.

Sistema nervoso: Estática e equilíbrio, normais.

Marcha normal. Apresenta ligeira assimetria da face: os sulcos e rugas estão discretamente diminuídos no lado

direito. A força muscular está um pouco diminuída no membro superior direito. A dinamometria acusou 25 na mão direita e 40 na esquerda. O paciente é dextro.

A coordenação dos movimento está normal nos membros esquerdos e no inferior direito.

Não apresenta movimentos involuntários ou anormais.

Ligeira hipertonia muscular dos membros do lado direito.

O reflexo cutâneo-plantar está normal em ambos os lados. O reflexo cremastérico está abolido á direita, conservado à esquerda. Os reflexos abdominais (superior, médio e inferior) estão diminuídos à direita e normais à esquerda. Presente o reflexo faríngeo. O reflexo córneo-palpebral está normal dos dois lados. Os reflexos tendinosos dos membros inferiores (aquileu e patelar) estão exaltados à direita, normais à esquerda. Da mesma maneira se mostram os reflexos tendinosos dos membros superiores (munhéca, estilo-radial, cúbito-pronador, bicipital e tricipital) que estão vivos à direita e normais à esquerda. O reflexo mandibular não está alterado.

Não apresenta clono do pé nem da rótula.

Os reflexos de automatismo e defesa não estão alterados.

Esfinctéres e potência coeundi inalterados.

O exame da sensibilidade subjetiva está prejudicado pois o paciente não informa de maneira compreensível. Parece haver diminuição da sensibilidade dolorosa na metade direita do corpo. O exame dos outros tipos de sensibilidade objetiva está prejudicado porque o paciente explica mal o que sente.

Estereognose : conservada.

Audição : normal (provas da voz cochichada, de Rinne e de Weber).

Gustação : conservada.

Olfacção : idem

Aparelho visual: Ausência de nistagmo, a acuidade é igual a 1 em ambos os olhos, os movimentos óculo-palpebrais estão normais; pupilas de diâmetro normal, iguais e circulares, reagem bem à luz e à acomodação; fundo do olho sem modificações.

I. LINGUAGEM

Expressão

1. Palavra repetida: O paciente repete de maneira correta as palavras que são pronunciadas diante dele. Só erra quando as palavras são longas.

Palavras do médico:

Palavras do doente:

dó	dó
ré	ré
mi	mi
fá	fá
sol	sol
tapete	tapete
biscoito	bis-couto
elefante	e-le-fante
maquina	maquina
hidro-avião	hidro-avião
datilógrafo	datilógrafo

Algumas palavras longas são pronunciadas de modo defeituoso, como ignobil que o paciente diz "ignóbi" e inconstitucional que é articulada parcialmente "incons..."

As frases não são repetidas.

Frases ditas pelo médico:

Repetição do paciente:

eu gosto da enfermeira	eu gosto...
o homem é um mamífero	o homem é...

2. Palavra espontânea: o paciente não fala senão por palavras isoladas que não chegam a dar idéia do que quer dizer e assim mesmo só quando provocado.

O médico :	O doente :
que sente ?	sente... sente...
quer ir-se embora ?	embora... porque ?

3. Nomear cousas : Designa a maior parte dos objetos mostrados de modo apropriado.

Objetos mostrados :	Designação do paciente :
caneta	caneta
jornal	jornal
boné	boné
oculos	oculos
papel	papel
bola	bola
chave	chave (demorou a dizer)
camisa	camisa
comida	"bóia"

4. Escrita por cópia : não conseguimos que o enfermo copiasse algumas palavras.

Diz que não póde.

5. Escrita espontânea : E' impossível ao paciente escrever palavras ou o próprio nome.

As tentativas de escrita com os cubos de madeira tambem falharam (agrafia).

6. Escrita sob ditado : Impossível.

Compreensão

7. Compreensão verbal : O paciente demonstra saber o sentido de certas palavras pois indica com o dedo as partes do corpo ou alguns objetos cujos nomes pronunciamos na sua presença.

Palavra do médico :	Indicação do paciente com o dedo :
nariz	apontou corretamente
calça	apontou corretamente
mesa	apontou corretamente

caneta	apontou corretamente
papel	apontou corretamente
relógio	apontou corretamente
teto	apontou corretamente
chão	apontou corretamente
óculos	apontou corretamente
médico	permaneceu com ar in- terrogativo
doente	permaneceu com ar in- terrogativo

Pedimos que executasse as ordens seguintes :

Ordens do médico :	execução do paciente :
abra a boca	correta
pegue o papel e dobre-o	corrêta
desdobre o papel e escreva	corrêta
ponha a mão em cima da mesa	corrêta
ponha a caneta entre o papel e o vidro	corrêta
coce a cabeça	não fez
ponha a mão na cabeça	não fez
espete a pena na rolha	não fez
ponha o martelo em baixo do papel	não fez
feche os olhos	realizou corretamente
pegue o martelo pelo cabo	não fez
abra a boca e feche os olhos	executou corretamente

Pergunta :	Resposta :
que idade tem ?	29
quem é este rapaz ?	sobrinho (certo)
para que serve a caneta ?	caneta... caneta...

8. Leitura em voz alta : E' possível para as palavras que lhe são mais familiares. Por exemplo : Braulio, Antonio, Nery, etc. Não é capaz, porem, de ler outras que significam cousas com as quais raramente tem a vêr, como : puz, escola, Diario de Noticias. Quando não pode dizer o nome, apesar dos seus esforços, exclama : "puxa!"

9. Leitura mental: Não compreende ordens e pequenas frases escritas em caracteres de imprensa ou em manuscrito.

II. INTELIGENCIA

10. Outras línguas que não a de uso do doente: O paciente só conhece o português.

11. Aritmética-cálculo: Conhece os algarismos de 1 a 9 e a cifra. Os números compostos são dificilmente reconhecidos pelo paciente. Operações elementares de somar e diminuir não são resolvidas.

12. Desenho: Desenhou de maneira satisfatória triângulos, círculos, quadrados, figuras muito simples de casas, navios, etc.

13. Música-canto: Não conseguimos que o paciente cantasse nem demonstrasse compreender canções populares.

14. Conhecimentos profissionais: Braulio não é capaz de pôr em movimento um automovel de maneira correta. Confunde as chaves do painel. Não manobra convenientemente os pedais e a alavanca de mudança de velocidade. As experiencias que fizemos mostram hesitação e confusão dos atos mais elementares de um motorista de automovel. A substituição de pneumático não foi realizada por Braulio. Ele não é mesmo capaz de retirar uma roda do lugar desatarrachando os parafusos. Não mostra as peças do automovel, sobretudo do motor, cujos nomes pronunciamos.

15. Reconhecimento-gnosia: Pela palpação, pelo ouvido, pelo olfato, pelo gosto e pela vista reconheceu numerosos objetos e instrumentos que lhe apresentamos.

Fizemos prova para avaliar da sua capacidade de reconhecer as cores, mostrando-lhe pedaços de pano colorido.

Côr mostrada :	Designação do paciente :
branco	(não disse o nome)
verde	vermelho
azul	(não disse o nome)
vermelho	(ficou calado)
preto	preto
branco (outra vez)	branco
amarelo	amarelo
marron	(ficou calado)

Estado mental: A conduta do paciente na enfermaria e suas reações diante da família e diante das pessoas que o vão visitar denunciam normalidade das demais funções psíquicas.

Aparelho respiratório: normal. ao exame clínico.

Aparelho digestivo: idem.

Aparelho genito-urinário: idem

Aparelho circulatório: Pulso rítmico, frequente, batendo 100 vezes por minuto. Bulhas fortes, claras na ponta. Clangor aórtico. Pressão arterial: 14,5 - 10,5.

Punção lombar: exame n.º 8378 — Líquido límpido e incolor, r. de Pandy — negativa, albumina — 1/2 divisão do tubo de Nissl, linfocitos — 0 por mm³, r. de Takata-Ara — negativa, r. do benjoim coloidal — 000000000000000.0, r. de Wassermann — negativa com 1 cm³ (antg. Kolmer).

Urina: Ausência de albumina, glicose e púz.

PROGNOSTICO: Bom quanto à validez.

TRATAMENTO: Arsenicais trivalentes, bismuto soluvel, xarope de Gibert.

EVOLUÇÃO: Tem melhorado consideravelmente. O doente está internado até a presente data na Clínica Neurológica.

Doente: Eloisa M. J. da S.

Ficha n.º 728 da Clínica Neurológica.

Diagnóstico clínico: Infecção puerperal. Hemiplegia.
Afasia de Broca.

19 anos, brasileira, natural do Distrito Federal, mulata, casada, doméstica, residente à rua Pedro Américo n.º 212, procedente da Santa Casa.

Antecedentes familiares. — O pai faleceu de causa ignorada. A mãe é sadia. A paciente teve 12 irmãos, dos quais 3 morreram (2 de inecção intestinal em tenra idade e uma menina aos 3 anos, de convulsões).

Antecedentes pessoais. — Nascimento a termo, parto normal. Na infancia teve apenas bronquite. Menarca aos 14 anos; casou-se aos 17 e teve um menino.

História da enfermidade atual — 20 dias depois de ter dado à luz, pessoas da família notaram, na hora do jantar, que a paciente usava somente a mão esquerda para levar a comida à boca. Interrogada sobre este fato disse que estava com os membros direitos “esquecidos” e por isso só podia servir-se da canhota. No dia seguinte começou a queixar-se também de inapetência e prostração, motivo pelo qual foi levada à consulta na Policlínica de Botafogo e no Hospital São João Batista. Dias depois apresentou perturbação da palavra, tornando-se quase incompreensível o que falava. Desde o começo da enfermidade apresentou febre e corrimento vaginal.

Exame da paciente

Inspeção geral: A enferma apresenta facies de sofrimento. Está muito emagrecida, pálida e prostrada. Observa-se taquipnéa. Conserva-se em decúbito lateral direito passivo. Temperatura 37,8, pulso 120.

Sistema nervoso: Impossível passar da posição deitada à sentada e desta à de pé. Prejudicada a pesquisa do sinal de Romberg.

Nota-se assimetria facial por paresia do território inferior direito. A comissura labial desse lado está caída. Quando a paciente entre-abre a boca nota-se desvio oblíquo oval de Pitres, com menor abertura à direita. Os movimentos voluntários dos membros direitos estão abolidos (hemiplegia), os do lado esquerdo estão enfraquecidos (hemiparesia).
possível no lado direito do corpo por motivo da paralisia.

O estudo da coordenação dos movimentos não foi. No lado esquerdo com muita dificuldade foi explorada a coordenação porque o estado geral da paciente é muito grave; parece-nos que não existe alteração apreciável.

Não se notam movimentos anormais.

Hipotonia muscular nos membros direitos. Os membros esquerdos apresentam também leve grau de hipotonia. Está esboçada a contratura do bicipite braquial direito.

A excitação plantar raramente provoca resposta com flexão dos dedos à direita. O reflexo cutaneo-plantar está normal à esquerda. Ausência dos reflexos de Mendel-Bechterew, Rossolimo e Oppenheim. Reflexos abdominais abolidos. Não foi pesquisado o reflexo faringeo por causa de dispnéa da paciente. Reflexo corneo-palpebral presente. O reflexo aquilêu está exaltado à direita e normal à esquerda. Os reflexos patelares estão abolidos. Muito diminuidos os reflexos tendinosos dos membros superiores, com exceção do bicipital direito que se mostra vivo. O reflexo mandibular está inalterado.

Ausência de clono.

Esfinctéres: sordicie.

Não estão exagerados os reflexos de automatismo e defesa.

Em relação à sensibilidade subjetiva, a enferma queixa-se de dôr no membro superior direito.

Parece estar conservada a sensibilidade objetiva (superficial e profunda) visto que reage à picada e acusa as vibrações do diapasão. Não foi feito um exame minucioso porque o estado grave da enferma não permitiu.

Aparelho visual: motilidade óculo-palpebral normal. As pupilas são circulares, iguais, de diâmetro normal. Reação à luz normal.

Audição; gustação e olfação — não foram examinadas com minúcia à vista do grave estado geral da paciente.

A estereognose parece estar conservada à esquerda; no lado direito não logramos uma conclusão segura sobre o sentido estereognóstico, porque as informações da paciente são contraditórias.

LINGUAGEM

A compreensão da palavra está perturbada quanto às ordens faladas (surdez verbal), porém esta alteração não é muito acentuada. A articulação da palavra está muito difícil, quase ininteligível (anartria ou disartria muito acentuada).

Estado mental: A enferma demonstra grande sofrimento. Com dificuldade presta atenção às perguntas que fazemos. Não está orientada quanto ao tempo e ao meio. Não parece apresentar distúrbio da percepção nem da ideação. A memória não parece alterada. Afetividade conservada.

Aparelho circulatório: Pulso radial hipotenso, 120 pulsações por minuto. A escuta do coração revelou bulhas abafadas e taquicárdia. Pressão arterial: Mx, 7,5 — Mn. 3.

Aparelho respiratório: Taquipnéa, respiração superficial. Macicez na base e na região inter-escápulo-vertebral do lado esquerdo. Estertores sub-crepitantes na base do pulmão esquerdo. Sopro na região inter-escápulo-vertebral esquerda. Tosse.

Aparelho digestivo: Língua pálida, edemaciada e coberta de saburra esbranquiçada. Anorexia.

Aparelho gênito-urinário: O exame ginecológico feito pelo dr. J. Ribeiro Portugal revelou o seguinte: Inspeção: — Nota-se escoamento de abundante exsudato purulento através da portio vaginalis e portio-cervicalis. O toque combinado mostrou útero em retro-versão-flexão e doloroso à apalpação. Os anexos estão livres. (Diagnóstico: metrite e peri-metrite).

Urina: exame n.º 8776 — Volume — 300 cm³, densidade — 1019, albumina — traços, sais e pigmentos biliares — ausência. Exame microscópico: muitos leucocitos, piocitos, algumas células epiteliais, alguns cilindros hialinos. (17-VI-1942).

PROGNOSTICO: Reservado tendendo para máu quanto à vida e quanto à cura.

TRATAMENTO: Injeções de Septicemine, de Cinosil. Comprimidos de Lutazol. Digaleno em gotas. Kri-nocortex em gotas. Injeções de vitamina Lorenzini. Lavagens vaginais com permanganato de potássio. Curativos das escaras com líquido de Dakin e pomada de Ultracutan. Alimentação: sopa, frutas, legumes, leite, café, mate.

DECURSO: O estado geral da paciente agravou-se de dia para dia, apesar do tratamento intenso. A enferma progressivamente entrou em caquexia, surgiram escaras na região glútea. No dia 12 de maio de 1942, à uma hora, a paciente faleceu. Não pôde ser feita a necrópsia por oposição da família.

CONCLUSÕES

1. As afasias são síndromes caracterizadas pela perda da "inteligência específica da linguagem" (Austregesilo).

2. Existem duas formas clínicas principais de afasia: a **afasia de Wernicke**, em que há distúrbio preponderante da compreensão verbal, e a **afasia de Broca**, na qual a expressão ou articulação da palavra mostra-se mais perturbada.

3. As localizações lesionais das afasias são discutidas, exceto no que diz respeito à afasia de Wernicke (lobo temporal).

4. O lobo parietal (P2) parece ser o centro superior da função da linguagem (Austregesilo), enquanto que os lobos temporal e frontal têm papel apenas na recepção e transmissão do pensamento humano.

5. A educação e, talvez, a predisposição congênita adaptam um dos hemisférios cerebrais, o que tem o centro motor da mão mais **habil**, e desenvolvem seus centros da linguagem. Os mesmos centros do hemisfério oposto ficam de reserva ou em estado potencial até o início da idade adulta.

6. As afasias são sobretudo síndromes vasculares dos territórios das artérias silviana e cerebral posterior.

7. As afasias motoras prestam-se mais à reeducação do que as chamadas sensoriais.

8. A questão da Medicina Legal é delicada, porque muitos afásicos apresentam distúrbios graves da inteligência total, outros não; porém todos têm grande dificuldade de expressar sua vontade.

INDICE

	Pg.
I — Considerações gerais	11
II — A linguagem humana	21
III — Histórico das afasias	41
IV — Semiologia	81
V — Localizações	129
VI — Doutrinas e classificações	149
VII — Clínica das afasias	167
VIII — Observações pessoais	181
IX — Conclusões	307

OBRAS CONSULTADAS

- Alajouanine Th.** e outros — Le Syndrome de desintegration phonétique dans l'aphasie. Masson Edit. Paris 1939.
- Alford B. L.** — A simple version of aphasia. "The Journal of Nervous and Mental Disease", vol. 91, fevereiro de 1940, n.º 2, p. 190 - 209.
- Altmann F.** — Significance of aphasia as a symptom of otogenic extradural abscess. "Archives of Neurol. a. Psych." vol. 45, n.º 1, janeiro de 1941, p. 169-170.
- Atkinson E. M.** — Abcess of the Brain. Londres 1934.
- Austregésilo A.** — Aphasie et Lobe Parietale Gauche. "La Press Medicale", n.º 12, fevereiro de 1940.
- Austregésilo A.** — Caso de afasia." Arquivos Brasileiros de Medicina", fevereiro de 1928, p. 81-90.
- Austregésilo A.** — Afasia e apraxia. "Anais da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro", ano IV, 1920, p. 189-194.
- Austregésilo A.** — Considerações teórico-práticas acerca da afasia. Afasia e apraxia. "Clínica Neurológica", vol. II, 1932, pag. 99-116, Rio de Janeiro.
- Austregésilo A.** e **Borges-Fortes E.** — Afasia e lobo parietal esquerdo". Neurobiologia", t. IV, n.º 4, dezembro de 1941, Recife.

- Austregesilo-filho e Borges-Fortes A.** — Estudo anatomo-clínique d'un cas de aphasie de Wernicke avec hemiballisme. "Revue Sud-Americaine de Med. et Chirurgie". 1e novembre 1931, p. 1111-1124.
- Austt E. G.** — Incapacidade civil de los anartricos y de los afásicos en regression. "Revista de Psiquiatria del Uruguay", ano VII, n.º 40, julho-agosto de 1942, p. 29-50.
- Ayres O.** — Caso de anartria. "Arquivos Brasileiros de Medicina", abril de 1939, p. 67-77.
- Ballet G.** — Le langage interieur et les diverses formes d'aphasie. Paris -886.
- Ballet G.** — L'aphasie amnesique. "Revue Neurologique", julho 1915, p. 554-557.
- Barraquer L e outros** — Tratado de Enfermedades Nerviosas, 1.ª ed. t. II, 1940, p. 382-404.
- Beduschi V.** — Le syndrome de l'aphasie total. "L'Encephale", 10 de julho de 1910, p. 21-34.
- Bianchi L.** — lições sobre as localizações cerebrais e a physiopathologia da linguagem. Compiladas pelo dr. Pelli, trad. do italiano por Vicente de Souza, 1899.
- Bianchi L.** — L'Aphasie amnesique, "Revue Neurologique", n.º 2-3, fevereiro-março 1917, p. 109.
- Bianchi, L.** — Le syndrome parietal. "Revue Neurologique", n.º 6, 1911, p. 351-352.
- Bogaert, L. e Martin P.** — Apraxie de la marche et atonie statique. "L'Encephale" Janeiro 1929, p. 11.
- Borges-Fortes E.** — Considerações sobre o lobo parietal. "Arq. Bras. de Neur. e Psiq." Setembro-Dezembro 1937, n.º 5-6, p. 118-135.
- Campes J.** — Aphasia. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro 1921.
- Carrilho H.** — Comunicação à Academia Nacional de Medicina, 1939.
- Catalano.** — Contribution a l'étude du syndrome apractico-aphasique precoce et tardif la phenastenie cerebropatique post-natale. "L'Encephale", junho 1932, p. 528.
- Cole E. M.** — Brainedness and Handedness: two cases of aphasia. "Arch. of Neurol and Psych." fevereiro 1936, p. 427-428.
- Chesher E. C.** — Observations on motor apraxia. "Arch. of Neurol. and Fsych." junho 1938 p. 1352-1353.
- Chesher E. C.** — Some observations concerning the relation of handedness to the language mechanism. "Bull. of the Neurol. Inst. New York", abril, 1936. p. 556.
- Chesher E. C.** — Aphasia. Tecnic of clinical examinations. "Bull. of the Neurol. Instit. New York", janeiro 1937, p. 134-143.
- Chatelin Ch. e De Martel Th.** — Blessures du crâne et du cerveau. Col. Horizon. Ed Masson, Paris, 1917.
- Chatelin Ch.** — Les blessures du cerveau. Col. Horizon. Ed. Masson, Paris, 1918.
- Chantemesse, Kahn e Mercier** — Un cas de surdité totale bilaterale d'origine centrale avec troubles aphasiques chez une accouch e albuminurique avec amelioration etc. "Rev. Neurologique", n.º 22, 1913, p. 595.
- Claude H. e Shaffer H.** — Hemiplegie gauche avec aphasie chez une droitier. "L'Encephale", janeiro 1921, p. 99.

- Claude H. e Mlle. Loyez.** — Etudes anatomiques d'un cas de apraxie avec hemiplegie droit et cecité verbale. "L'Encephale", n.º 10, 1913, p. 289-307.
- Childe A.** — Consideration sur l'origine du langage. "Arq. Bras. de Medicina", dezembro, 1915, p. 458-472.
- Colin H.** — Un cas d'apraxie. "L'Encephale", fevereiro 1924, p. 132.
- Corning L.** — La memoire musicale et ses troubles (amusie). "Revue Neurologique", 1912, n.º 13, p. 175.
- Costantini F.** — Les lesions du noyau lenticulaire dans leurs rapports avec l'aphasie e avec l'anarthie. "Revue Neurologique", n.º 22, 1911, p. 614.
- Critchley M.** — Aphasia in a parietal deaf-mute. "Brain", 1938, parte II, p. 163-169.
- Curshmann e Kramer** — Tratado de las enfermedades del sistema nervioso. 1932, Barcelona, p. 417-452.
- Curran F. e Schilder P.** — Parafasic signes in diffuse lesions of the brain. "Arch. of Neurol. and Psych", janeiro 1937, p. 166.
- Dauidenkoff S.** — Note sur la sudité verbale chromatoptique. "L'Encephale", 1912, n.º 8, p. 127.
- Dauidenkoff S.** — Sur certaines troubles psychiques observées dans l'aphasie. "Revue Neurologique", n.º 12, 1914, p. 806-810.
- Dauidenkoff S.** — En quoi consistent réelement les phenomenes de la cecité psychique? "L'Encephale", 1913, p. 428-435.
- Dejerine J. e Pelissier A.** — Un cas d'aphasie motrice pure suivie d'autopsie, "Revue Neurologique", n.º 3, 1912, p. 217-219.
- Dejerine J.** — Semiologie des affections du système nerveux. 1914, p. 34-56 e 68-160.
- Dejerine J. e André-Thomas** — Deux cas de aphasie de Broca suivis d'autopsie. "L'Encephale", n.º 12, dezembro de 1911, p. 497-518.
- Dejerine J. e André-Thomas** — Contribution a l'etude de l'aphasie chez les gauchers, etc., n.º 16, 1912, p. 213-226.
- Dejerine J.** — Aphasie et anarthrie. "Revue Neurologique", n.º 18, 1913, p. 331-335.
- Dejerine J.** — L'agraphie. "Revue Neurologique", n.º 22, 1913, p. 597.
- Dejerine J. e Lieppmann** — Aphasie motrice, anarthrie e apraxie. "L'Encephale" 1913, p. 565-568.
- Dercum F. X.** — Un cas d'aphasie motrice sous-corticale ou pure (Dejerine) ou d'anarthrie (P. Marie), "L'Encephale", n.º 6, 1914, p. 581.
- Decloux M. e Tinel Mme.** — Hemiplegie cerebrale infantile avec aphasie. "Rev. Neurologique" n.º 22, 1909, p. 1423-1427.
- Dimitri V.** — Las afasias. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1933.
- Eagleton W. P.** — Abcès de l'encephale. Masson ed. 1924, Paris.
- Estapé J. M.** — El metodo anatomo-clínico en el estudio de la afasia "Tesis para Agregacion", Montevideo, 1925.
- Falret J.** — Des troubles du langage et de la memoire des mots dans les affections cerebrales. "Arch. Gen. de Med.", 1864, p. 591-609.

- Fasson A.** — Crises periodiques d'aphasie accompagnée d'hémiplégie et d'épilepsie jacksonienne droites. "Revue Neurologique", n.º 6, 1911, p. 350.
- Foix Ch.** — Les troubles sensitifs au cours de l'hémiplégie-aphasie. "Revue Neurologique" n.º 2, 1911, p. 61-71.
- Foix Ch.** — Aphasies. Nouveau Traité de Médecine. Vol. XVIII, 1928, p. 135-212.
- Foix Ch.** — Aphasie. Col. Sergent, Neurologie, Paris 1925, p. 29-99.
- Foix Ch. e mme. Schiff-Whertheimer.** — Hémi-anopsie double avec intégrité du champ maculaire. Cerveau droit. Lésion de la cérébrale postérieure, etc. "L'Encephale", abril 1925, p. 278-279.
- Foix, Ch.** — Les tests pour l'aphasie. "L'Encephale", n.º 6, 1932, p. 556.
- Froment et Ravanet** — Caractères distinctifs et formules phonétiques des dysarthries, des dysphasies, et des aphasies motrices. "L'encephale", ano 19, n.º 7, julho-agosto 1924, pg. 531-532.
- Froment et Ravanet.** — Le test des mots d'épreuve autorise-t-il un diagnostic de dysarthrie. "L'encephale" ano 19, n.º 7, julho-agosto 1924, pg. 530.
- Froment et Sedaillan** — L'épreuve de Lichteim-Dejerine et la prétendue intégrité du souvenir des mots dans l'aphasie motrice pure, dite anarthrie "L'Encephale", ano 19, n.º 7, julho-agosto 1924 çg. 531.
- Froment G. e Monod O.** — Existe-t-il a proprement parler des imagens motrices d'articulation? "Rev. Neurológica", n.º 4, 1913 28 de fevereiro, pg. 197-203.
- Froment G. e Monod O.** — La reeducation des aphasiques moteurs et le reveil des images auditives "Rev. Neurologique", n.º 9, 1913, 15 maio p. 718.
- Froment G. e Monod O.** — Epreuve de Proust-Lichteim-Dejerine. "Revue Neurologique", ano XXI, julho 1915, p. 538.
- Froment et Monod. O.** — Étude anatomique et clinique d'un cas d'Aphasie totale. Analizado por "Revue Neurologique" n.º 22, 1913, 30 novembro, pg. 595-596.
- Froment A. et Devic A.** — Contribution à l'étude de la cécité, de la surdité verbale et de la paraphasie "Bull. et Mem. de la Soc. med. des Hôp. de Paris" ano XXIX p. 1010-1017, 22 maio 1913.
- Froment, Pillon et Dupasquier** — Aphasie et gliomes cerebraux. "Revue Neurologique", n.º 22, 1913, 30 de novembro, pg. 593.
- Gallotti O, Austregesilo-filho e Carvalho A. H.** — Hémiplégie droite com afasia de Broca. "Rev. da Assoc. Paulista de Med.", vol. 1, n.º 3, março 1932, p. 1-8.
- Gjessing H.A.G.** — Transitory word blindness associated with hight homonyms hemianopsia "Arch. Opht." 16:5. (julho) 1936.
- Goldstein K.** — Aftereffects of Brain Injuries in War. Nova York 1942.
- Goodhart S P e Savitsky N.** — Alexia following injury of the head. "Arch. of Neurol. and Psych.", julho 1931, n.º 1, vol. 30, pg. 223-224.

- Gareiso A. e Escardó F.** — Manual de Neurologia infantil. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1943, p. 329-339.
- Gerstmann J.** — Syndrome of finger agnosia, disorientation for right and left, agraphia and acalculia. "Arch. of Neurol. and Psych." vol. 44, n.º 2, agosto 1940 pg. 398-408.
- Giannuli F.** — Sur l'apraxie phrasique. "Revue Neurologique", ns. 9-10, 1918, p. 85.
- Gowers W. R.** — Lectures on the Diagnosis of Diseases of the Brain. 2.^a ed. Londres 1887.
- Grasset J. e Rauzier G.** — Traité pratique des maladies du système Nerveux, T. II, Paris, 1894, p. 143-151.
- Grasset J. e Rimbaud L.** — Un cas de paraphasie; ramolissement de la première circonvolution temporale gauche. "Revue Neurologique", n.º 12, 30 de julho, 1908, pg. 577-581.
- Guiraud et Mlle. A. Deschamps.** — Paralysie generale avec alexie et apraxie ideomotrice. "L'Encephale" Ano XXVII, n.º 6, junho 1932, pg. 541.
- Gutzmann** — Sulla natura e sulla terapia dei disturbi del linguaggio. "La Clinica Contemporanea Malattie Nervose". Milano 1908, pg. 134-160.
- Head H.** — Hughlings Jackson on Aphasia and Kindred affections of speech. "Brain", vol. 38, julho 1915, pg. 1190.
- Head H.** — Aphasia and Kindred disorders of Speech. "Brain", Part 2, vol. 13, julho 1920.
- Hegler E.** — Aphasia in polyglots, Hamburg. Germani. "Arch. of Neurol. a Psych.", julho 1927, vol. 18, n.º 1, p. 81-86.
- Henschen** — Les altérations de la faculté du langage, de la musique et du calcul. "Revue Neurol". n.º 11, novembro 1920 pgs. 1089-1094.
- Howe-Hubert S. and McKinley E.** — Cerebral circulation, "Arch. of Neurol. a Psych." julho, 1927, vol. 18, n.º 1 pag. 81 a 86.
- Jakob A.** — Conferências sobre Anatomia patológica. "Brasil Medico", 1928.
- Jiménez-Dias C.** — "Lecciones de Patologia médica". Tomo III, 3.^a ed. pg. 861-880, 1940.
- Kehrer** — Contribution à la question de l'aphasie et plus specialment de l'aphasie amnesique. Analise da "Revue Neurologique", n.º 24, 1913, pg. 739-741.
- Keller H.** — A historia de minha vida. ed. José Olimpio, 2.^a ed., 1940.
- Kennedy F. e Wolf A.** — The relationship of intellect speech defect in patients with aphasia, with illustrative cases. "Arch of. Neurol. and Psych". Outubro 1936, n.º 4, vol. 36, p. 896-902.
- Kennedy F. e Wolf A.** — The relationship of intellect speech defect in aphasic patients. "J. of Nerv. and Ment. Dis". vol 84, agosto -936, p. 125-145 e 293-311.
- Kendrick J. G. e Gray A. A.** — On vocal sounds Text- Book of Physiology. Ed. por Schäfer, vol. 2.^o Londres, 1900, p. 1206-1236.
- Klabund** — Origens da linguagem. "Historia da literatura", trad. de O. Gallotti, Rio, 1936, p. 8-13.
- Klippel M. e Dainville F.** — Hemiplegie droite avec aphasie motrice, d'origine typhique, etc. "Revue Neurologique, n.º 12, 30 junho 1908, pg. 581-584.

- Kraft-Ebing** — Médecine Légal des Alienés. Ed. francesa, 1900.
- Kroll M.** — Los Síndromos Neuropatológicos. Trad, espanhola, 1903, p. 397.
- Kroll M.** — Beiträge zum Studium der Apraxie. "Zeit. für die ges. Neur. Psych", 1910, Berlim, p. 315-345.
- Kussmaul A.** — Les troubles de la parole. Trad. franceza, Paris 1884.
- Ladame P. L. e von Monakow.** — Anarthrie corticale. "Revue Neurologique" n.º 21, 1908, p. 1137.
- Lafora Gonzalo R.** — Etude psychologique d'une débile mentale calculatrice du calendrier. "L'Encephale", maio 1935, pg. 309-337.
- Laignel-Lavastine M.** — Statistique personnelle anatomo-clinique de l'aphasie. "L'Encephale" 1913, pg. 502.
- Laignel-Lavastine e Alajouanine** — Agnosie auditive. "L'encephale" n.º 1, jan. 1921, ano XVI, pag. 103.
- Laignel-Lavastine et Henyer A.** — Un cas d'apraxie ideo-motrice avec aphasie motrice et cécité verbale. "L'Encephale" ano XV, n.º 1 jan. 19.0, pg. 68-74.
- Laignel-Lavastine et Levy-Valensi,** — Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. Apraxie bilaterale Mort par ponction lombaire. "L'Encephale" ano IX, n.º 4, abril, pgs. 411-424.
- Laignel-Lavastine et Khan** — Un cas d'apraxie. "L'Encephale" ano XIX, n.º 6, junho 1924, pg. 396.
- Laignel-Lavastine M.** — Aphasie. "Traité de Medecine et de Therapeutique Gilbert-Carnot", fasc, XXXI, Paris, 1925, p. 62-299.
- Lalla-Giovanni** — Contribution to the study of hysterical aphasia. "Ann. di nevrologia, 44:81, may-june, 1930. Anal por "Arch. of Neurol. and Psych". julho 1931, v. 26, n.º 1, p. 200.
- Lange J.** — Agnosia of the fingers and Agraphia. A psychopathologic study, Monatschr. f. Psychiat. u 76:129, julho, 1930. Anal. por "Arch. of Neurol. and Psych." Fev. 1932, n.º 2, pg. 444.
- Levy Valensy** — Le corps calleux. Tése d eParis, 1910.
- Le-Gros-Clark e Russel, R. W.** — Cortical deafness without aphasia. "Brain", vol. LXL, part. 4, 1938, p. 375-383.
- Léri A.** — Un cas d'aphasie motrice pure (anarthrie et agraphie) suite de commotion par éclatement d'obus. "Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, an. XXXIII, ns. 35-36-37, p. 1314-1317, 28 de dezembro, 1917. Anal. da "Revue Neurologique", ns. 11-12, novembro e dezembro, p. 185.
- Lhermitte J. et Tchehrazie.** — L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques. "L'Encephale", janeiro de 1937, 1.º vol. n.º 1, p. 1-23.
- Lhermitte J.** — Les aphasies. L'aphasie congénitale." Traité de Médecine des Enfants, tomo V, 1934, p. 1-4.
- Liepmann** — Aphasie et Anarthrie. "Revue Neurologique", n.º 18, 1913, 30 setembro, p. 333-336.
- Long Ed.** — Un cas d'aphasie par lésion de l'hémisphère gauche chez un gaucher. "L'Encephale", ano VIII, 1.º semestre, n.º 6, 10 de junho de 1913, p. 250-536.
- Lopes E.** — Contribuição ao estudo da apraxia. Tése do Rio de Janeiro, 1910.

- Lowell H. W., Waggoner, R. W., Kahn, G. A., Arbor A.** — Critical study of a case of aphasia. "Arch. of Neurol. and Psych." Novembro 1932, n.º 5, vol. 28, p. 1178-1181.
- Maas O.** — Apraxie du côté gauche, avec troubles curieux de la sensibilité. "Neurol. Centralbl", 16 setembro, 1910, p. 962-968.
- Mahaim A.** — Un cas d'Aphasie motrice guérie, suivi lesion de IIIe. circonvol. frontale, integrité de la zone lenticulaire. Analize da "Revue Neurolo." n.º 10, 1911, p. 616.
- Mahaim A.** — Um cas d'apraxie por compressão de l'hemisphère gauche. Analise da "Revue Neurologique", n.º 8, 1911, p. 482.
- Mahaim A.** — Un cas d'aphasie sensorielle par lésion corticale. Analise da "Rev. Neurol." n.º 8, 1911, 30 de abril p. 482.
- Marinesco G., Grigoresco D. e Axente S.** — Un nouveau cas d'aphasie croisée. "Revue Neurologique", t. 63, n.º 2, fevereiro 1935, p. 291-295.
- Massary J.** — L'Alexie. "L'Encephale", ano XXVII, n.º 1, janeiro 1932, p. 53-78.
- Massary J.** — L' Alexie. "L'Encephale", ano XXVII, n.º 2, fevereiro, 1932, p. 134-164.
- Maurice Levy** — Les ramolissements sylviens, Paris 1927.
- Mayendorff N.** — La III circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle dans le mechanisme centrale de la parole. Anal. por "Revue Neurologique n.º 20, 30 de maio de 1911, p. 610.
- Merle** — Aphasie et hemiachromatopsie. "Revue Neurologique" n.º 21, 15 de novembro 1908, p. 1129-1136.
- Mingazzini C.** — Contribution clinique et anatomo-pathologique a l'etude de l'aphasie chez les gauchers. Anal. por "Revue Neurologique" n.º 21, 1911, 15 de novembro, p. 552.
- Mingazzini G.** — Generalità sui disturbi del linguaggio. Afasia sensoriale. "Anatomia Clinica dei centri nervosi", 2.ª ed., 1936, p. 557-734.
- Mingazzini G.** — Les aphasies de conduction en rapport avec la nouvelle theorie de Pierre Marie. "L'Encephale", ano III, n.º 1, janeiro 1908, p. 1-28.
- Misch W.** — Alexia and amnesic aphasia for proper names. Anal. por "Arch. of Neurol. and Psych." junho 1929, vol. 21 n.º 6, p. 1432.
- Moreira R.** — Hemiplegia dolorosa e afasia. "Arq. Bras. Neurologia, Psiq. e Med. Legal" ano XIII, 1917, ata da 8.ª sessão realizada em 14 de junho de 1917.
- Morel F.** — Hearing in sensory aphasia. "Arch. of Neurol and Psych", vol. 37, n.º 6, junho, 1937, p. 1420.
- Morgue R.** — Contribution to History of the theories of language in normal and Pathologic states., etc. "Arch. f. Neurol. u. Psych." 25:245, 1930.
- Morgue R.** — Aphasie et psychologie de la pensée. "L'Encephale", ano XV, n.º 12, dezembro 1920 p. 649-664.
- Moutier F.** — L'Aphasie de Broca. Tése de Paris, 1908.
- Müller M.** — Nouvelles leçons sur la science du langage. Trad. de G. Harris e Perrot, Paris, 1866.
- Needles W.** — Concerning tranfer of cerebral dominance in the function of speech. "The Journal of Nervous and Mental Disease". vol. 95, março, 1942, n.º 3, p. 270-277.

- Nielsen J. M.** — The unsolved problems in aphasia. Los Angeles Neurol. Soc." 5:78, abril 1940.
- Nielsen J. M.** — Gerstmann Syndrome: Finger agnosia, agrafia, confusion of right and left and acalculia, etc. "Arch. of Neurol. and Psych." Vol. 39, n.º 13, março 1938, p. 536-560.
- Noica D.** — L'Aphasie motrice. "L'Encephale", ano 22, n.º 9, novembro 1927, p. 786-795.
- Ombredanne A.** — Etudes sur le langage enfantin et sur la pretendue loi de Schultze. "L'Hygiene Mentale", XXX ano, n.º 4, abril 1935, p. 69-89.
- Paglioli F.** — Cirurgia cranio-encefálica. Revista de Radiologia e Clínica. Rio Grande do Sul. 1933 dezembro, n.º 6, ano 2, p. 1-31.
- Pearson G. H. J., Alpers B. e Weisenburg Th.** — Aphasia. A study of normal control cases". "Arch. of Neurol. and Psych". Janeiro 1928, vol. 19, n.º 1, p. 281-295.
- Pelissier A.** — L'Aphasie motrice pure. Tese de Paris 1912.
- Pierre Marie** — Travaux et Memoire. t.I, Paris 1926.
- Pierre Marie, Bouttier, Bailey P.** — A propos des faits decrits sous le nom d'apraxie ideomotrice. "L'Encephale", Ano 17, n.º 8, Set. e Out. 1922, p. 526.
- Pierre Marie e Moutier F.** — Sur un cas de atrophie senile de F3 presentant au niveau du pied de F3, a gauche, une depression, etc. Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris", 18 de junho de 1907, p. 792.
- Pierre Marie** — "La Pratique Neurologique". 1911, p. 210-221.
- Pitres A. e Testut L.** — L'Aphasie et ses varietés cliniques. "Les Nerfs en schema", Paris 1925, p. 585-598.
- Quadfasel F.** — Motor reactions of aphasic patients: clinical studies of Head's hand, eye and Ear tests. Anal. por "Arch. of Neurol. And Psych." julho 1934, n.º 1, v. 32, p. 228.
- Quercy** — Remarques sur la theorie Bergsonniene de l'aphasie sensorielle. "L'Encephale" ano XX, n.º 2, Fevereiro 1925, p. 89-98.
- Rimbaud L.** — Precis de Neurologie. 2.ª Ed., 1939, p. 122-136.
- Rodrigues J. C.** — Estudo histórico e critico sobre o Velho Testamento. Vol. 1 e 2. Rio de Janeiro, 1921.
- Roncorini** — L'Aphasie et les donés architectoniques. Anal. por "L'Encephale", ano 19, n.º 2, fevereiro, 1924, p. 143.
- Roquette-Pinto E.** — Ensaio de Anthropologia Brasileira, Ed. Nacional, São Paulo, 1933.
- Sanz E. F.** — Un cas d'aphasie d'evocation. Anal. por "Revue Neurologique", n.º 10, 30 de maio de 1911, p. 617.
- Schäffer E.** — Aphasia. "Text-book of Physiology". vol 2, Londres 1900, p. 774-782.
- Silva J. O. M.** — Da parafasia. Tese do Rio de Janeiro. 1916.
- Singer D. H. e Law A. A.** — The brain in a case of motor aphasia in wich improvement occurred with training "Arch. of Neurol. and Psych." Janeiro 1933, n.º 1, vol. 29, p. 162-165.
- Slaughter R. F. e Ryley G.** — Delayed post-traumatic hemorrhage with aphasia. "The Journal of Nervous and Mental Disease". Vol. 92, julho 1940, n.º 1, p. 49-54.
- Souques A.** — Un cas d'aphasie guerie suivied'autopsie "Bull. et Mem. de La Soc. Med. des Hôp. de Paris, 1 agosto 1907, p. 924-931.

- Souques A. e Baruk H.** — Autopsie d'un cas d'amusie (avec aphasie) chez un professeur de piano. "Revue Neurologique", t. 1, n. 4, abril 1930, p. 545-556.
- Souques A.** — Deux cas d'aphasie de Broca ou d'aphasie totale sans lésions de la troisième frontale. Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris", 18 julho 1907, p. 792-799.
- Souques A.** — Trepanation crânienne décompressive suivie d'aphasie transitoire et de amélioration durable dans un cas de tumeur cérébral. "Revue Neurologique" n.º 22, 30 novembro, 1909, p. 1361-1366.
- Souques A.** — Un cas d'alexie ou de cécité verbale dite pure suivie d'autopsie. "Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris.", 7 março 1907, p. 213-218.
- Souques A.** — Aphasie de Wernicke avec deux lésions frontale e temporo-parietale. "Bull. et Mem. de la Soc. des Hôp. de Paris", 2 janeiro 1908, p. 157-1585.
- Souza B. M.** — A evolução da doutrina da afasia. Tese do Rio de Janeiro 1908.
- Souza O. e Castro A.** — "Dystrophia genito-glandular". Rio de Janeiro, 1917.
- Teitelbaum H. A.** — Psychogenic body image disturbances associated with psychogênica aphasia and agnosia. "The Journal of Nervous and Mental Disease". Vol. 93, maio 1941, n.º 5, p. 581-612.
- Teixeira Mendes R. S.** — Elementos de Neuriatria. 3.ª ed., p. 61.
- Torres-Hemem J. V.** — Lições sobre as moléstias do sistema nervoso. Rio de Janeiro. Tip. Acadêmica, 1878, p. 103-127.
- Toulouse E. e Marchand L.** — Aphasie motrice au cours d'un syndrome paralitique. "Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris", 16 maio, 1907, p. 440-448.
- Trousseau A.** — Clinique Medicale de l'Hôtel Dieu, t. II, Paris 1873, p. 669-725.
- Vampré E.** — Anarthria de Pierre Marie. "Bol. da Soc. de Medicina e Cirurgia de São Paulo", 1 de setembro de 1917.
- Vampré E.** — Apraxia ideo-motora unilateral esquerda (considerações sobre um caso de). "Bol. da Soc. de Medicina e Cirurgia de São Paulo", dezembro de 1928.
- Van-Gehuchten P.** — Tuberculomes de la protuberance et du cervelet a symptomatologie de tumeur frontale gauche. Aphasie post-operatoire du type de l'aphasie motrice de Broca". Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie", n.º 2, vol. XXXVI, 1936, p. 61-68.
- Van-Gehuchten A. e van Gorp** — Un cas d'aphasie motrice vraie. etc. "Revue Neurologique", ano XXII, n.º 19, julho 1915, p. 535.
- Van-Gehuchten A.** — Les maladies Nerveuses. Louvain 1926, p. 468-496.
- Victoria M.** — Un cas de lesion de la trisième frontale sans aphasie. "L'Encephale" n.º 2, 1.º vol., 1937, p. 85-92.
- Victoria M.** — Teoria de las apraxias. Estudios de Neurologia y de Psicopatologia. 1.ª serie, ed. El Ateneo, Buenos Aires 1940.
- Wechsler I. S.** — A Text-book of clinical Neurology. Ed. Saunders, 3.ª ed. p. 328-337.

- Weisenburg Th.** — A study of aphasia. "Arch of Neurology and Psychiatry", Vol. 31, Janeiro 1934, n.º 1, p. 1-33.
- Weisenburg Th.** — A study of aphasia. "Archives of Neurology and Psychiatry", janeiro 1934, vol. 31, p. 1-33.
- Wernicke C.** — La síndrome afásica. "La Clínica Contemporánea". Malattie Nervose. Milão 1908, p. 495-565.
- Wilson K.** — The Treatment of Disorders of Expression (aphasia, apraxia, etc.). "The Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases", Ed. White W. A. e Jelliffe S. E. Vol II, Londres 1913, p. 475-504.
- Zilling G.** — Case of right-sided hemiplegia, motor aphasia, agraphia, anosognosia and phantom experiences in the paralysed arm. with special consideration of the restitution of function". Anal. por "Arch of Neurology and Psychiatry", vol. 46, n.º 6, dezembro 1941, p. 1087.
- Zucker K.** — An analysis of disturbed function in aphasia. "Brain", vol. LVII, parte 2, 1934, p. 109-127.