

GAZETA MEDICA DA BAHIA

DIRECTOR EFFECTIVO
Prof. Dr. ARISTIDES NOVIS

REDACÇÃO

GONÇALO MONIZ, GARCEZ FROES, PRADO VALLADARES,
MARTAGÃO GESTEIRA, CESARIO DE ANDRADE, FERNANDO
LUZ, FLAVIANO SILVA, OCTAVIO TORRES, ARMANDO
TAVARES.

Professores da Faculdade de Medicina

REDACTOR-SECRETARIO

Dr. JOSÉ JULIO DE CALASANS
Docente livre de Clinica Psychiatrica na Faculdade de Medicina

VOLUME 64

Ns. 7, 8 e 9 — Janeiro, Fevereiro e Março de 1934

BAHIA
ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS

25, Rua. Conselheiro Saraiva, 25

1934

SUMMARIO

DENÚNCIA PRECOCE—pelo Dr. José Julio de Calasans	Pag. 169
SENSIBILIDADE DO APPARELHO LOCOMOTÔR. NATU-REZA E LOCALISAÇÃO DOS SEUS ORGANS RECEPTÔRES. O SENTIDO DO ESFORÇO—(Preleção do Prof. Aristides Novis na Faculdade de Medicina).....	» 203
SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA.....	» 215
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO—Curso de Férias da «Segunda Cadeira de Clinica Medica».....	» 231
PUBLICAÇÕES RECEBIDAS	» 235

ASSIGNATURAS

Pagamento adiantado

PARA A CAPITAL	FÓRA DA CAPITAL
Por um anno . . 20\$000	Por um anno . . 25\$000
Por seis mezes . 12\$000	Por seis mezes . 15\$000

Numero avulso 2\$000

A redacção não se responsabiliza pelos artigos assignados.
Unico agente para a França—*Société Fermière des Annonceurs*
53 Rue Lafayette—PARIS.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

PRAÇA CASTRO ALVES (Edificio d'A Tarde)

Sala 215 (2.º andar).

BAHIA

GAZETA MEDICA DA BAHIA

FUNDADA EM 1866

Vol. LXIV Jan., Fev. e Março de 1934. Ns. 7, 8 e 9

«DEMÊNCIA PRECOCE»

(Estudo médico-psicológico)

PELO

(Dr. J. Júlio de Calasans, livre-docente de Clínica Psychiátrica
na Faculdade de Medicina da Bahia)

(Continuação)

C)

RISO IMMOTIVADO (22)

Estudado pelos autores clássicos nas *estereotypias*, das quaes, incontestavelmente, é uma das modalidades, — o *riso*, na demência precoce, adquire importância tal, que, forçoso, é analysa-lo em parágrafo especial.

De feito, em todas as phases e em todas as modalidades clínicas da doença, esse symptoma observa-se

(22) Ao lado do chamado «riso immotivado», temos também o *chôro immotivado*. Daí, estas palavras de JÚLIO DE MARROS: «O chôro e o riso não constituem na demência precoce signaes de tristeza e de alegria ou de dôr e de hilaridade; são movimentos immotivados e incoercíveis a que não corresponde um estado mental. É vulgar que uma crise de chôro seja cortada por uma de riso ou que o contrario succeda; de resto, chôro e riso surgem por vezes em manifesta contradicção com as condições exteriores».

e, segundo a maioria dos alienistas, constitue, especialmente, no periodo prodômico, *um elemento precioso para o diagnóstico.*

Estudando o *riso* na demência precoce, diz CONSTANZA PASCAL que elle pode ser:

«a) *immotivado*, isto é, sem corresponder a nenhuma representação mental; b) *explosivo*, brusco e rápido, á maneira de uma impulsão da qual é um equivalente mímico; c) *desacompanhado de qualquer elemento emocional*».

Será sempre «immotivado» o *riso* na demência precoce?

A essa pergunta REGIS responde negativamente:

«O *riso* na demência precoce está longe de ser sempre «immotivado». Se, em determinados casos, não corresponde a cousa alguma e parece mais uma impulsão, um tico, o resultado de uma explosão motora automática — em outros, muitas vezes, encontra-se ligado a causas psychicas reaes, taes como: reflexões alegres, irónicas ou ridículas; associação espontânea de idéas cómicas ou de contraste; e alucinações visuaes ou auditivas». Demais, «não é verdade dizer-se que o *riso* nesses doentes se acompanham sempre de absoluta indiferença emocional e que se accentúa á medida do evolvimento do estado demencial. Minha prática quotidiana, ha mais de vinte annos, autoriza-me a dizer que vários demêntes precoces, especialmente paranoides, longe ainda do periodo terminal, não se riem como antes, isto é, quando alucinações visuaes, auditivas ou cenesthésicas lhes provocavam fortes emoções de alegria, contrariedade, cólera ou revolta».

D)

ALUCINAÇÕES (23)

As alucinações representam symptomas dos mais preponderantes no quadro clínico da demência precoce. Assim é que se observam commumente as de natureza visceral e auditiva e bastante frequentes são também as alucinações táctis e olfactivas.

Referência especial merecem, entretanto, as chamadas alucinações cenesthésicas:

(23) Numerosas são as definições de *alucinação*. Nenhuma, porem, se nos afigura superior á de BALL: *alucinação é uma percepção sem objecto*.

As alucinações podem ser agrupadas no que tange á sua percepção, á sua *manifestação* e á sua *localização*.

No tocante á *percepção*, ellas se dividem em: *auditivas elementares, auditivas diferenciadas e auditivas verbaes*.

Relativamente á sua *manifestação*, as alucinações se distribuem em: *unilateraes, bilateraes, associadas e combinadas*.

Enfim, no que respeita á *localização*, ellas podem ser: *sensoriaes* (auditivas, visuaes, gustativas, olfativas e táctis); *cenesthésicas*; e *motoras*.

Vale referido que se não devem confundir *alucinações* com *illusões*. As *illusões*, no dizer de RÉGIS, são *falsas percepções de uma sensação real* e estão para as *alucinações*, conforme o lúcido conceito de LASÈGUE, como a malidicência está para a calúnia. Todavia, na prática, torna-se difficilimo distinguirem-se illusões de alucinações. É que, entre ellas, ha gráus variados e confundidos de umas e outras. Daí, KRAEPELIN chama-las todas de *percepções illusórias*. E explica-se bem isso:

Na origem das alucinações, como na génese das illusões, ha, vezes sem conto, a *cooperação de estímulos externos*, taes como ozenas, máu hálito, perturbações cutáneas da temperatura etc.,— *cooperações* essas que podem escapar á *apreciação do observador* e faze-lo, por conseguinte, considerar *alucinação* o que, por definição, seria simplesmente *illusão*.

Os doentes passíveis de alucinações cenesthésicas accusam, por exemplo, dores em diversos órgãos ou mesmo aparelhos; affirmam que lhes arrancaram partes do corpo; queixam-se de que os violentaram, de que os estruparam, de que os machucaram, de que os obrigaram a mudar de posição etc.

Finalmente: as alucinações, como veremos no parágrafo subsequente, constituem um dos *abstractos*, por que assim dígamos, das varias especies de delírios que se observam na demência precoce.

E)

DELÍRIOS (24)

Os delírios geralmente encontrados na doença de MOREL—KRAEPELIN são os alucinatórios. Notam-se, entretanto, delírios interpretativos frouxamente systematizados, assumindo caracteres vários, taes quaes o de

(24) Ensina A. BARBÉ, estudando os delírios e as idéas delirantes, em geral, que estas não devem ser assim qualificadas senão quanto ás circunstâncias. E exemplifica:

Haja vista um paralytico geral que, na realidade, antes do seu internamento ganhava cinco francos diários e que uma vez recolhido ao manicómio, declarara ao médico ganhar milhões. «C'est là—diz elle—une idée délirante de grandeur, mais qui ne peut être considérée comme telle que par rapport au malade lui-même en elle-même, l'idée n'a rien d'impossible.

LEURER écrivait à ce propos (Fragments psychologiques sur la folie): J'ai cherché soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière l'idée qui me paraît la plus folle; puis, quand je la comparais à un bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence. En serait-il de même avec les savants?»

grandeza, perseguição, mystico, erótico, hypochondríaco etc.

O aspecto, porem, verdadeiramente distinctivo desses delírios é a sua extrema inabilidade. A confusão e a imprecisão das idéas servem tambem para caracterizalos. E os absurdos ou extravagâncias emprestam-lhes, do mesmo passo, importância quase capital.

Um outro aspecto, tambem, que os distinguem, segundo o Prof. TANZI, é «a falta de repercussão emotiva e activa»,—isto é, são delírios hypochondríacos sem soffrimentos, delírios de grandeza sem orgulho, delírios de perseguição sem protesto, delírios de culpabilidade sem penitência.

F)

EROTISMO

O erotismo nos demêntes precoces traduz-se pelo desaparecimento dos chamados «sentimentos de conveniência e de pudôr». Daí, as obscenidades, os gestos lúbricos, as exhibições da sexualidade etc., que tão prematura e frequentemente se observam nesses doentes.

Digno tambem de nota é a influência que o erotismo exerce nas concepções delirantes do paciente. E essa influência é de tal ordem que FREUD e seus discipulos da «Escola Psychanalítica» vêem nesta doença um dos mais preciosos elementos de confirmação das suas doutrinas pan-sexualistas.

G)

SORDICIE

O symptoma a que os alienistas deram a denominação de sordicie (25) é dos mais encontradiços na demência precoce.

Não se trata unicamente de «incontinência das urinas e materias fecaes»:

Os doentes quase que não distinguem o sujo do límpido. Em geral, chafurdam-se nas próprias fezes. E muito naturalmente ingerem objectos os mais immundos. Um doente do nosso serviço procurava sempre illudir a vigilância dos guardas e enfermeiros do seu pavilhão e introduzia-se no W. C. onde se comprazia a tomar verdadeiros banhos de urina e excrementos.

Por final:

A sordicie pode ser considerada uma modalidade do *negativismo*.

H)

IRRITABILIDADE

A irritabilidade dos demêntes precoces é considerada uma consequência da perda da affectividade. Assim sendo, não merecia, aqui, de feito, uma referência em

(25) Ou *gatismo*, como aconselha o notável philólogo Dr. PLÁCIDO BARBOSA. Alem dessas expressões, usam ainda os alienistas nacionaes e portuguezes das de *sordicia* e *immundicie*. Como outras questões de terminologia psychiátrica, deixamos mais esta para ser ventilada em o nosso «Glossário de Medicina Mental».

parágrafo especial. É que perdida a affeição ás pessoas que os cercam, o demênte precoce entra a trata-las com absoluto máu humor e daí, a proposito de qualquer nonada, as crises de irritabilidade.

Não se encontra somente nisso a psychogênese da irritabilidade na doença de MOREL-KRAEPELIN: as alucinações, que servem de base a variados temas delirantes, são outros tantos motivos e dos maiores das exacerbações que se observam nesses doentes.

A escola de BLEULER, aliás, vê na irritabilidade do eschizophrênico, como que um protesto contra o que o procura arrancar *do seu mundo interior*.

I)

PARAMÍMIA E AMÍMIA (26)

A *paramímia* é considerada pela psychiatria clássica uma modalidade da catatonia. Preferimos estudá-la em parágrafo especial, dada a sua importância em função de frequência. E, ao demais, quando existente, representa um symptoma valiosissimo, que permite um diagnóstico precoce.

A paramímia pode ser definida como uma discordância entre a actividade intellectual e a mímica do paciente, ou, como quer ZIEKEN, uma «discrepance entre les troubles intellectuels et les réactions mimiques». Exemplifiquemos:

(26) *Amímia* é a abolição da linguagem mímica. É um symptoma que além da demência precoce catatónica, encontra-se também nos estados de estupor.

Uma doente em que, certa feita, fizemos uma injeccão intramuscular de cyaneto de mercúrio, accusou, em gestos e movimentos physionómicos intenso prazer, o que não aconteceu dias depois quando lhe presentearmos com linda boneca que, encolerizada, arremessou ao sólo.

J)

POBREZA DE RACIOCÍNIO

«O raciocinio vae pouco a pouco ficando mais pobre e inferior. Já porque se não interesse pelas cousas, já por que não faça novas acquisições, o facto é que no fim de pouco tempo o doente tem o seu horizonte intellectual muito limitado e evidentemente se affigura menos intelligente que antes. É este o motivo, porque o delírio, é, nestes doentes, tão frequentemente, tolo e pueril».

Demais, estando perturbada a «associação das idéas», o raciocínio torna-se difficil no que respeita á lógica e a sequênciã.

K)

FABULAÇÃO

A *fabulação* é um symptoma communissimo nos demêntes precoces. Confirmam-n'o quantos com elles convivem.

Devido a uma falsificação das recordações, o doente mistura factos verdadeiros com imaginários e relata-os, por vezes, com tanta segurança que dá o aspecto de veracidade.

Explica-se esse phenómeno não só pela *hypoprosexia* que o doente apresenta, senão também «pela actividade da imaginação que o mantém no sonho».

L)

HYPOPROSEXIA

Podemos definir a *hypoprosexia* como a diminuição da attenção.

Com respeito a esse symptoma, não estão accordes os mestres da psychiatria clássica. Se não, vejamos:

«No tocante á *dementia precoce*, acreditam alguns que haja *hypoprosexia*, mas KRAEPELIN pondera, com muito acerto, ao meu vêr, que estes doentes percebem bem e ficam attentos ao que os rodeia, mas não reagem, ás vezes, porque ha uma oppressão pathologica que faz com que por negativismo reluctem em attender ao que se lhes pede.

Percebem, apercebem, mas não reagem».

M)

DISTÚRBIOS DA MEMÓRIA (27)

É commum affirmar-se que a *memória* dos demên-

(27) As perturbações da memória dizem respeito á memória dos factos recentes (*memória de fixação* ou *anterógrada*); á memória dos factos passados (*memória de evocação* ou *retrograda*) e á memória, indistinctamente, dos factos antigos e presentes (*memória rétro-anté-rógrada*).

Lembramos, de vôo, que a subdivisão da memória em funções elementares, taes como,—memória de fixação, de conservação, de evocação e de localização é meramente artificial embora verdadeira, do ponto de vista prático.

tes precoces não apresenta perturbação notável. E citam-se mesmo casos em que o paciente reproduz com exactidão trechos literários ou evoca perfeitamente as aquisições da cultura mental. Tal integridade, porem, é mais apparente que real. De facto, assim o é, no periodo inicial da moléstia. Com o evolver do mal, entretanto, a *memória de fixação* ou *anterógrada* se vae a pouco e pouco reduzindo; a de *evocação* ou *retrógrada* torna-se mais difficil; e tão sómente a de *conservação* resiste maior espaço de tempo. «Sans doute les jeunes malades peuvent encore évoquer, s'ils en sont sollicités, quelques souvenirs anciens, certains événements de leur vie, mais quand on les observe un peu attentivement, on s'aperçoit vite qu'ils sont hors d'état d'acquérir de nouvelles connaissances et même d'utiliser celles antérieurement acquis».

N)

DIMINUIÇÃO DA IMAGINAÇÃO

Manifesta, em geral, é a diminuição da imaginação na demência précoce. E isso é tanto mais verdadeiro quanto «o doente podia ser um imaginativo (eschizoide)».

Demais, nas chamadas formas delirantes, é que melhor se verifica esse distúrbio. Temos, entretanto, que a diminuição da imaginação está na mesma razão que a *diminuição da capacidade intellectual* e que tanto se observa nesses doentes.

De facto:

«A capacidade intellectual decahe sensivelmente

e as idéas vão cada vez mais se resentindo do cunho de puerilidade e extravagancia.

Cousas que o individuo não acreditaria antigamente como possiveis, vem a admittil-as sem maior ponderação».

O)

NEOLOGISMOS (28)

Os *neologismos* que se observam na demência precoce são *activos*, *passivos* e *demências*.

Chamam-se *neologismos activos* os que se criam tencionalmente e correspondem a uma representação delirante ou alucinatória. Os *passivos*, ao contrario, originam-se de uma associação automática e, em geral, de uma associação por assonâncias. Os *demências*, como o nome está a dizer, traduzem um processo de decadência intellectual. São esses, justamente, os mais graves no que tange ao prognóstico do estado mental do doente.

«Os *neologismos activos* e *passivos* podem desaparecer. Os *demências*, entretanto, persistem e accentuam-se á medida que vae progredindo a decadência mental. São elles, portanto, os réquisios das funções mentaes destruidas, ligados, uns, á actividade psychica e outros, á actividade delirante. Um dos nossos doentes, em estado demencial completo, exprimia-se do modo seguinte: bilibibi, récétélébibi, lepúténebibí, gelei, etc.

(28) Ha, num livro de SEGLAS, sobre os distúrbios da linguagem nos alienados, um estudo magistral ácerca dos *neologismos*. Aqui, todavia, preferimos acompanhar os passos da excellente monographia de CONSTANZA PASCAL.

neologismos todos esses, como se vê, sem equivalente em língua nenhuma: é a *pergonaphasie dementielle*, absolutamente incurável». (29)

Taes são os *neologismos* como os encaram a psychiatria clássica.

A *psychanalyse*, entretanto, descobriu nesses «*neologismos incompreensíveis*», «verdadeiros hieroglyphos», consoante a crença antiga, — «um sentido occulto», «uma razão de ser», que escapava á nossa observação e que ella decifrara resolvendo, do mesmo passo, os *complexos mórbidos* que affligiam o paciente. E foi MAEDER, um dos maiores representantes da chamada «Escola de Zurich» quem primeiro demonstrou, em brilhantissimo estudo, serem elles forjados á luz dos processos geraes de «condensação», «deslocamento», «sexualização» e outros «symbolismos» que a psychologia de FREUD e seus discípulos revelaram existir nos arcanos affectivos da humanidade.

(29) As perturbações da linguagem na demência precoce estão a desafiar um estudo cuidadoso, em monographia especial. São, de facto, interessantissimas. Verdade é que estudamo-las neste trabalho, quando tratamos da syndrome catatónica, excepção feita da *paramínia*, da *amánia* e dos *neologismos*, que, apesar de filiados áquella syndrome, mereceram, pela sua importância, referência em parágrafo especial. A prova de que estas perturbações se prendem á catatonia, baste considerar a chamada *reacção de NEISSER* que nada mais é que uma verdadeira *stereotypia da linguagem*: «Le malade est intoxiqué par un mot qui fait irruption au milieu de la conversation et rompt la suite plus ou moins logique de sa pensée». (CONSTANZA PASCAL).

No que respeita ao estudo dos neologismos nos alienados merece citada a these do Dr. ANTÓNIO MERO BAREOZA. Bahia. 1930.,

III

SYMPTOMAS ACCESSÓRIOS

Incluimos sob a rubrica de symptomas accessórios todos os signaes physicos ou somáticos que se encontram na demência precoce. Classificamo-los desse geito não só pela sua importância diagnóstica quase nulla, em face, por exemplo, do que acontece com os signaes physicos da paralytia geral, seuão tambem porque no tocante á maioria delles ignoramos de todo em todo as verdadeiras connexões que podem manter com a própria doença.

Esses signaes, pezar de variados e numerosos, são tambem *inconstantes*. Eis aí está mais um motivo por que os consideramos *accessórios*.

Nada obstante, porem, o que acabamos de affirmar, merecem todos enumerados por isso que alguns dentre elles podem servir perfeitamente para confirmar o diagnóstico ou orientar o tratamento da doença:

a) *Motilidade:*

Registaram-se alguns casos de hemiplecias e monoplecias transitórias (30).

b) *Sensibilidade:*

Referem-se os autores clássicos a anesthasias de toda a sorte. A verdade, porem, é que não ha propriamente insensibilidade e sim ausência de reacção

(30) Verificou-se, tambem, «um certo grau de hyperexcitabilidade dos músculos á percussão e DUNTON chamou particularmente attenção para a hyperexcitabilidade dos músculos da face e do nervo facial, como signal precoce da catatonia».

á dôr. Isto é: os doentes sentem as picadas ou as queimaduras que se lhes fazem, porem não manifestam a menor sensação dolorosa. É que nesses casos intervem o *negativismo*. Vimos, entretanto, alguns doentes reagirem com violência, quando serviciados.

c) *Reflexos*:

Verificaram-se exaggeros ou diminuição dos reflexos tendíneos. Os cutâneos apresentam-se abolidos ou diminuidos. (31)

O reflexo óculo-cardíaco, estudado por alguns alienistas, foi encontrado invertido na maioria do casos.

Os reflexos pupillares raramente se apresentam modificados. Communissimo, porem, é o reflexo paradoxal á luz (*Signal de Westphal*).

DIDÉ descreveu uma « syndrome reflexa », que se compõe dos seguintes elementos: 1.º) exaggêro dos reflexos tendíneos; 2.º) diminuição ou abolição dos reflexos cutâneos; 3.º) hypertonia muscular.

d) *Pupillas*:

Em phases de excitação, as pupillas mostram-se dilatadas; e, embora inconstantemente, podem apresentar desigualdade.

e) *Vaso-motricidade*:

(31) Nota-se tambem a *associação de um exaggero do reflexo rotulíneo á abolição ou diminuição do reflexo cutâneo plantar*.

Por vezes, na pesquisa do reflexo rotulíneo observa-se que a perna após ser projectada para diante permanece em semi-extensão ao envés de retomar a sua primitiva posição. É uma manifestação da suggestibilidade.

Os distúrbios vaso-motores que se observam na demência precoce caracterizam-se por edemas, phenómenos de dermatographismo, hyperhydrose, diarrhéas, cyanose e resfriamento das extremidades. Vem a ponto citar aqui o *pseudo edema catatónico* de MAURICE DIDE. (32)

f) Secreções:

Em relação á urina, verificam-se olygúrias e, ás vezes, polyúrias; augmento da densidade, diminuição da uréa e augmento de clorêtos. RÉGIS observou albuminúria.

Quanto á saliva, ha, por vezes, exaggêro de secreção e PINI, examinando-a, verificou maior viscosidade.

No que tange ao suor, teem-se registado crises de sudorése generalizada.

g) aparelho circulatório:

Para o lado do aparelho circulatório, observam-se, entre outros, os seguintes phenómenos: relaxamento do rythmo cardíaco com diminuição da pressão arterial e ligeiro abaixamento thérnico; signaes de estenose mitral e resfriamento das extremidades.

(32) «Localisé á la face dorsale des pieds, beaucoup plus rarement des mains, exceptionnellement au visage, il est élastique n'accepte pas l'empreinte du doigt, ne disparaît pas par le repos n'est pas douloureux; il est grisâtre et fort souvent cyanotique avec parfois des crises d'asphyxie symétrique ne provoquant d'ailleurs que de superficielles érosions, des taches de purpura, de l'érythème pellagroïde, du pemphigus, des escarres, de l'adipose symétrique douloureuse».

h) s ngue:

Assignalam-se ph ses alternativas de hyper e hypo-leucocytose; diminui o da resistência globular; varia o do poder hemolytico em presença dos fermentos antithyreoides, anti-testiculares e anti-ováricos.

i) anemia:

O demente precoce  , geralmente, um anemiado. Daí, a tuberculose pulmonar que tão frequentemente o ataca.

j) menstrua o:

Entre os distúrbios da menstrua o notam-se sus-pensões, amenorrh as, menopausas pr coces etc. Ha quem affirme ser a regularidade da func o menstrual um indício de chronicidade da moléstia.

k) temperatura:

A temperatura mostra-se sempre baixa embora pas-s vel de accessos febris por vezes paradoxaes.

l) cephal as, tremores, ins mnia, terrores noctur-nos, vertigens, accidentes convulsivos, ataques hyste-ricos, ataques epileptiformes, ictus apoplectiformes com paralysisa consecutiva, tetania, caimbras e aphasias transitórias.

A maioria dessas perturba es se verificam no início da doença.

Com respeito aos *ictus*, escreveu o Prof. RÉGIS:

«Mlle. Pascal qui a spécialement  dudi  les *ictus* dans la démence precoce confirme qu'ils y sont re-lativement peu fréquents et croit, avec SÉRIEUX, que cette particularité est due   ce que dans la démence

precoce le poison a une action élective sur les centres psychiques supérieurs, fait démontré anatomiquement par KLIPPEL et LHERMITTE. En dehors des ictus relevant d'une épilepsie ou d'une hystérie antérieures, on peut cependant rencontrer dans la démence précoce: 1.º des cas isolés de convulsions non épileptiques (SCHULE); 2.º des ictus survenant á une période tardive où toute trace de la névrose antérieure est effacée (MASOIN PASCAL); 3.º les ictus avant-coureurs de la démence précoce (KRAEPELIN, KAHLBAUM, PASCAL). Elle conclut que tout ictus se produisant chez les jeunes sujets en l'absence de tout autre état pathologique tal que hystérie, épilepsie, lésions en foyer, paralysie générale, doit être considéré comme suspect et faire penser à la démence précoce.

MARCHAND a signalé de son côté, plusieurs cas d'épilepsie chez les déments précoces».

m) aparelho digestivo:

Notam-se anorexia e constipação. Nos estados de demência terminal ha verdadeira bulimia. Demais, verificam-se alternativas de gordura e emmagrecimento para fora de toda e qualquer variação do estado mental. Tendência á obesidade.

n) glandula thyreóide:

Em alguns casos tem-se observado um engrossamento diffuso dessa glândula, exophthalmia e, ás vezes, certo grau de myxedema.

* * *

Afora esses signaes, que veem compendiados nos

trabalhos clássicos, podemos accrescentar ainda:—a reacção de ABDERHALDEN, demonstrando sempre, conforme ADAUTO BOTELHO, insuficiência ovárica ou testicular e insuficiência cerebral, thyreoídeá, thymica ou supra-renal;—a precipito-reacção de GEISSLER; e —a reacção negra ou «reacção de Buscaino», a que teremos de nos reportar páginas adiante.

É mais: as pesquisas de LAUSIER, sobre o *metabolismo basal* (33) que, diga-se de passagem, nada revelaram de anormal.

IV

FORMAS CLÍNICAS

Menos a predominância de uns symptomas sobre outros do que a multiplicidade delles, impoz a subdivisão da demência precoce, em variedades ou formas

(33) *Metabolismo basal* é a quantidade mínima de calor despendido pelo indivíduo em repouso, jejum e equilíbrio thérnico, por hora e metro quadrado de superfície do corpo. É, no dizer autorizado de MARTINET, *la production energetique minimum fonctionelle*.

Dois são os processos geralmente empregados pelos physiólogos na pesquisa do metabolismo basal: um, directo, mediante calorímetros de grandes dimensões; outro, indirecto, pela medida do oxygénio consumido ou pela avaliação do ácido carbónico eliminado.

No homem adulto, em estado hygido, o metabolismo basal é, na média, de 38 calorias por hora e metro quadrado de superfície do corpo. Nas mulheres, em condições idênticas, é, em geral, de 2 a 3 calorias menos elevado que no homem.

Isso no que tange ao sexo.

De referência, porem, á idade, observamos que essas cifras attingem grande elevação na creança e vão diminuindo á medida que o indivíduo se vae abeirando da senilidade.

clínicas que, segundo KRAEPELIN, discriminam-se assim:

- A) *Hebephrenica* ou *maníaca*
- B) *Catatónica* ou *estúpida*
- C) *Paranoide* ou *delirante*.

Claro é que nos referimos tão somente aos symptomas «secundários», porquanto os «essenciaes» encontram-se naturalmente, como é sabido, em todas as formas ou variedades clínicas da doença — e os «accesórios», isto é, physicos ou somáticos, verificam-se, por igual, em todas as modalidades sem que se possa, por conseguinte, afirmar a predominância de qualquer um delles. SERIEUX, apenas, faz advertida a frequência de taes symptomas no período da entoxicação diffusa do systema nervoso, quando ainda, em seu próprio dizer, «o veneno real ou supposto não foi eliminado e as lesões destructivas tambem se não installaram definitivamente, época em que esses symptomas vão desaparecendo».

Demais e por final:

A divisão da demência precoce nas formas ou variedades clínicas que KRAEPELIN a distinguuiu ou que a distinguiram outros alienistas (34) é, digamo-lo sem rodeios, meramente eschemática, pedagógica, artificial, «porque se encontram entre ellas typos de passagem ou de combinação» — o que serve até de argumento» para justificar a synthese verdadeiramente notável de KRAEPELIN.

(34) LEVI BIANCHINI, por exemplo, admitte as seguintes modalidades; *catatónico-paranoide*, *hebephrenó-catatónica*, *heboidophrenica*, *hebephrenica*, *catatónica*, *hebephrenó-paranoide* e *paranoide*.

* * *

Vejamos agora em que consistem essas tres variedades ou formas clínicas, tarefa, aliás simplissima porquanto páginas atraz já lhe estudamos toda a symptomatologia.

A)

FORMA HEBEPHRÉNICA OU MANÍACA

É a mais commun das variedades clínicas da *démencia precoce*. É a *hebephrenia* (35) ou *loucura da puberdade*, assim denominada porque irrompe dos 15 aos 23 annos, e se caracteriza por alternativas de depressão e agitação nas quaes se observam, — ao par dos caracteres essenciaes da moléstia, isto é, indifferença emocional, abulia e associação lenta e despropositada das idéas, — surtos delirantes desconnexos, incoherentes, confusos, polymórphos, sem systematização e de base geralmente alucinatória.

(35) «En 1863, le professeur KAHLBAUM signala l'existence d'une maladie mentale á laquelle il donna le nom d'*hebephrenie* parce qu'il la considérait comme étroitement liée au développement de la puberté.

Huit ans après en 1871, Hecker, élève de KAHLBAUM, décrit sous le même nom «un processus morbide qui survient á la fin de la puberté, met obstacle au développement ultérieur de l'intelligence et détermine une forme spéciale de démence. L'époque de l'écllosion, la succession ou l'alternance des différentes phases (manie, mélancolie, confusion) l'extraordinaire rapidité de l'évolution avec faiblesse psychique terminale, la forme particulière de celle-ci induite, dés l'origine, de certains signes observés, sont autant de phénomènes qui justifient la conception d'une maladie particulière á insérer dans le cadre des vieilles classifications...» (G. DENY et P. ROY — *La Démence Précoce* — 1903 pag. 7).

Do mesmo passo, outrosim, notam-se no caracter dos doentes profundas perturbações. Assim é que, em contraposição ao que eram, tornam-se tristes, irritáveis e indolentes.

A linguagem falada ou escripta acha-se içada de *neologismos*.

De verificação quotidiana, é a chamada *paramimia hebephrenica* de ZIEHEN cujo estudo fizemos anteriormente.

Communiissimos são as *fugas* e outros *actos impulsivos*. E o *erotismo* mostra-se accentuadissimo.

Tal é, em suas linhas geraes, o quadro clínico da forma hebephrenica ou maníaca, como a traçou KRAEPELIN, na 7.^a ed. de seu *Tratado*. Na 8.^a, porem, aboliu essa variedade e, em substituição, creou as seguintes formas: a) *demência simples*; b) *deterioração néscia*; c) *deterioração depressiva com estupôr*; d) *deterioração depressiva com delusões*; e) *forma circular*; f) *forma agitada*; g) *forma periodica*.

a)

demência simples

Na *demência simples* ou *forma simples* não se observam senão os caracteres clínicos essenciaes da demência precoce e que já conhecemos. O prognóstico é sempre favorável nesses casos.

E a passagem para qualquer das outras formas indica claramente aggravação do mal.

Grande numero de autores contesta a existência dessa forma clínica.

b)

deterioração néscia

Essa forma também denominada *demência simplória* ou *atoleimada* corresponde, segundo KRAEPELIN, á hebefrenia descripta por HAECHEK.

c)

deterioração depressiva com estupor

Varietade que se chama ainda de *demência simples depressiva* ou *estuporosa* e em que se observam como symptomas predominantes: estados melancólicos, hypochondriacos, geralmente acompanhados de estupor; e, quase sempre, ansiedade, alucinações visuaes e auditivas, qua surgem após crises hysteriformes ou epileptiformes; acephalias e vertigens.

d)

deterioração depressiva com delusões

O que caracteriza essa forma, também conhecida sob a denominação de *demência depressiva com formação de delírio*—é um estado melancólico, rico em alucinações, donde ideás delirantes desconexas, absurdas, polymórfhas e, em geral, de fundo persecutório.

e)

forma circular

Caracteriza-se por phases de agitação e depressão, que se succedem, continuadamente, á maneira do que

se observa na forma circular da psychose maniaco-depressiva.

f)

agitada

Como se depreheende da própria designação, observa-se, de contínuo, grande excitação, a par de alucinações, euphoria e delírio de grandeza.

g)

periódica

Forma que se deverá chamar *menstrual* ou *catamenial* dadas as estreitas relações que mantem com o fluxo mensal. Notam-se: agitação, que pode ser violentíssima; illusões; alucinações e confusão de espirito.

Tanto que as regras apparecem ou cessam, a doente volta á tranquillidade.

* * *

Á luz da observação e experiência clínicas, justifica-se a substituição da forma hebephrenica pelos pequenos grupos que acabamos de descrever? Evidentemente, que sim. Estão aí os multiplos casos que, de continuo, passam sob os nossos olhos a dar razão as descripções magistraes do eminente psychiatro de Munich. De feito: doentes, cujos symptomas, á primeira vista, parecem filiados ao quadro clínico da psychose maniaco-depressiva, — uma observação mais demorada, entretanto, vae descobrir os caracteres essen-

ciaes da demência precoce. São esses, justamente, os casos que acabamos de descrever acima sob as rubricas de *circular, agitada e periódica*.

No entretanto, a rubrica — «forma *hebephrenica*» — podia ser mantida embora englobando os pequenos grupos em que a descreveu KRAEPELIN porquanto em todos elles ha, incontestavelmente, um aspecto commum que os approximam e que os filiam ao velho quadro da *hebephrenia*.

B)

FORMA CATATÓNICA OU ESTÚPIDA

Na forma catatónica predominam os distúrbios motores espasmódicos ou de inibição, que ora se acompanham de agitação, ora de estupor. Eis aí está por que na symptomatologia geral estudamos os phenomenos catatónicos divididos em dois grandes grupos e aqui temos que considerar doentes presas de «agitação catatónica» e doentes portadores de «estupor catatónico».

Os demêntes precoces presas de agitação catatónica são justamente aquelles que apresentam *stereotypias* e *impulsos*: permanecem horas a fio na mesma posição ou em atitudes as mais extravagantes, taes como as de chinês, Christo crucificado, atirador, sentinella etc. Ou, então, fica a enrolar e a desenrolar mechas de cabello, a apertar uma mão contra a outra, a marchar num mesmo sentido, a fechar e a abrir as pálpeblas etc., actos esses que se podem repetir indefinidamente. Observam-se tambem signaes de *maneirismo*, isto é, vozes de falsete, contorções physionómicas, exhibições

de atitudes e outros phenómenos que taes. E a completar o quadro clínico verificam-se tambem actos de franca *impulsividade* entre os quaes *fugas e aggressões*, para só citar os mais communs. Crises de *verbigeração* observam-se, tambem, geralmente.

Os dementes precoces portadores de estupor catatónico revelam symptomas de «suggestibilidade» e «negativismo». São doentes que, ou apresentam tendência geral, permanente, instinctiva, a adoptar qualquer solicitação provinda do exterior, seja qual for a sua natureza; ou então, reagem, contrariando-a, donde o nome de «loucura de opposição», como é conhecida dos antigos alienistas. (36) Quer isso dizer que os doentes revelam aquelles signaes estudados na symptomatologia geral e que merecem aqui lembrados: signal da lingua de KRAEPELIN, mão docil e perseverante, echolalia, echopraxia, echographia, sitiophobia, mutismo, analgesia, symptoma de GANSER, mão negativista etc.

Urge referido que essa distincção entre agitação catatónica e estupor catatónico é, tambem, como a das fórmulas clínicas, particularmente didáctica por isso que os casos em commum observados são, na realidade,

(36) Essa «oposição» não diz respeito tão somente ás solicitações estranhas (*hetero-negativismo*). Observa-se, tambem, em relação não só aos desejos do próprio doente, senão ainda ás próprias necessidades physiológicas (*auto-negativismo*).

Vem a ponto referir que para alguns alienistas, o *negativismo* resulta, de um lado, da *abulia*, de que padece o paciente, e, do outro, da predominância de idéas antagonicas ou de contraste. KRAEPELIN o attribue a determinado distúrbio da volição, que especializou sob a denominação de «SPERRUNG» (*barragem da vontade*).

aquelles em que os doentes apresentam symptomas, quer de agitação, quer de estupor.

«Em geral, a demência precoce catatónica—escreve com absoluta razão o illustre Prof. HENRIQUE ROXO—se inicia por uma phase depressiva, surgindo pouco depois allucinações extravagantes e idéas absurdas.

Apparece-lhe o diabo no inferno, gritando o nome do doente. Dão-lhe choques electricos. Obrigam-no a pensar em cousas, em que não quizera pensar. E' obrigado pelos mediums a ter relações com a irmã.

Parece-lhe que o mundo está transformado e que as pessoas mudaram de cara. Ha muitas vezes idéas de peccado e o doente se diz peór que Judas.

Em alguns casos se constata um delírio de grandezas tôlo e inverosimil como no doente que affirmava Deus lhe haver entregue em mão 60.000 libras.

As allucinações influenciam de tal forma os doentes que não podem prestar attenção a qualquer outra cousa. Ficam engolphados no delírio e cahem no estupôr, ou irritam com elle e ficam muito agitado».

C)

FÓRMA PARANÓIDE OU DELÍRANTE

O que caracteriza a *demência precoce paranóide* é o predomínio, no scenário clínico, de delírios frouxamente systematizados, polymórphos e, em geral, com assento e base em allucinações. Encontram-se aqui, synthetizados por KRAEPELIN, «a paranoia aguda» ou «paranoia dissociativa de ZIEHEN»; os «delírios d'emblée» ou «delírios

polymorphos dos degenerados hereditários» tão bem estudados pelos alienistas francêses; e, finalmente, «o delírio crônico de MAGNAN» que comprehende, como se sabe, quatro periodos ou épocas, discriminados assim: o *de incubação*, o *de perseguição*, o *ambicioso* e o *demencial*.

Esses delírios assumem frequentemente a forma de perseguição e de grandeza que, por vezes, no início da doença, mostram-se enriquecidos de ideas delirantes mysticas, eróticas ou melancólicas: os doentes acreditam-se perseguidos por entidades as mais diversas (espíritos, políticos, communistas etc.) que os atormentam—, segundo o grau de cultura do perseguido—com choques electricos, raios X, ultra-violetas, hypnotismo e desejos sexuaes; ou, então, dizem-se principes, imperadores, santos, prophetas, illuminados etc.

Os autores gaulêses costumam para a caracterização desses delírios mostrar a importância do que elles chamam «*l'écho de la pensée*» e «*délire de persecution physique* ou *de possession corporelle*.» «E com muita razão, diz CONSTANZA PASCAL, que «KRAEPELIN *a insisté sur l'importance de ce délire*.» De feito. Consoante o depoimento autorizado e pessoal do Prof. HENRIQUE ROXO,—KRAEPELIN apresentava sempre como imprescindíveis para a boa diagnóse da demência precoce paranóide justamente estes dois elementos: a «*idéa da posse physica*» e o «*phenômeno do echo do pensamento*».

A *idéa da posse physica* tem a sua origem numa perturbação da cenesthesia. O doente sente-se possuido e influenciado por outrem: tiram-lhe a capacidade

sexual, obrigam-no a proceder desta ou daquella forma, arrastam-no deste para aquelle logar e assim por deante.

O *phenómeno do écho do pensamento* consiste em o doente accusar, irritado, que lhe arrancam as idéas e as divulgam para conhecimento de todos.

* * *

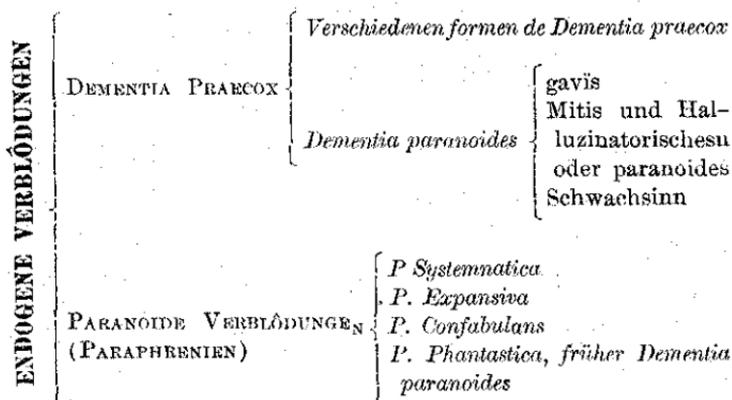
A inclusão dos delírios systematizados chónicos, typos MAGNAN e LASEGUE-FÁLRET, no quadro clínico da demência precoce paranóide,—provocou os protestos mais violentos, sobretudo em França. E KRAEPELIN, dando-lhes a merecida acolhida, dalli excluiu-os na 8.^a ed. do seu «Tratado» para formar com elles um novo grupo psychopático—o das *paraphénias*—como já o fizemos sentir no resumo histórico que serve de «Introdução» a esta monographia. Páginas adiante, em capítulo especial sobre a «DEMÊNCIA PRECOCE» (*typos* MOREL-KRAEPELIN) e ESCHIZOPHRENIAS», veremos como os discípulos do celebre mestre de Zurich apreciaram essas modificações.

* * *

Vejamos agora em que consiste a *forma paranóide da demência precoce*, segundo os últimos ensinamentos do sábio de Munich.

Foi, justamente, no grupo das «PARA-DEMÊNCIAS ENDÓGENAS» (*Endogene Verblödungen*), que KRAEPE-

LIN localizou a sua *Demência precoce*, como se vê do quadro anexo:



Pela leitura do schema acima, verifica-se que KRAEPELIN dividiu as formas paranóides da demência precoce em «grave» e «benígna», isto é, á luz de um critério prognóstico.

Estudemos, succintamente, essas diferentes formas em as quaes, consoante o próprio doutrinar de KRAEPELIN, (37) notam-se os diversos aspectos e os mesmos estados terminaes da demência precoce, nada obstante as apparencias clínicas que os possam mascarar.

(37) «Früher oder später den Wahnbildungen regelmässig eine Reihe von Störungen hinzugesellen, wie wir sie bei den übrigen Gestaltungen der Dementia praecox überall wiederfinden. In einer grossen Zahl von Fällen entwickeln sich ferner Endzustände, die vollkommen denen der bisher beschriebenen Formem gleichen. Kommt es zur Ausbildung eines psychischen Siechtums, das trotz mancher eigenartiger Züge dennoch eine nähere Verwandtschaft mit den uns sonst bekannten Ausgängen der Dementia praecox erkennen lässt».

a)

*(Forma grave)**(Demência paranóide grave)*

Os doentes incluídos na rubrica de «demência paranóide grave» são, antes de tudo, portadores de delírios com base alucinatoria e caracter persecutório.

Communissimas são as alucinações auditivas. O phenomeno do «écho do pensamento» é, outrosim, geralmente observado. Sentem-se influenciados nos actos que praticam. As mulheres, sobretudo, queixam-se de que as violentaram, de que as engravidaram.

Ao lado desse delírio de perseguição, adverte KRAEPELIN que na metade dos casos tem-se verificado tambem delírio de grandeza.

No que tange á linguagem, neologismos extravagantes são verificados a cada passo.

Uma particularidade interessante dessa variedade clínica nos é offerecida quando o delírio do paciente se complica de «falsas recordações». E' a «paranóia originária» de SANDER.

Enfim, podemos concluir este resumo recordando o próprio dizer de KRAEPELIN que os doentes aqui referidos apresentam, de início, simples delírios, mas, á proporção que a moléstia progride, vão apparecendo caracteristicamente os symptomas da derrocada do psychismo e, em particular, os signaes dos distúrbios

affectivos e da vontade, pathognomónicos da demência precoce (38).

b)

Forma benigna

É a variedade da demência precoce paranóide conhecida pela designação de «*enfraquecimento mental alucinatorio ou paranóide*», isto é, («*paranoiden oder hallucinatorischen Schwachsinn*»).

Os symptomas que apresentam esses doentes são os mesmos que os da forma precedente. Verificam-se idênticos delírios, com base alucinatoria e caracter persecutório. Notam-se também alucinações auditivas, «écho do pensamento», «influência physica» e os demais symptomas que se verificam na forma *grave*.

Entretanto, observa-se que no evolver do mal, bastantes attenuados encontram-se os signaes da decadência mental e quanto ao prognóstico é elle sempre favorável (39).

(38) So würden wir zunächst jene paranoiden Erkrankungen ins Auge zu fassen haben, die zwar mit einfachen Wahnbildungen beginnen, im weiteren verlaufe jedoch immer deutlicher den eigenartigen Zerfall des Seelenlebens und insbesondere auch die gemüthlichen und Willensstörungen darbieten, wie sie die Dementia praecox kennzeichnen; man könnte sie unter dem Namen einer «*Dementia paranoides gravis* zusammenfassen».

(39) «Als eine weitere Form der paranoiden Dementia praecox glaube ich nunmehr noch eine Gruppe von Fällen anfügen zu sollen, die einerseits eine ganz ähnliche Entwicklung um die gleichen Wahnbildungen aufweisen wie die soeben geschilderten paranoiden Erkrankungen, andererseits aber in eigenartige Schwachsinnzustände ausgehen. Während dort in den Endzustände

«São curiosos — escreve HENRIQUE ROXO — os processos de defesa contra as presumidas perseguições de que se servem esses doentes. São elles vistos com os ouvidos tapados, de oculos escuros, com algodão nas partes pudendas e apparatus especiaes que tapem o nariz.

Ha casos em que predomina o abaixamento do nivel intellectual, representando o delírio papel de pequeno destaque. Vê-se o individuo a falar constantemente baixinho, conversando com um supposto individuo, ás voltas com as suas allucinações.

Não dá explicações sobre estas e se responde ás perguntas que se lhe fazem, patenteia notavel fraqueza mental».

c)

• *Schizophasia* ou *Confusão da fala* (40)
 («Sprachverwirrtheit»)

Essa forma poder-se-ia chamar: «demência caracterizada por uma confusão da linguagem». Entretanto,

den hauptsächlich die Willensstörungen un die Zerfahrenheit des ursprünglichen Krankheitsbildes zurückbleiben, haben wir es hier mit der Entwicklung eines psychischen Siechtums zu tun, das besonders durch die Fortdauer von Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen gekennzeichnet wird: den Ausgang des Leidens bilden Zustände, die wir als *paranoiden oder hallucinatorischen Schwauchs* bezeichnen können. Da hier der Kern der Persönlichkeit weniger stark geschädigt erscheint, its es vielleicht gestattet, von einer «*DEMENTIA PARANOIDES MITIS*» zu sprechen».

(40) Esse termo é devido a BLEULER. Sua inclusão na psiquiatria de KRAEPLIN não deverá ser levada á conta de incoerência. E que fala mais alto a excellência da expressão.

por expressiva, merece conservada a designação de «schizophasia». Os doentes aqui incluídos não apresentam profundos signaes de «enfraquecimento mental». Observam-se, todavia, delírios de perseguição, com predominância de «idéas de posse physica».

Por vezes, notam-se tentativas de suicidio, que podem ser interpretadas, como um recurso do paciente para se livrar dos inimigos. O que, porem, domina todo o quadro clínico é a perturbação da linguagem, essencialmente característica e symptomática e que consiste numa «*discordância entre o pensamento e a expressão*».

Daí, a «confusão» que se observa no modo de falar desses doentes em que os neologismos e circumlóquios desnecessários assumem papel preponderante.

Esse phenómeno, entretanto, não se verifica, de continuo, no evolver da moléstia. Occasiões ha em que se percebe após verdadeiras saladas de palavras certa lógica e couherência no que vae dizendo o paciente.

* * *

Terminamos aqui de expôr os symptomas da *demençia precoce*, consoante os ensinamentos de KRAEPELIN e seus discípulos. E, no capítulo immediato, estudaremos as as differentes doutrinas disidentes, especialmente as divulgadas pela «Escola de Zurich» e que têm dado volta ao mundo sob a rubrica de *eschizophrenias*.

(*Continúa*).

SENSIBILIDADE DO APARELHO LOCOMOTÔR. NATUREZA E LOCALIZAÇÃO DOS SEUS ORGÂMS RECEPTÔRES. O SENTIDO DO ESFORÇO

(Prelecção do Prof. Aristides NOVIS na Faculdade de Medicina)

O aparelho locomotôr é constituído pelos orgâms activos (músculos) e passivos (ossos e articulações) do movimento. Sensações musculares devem ser entendidas todas aquéllas que têm origem no músculo e seus accessórios, isto é, no aparelho locomotôr. Assim o recommenda Sherrington, porque se tem identificado não só nos músculos, como nos tendões, nas bainhas tendinosas e nas superfícies articulares, a presença de corpusculos especiaes, especificamente ligados á regulação dos nossos movimentos musculares. Diz mesmo Luciani que a precisão e a elegancia com que o individuo pôde executar certos movimentos não prevêem senão desta fonte reguladora. Como que existe uma cenesthesia muscular, a levar ao nosso sensório informações mais ou menos vagas sobre o estado funcional dos nossos músculos, comquanto sufficientes para, communicadas aos centros motôres, dosarem os impulsos destes provenientes para a nossa sustentação e locomoção. Esboça-se aqui um capítulo interessante da Physiologia, que é o «*do sentido das attitudes e dos movimentos*».

No estado normal, estas communicações centraes do músculo e das articulações se fazem sem que tenhamos consciencia muitas vezes de sua realização. Nem por isso são ellas menos accetaveis, ao considerarmos, por

exemplo, de referencia ao musculo, a limpeza com a qual podemos emittir determinada nta na escala musical, o que jamais se daria sem o prévio conhecimento, embóra inconsciente, do estado de tensão das nossas crdas vocaes. Não fra a possibilidade dessa consulta intima, não poderia o cantr vibrar a nta pedida com a rapidez, precisão e segurança com que o artista a faria partir de um violino, de cujas crdas o grão de afinao lhe  conhecido. O nosso aparelho vocal tem sido comparado ao mesmo instrumento maravilhoso,—o violino, cujo arco fôsse representado pela columna de ar expellida, a qual, passando pelas crdas vocaes, dllas retiraria, por identico mecanismo, a nota desejada.

As sensações musculares são, portanto, sensações complxas. A regulação reflxa do trabalho muscular demanda a intervenção de outras vias centrípetas ligadas ao equilibrio do corpo, a serem por nós opportunamente estudadas, como por exemplo, as de origem labyrintica. Não será tambem a plle o ponto de partida de excitações desse genero? Levantou-se a respeito, a seguinte objecção:—essas impresses que regulam o movimento muscular tero origem no próprio musculo ou tero origem na plle? Quando flectimos ou deflectimos fórtemente um membro, a plle comprimida não nos dará, respectivamente, dos lados da flexão ou da extensão, uma sensação correspondente ao sentido de contacto ou de pressão solicitado? Não será que as impresses partidas de organo do tacto vo ferir o nosso sensorio, independentemente dssa supposta solicitação partida do musculo? Hoje em dia não podemos ter esta dvida, porque contra ella depõe a presença de organs especificos, identificados pela anatomia microscópica e dispstos como antenas por toda a extensão do aparelho

locomotôr. Os chamados «*corpusculos de Pacini modificados*», «*os orgams musculo-tendíneos de Gólgi*» e os «*fusos neuro-musculares*», são expressões correspondentes a um substractum especial, articulado ás terminações nervosas sensitivas existentes nos aparelhos quér activos quér passivos do movimento, e pois, com uma finalidade perfeitamente reconhecida. Para a escola de Schiff, porém, em 1858, tal subsídio do aparelho locomotôr no concernente ao governo do seu dynamismo foi posto á margem, em favôr dos referidos estímulos de origem cutanea e coincidentes com a actividade muscular. Claude Bernard, sem negar a participação cutanea na genese das sensações musculares, reivindica para o musculo uma relativa autonomia no particular, para o que despôja os membros da rã do seu envólucro tegumentar, sem notar sensível differença na irregularidade com que o animal continúa a executar os seus movimentos habituaes de locomoção, de salto e de natação. (Luciani) Igual critério adoptou a physiologia brasileira, da parte do seu maior expoente,— Prof. Miguel Osório de Almeida, que, repetindo as experiencias de Claude Bernard, em batrachios, e extendendo-as a outros animaes, pode apurar nos ophideos o quanto perdem na força e na precisão com que armam e lançam o seu bôte caracteristico. Isto prova que os movimentos do animal estão subordinados tambem á influencia dos estímulos partidos da pélle.

E' obvio, pois, que quando nos referimos as sensações de origem muscular, não devemos fazer elisão déssas outras fórmas de sensibilidade que funccionam para o mesmo effeito que ellas, isto é, o de regularem por via centrípeta a impulsão centrífuga dos centros motôres.

Basta lembrar os casos em que esta via centrípeta é

interceptada em consequencia de uma lesão. E' o caso da *tabes dorsalis*, por exemplo, doença determinada por uma lesão residente nos ganglios espinhaes,—escala obrigada da sensibilidade, no seu trajecto da periphéria para os centros nervósos. A siringomielia é outra affecção medullar que póde collaborar no mesmo sentido. Mas, vamos ao primeiro caso, perante o qual falléce-nos o direito de manter em dois capitulos differentes da physiologia,—a sensibilidade e a motricidade, para, ao envez disso, os fundirmos no mesmo e unico interessante capitulo, que é o da *sensomotilidade*. Com effeito, se as funcções nervósas se podem resumir no acto refléxo, claro está que, perturbada a sensibilidade, lhe não ha de ficar indifferente a motricidade. A *tabes dorsalis* foi tambem chamada de *ataxia locomotriz progressiva*, expressão a traduzir um disturbio motôr, não obstante desenvolver-se o mal nos arraiaes da sensibilidade. Mande-se um individuo normal guardar a posição erécta,—os pés unidos. Qualquer de nós o fará, sem cair, inesimo com os olhos fechados. O mesmo não acontecerá ao tabético que, neste caso, perderá o equilibrio, (signal de Romberg) indice do bloqueio das vias afferentes sensitivas suppridas eventualmente pela visão. Esta é a razão pela qual dizem os clínicos que o tabético faz dos olhos as suas mulêtas. E' a mesma razão que explica o facto observado por von Frey em si próprio, de não conseguir levar á bôcca um garfo ou a um dos olhos o dêdo, si, préviamente, tem bloqueiado pela cocaina a sensibilidade do ante-braço. A sensibilidade profunda é insufficiente para por si só assegurar a coordenação motôra, e por isso, a desordem é fatal nestes dominios quando a nôta da sensibilidade cutanea se não intégra ao accôrde das sensações elementares pelas quaes exercemos o commando dos nossos movi-

mentos. A natureza viva é uma escola de aperfeiçoamento. E tanto assim é, que a pelle, á força de contribuir para o sentido em apreço, invaginou-se na direcção dos centros nervózos, transfigurando-se na sublime estructura dos orgams vestibulares, nêssa maravilhosa modalidade do tacto, que é o ouvido, justamente cognominado o «tacto á distancia.

Do papel deste aparelho nos destinos funcçionaes do musculo, que o digam as experiencias levadas a effeito sobre o utriculo, o sacculo e os canaes semi-circulares que, de Flourens a Ewald, com o seu festejado *tonus labyrinthico*, têm dado assumpto ás mais bellas páginas da physiologia.

Nesta sublimação do antigo sentido cutaneo vemos um esforço de accommodação do musculo ás suas altas funcções, haurindo elle á esta nova fonte estímulos para o bom andamento de sua taréfa, considerada na quantidade, mas sobretudo na qualidade das contracções, tão articuladas estas ás proporções do seu mandato que se concórda não ser uma expressão gratuita aquêlla que reconhéce uma verdadeira «intelligencia muscular». Assim, o equilibrio, funcção neuro-muscular por excellencia, está sujeito na sua sustentação a todos os impulsos centrípetos e centrífugos até aqui delineados. O cerebello tem perdido o seu antigo prestígio de «orgam do equilibrio», para se alistar ao lado destes nóvos factôres como parte integrante do delicado e compléxo aparelho da equilibração.

Sentido muscular. A theoria do «sentido muscular» foi creada por Bell e Panizza, em 1832 e 1834, respectivamente, como o resultado da *ataxia radicular*, isto é, das desordens motôras consecutivas á secção das raizes espinhaes posteriores. Consideraram-no então um «*sexto sentido*». Logo após, creou-se em physiologia um capi-

tulo especial para o «*sentido da força,*» sentido pelo qual temos a percepção consciente da força necessaria a empregar, com o fim de nos oppôrmos ás resistencias encontradas. Se vamos, por exemplo, levantar um peso e procuramos sentir ou avaliar a grandeza desse mesmo peso, é pelo sentido da força que graduamos a quantidade de energia contractil necessaria á obtenção do seu deslocamento, e pois, uma noção mais exacta do seu valôr ponderal. Nisto, o musculo supéra o tacto. E' verdade que o tacto não pôde fugir á sua collaboraçãõ no mesmo sentido, mas o tacto não discerne tanto as differenças mínimas de peso como o faz o musculo. Ha uma experiencia que confirma este asserto:—se queremos sentir um determinado peso, ou, por outra, se queremos apurar a differença entre dois pesos distinctos, experimentamos com muito maiór precisão esta differença levantando os pesos num lenço, do que os aferindo por méro contacto sobre os dedos da mão, applicada esta em distensão passiva sobre um plano de apoio. E' que neste ultimo caso interrogamos os organs do tacto, ao passo que no primeiro, (caso do lenço) são nossas informantes as sensações musculares, ou ainda, o «*sentido da força,*» de Weber.

Sentido do esforço. Que vem a ser o «*sentido do esforço?*» Até aqui temos visto que o estado funcional dos nossos musculos é percebido pelo nosso sensório, graças ás impressões partidas da periphèria. No «*sentido do esforço*» os autores fazem allusão não mais a estas impressões, mas a sensações de origem central. O «*sentido do esforço*» é, pois, um phenomèno central,—o «*sentido da força,*»—um phenomèno periphérico. «*Sentido do esforço ou sensaçãõ de ordem central que précède o movimento, coincidindo com o acto volitivo.*» Quer isto dizer que, quando vamos executar um movi-

mento qualquér, antes que a musculatura o execute e que tenhamos a sensação do movimento executado, temos uma sensação prévia do movimento a executar. Nos actos motôres ha, então, duas sensações diferentes: —uma que antecede o movimento: «*sentido do esforço*» ou «*sentido innervativo central*»; e outra isóchronea com o movimento, —«*sentido da força*».

Desenvolvendo o assumpto, diz Luciani: —a noção de contracção é anterior e não consecutiva ao movimento, e téce a respeito commentarios, alguns dos quaes vou procurar reproduzir, favoraveis e contrarios ao sentido innervativo central, para melhór comprehensão da materia.

Argumentos favoraveis. E' o caso dos paralyticos. Quando um individuo tem a paralyisia de um braço e o incitamos a realisar um movimento com esse membro, o que aconteçe? E' inutil a tentativa, mas elle tem a sensação correspondente ao movimento effectuado, embóra não n'ô tenha conseguido. Este argumento é de uma palpavel fragilidade. De facto, o esforço canalizado pelo paciente para a musculatura inválida do membro, transbordando-se para a musculatura sã, pôde explicar a sensação por estímulos irradiados dessa fonte. Temos tambem o caso do dynamómetro, —apparelho destinado a medir a força muscular. Apertando o dynamómetro na mão, verificamos que, a medida que as contracções se vão succedendo, estas accusam valôres de intensidade progressivamente decrescentes. Entretanto, alenta-nos a illusão de haveruos comunicado o mesmo esforço ás diversas contracções. Essa impressão de constancia na força desprendida é toda subjectiva e depõe em favôr do sentido innervativo central, porque se ella dependesse do musculo soffreria com este as mesmas vicissitudes deficitarias da fadiga, donde a conclusão de que a

sensação do esforço independa do movimento realmente executado. Outro argumento reside na observação do que occorre com os amputados. Si o individuo, nestas condições, privado de um braço, sóe conservar a sensação do membro ausente até as minúcias de «estar tocando o dedo pollegar com o dedo minimo», no phenomeno já de todos conhecido, da «projecção periphérica das sensações», claro está que certa razão assiste á Weir-Mitchell em fundir nos centros nervósos, com a vontade do movimento, a consciencia de sua execução e em contestar para o caso a legitimidade do factor periphérico. Ainda um argumento:—o do «phenomeno da garrafa,» de João Muller. O grande physiólogo observou o seguinte:—quando um individuo, acostumado a remover garrafas pesadas, encontra casualmente no meio dellas uma garrafa vasía, (não estando prevenido da sua vacuidade) empregará uma força tal que a garrafa léve «vôa no ar». Se a regulação do movimento muscular dependesse sempre do impulso partido do musculo, nunca se daria tal phenomeno; isto, porque, desde que a garrafa mais léve fôsse deslocada, ella mandaria aos centros o opportuno aviso regulador da corrente centrifuga, preservativa dessa hypermetria que lhe dá azas para vôar.

Argumentos contrarios. Contra o «sentido innervativo central» são os mais demonstrativos os casos chamados de Strumpell e o da pistôla. A contribuição de Strumpell resume-se no seguinte:—um individuo robusto recebeu uma lesão na medulla cervical, interessando a substancia cinzenta da ponta posterior e parte do cordão posterior direito. Em consequencia, veio a soffrer de uma paralyisia global das sensibilidades superficial e profunda do ante-braço e da mão do mesmo lado. Neste estado, e de olhos vendados, o

paciente não sabia dizer se os dedos da sua mão estavam flectidos ou deflectidos nem lhes mantinha a posição assumida quando com os olhos abertos. Onde a explicação do facto? E' que as impressões vehiculadas pelas vias sensitivas tinham o seu itinerario interceptado pela lesão accidental da medulla. A via centrífuga estava perfeita. O impulso motôr ia muito bem dos centros de origem para o membro anesthésico, e a prova disto é que o paciente fazia todos os movimentos com o referido membro. Ora, se a via centripeta estava seccionada pela lesão medullar, com perfeita integridade ou conservação da via centrífuga, e se o mesmo individuo não era capaz de regular os seus movimentos de olhos vendados, que conclusão devemos tirar? A de que, evidentemente, as sensações de origem central não são sufficientes ao commando do musculo, em detrimento do «sentido innervativo central», cujas condições de actividade são mantidas neste caso, e apenas interrompidas as do sentido muscular.

Por ultimo, vem «o phenomeno da pistóla» Manda-se que o individuo colloque o dedo no gatilho de uma pistóla e finja que vae atirar. Sem deflagrar a arma, elle tem a sensação correspondente á flexão do indicador, qual a houvesse deflagrado, o que daria ganho de causa ao «sentido innervativo central», afastada toda a solicitação de fonte muscular. Mas, em verdade, as coisas não se passam assim nesta experiencia. Ferrier a interpreta admittindo no acto ficticio da pressão sobre o gatilho, a coincidencia da parada da respiração, com a mobilisação, pois, de estímulos partidos da musculatura glóttica e thorácica, em cada disparo simulado.

Do exposto, concluiremos com Luciani:—«os actos voluntarios são normalmente regulados por uma dupla ordem de sensações corpóreas:—pelas de origem peri-

phérica (*sensações musculares*) e pelas de origem central (*sensações innervativas*)».

Deste modo, as sensações musculares provêm das excitações designadas por Sherrington do «*proprioceptivas*,» das quaes são exemplos frisantes o chamado «*phenomeno depressôr*» e o da «*inibição antagonista*».

Phenomeno depressôr. Existe um nervo em relação com o pléxo nervoso do coração, que é o nervo depressôr de Cyon. Elle é tributario do pneumogastrico. Sua função é levar por via centrípeta aos centros noticias do regimen circulatorio no segmento da aórta thoracica. A hypertensão é assim communicada aos centros e o coração bate mais devagar, sollicitada a acção moderadora do vago pelo nervo depressôr. Se o coração modéra os seus batimentos, a pressão sanguínea decáe, satisfazendo á hemo-dinamica por esse maravilhoso aparelho nervoso valvular.

Inibição antagonista. Toda a vez que um musculo se contráe, ao mesmo tempo em que elle infôrma aos centros nervósos sobre seu estado funccional, elle envia tambem uma sollicitação de caracter opposto ao musculo que lhe é antagonista. A musculatura estriada é dividida em musculos agonistas e musculos antagonistas. Se fôsem identicos os impulsos emanados dos centros motôres para ambos estes musculos, no acto da flexão, por exemplo, o resultado seria a neutralisação do movimento. Mesmo que o impulso só agisse sobre o flexôr, conservado o tonus do extensôr, a flexão jamais lograria o desembaraço alcançado, se ao impulso motôr correspondente não incorporassem os centros impulsos outros, de natureza inibitória, annullando a acção do extensôr antagonista. Quando é o extensôr que se movimenta, é a vez do flexôr quebrar as suas forças pela mesma inibição. São sensações proprioceptivas, base da mesma

disciplina interna de tantos outros actos da nossa vida, que o facto da subtracção a tutella psychica não perturba,—coordenados, quaes se entremóstram, no vago scenario da cenesthesia,—á vóz de um commando interior que sobre elles derrama luares de intelligencia...

ANTI-ANEMICO — ANTI-NERVOZO

GRAGÉAS
do Dr
HECQUET

Laureado da Academia de Medicina de Paris
de Sesqui-Bromureto de Ferro.

O melhor medicamento ferruginoso, contra:
ANEMIA, CHLOROSE,
NERVOSIDADE, CONSUMPÇÃO.

O unico que reconstitue o sangue, calma os nervos e nunca occasiona prisão de ventre.
DOSE: 2 a 3 gragéas a cada refeição.

ELIXIR e XAROPE de Dr HECQUET
de Sesqui-Bromureto de Ferro
Deposito: Paris, Montagu, 49, B^a de Port-Royal,
E EM TODAS AS PHARMACIAS

EMPHYSEMA
DYSPNEA

BRONCHITES
ASTHMA

IODEINE MONTAGU

PILULAS
XAROPE
AMPULLAS
de Bi-Iodureto de Codeina

ANTIDYSPNEICO
CALMANTE DA TOSSE
EXPECTORANTE

MONTAGU, Ph^{co} 49, Boulevard de Port-Royal,
em todas as Pharmacias.

XAROPE: 2 a 3 colheres, des de sopa, puro, por dia.
PILULAS: 4 a 6 pilulas por dia.

BOLETIM

DA

Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia

ACTA DA 4.^a SESSÃO DA SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES
DA BAHIA, EM 18 DE JUNHO DE 1933

Aos 18 dias do mês de Junho do corrente ano, no local e hora do costume reuniu-se a Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia, para realizar a sua 4.^a sessão ordinaria. Em virtude da ausencia justificada do Presidente Dr. E. de Araújo, assumiu a presidencia o Dr. V. da Cunha. que secretariado pelos Drs. José Silveira e C. Sepulveda abriu a sessão, sendo em seguida lida pelo Snr. 2.^o secretario a ata da sessão anterior que posta em discussão foi unanimemente aprovada. Lido o expediente pelo Snr. 1.^o Secretario que constou da adhesão dos Drs. Hermano de Sant'Ana, Enoch Torres e Martagão Gesteira, este pediu a palavra para apresentar á casa os seus ultimos inventos, concernentes á aparelhagem clinica sobretudo do pediatra—uma maleta contendo tudo de que precisa o clinico de criança para o exercicio de sua profissão e um aparelho de escuta á distancia resultante da adaptação de varias peças de aparelhos diferentes, dando um conjunto de valor.

Entregue a observação de varios consocios foi o

aparelho examinado na escuta de uma criança presente.

Em seguida iniciou-se a ordem do dia, pela comunicação apresentada pelo Dr. Thales de Azevedo, sobre um caso de Carotínia, em torno do qual o seu autor teceu considerações, realçando a sua raridade.

Posta em discussão usam da palavra o Dr. Flaviano Silva que felicita o comunicante pelo seu cuidadoso trabalho que diz tratar-se de um assunto raro e novo. Como dermatologista nunca observou nenhum caso em sua clinica e presume á sua patogemia se prenda a uma insuficiência gastrica; Dr. Almeida Gouveia acha que sua raridade se liga talvez a não ser bem observada e procurada e fala do seu valor no prognostico em obstetricia.

Dr. José de Figueiredo acha interessante o caso e tratando do seu diagnostico diferencial com as diversas variedades de ictericias, lembra ter se esquecido o comunicante de pesquisar a bilirubina pela prova de Van de Bergh indispensavel para o esclarecimento da questão em fóco.

O Dr. Thales de Azevedo agradece aos colegas o interesse que neles despertou a sua comunicação e confessa não ter completado com a prova de Van de Bergh.

O Dr. Octavio Torres usa da palavra para estudar as lesões determinadas pelos *niquins* fazendo-o com largueza de considerações e fatos que apresentou já concernentes a essas lesões, já aos peixes delas produtores.

Em discussão usa da palavra o Dr. H. Fróes. Começa dizendo que de uns oito mêses a esta parte vem fazendo estudos sobre animais venenosos e veneniferos, especialmente sobre peixes, e dentre estes é jus-

tamente sobre «*niquins*», que tem feito mais amplas observações.

Está de pleno acôrdo com o Dr. TORRES quanto á necessidade de serem as observações coligidas pelos diferentes observadores trazidas a lume para conhecimento dos interessados e arquivo na literatura medica; é, porém, indispensavel que tais observações sejam bastante cuidadosas e acuradas para evitar causas de erro ou interpretações incorretas, devendo ficar bem averiguado qual o peixe responsavel pelo acidente.

De referencia aos *niquins*, de um modo geral, teria varias considerações a fazer, quer quanto á systematica, quanto aos caratêres morfologicos e á atividade toxifora, quer quanto á observação das lesões determinadas no homem, ou experimentalmente em animais de laboratorio.

Promete dar conta dos estudos experimentais realizados em proxima comunicação á Sociedade, prontificando-se a trazer na sessão imediata varios exemplares de *niquins* da coleção que está organizando para o pequeno museu da Cadeira de Doenças Tropicais, e que já conta mais de 30 exemplares oriundos de varios pontos da Bahia.

Vai restringir as considerações presentes especialmente á questão da nomenclatura que é de grande importância, e a que se refere em publicação, ainda inédita, que enviou para uma de nossas revistas scientificas.

Sob o nome de *niquim* fôram-lhe enviados varios peixes, pertencentes a generos diversos, entre os quais um exemplar de *Antennarius scaber* que nem vulnerrante é, quanto mais toxifero! O *pocomon* (pacamão) que tambem lhe foi assinalado como sinonimo de *niquim* parece corresponder ao *Maregravichtys cryptocentricus* cuja

presença foi já assignalada entre nós, em Itapagipe. Nessa questão de nomenclatura cumpre principalmente distinguir os verdadeiros *niquins*, também conhecidos por «*niquim de lama*» e «*niquim de areia*», que são *Thalassophrynidae* (genero *Thalassophryne*) dos chamados «*niquins de pedra*», mais conhecidos entre nós por *briali* ou *beatriz*, que são *Scorpaenidae* (genero *Scorpaena*). Os primeiros são peixes de pele, muito feios e relativamente pequenos, tendo o aspecto de um batraquio (donde o nome generico que significa: *Sapo do oceano*): as *Scorpanas* são muito diferentes na forma e no tamanho; são peixes de escama. Também é diferente em uns e outros o aparelho venenifero sendo os aculeos dos *Thalassophrynidae* canaliculados e os dos *Scorpaenidae* sulcados; esse sulco, mais ou menos profundo, é transformado em canal por uma membrana resistente. Alude ainda a outras denominações applicados aos *niquins*, entre as quais a de «*doutor*».

Quanto á deficiência de trabalhos e observações publicados sobre a questão a que aludiu o Dr. TORRES, é preciso não esquecer as observações de ALBERICO DINIZ nem as que tem o proprio orador publicado em mais de um trabalho recente; ainda ha pouco tempo, referiu no «*Brasil-Medico*» um caso interessante, que acompanhou, em um menino de cerca de doze anos de idade, atingido por um *niquim* que pôde classificar com segurança como *Thalassophryne nattereri*. Refere a proposito que na embocadura do rio Joannes capturou tres exemplares de especies diferentes, que é a *T. punctata*.

Quanto a não haver um trabalho de conjunto, completo, sobre a questão, está de acôrdo com o communicante, mas pede venia para dizer que os diversos trabalhos que tem publicado a respeito, em revistas

nacionais e estrangeiras, já dão uma idéa de conjunto bem clara sobre os *niquins*. Aproveita a oportunidade para oferecer á Sociedade uma separata do artigo que publicou no n. de 1.º de Maio de «*The Journal of Tropical Medicine*» de Londres, sob o titulo: *On the brasilian species of the genus Thalassophryne*.

Refere-se ainda aos trabalhos publicados na «*Bahia Medica*», e, anteriormente, na «*Revue Sudaméricaine de Médecine et de Chirurgie*», bem como a um trabalho que deverá sair no proximo numero da revista «*Medicina de los Paizes Cálidos*», e no qual demonstra que o veneno dos *niquins* determina sintomas gerais de grande gravidade, o que não se observa habitualmente nos accidentes sofridos pelo homem pela desproporção entre o peso do corpo deste e a quantidade de veneno injetada pelo peixe. Termina excusando-se de ter abusado excessivamente da paciencia dos presentes e prometendo voltar a occupar-se do assunto.

Com a palavra, o Dr. José de Figueiredo diz das suas observações sobre casos de sua clinica particular, onde tem observado lesões produzidas não só por peixes toxiferos como tambem pelos que não o sendo, todavia, abrem portas á infecções posteriores que se podem tornar, quando não mortais, grandemente mutilantes, tal qual se dá com a arraia.

Ninguem mais querendo usar da palavra, fala o Dr. Octavio Torres agradecendo aos colegas que discutiram a sua comunicação acrescentando mais algumas palavras sobre o assunto e por estar adiantada a hora o Snr. Presidente encerrou a sessão.

ACTA DA 5.^a SESSÃO DA SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES
DA BAHIA, EM 23 DE JULHO DE 1933

Aos 23 dias do mês de Julho corrente, no local e hora costumeiros, reuniu-se a Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia afim de realizar a sua 5.^a sessão ordinaria. Assumindo a presidencia o Dr. Eduardo de Araújo, secretariado pelos Drs. José Silveira e Sepulveda, dá inicio aos trabalhos, lendo o 2.^o secretario a acta da sessão anterior que posta em discussão é aprovada, e apresentando o Snr. 1.^o Secretario o expediente que constou apenas da remessa de 3 exemplares de revistas enviadas para a nossa biblioteca.

O Dr. Flaviano Silva usando da palavra, lamenta o atraso em que se acha a publicação do boletim da Sociedade, assim como inexistencia no arquivo dos seus três primeiros volumes fazendo então um apelo para que o consocio que os possuísse os ofertasse á Sociedade. Em virtude da necessidade da organização da biblioteca, da sua expansão e eficiente guarda, lembra o Dr. Silveira fosse creado o cargo provisorio de bibliotecario, para o qual apresentou á casa o nome do Dr. Thales de Azevedo, que logo foi aclamado, aceitando a incumbencia que lhe fora delegada.

O Dr. Thales Azevedo, propõe um voto de congratulações ao Dr. Armando Tavares, por ter sido eleito e empossado, membro correspondente da Academia Nacional de Medicina, e que lhe fosse cientificado por intermedio de uma comissão, esse gesto da Sociedade para com o digno consocio. O Snr. Presidente designou os Drs. Thales de Azevedo e J. Silveira para em sua companhia satisfazerem o desejo da Sociedade. Não havendo mais quem quizesse usar da palavra, passou-se á ordem do dia. Então, por estar ausente o Dr. H.

Fróes, o Dr. Octavio Torres, pede seja adiada a discussão do seu trabalho, o que aceito pela casa, tem a palavra o Dr. J. Martins para dizer a sua comunicação sobre «Alguns casos de metrite chronica tratados pela massagem do utero». Começa salientando a necessidade de ser executado a manobra com *mão leve e elastica*, o que necessita de treinamento, sendo erroneo o modo de pensar-se deve ser a massagem praticado por braço forte e mão possante.

Não basta ser doutor para saber fazer massagem, faz-se mistér que o medico tenha disposições naturais, e nelas se exercite. Fala da importancia da massagem manual, a ponto de, em muitas molestias em que varios methodos therapeuticos têm falhado, a massagem manual logra melhoras e até mesmo curas. A pratica da massagem, diz, não se alcança senão com alguns anos de trabalho continuado, como se pode concluir do curso de Stocklomo ter sido elevado a tres anos. Requer além disto aptidão do executor pois sem essa qualidade nada poderá obter.

Para demonstrar o valor do methodo apresenta seis observações de metrite parenquimatosa, com cortejo mais ou menos profuso de sintomas, todos curados pela massagem, esplanando-se mais longamente sobre o seu primeiro caso, que com pormenores foi exposto.

Em discussão o trabalho do Dr. J. Martins pediu a palavra o Dr. Flaviano Silva que procura saber se não foi feito tratamento nenhum local, qual a natureza das lesões e as suas causas, porque não concebe se possa tratar uma metrite, principalmente de origem gonococica só por meio de massagem, ao que responde o Dr. J. Martins, não terem sido os seus casos dependentes de infecção gonococica.

Não havendo comparecido os comunicantes que

deviam seguir pela inscrição ao Dr. J. Martins, o Snr. Presidente dá a palavra ao Dr. V. da Cunha que embora não estivesse com a sua observação concluída todavia apresentou o seu caso, pois o doente estava na enfermaria bem proxima. Apresentando-o, pede-lhe dizer o seu nome, contar como começou a sua doença, a fim de que se pudesse manifestar a perturbação da palavra para a qual desejava chamar a attenção dos dignos consocios. Logo que o doente começou a falar notou-se o modo especial que ele fazia, parecendo que experimentava um certo esforço em emitir a palavra, lembrando o modo de falar arrastado do tetanico, presunção essa que foi de logo afastada, porque o doente abre bem a bôca e movimenta a lingua sem grande dificuldade.

Diz que da historia do doente, ha um fato digno de nota que é o começo por frio e febre que o prostrou no leito durante 30 dias, resultando disso a perda da fala, porque quando entrou para a enfermaria nada dizia.

Durante o tempo que esteve em casa foi feito exame de sangue para pesquisa de hematozoario e bacilo de Eberth, como se pratica na Saúde Publica, sendo negativos esses exames.

Disse que o doente foi melhorando na enfermaria com o uso de urotropina intra-venoso chegando assim a se exprimir como os colegas estão vendo.

Fala de outras doenças que podem produzir perturbações da palavra como sejam: esclerose em placas, esclerose lateral amiotrofica, paralisia labio glosso laringêa e as varias especies de afasia, chegando por exclusão ao diagnostico de disfasia, devida á uma infecção que agrediu os nucleos cinzentos centraes.

Com a palavra o Dr. J. Silveira indaga se antes

das perturbações o doente não tinha a fala que ora apresenta pois poderia esse vicio de que é portador, ser congenito.

O Dr. Eduardo de Araújo em tratando da etiologia do caso, diz ter sido a hemocultura e o soro reação de Vidal, negativos, pois conhece o caso e lembra poderia ter sido o doente acometido de uma encefalite sifilitica que tenha regredido fazendo-se mistér assim exames de laboratorio condizente com a especie.

O Dr. J. Figueiredo põe em duvida o diagnostico de febre tifica e acha que pensando-se em lesões dos centros nervosos deve-se fazer exames do liquido cefaloraquidiano e demais provas de laboratorio, principalmente pesquisa de paludismo.

O Dr. Catão pedindo a palavra felicita o Dr. Vidal e diz que a sua impressao é, se trate de uma paralisia periferica ou melhor de uma paralisia dos musculos acionadores da palavra. O Dr. Vidal novamente com a palavra, respondendo aos dignos consocios diz estar muito satisfeito e penhorado pela bondade que os mesmos tiveram de discutir a sua comunicação e pelo interesse que a mesma despertou.

Ao Dr. Silveira responde que o doente nunca sofreu de perturbação da palavra nem outra qualquer, antes da doença que o acometeu; ao Dr. Eduardo de Araújo que não crê tambem na hipotese de febre tifoide para explicação do caso, se bem que conheça de revista casos em que só depois de exames repetidos foi a reação positiva depois de trinta dias; ao Dr. Figueiredo responde que propositadamente não queria apresentar hoje, a observação porque faltavam outros exames para completa-la, especialmente o do liquido cefaloraquidiano, de conclusao decisiva para o caso, não pensando tambem em paludismo por ter

sido negativo o exame da Saúde Publica; ao Dr. Catão, diz que não pensa que se trate de lesão puramente periferica da palavra, prometendo depois de completos os exames voltar a dar a sua opinião definitiva.

E, por achar-se adiantada a hora o Sr. Presidente encerrou a sessão.

ACTA DA 6.^a SESSÃO DA SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES
DA BAHIA, EM 30 DE JULHO DE 1933

Aos 30 dias do mês de Julho p. p. reuniu-se a Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia afim de realisar a sua 6.^a sessão ordinaria.

Com a presença de numero regular de socios em a hora costumeira, o Sr. Presidente abriu a sessão, dando a palavra ao Snr. 2.^o Secretario que lê a acta da sessão anterior, para a qual usando da palavra pede retificação o Dr. Flaviano Silva, em as suas palavras apreciando a comunicação do Dr. João Martins, pois tivera o pensamento de indagar se este praticou intervenção diretamente no proprio utero e retificando as suas palavras, o Snr. 1.^o Secretario, Dr. J. Silveira, relata o expediente que constou da remessa á Casa de um fasciculo intitulado «Sobre um caso invulgar de infestação pela Wercheria Bancrofti» pelo seu autor, nosso digno consocio Dr. Heitor Frões, e da adhesão á Sociedade dos Drs. Renato Teixeira, Deraldo Dias e Macedo Costa.

Antes de passar-se á ordem do dia, o Sr. Presidente lembra a necessidade dos comunicantes apenas usarem da palavra durante os 20 minutos regulamentares, para evitar-se prorogarem as discussões de um mesmo

assunto por muito tempo, havendo a apreciarem-se varias comunicações annunciadas. O Dr. Silveira pede a palavra, e por uma questão de ordem, propõe seja a comunicação do Dr. H. Fróes enunciada antes da discussão da do Dr. O Torres, pois cuidando ambas do mesmo assunto, poderiam ser discutidas ao mesmo tempo. Aceita a sua proposta, tem a palavra o Dr. Heitor Fróes, que pede para dividir a sua comunicação em duas partes, pela impossibilidade de fazê-la completa no tempo regulamentar.

Começa a sua comunicação dizendo que as experiencias de que vai dar conta. representam apenas a parte inicial de um estudo experimental que está fazendo, visando demonstrar e positivar com maior segurança a qualidade e a intensidade do veneno inoculado pelos *niquins verdadeiros* (*Thalassophryniidae*).

Relata em seguida as experiencias realizadas inicialmente em seu laboratorio particular, utilizando exemplares da especie *T. Nattereri* pescados algumas horas antes em Itapagipe. Para estas experiencias, feitas em presença e com o auxilio do Prof. J. FROES, utilizou-se de duas cobaias ainda jovens, mas de tamanho médio, e de um pinto de cerca de 2 meses de idade.

Posta em discussão pede a palavra o Dr. Vidal da Cunha que relata casos de intoxicações pelo *niquim* que apreciou quando em veraneio no Porto do Bomfim, verdadeiras epidemias, das quaes tres na sua propria residencia e que foram tratadas com azeite quente. Fala de individuos que sofreram verdadeiras chicotadas de arraias, quando nadando, e que ficaram com a perna atrofiada, fenecendo.

Em seguida fala o Dr. Flaviano Silva que relata não só caso de um medico da Armada que foi fe-

rido por um peixe na articulação do joelho e quasi perde a perna, como tambem de um outro em que a victima apresentou posteriormente a lesão produzida pelo peixe um paramiotome podal.

Dr. Figueiredo com a palavra diz da ação rapida e intensissima do toxico dos peixes. Discorre sobre o esporão da arraia, e a sua capacidade venenifera, segundo a opinião de pescadores, dependendo essa toxidez do esporão, de uma substancia viscosa esverdinhada que o cobre e é capaz de colocado sobre uma parte em que haja alguma lesão cutanea, produzir uma sensação de ardôr, de queimadura. Quanto ao tratamento empregado pelos pescadores, fala do suco da castanha, e cuidando das lesões cita casos de individuos que viram atrofiarem-se as suas panturrilhas e de outros que apresentam lesões na mão em consequencia de no ato da seleção dos peixes em as redes, serem atingidos pelos peixes toxiferos.

O Dr. Almeida Gouveia fala, em aproveitando da ocasião, sobre um verme de pareença com um ascaris lumbricoides, que encontrou em uma tartaruga. Não o apresenta á Sociedade por ter se deformado no alcool em que o collocára.

O Dr. Octavio Torres mostra-se satisfeito por que despertou a curiosidade dos colegas e tambem fez conhecidas as observações que cada um possúe sobre o assumpto. Fala sobre a predominancia das infeções secundarias e diz que de proposito falou em *niquins* pois a identificação destes peixes só pode ser feita depois deles aprisionados.

O Dr. Fróes volta a falar sobre o assumpto, e encerra-se a discussão por ninguem mais querer usar da palavra, passando-se á communicação do Dr. Almeida

Gouveia sobre «Contribuição á pratica do parto de cabeça ultima».

O comunicante começa dizendo, haver em Obstericia, um excesso de manobras e instrumentos, de tal modo que, pode-se dizer, cada parteiro tem sua manobra. Entretanto, sem trazer á Casa sua contribuição á pratica do parto da cabeça ultima, não pretende successo scientifico nem originalidade real: sendo um estudante das cousas da Tocologia, é natural possúa certa ansia de perfeição.

Preliminarmente, focalisa a importancia didactica de se precisarem os termos cabeça ultima, derradeira, posterior ao tronco, encarcerada, retida etc.: acha que *cabeça ultima* só deve ser aplicada á de parto pelas nadegas, enquanto lembra a denominação de *unica* para a da decapitação; dá as razões desta distincção.

Apresenta sua contribuição á pratica: diz que praticou a principio a technica classica para extracção do feto que se apresenta de nadegas; mas que lhe foi reconhecendo inconvenientes claramente attentatorios á boa mechanica e physiologia do trabalho.

Não entra na questão de abaixamento dos pés ou pelve, porque sua contribuição visa a cabeça ultima; se ella fala em parte da pelve e do estomago, é porque acha que desde a pelve deve começar o interesse do parteiro em preparar o desprendimento da cabeça ultima; tambem, por essa razão, não discute a technica para desprendimento dos braços. Critica a pegada que se faz comumente sobre a pelve. Considera que o parteiro actuando sósinho (e lembra 2 auxiliares, um que actúa atravez do abdomen e outro para fazer a extracção), só pode cuidar da cabeça quando a mesma já está encaixada, descida ao soalho pelvico, já o mento afflorando a vulva, prompta para ser desprendida, em

bôas ou más condições: uma vez que fica ao abandono na sua descida, invertida ella se defletirá ou se orientará desfavoravel. Condemna fortemente as tracções sobre o pescoço, mostra as razões. Condemna o feto cavalheiro. Condemná o levantamento exagerado do corpo fetal contra o ventre materno. Estuda a manobra de Mauriceau; julga-a inutil para conseguir a flexão da cabeça como é o espirito da manobra, e prejudicial, entre outros motivos, porque contraria o principio de mobilidade; demonstra ser illusoria a flexão que se consegue, como o será qualquer rotação procurada, demora-se em estudar o Mauriceau deante a mechanica das articulações mandibulo-temporales occipito-axo-atfloidianas, o mecanismo de insinuação, questões de centro de mobilidade, etc.

Depois disso, descreve a technica que utiliza e propõe seja a mesma incorporada á Arte Obstetrica. Assim resumindo:

Logo que surge á vulva a pelve fetal, o technico a apprehende por pegada sacro-illiaca (pegada ossea, mostra sua importancia); em seguida orienta-a obliquamente, o sacro em relação com a eminencia iliopectinea (mostra as vantagens desta inclinação), tracciona para baixo e para frente até que appareça a inserção umbilical. Então, entrega as tracções ao outro auxiliar, que deve estar ao lado; fica portanto, o technico co'as mãos livres; o auxiliar é quem vae fazer a extracção até o fim; e enquanto isso, as mãos do technico vão actuar: a ventral faz a protecção do cordão, os dedos medio, index e anullar formam uma especie de gotteira por onde o mesmo desliza, caminha sob o ventre fetal, vae á procura da cabeça para orientá-la ou apprehendê-la sobre a face; a dorsal vae fazer pressão flexora sobre o occipital. A prehensão

da cabeça e feita segundo uma pegada em que os tres dedos da mão ventral se implantam na face: o medio penetra a bocca, os lateraes sobre as fossas do canino, contra o massiço facial. Visa com isto fazer a prophylaxia das situações anormaes dos braços e da cabeça, cuja tendencia natural é se defletirem.

Estabelece um paralelo entre esta prehensão da face e a classica; diz que esta pegada é solida e se faz directamente sobre a face, a flexão é realmente conseguida, assim a rotação. Adverte que o dedo da bocca serve para evitar o deslramento de tracção, facto que raramente succede porque sempre faz proceder a tracção flexora sobre a cabeça de um recalramento da mesma contra a bexiga e assim se consegue mais facilmente a flexão e mais solido contacto dos dedos sobre a face; adverte ainda que esta tracção sobre a cabeça não deve ser com objectivo de extracção, como se dá na manobra classica, visa apenas um effeito de *correção* ou conservação da flexão eutocica; esclarece que é a tracção geral feita pelo auxiliar quem extrahe verdadeiramente a pelve, se transmittindo á cabeça pela columna vertebral.

Faz outras considerações, sempre justificando seus commentarios á technica classica, á luz da physio-mechanica de trabalho e da physiologia fetal.

Lamenta não ter reproduzido a sua technica no manequim, porquanto o que pedira emprestado se encontrava incompleto; e se não trouxe desenhos illustrativos, foi porque o seu trabalho sahirá publicado na «*Revista Medica da Bahia*», e os clichés estavam na impressão.

Esclarece que sua comunicação representa a parte pratica de artigo que por sua vez é um resumo de um trabalho maior que pretende publicar.

Discutem a comunicação os Drs. Moisés Gentil Pereira que discordou de varios pontos das assertivas do Dr. Almeida Gouveia, e Pio Bittencourt que apenas pede ao comunicante que consulte a pagina 942 do livro de Stoechel.

Fala o Dr. Adeodato Filho que por sua vez não se mostra de acôrdo com as opiniões do Dr. Almeida Gouveia. Por ir já adiantada a hora o Sr. Presidente encerrou a sessão, continuando em aberto a discussão do trabalho do Dr. Gouveia.



QUATAPLASMA
do Doutor **Ed. LANGLEBERT**
Curativo emolliente aseptico instantaneo
ABCESSOS, ECZEMAS, PHLÉBITES, INFLAMMAÇÕES DA PELLE
DEPOSITO GERAL : 10, Rue Pierre-Ducroux, PARIS. — E em todas as Pharmacias.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO

Curso de Férias da «Segunda Cadeira de Clinica Medica»

O curso de revisão e actualisação de questões de Pathologia e Clinica instituido pelo Prof. CLEMENTINO FRAGA no seu serviço clinico, durante o periodo de ferias da Faculdade, teve mais uma vez este anno, desenvolvimento pleno e satisfatorio, tratadas as questões, segundo a orientação daquelle Mestre, por um crescido numero de colaboradores interessados a seu turno no melhor desempenho da tarefa pessoal. Como nos annos anteriores o desenrolar do curso se fez sob um ambiente de geral acceitação e grande curiosidade. O programma constou das questões seguintes:

Prof. CLEMENTINO FRAGA
(3 Conferencias)

- 1.^a—Lição de abertura.
- 2.^a—Therapeutica nas doenças das vias biliares.
- 3.^a—Tratamento especifico das ictericias.

Prof. ANNES DIAS—«Rythmos na natureza e rythmos no organisuo».

Dr. VELHO DA SILVA

«Technica pessoal da exploração do céco.
Contribuição ao estudo da pathologia vesicular—Cholecystites por protozoario—Transito intestinal e defecação».

Dr. SALVIO MENDONÇA
(4 Conferencias)

- 1.^a—Dietotherapia nas ulce-
ras gastro-duodenaes.
- 2.^a—Metabolismo energetico
alimentação,
- 3.^a—Valor dos alimentos na
alimentação.
- 4.^a—Perturbações por desvios
super-alimentação — Obesi-
dade.

Dr. LUIZ SODRÉ—«Lesões recto-colicas da amibiase».

Dr. AUGUSTO TORRES
(3 Conferencias)

- 1.^a—Semiologia funcional do
figado.
- 2.^a Acquisição recentes no
no dominio da pathologia do
figado.
- 3.^a—Noções actuaes da pa-
thologia pancreatica.

Dr. LOURENÇO JORGE—«Pathologia dos vasos—Da
hypertensão arterial e sua therapeutica».

Dr. PIRES SALGADO—«Noções recentes sobre molestias
do coração».

Dr. MERVAL S. PEREIRA—«Syndromes ictericas».

«Dr. THOMAS GIRDWOOD—«Nova syndrome electrocar-
diographia do infarcto da face anterior do coração».

Dr. ALBERTO RENZO—«Abscessos do pulmão—Recursos
therapeuticos».

Dr. CRUZ LIMA—«Valor clinico do quadro leuco-
cytario».

Dr. ARLINDO DE ASSIS—«Diagnostico das dysenterias».

Dr. VALOIS SOUTO—«Diagnostico das lobites pulmo-
nares tuberculosas».

Dr. ALUISIO MARQUES—«Noções actuaes de endocrino-
logia».

Dr. GENIVAL LONDRES—«Pathologia renal—Azotemias».

Dr. MONIZ ARAGÃO—«Endocrinologia na obstetricia».

Dr. MAZZINI BUENO—«Acquisições recentes em phtisiologia».

Dr. HELIO FRAGA—«Noções recentes em pleuropathologia».

Dr. J. LOPES PONTES
(2 Conferencias)

- { 1.^a—Das esplenopathias—Ensaio eschematico de classificaçãõ das syndromes esplenicas.
2.^a—« Syndrome de Clementino Fraga».

Dr. JOSÉ MASTRANGIOLI—«Novas technicas em laboratorio».

Dr. VICTOR CORTES

{ «Acquisições recentes em radiologia—Conceito actual dos diferentes methodos da exames radiologicos na sua applicação clinica. Methodo de Graham—Exame do tubo digestivo em camada delgada».

**BIOPHORINE
GIRARD**

KOLA GLYCERO-PHOSPHATADA

NEVROSIS, ANEMIA CEREBRAL, VERTIGEM

A. GIRARD, 48, Rue d'Alsia, PARIS (France)

Depositario: FERREIRA, 165 Rua dos Andaraes, RIO de JANEIRO

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

- Revista Medica da Bahia*, Bahia, n. 1, 1934.
Brasil Medico, Rio, n. 50, 1933, e ns. 1 e 6, 1934.
Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, Rio, n. 3, 1933.
Revista Brasileira de Cirurgia, Rio de Janeiro, ns. 11 e 12, 1933.
Vida Medica, Rio, Dezembro de 1933.
Revista Medico-Cirurgica do Brasil, Rio, n. 12, 1933.
Archivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria, Rio, n. 6, 1933.
Jornal dos Clinicos, Rio de Janeiro, n. 1, 1934.
Archivos de Pediatria, Rio, Fasciculo 64--Janeiro de 1934.
Ceará Medico, Fortaleza, Janeiro, 1934.
Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, n. 6, 1933.
Pediatria Practica, S. Paulo, n. 1, 1934.
Boletim da Soc. de Medicina e Cirurgia de São Paulo, S. Paulo, ns. 5, 6 e 7, 1933.
Revista Medica Latino-Americana, Buenos-Aires, n. 218, 1933.
La Semana Medica, Buenos Aires, n. 52, 1933 e n. 1, 1934.
La Prensa Medica Argentino, Buenos-Aires, n. 52, 1933 e n. 1, 1934.
Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades, Montevideo, n. 6, 1933 e n. 1, 1934.
Anales de la Soc. Médico-Quirúrgica del Guayas, Guayaquil Equador, n. 7, 1933.
La Russegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini, Roma, Setembro e Outubro, 1933.
Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris, Paris, ns. 12, 14 e 15, 1933.
Comptes-Rendus de la Soc. Française de Gynécologie, Paris, n. 7, 1933.
Paris Médical, Paris, n. 51, 1933 e ns. 1, 2, 3, 4, 5, e 6, 1934.
La Foundation Rockefeller. New York, 1932.
Vida Nueva, Habana-Cuba, n 5, 1933.
-