

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

---

**DIRECTOR EFFECTIVO**

Prof. Dr. ARISTIDES NOVIS

---

**REDACÇÃO**

GONÇALO MONIZ, GARCEZ FROES, CAIO MOURA, 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 62**

Ns. 11 e 12 Maio-Junho de 1932

---

**BAHIA**

**ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS**

25, Rua Conselheiro Saraiva, 25

---

1932

## SUMMARIO

---

SORRE UM CASO DE AFASIA—por Edistio Pondé ..	Pag. 409
DOIS CASOS DE PSYCHIATRIA FORENSE — pelo Dr. José Julio de Calasans.....	» 423
COMMUNICAÇÃO FEITA A SOCIEDADE DE MEDICINA DE ALAGOAS — pelo Dr. Aristoteles C. Simões.....	» 433
ASSISTENCIA A PSICOPATAS.....	» 451
SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA.....	» 469
LIVROS NOVOS.....	» 483
PUBLICAÇÕES RECEBIDAS.....	» 485
INDICE.....	» 489

## 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—*Societé Fermière des Annuaires*  
53 Rue Lafayette—PARIS.

---

**REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO**  
**PRAÇA CASTRO ALVES (Edificio d'A Tarde)**  
Sala 215 (2.º andar)  
**BAHIA**

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

FUNDADA EM 1866

Vol. LXII

Maio e Junho de 1932

Ns. 11 e 12

## SOBRE UM CASO DE AFASIA

POR

Edistio Pondé

Assistente de Clinica Neurologica na Faculdade de Medicina da Bahia

Ao traçarmos as notas que se seguem, em derredor de um caso de afasia, longe de nós a pretensão de fazermos o estudo minucioso de tão interessante capitulo da patologia nervosa.

Muito ao revés, foi nosso intuito apenas fazer o registo clinico de um caso existente na enfermaria da Clinica Neurologica, servindo-nos o ensejo para uns tantos comentarios no particular do diagnostico clinico, que se reveste ás mais das vezes de não pequenas dificuldades, ao contrario do que parece á primeira vista.

Bastaria lembrarmos, em apoio do que asseveramos, a existencia de afasicos capazes de exprimir as suas idéas, de modo a serem mais ou menos entendidos, enquanto pessoas outras, que apresentam perturbações profundas da palavra, de modo algum se enquadram no grupo dos doentes de afasia de que ora nos ocupamos.

E foi atentando nestas considerações, que não hesitamos em ventilar o velho tema das afasias, focalizando uns tantos problemas que estão a desafiar a

atenção de todos os que não se desinteressam dos assuntos atinentes á Neurologia.

O doente em torno do qual escrevemos estas linhas achava-se hospitalizado, ha mais de dois anos, na enfermaria São Paulo e já foi apresentado em aula pelo Prof. ALFREDO BRITO.

Desde que o defrontamos pela primeira vez, apercebemo-nos para logo do que de interessante apresentava do ponto de vista neurologico, convido pôr em evidencia que, em alguns anos de pratica hospitalar, raros casos em nosso meio tem-se-nos apresentado capazes de despertar tanto interesse como o a que ora nos referimos, pela natureza das perturbações observadas.

Ditas estas palavras preliminares, passemos ao registo da observação.

H. P. S. branco, solteiro, com 56 anos de idade, jornaleiro, natural da Feira de Santana, ingressou no Hospital Santa Izabel, vae para cerca de dois anos e meio. Nada informa com relação á época exata e á maneira por que começou a molestia que o prende ao leito.

Diz apenas, exprimindo-se com certa dificuldade, que se achava trabalhando, quando começou a sentir-se doente, razão pela qual resolveu procurar esta cidade, afim de medicar-se. Do seu passado morbido faz apenas referencia a determinada molestia venerea, cuja natureza não sabe precisar.

Nada informa com relação aos seus genitores, cujo falecimento ocorreu ha muitos anos.

Interrogado a respeito do seu estado atual, limita-

se a mostrar a perna direita, que na sua expressão, se acha morta.

### EXAME OBJECTIVO

O estudo da face nada apresenta de característico: Côr branca, volume normal, ausencia de movimentos involuntarios. Conformação craneana normal, simetria perfeita, sendo tambem normal o estado das suturas e fontanelas. Pele e pelos normaes. Tem tibialgia. Ausencia de ganglios epitrocleanos e inguinaes.

Nada de interessante para o lado do aparelho respiratorio. A' escuta, verifica-se reforço do segundo tom aortico, sendo a tensão arterial correspondente a Mx 20 Mn 9, ao oscilometro de Pachon. Pulso cheio, com 75 pulsações por minuto.

### EXAME DE URINA

Volume nictemeral—1000 c. c.

Côr—amarelo ambar

Aspecto—limpido

Consistencia—fluida.

Cheiro—sui-generis

Densidade—1.008

Reação—acida

Materiaes solidos—11.18

Cloretos—8,0 p. litro

Traços de urobilina.

Ausencia de elementos anormaes

### EXAME DO SISTEMA NERVOSO

Liquido cefaloraquidico—Côr clara, transparencia perfeita, tensão 35 (d. sentado), linfocitos 2 por m. c., globulinas presentes pelas reações de Pandy e Weich-

brodt, albumina 0,30 p. % 0, glicose normal, Reação de Guilain, Laroche e L'échele=10100.

### EXAME DA MOTILIDADE

H. P. S. tem hemiplegia direita, mais acentuada no membro inferior. Apresenta contratura nos membros atingidos pela hemiplegia. Reflexos rotulianos e aquilianos aumentados em ambos os lados; Babinski igualmente em ambos os lados, apresentando tambem o fenomeno das sincinesias. Não tem Kernig, nem espasmos e convulsões, bem assim tremores, coréas ou movimentos coreiformes, atetose, miotonias, mioclonias e ataxia. Não tem assinergia, dismetria, adiadocinesia, vertigem nem sinal outro denunciador de lesão cerebelar.

Não tem Romberg. Reflexos abdominaes abolidos. Cremasteriano ausente á direita e presente á esquerda. Não tem clonus do pé nem da perna, dansa da rotula nem sinreflexias.

Sensibilidades superficiaes e profundas dificeis de pesquisadas pela impossibilidade de informações seguras do paciente.

Ausencia de pontos dolorosos á pressão.

Pupilas e seus reflexos normaes.

Não tem oftalmoplegias. Troficidade cutanea normal. Ligeira atrofia muscular do membro inferior direito. Ausencia de sinaes de degeneração. Fenomenos vasomotores normaes.

Estado mental perfeito. Tem noção exata do tempo e do espaço. Atenção pronta. Bom humor constante. Não tem ilusões nem alucinações, delirios nem manifestações catatonicas.

## EXAME OFTALMOLOGICO

Verificou-se a existencia de irite antiga e opacidade do cristalino. O exame campimetrico, tentado pelo Dr. O. CARLEAL, nos foi levado a termo, pela dificuldade com que o doente se exprime.

## ESTUDO ESPECIAL DA LINGUAGEM

Iniciámos o estudo da linguagem em nosso observado com a *prova da denominação dos objetos*. Desnecessario encarecer o valor de semelhante prova, por si só capaz de afastar as duvidas que pairam muitas vezes no diagnostico das afasias.

Considerada por CHARLES FOIX como o meio mais simples, mais rapido e mais seguro para uma conclusão diagnostica, põe de logo em evidencia tres sintomas contraditórios em certa classe de afasias, quaes sejam: a) *amnesia verbal*, tambem denominada *afasia amnesica de Pitres*; b) *parafasia*; c) *intoxicação pelas palavras*. Estudemol-os isoladamente.

## AMNESIA VERBAL

Consiste este sintoma no esquecimento do nome das coisas.

E' frequentemente observado em afasicos que falam e que aparentemente não apresentam fenomenos que denunciem a síndrome de que são portadores. Taes doentes iludem mesmo aos que não são versados na especialidade. Falam com relativo desembaraço. Entreteem dialogos por alguns instantes. Basta porém que se lhes mostre um objeto qualquer e se lhes pergunte o nome do mesmo. Então é commum ouvir-se: *Eu sei o que é, mas não posso dizer*.

Em nosso observado, é evidente a presença deste sintoma.

Por ele foi que chegamos ao diagnostico da síndrome em apreço; e é frequente ouvir-se, a qualquer interpelação a respeito, a seguinte resposta: «*Eu sei o que é, mas a lingua não dá*». A lingua, na sua expressão pitoresca de homem inculto, é a responsavel pelo fenomeno morbido que se regista.

### PARAFASIA

Apresenta-se sob dois aspectos o fenomeno da parafasia: pela deformação das palavras ou pela substituição de uma palavra por outra de significação muito diversa.

H. P. S. apresenta o fenomeno da parafasia sob ambos os aspectos. Assim, mostrando-lhe um copo e pedindo-lhe a denominação do mesmo, respondeu-nos, certa feita, que era um «póco». De outra vez, oferecendo-lhe um cigarro, pediu-nos ele um fosforo para «*comer o cigarro*».

Temos no primeiro caso a deformação da palavra copo e no segundo a substituição da palavra fumar por comer.

### INTOXICAÇÃO PELAS PALAVRAS

Ao lado dos sintomas a que acima aludimos, é a *intoxicação pelas palavras* um dos fenomenos que caracterizam as afasias. E a sua presença se verifica quando o doente, depois de nomear um objeto qualquer, continua a emprestar a mesma denominação a todas as coisas que se lhe apresentam.

No doente em apreço, não registamos este fenomeno



senão de uma maneira transitoria, ha já algum tempo. Nos ultimos exames a que o submetemos, não se fez notado tal sintoma.

Proseguindo o estudo da palavra espontanea, não encontramos o fenomeno da *jargonafasia* nem tampouco o a que os franceses denominam de *bavardage* (1)

O estudo da palavra repetida não é menos interessante no caso de que ora nos occupamos. De um modo geral, consegue H. P. S. repetir as palavras que ouve. Algumas vezes, porém, sente-se na impossibilidade de pronuncial-as.

Isto acontece não somente pela incompreensão da palavra, o que constitue o fenomeno denominado surdez verbal, mas ainda, e não raro, pela impossibilidade de articulal-a.

Deste geito, se algumas vezes, pronunciando o nome do objeto em questão, conseguimos que ele o repita, vezes outras verifica-se absoluta impossibilidade de enunciar o referido nome. Isto acontece frequentemente, maximé com as palavras de articulação difficil, como as que servem de paradigma para a verificação do fenomeno da disartria.

A surdez verbal em H. P. S. evidencia-se antes de tudo na difficuldade com que executa as ordens dadas, pela incompreensão da palavra. Não se faz preciso recotrer-se á prova dos tres papeis para a sua comprovação. Qualquer ordem que se lhe dê, mesmo que in-

---

(1) Quando muito acentuada a parafasia, a linguagem se reveste de un aspecto particular, tornando-se incompreensivel.

Diz-se então presente o fenomeno da *jargonafasia*, que se associa por vezes á *bavardage*, verdadeira logorréa, no dizer de alguns autores.

porte na realização dos atos menos complexos, deixa-o hesitante, confuso, a perguntar como deve proceder.

Não nos foi possível identificar, no quadro clinico que apresenta o nosso observado, os fenomenos de *alexia* e *agrafia*, tarefa difficilima quando se tem em mira doentes de baixo nivel cultural, como soe acontecer com os que habitam o nosso meio hospitalar.

Registemos entretanto que embora nos afirmasse, em uma das nossas palestras, que soubera lêr alguma coisa antes da molestia, mostra-se hoje incapaz de conhecer as letras do alfabeto ou grafar o mais simples vocabulo.

A *amusia* parece tambem fazer parte do conjunto sintomatico apresentado pelo doente em questão.

Pelo menos, *amusia* na sua variedade motora. E assim é que, procurando repetir trechos de canções populares, dentre as mais conhecidas, êle recordava os seus tempos de juventude, fazendo referencias ás habilidades musicas de um dos seus companheiros. Todavia, não era capaz, apesar da nossa insistencia, de repetir o menor trecho dessas cantigas ou sequer modular o menor som.

Cresce de vulto a significação deste fato, quando recordamos que muitos afasicos, embora profundamente tocados na sua linguagem, são capazes de cantar. De um, particularmente celebre na literatura neurologica, temos a noticia de que entoava com a maior facilidade a Marselheza.

---

Finalmente, contrastando com os disturbios acima referidos, a relativa, bem que aparente, normalidade da sua linguagem.

Nota-se-lhe mesmo certa loquacidade. Mostra-se

capaz de entreter uma palestra mais ou menos longa, de modo a ser entendido, a despeito da incorreção da sua linguagem, fenomeno até certo ponto normal, em individuo da sua condição social.

\* \* \*

Do que acima expuzemos, maximé no que se refere ao exame da linguagem, duvida não pôde haver de que o nosso observado seja portador de um dos tipos da afasia.

Seria inutil rememorar nas suas minucias as idéas dominantes no particular, alicerçadas nos estudos de PIERRE MARIE. Lembraremos apenas que é comum dividirem-se as afasias em duas grandes classes a saber: *afasia sensorial* ou de WERNICK e *afasia pura* ou simplesmente *anartria*. Como intermediaria de ambas, partilhando ao mesmo passo da sintomatologia peculiar á anartria e á afasia de WERNICK, a afasia de BROCA. Esta a classificação mais aceita no estado atual da sciencia neurologica.

No capitulo das afasias puras, inscrevem-se os individuos portadores de uma acentuada hemiplegia direita, incapazes de pronunciar qualquer palavra, nos quaes todavia a linguagem interior se mantém integra.

Ao revés disto, como tipos integrados do grupo das afasias de WERNICK, os individuos aparentemente normaes no particular da sua linguagem, sem apresentar phenomenos de anartria ou simples disartria, nos quaes entretanto a linguagem interior acha-se profundamente alterada.

Como prova de fogo, utiliza-se o estudo da palavra espontanea, onde proemina na síndrome em apreço a

amnesia verbal, ao lado da parafasia, da jargonafasia, da intoxicação pelas palavras e *bavardage*, além de sintomas outros contraditórios, como alexia e agrafia, amusia e anímia, apraxia ideatoria, ideo-motora e hemianopsia.

Reunindo em proporções determinadas os sintomas da afasia de WERNICK e da afasia motora pura dos classicos, a afasia de BROCA, na qual o doente apenas pronuncia algumas palavras, ás vezes uma simples imprecação, e apresenta uma alteração profunda na linguagem interior.

Esquematizando o assunto, vale-se PIERRE MARIE da seguinte notação:

Afasia de WERNICK + anartria = afasia de BROCA.

\* \* \*

A' observação do doente em apreço, parece fóra de duvida tratar-se de um caso de afasia de WERNICK.

Os fenomenos de amnesia verbal, surdez verbal e parafasia, que verificamos no curso de repetidos exames, além da relativa loquacidade, que dissimúla á primeira vista a síndrome de que é portador, bastariam para sugerir-nos a hipótese que formulámos de começo. Mas a presença de certas particularidades verificadas em exames posteriores, notadamente os fenomenos anartricos evidenciados no estudo da palavra repetida, levou-nos á convicção de que alguma coisa mais existia.

Por outro lado, a existencia de hemiplegia direita, hemiplegia acentuada e definitiva, fortaleceu-nos a certeza de que, ao lado da fasia sensorial, faziam-se presentes sintomas outros peculiares á afasia motora, realizando-se dest'arte o tipo clinico da afasia de BROCA.

A literatura neurologica, neste particular, é farta de observações concludentes. A hemiplegia, quando associada á afasia de WERNICK, é fenomeno pouco acentuado e transitorio, ao contrario do que ocorre na afasia de BROCA e na anartria, nas quaes é fenomeno definitivo e muito acentuado.

PUCEPP parece achar a explicação de semelhante fato, que ao seu vêr só se realiza em casos de tumores cerebraes, na compressão pelos mesmos exercida, profundamente, sobre certa porção da via piramidal.

Em face do que acima expuzemos, é licita a conclusão de que o caso clinico que ora estudamos é dos que devem ser arrolados no grupo das afasias totaes, com predominio dos sintomas da afasia de WERNICK.

\* \* \*

Não concluiremos estas linhas sem dizer alguma coisa de referencia á etiologia do caso clinico em debate.

Dentre as causas mais frequentes da afasia, enumeram-se as hemorragias cerebraes, o amolecimento, os traumatismos, tumores e abcessos cerebraes, as infecções.

As afasias por hemorragia cerebral são as que mais raramente se verificam. São, ademais disto, de caracter transitorio, deixando apenas, ás mais das vezes (1) «pequenos *reliquats* afasicos, que apresentam quasi sempre o tipo anartrico».

O amolecimento, pelo contrario, entra maior nu-

---

(1) CH. FOIX e M. LEVY--«Diagnostic des aphasies--Le Monde Médical Dezembro 1926.

mero de vezes como fator etiologico das afasias, seja por um mecanismo embolico, em doentes portadores de lesão mitral, seja por trombose ocasionada por uma arterite sifilitica ou por esclerose dos vasos cerebraes.

Ao lado disto, os tumores e abcessos são também capazes de gerar o fenomeno das afasias. É nesta hipotese a evolução do caso clinico, a concomitancia ou mesmo precedencia dos sintomas de hipertensão craneana, bem assim as provas de laboratorio, como sejam a ventriculografia e arteriografia de EGAS MUNIZ, muito contribuem para a elucidação do diagnostico etiologico.

Os traumatismos também entram em grande parte na etiologia da síndrome a que nos reportamos. É o diagnostico nestes casos se reveste da maior facilidade. Basta a simples noção de um ferimento craneano, ao nivel do hemisferio esquerdo para justificar a hipotese referida.

As infecções concorrem igualmente para as afasias de natureza transitoria. Tal o que acontece com a febre tifoide e outras molestias em que o meningismo entra como um dos seus accidentes habituaes.

No caso vertente, a hipotese mais provavel, ao nosso vêr, é a de amolecimento por esclerose da arteria cerebral media, na sua porção troncular.

Contra a hipotese de hemorragia cerebral fala a sua raridade como fator etiologico das afasias de caracter permanente. Não ha, por outro lado, a noticia de que o quadro morbido atual se haja instalado após um *ictus*. A falta de subitaneidade no inicio da doença também depõe contra a hipotese de uma embolia.

Não se pôde invocar como causalidade, por outro lado, o tumor cerebral, tal a ausencia de sintomas de

hipertensão craneana, bem assim a própria evolução do caso clínico.

Circunstancia que não merece posta á margem é a que se refere á idade do paciente. São acordes os tratadistas, em sua quasi totalidade, em aduítir como causa das afasias, em individuos maiores de 50 anos, a arterioesclerose dos vasos cerebraes, notadamente quando, como no caso em discussão, o exame do liquido cefaloraquidico não fala em favor da hipótese de sífilis nervosa.

Ha, por outro lado, um fato em nosso observado, que não tivemos ensejo de referir no curso da observação, mas que merece descrito. É a noção de que o mesmo foi acometido de varios ataques epileptoides, na propria enfermaria da Clinica Neurologica.

Todos sabem do valor que tem, em materia de diagnostico, as crises de epilepsia tardia. Não precisamos por isto insistir na sua significação clinica.

\* \* \*

Não nos deteremos no estudo da patogenia da síndrome afasica, que outro não foi o nosso objectivo senão focalizar o caso clínico, mostrar a importancia do seu estudo, evidenciando por outro lado as dificuldades que se apresentam na questão diagnostica.

Igual procedimento reservamos ao ponto de vista anatomo-patologico. Diremos apenas, ratificando o que acima afirmamos, que o doente H. P. S., em torno do qual desenvolvemos a serie de comentarios que aqui finalizamos, é portador de uma lesão por amolecimento do hemisferio cerebral esquerdo, resultante de uma trombose do tronco da silviana, lesão que se estende por toda a zona da linguagem, abrangendo o lobo

frontal, precisamente nas imediações da parte posterior das segunda e terceira frontaes e da parte media da frontal ascendente; o lobo parietal, particularmente o *gyrus supramarginalis* e a dobra curva, e a primeira e segunda circunvoluções temporaes.

ANTI-ANEMICO — ANTI-NERVOZO

**GRAGÉAS**  
do D.<sup>o</sup>

**HECQUET**

Laureado da Academia de Médicos 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 gragas a cada refeição.

**ELIXIR e XAROPE do D. HECQUET**  
de Sesqui-Bromureto de Ferro.  
Deposito: Paris, Montagu, 49, B<sup>a</sup> de Port-Royal,  
E EM TODAS AS PHARMACIAS

EMPHYSEMA      BRONCHITES  
DYSPNEA      ASTHMA

**IODEINE MONTAGU**

**PILULAS**  
**XAROPE**  
**AMPULLAS**  
de Bi-Iodureto de Codeina

**ANTIDISPNEICO**  
**CALMANTE DA TOSSE**  
**EXPECTORANTE**

**MONTAGU, Phco, 49, Boulevard de Port-Royal,**  
em todas as Pharmacias.

XAROPE: 2 a 3 colheres, das de sopa, puro, por dia.  
PILULAS: 4 a 8 pilulas por dia.



# DOIS CASOS DE PSYCHIATRIA FORENSE

## SURDO-MUDEZ E PRODIGALIDADE

### I

M. P. R. S., 31 annos, branca, solteira, brasileira, bahiana.

### ANTECEDENTES FAMILIAES

Ha na familia da nossa examinada indicios veementes de infecção luetica. Assim é que uma sua irmã, segundo informação de sua genitora, padeceu de gravissimos accidentes no periodo da dentição e a propria informante vem, de ha muito, submettendo-se a rigoroso tratamento especifico.

### ANTECEDENTES PESSOAES

Consoante ainda o testemunho de sua genitora, a nossa observada nasceu normalmente sem que houvesse accidentes por occasião da prenhez. Informa, outrosim, que o inicio e condições da marcha e da palavra se lhe fizeram normaes.

Aos sete annos de idade, porem, a nossa examinada «foi atacada de fortissimo sarampo», ficando entre a vida e a morte e ao se levantar da cama estava muda e surda. Esse gravissimo accidente, entretanto, jamais lhe perturbou o desenvolvimento da intelligencia, tanto assim que, no dizer de sua mãe, chegou a ser mesmo considerada alumna das mais intelligentes no collegio

que continuou a frequentar. E assim conseguiu completar a sua educação que é boa, como o verificamos no momento desta observação.

## EXAME DIRECTO OU OBJECTIVO

a)—inspecção geral:

*Attitude*—normal; *Marcha*—normal; *Face*—normal; *Tronco*—nada apresenta de anormal; *Expressão mimica*—exaggerada, dada a perda da linguagem falada; *Dentes*—regulares; *Trajo*—normal; *Craneo*—normal; *Tremores*—ausentes.

b)—exame mental:

§ 1.º Intelligencia.

I—*Percepção* (do «Eu»; do mundo exterior; illusões; allucinações). A nossa examinada não apresenta erros de percepção quaesquer que sejam.

II—*Memoria* (hypermnnesia, dysmnnesia, paramnesia, amnesia). No que respeita a disturbios da memoria, respondemos tambem negativamente: a nossa observada não n'os apresenta.

III—*Juizo e raciocinio* (idéas delirantes de auto-accusação, de perseguição, de defesa, de grandeza, de negação, de enormidade, delirio hypochondriaco, mystico, erotico, palignostico, metabólico, etc).

Outrosim, com relação ao juizo e ao raciocinio, a nossa examinada os apresenta integros.

IV—*Associação de idéas*. (O nosso exame, nesse particular, nada revelou de anormal).

V—*Atenção* (aprosexia, hypoprosexia, hyperprosexia).

O resultado negativo, do ponto de vista pathológico, que attingimos no exame da «associação de idéas» da nossa examinada e em outras funcções do psychismo

que pesquisamos acima, attingimos também na *at-tenção* e ainda nos seguintes *itens*.

VI—*Imaginação*.

§ 2.º Vontade (obsessões, impulsos e abolias).

§ 3.º Actividade (estados de depressão, estupor, mutismo, apraxia, negativismo, excitação).

§ 4.º Linguagem (escripta e mimica).

A linguagem falada, porem, não n'a possui a nossa observada.

Exprime-se excellentemente pela escripta e pela mimica. Essa ausencia de linguagem falada, entretanto, *não é absoluta*. A nossa examinada consegue, de onde em onde, articular, perfeitamente, algumas palavras no decurso da conversação.

## EXAMES SUBSIDIARIOS

I *Reflexos*—normaes.

II *Sensibilidade*—perfeita.

III *Motilidade*—perturbada tão somente para o lado da palavra articulada.

IV *Trophicidade e vaso-motricidade*—normaes.

V *Orgãos do sentido*—surdez.

VI Apparelho respiratorio: normal.

VII » circulatorio: »

VIII » digestivo: »

IX » genital: »

X » urinario: »

XI » endocrinico: »

## CONSIDERAÇÕES GERAES

Referindo-se á pericia na surdo-mudez, escreve o eminente mestre AFRANIO PEIXOTO, ás paginas 163

da sua *Psycho-Pathologia Forense* (Rio—1916): «É principalmente em pratica uma grande difficuldade a prova do discernimento. Basta lembrar que para o surdo-mudo cultivado tal pericia exige o interprete que não é nem pode substituir o perito; para o surdo-mudo sem instrucção, exactamente aquelle para o qual se exige a prova do discernimento, o interprete é inutil e o perito que no caso anterior, mais simples, delle se valia, tem n'um outro muito mais difficil, de bastar-se».

Ora, o brilhante professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro, allude nessa passagem tão somente aos casos de surdo-mudez *congenita*, de *nascença* ou *educavel* ou não e que estão, justamente, na alçada dos Codigos Civil e Penal da Republica (Codigo Civil—Art. 5.<sup>o</sup>, XIII; Art. 446; II; Art. 451; Art. 450 e Codigo Penal—Art. 29 § 7.<sup>o</sup>).

Não é, por conseguinte, o caso da nossa observada, cuja surdo-mudez é *adquirida* e relativamente grave e que não n'a impediu de *continuar* a educar-se e instruir-se, como o verificamos no decorrer da nossa observação. Dahi a grande facilidade que experimentamos em examinar-lhe o estado mental, recorrendo, para isso, á linguagem escripta.

Dada a surdo-mudez da nossa paciente, poderíamos, visando a contra-prova dos resultados obtidos pelo exame mental, recorrer ás pesquisas da psychologia de laboratorio. Como, porem, affirma RAYMOND MALLET, no capitulo da «Seniologia Mental» da ultima edição do *Tratado de Psychiatria* da Collecção SERGENT (Tomo I—1926. Paris. Vol. 7 pag. 33)—«os ensinamentos fornecidos pelo aspecto exterior do doente e o interrogatorio bem conduzido, são sufficientes para avaliar do estado mental do paciente, sem que se tenha necessidade de recorrer aos processos dos me-

thodos de psychologia experimental, taes como, testes, choques emotivos provocados etc.

Em «Anotações Theorico-Praticas» ao nosso «Codigo Penal», ha um commentario do profundo jurista Dr. BENTO DE FARIAS, em redor do § 7 Art. 27 do mesmo Codigo, que, nos leva a tecer algumas considerações á vista do caso que estudamos:

A surdo-mudez — diz elle — de que cogita o § 7 do Art. 27 do Codigo Penal é a congenita e não da surdo-mudez que se possa adquirir mais tarde por molestia ou lesão traumatica. (SOUZA LIMA — «Tratado de Medicina Legal» — vol. I. pag. 375) Entretanto, pondera o mesmo professor, não haveria razão para excluir dessa classe e do beneficio da irresponsabilidade que a lei lhes confere, *os que nascendo são, por uma causa qualquer, venham perder a audição antes de aprenderem a falar.* E' que, nem mesmo essa hypothese se verifica em nossa examinada. A perda da fala e da audição lhe desapareceram por igual e isso mesmo depois de terem attingido o desenvolvimento completo. Pelo que se vê, trata-se, exclusivamente, de uma involução.

O Prof. ESTACIO DE LIMA, actual cathedratico de Medicina Legal da nossa Faculdade, escreveu, ás pags. 35 da sua these de concurso, intitulada «*Capacidade Civil e seus Problemas Medico Legaes*» (Bahia. 1926) esta passagem que resume o conceito em geral despojado pela maioria dos nossos medicos e juristas no que tange aos problemas medico-legaes da surdo-mudez:

«Arguem certos de descabida, scientificamente, a inclusão dos surdos-mudos entre os incapazes. Se educados, em intercambio intellectual como nos outros — *sublata causa... tollitur effectus* — não seriam inca-

pazes. E se impossibilitados de se expressarem debeis mentaes congenitos, de regra, são *loucos de todo o genero*. Desnecessario, pois, seria o § 3.<sup>o</sup> do Art. 5.

### CONCLUINDO

A' luz, principalmente, da citação que deixamos acima exarada, vemos que o caso da nossa examinada está completamente apartado de quantos impliquem incapacidade.

E isso porque ella se expressa, perfeitamente, pela linguagem escripta e mimica e, por vezes, no decurso da conversação, *pela propria linguagem* falada, articulando esta ou aquella palavra. Isto posto, podemos concluir que a senhorinha M. P. R. S. padece de *surdomudez adquirida*, possivel talvez de correcção e está em estado de plena hygidez mental, capaz, por consequente, de exercer pessoalmente os actos da vida civil.

### II

J. F. G., com 43 annos branco, casado brasileiro, bahiano, negociante.

### ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Teve vinte irmãos, dos quaes são vivos onze, occupando o nosso observado o decimo quinto lugar na ordem dos nascimentos.

Os irmãos mortos falleceram em tenra idade de molestias várias que não sabe informar. Sua genitora soffria das faculdades mentaes. E duas irmãs do paciente já apresentaram perturbações nervosas de ca-

racter francamente hysterico. Um seu parente, bem proximo, esteve internado no Hospital de São João de Deus.

### ANTECEDENTES PESSOAES

Na infancia teve sarampão. Quanto ás condições da marcha e da palavra, bem assim no tocante ao desenvolvimento physico e intellectual não ha particularidade que mereça registro. Conducta no meio doméstico e na escola-modelar. Primeiras práticas sexuaes aos quinze annos. Aos dezeseis, abraçou a carreira de commercio, empregando-se na loja de um irmão, onde esteve até a idade de vinte e três annos, epocha em que se casou e se estabeleceu, definitivamente, como negociante adquirindo uma casa de fazendas. Não se tendo dado bem, vendeu o negócio e passou a vendedor ambulante. Durante todo esse tempo, residiu em companhia de seu sôgro, sempre em absoluta harmonia, até a epocha do seu fallecimento. Com a morte do seu sôgro começou a sentir difficuldades no regular as suas finanças. Vários meios a que recorreu lhe não deram o desejado resultado. Sentindo-se desencorajado para enfrentar a vida e vendo que os seus meios pecuniários não davam para a manutenção da sua familia, como outr'ora, resolveu, n'um momento de irreflexão e coagido pela fallencia das suas energias, pedir ao seu amigo, engenheiro G. de C., para que o fizesse internar no Hospital de São João de Deus.

Tal é, em suas linhas geraes, o que nos informou o observado no tocante á sua vida progressa.

Entretanto, de referencia aos seus antecedentes pessoaes, possuímos este depoimento insuspeitissimo do médico que o tratou no Hospital de São João de Deus

e que vale, ao mesmo passo, por uma observação e um diagnóstico. Esse depoimento, que é o seguinte e está lançado no registro de observações clinicas daquelle Hospital pelo Dr. MURILLO CELESTINO DOS SANTOS, diz assim:

«O nosso doente é JOGADOR, LIBERTINO E ESBANJADOR. Assim tornou-se após o fallecimento do seu sôgro».

### III

#### EXAME DIRECTO OU OBJECTIVO

- 1.º)—ATTITUDE—normal.
- 2.º)—FACE—nada de particular a registrar.
- 3.º)—VICIOS DE CONFORMAÇÃO—o nosso observado apresenta vários vicios de conformação de somenos importancia.
- 4.º)—APPARELHO RESPIRATORIO—regular.
- 5.º)—APPARELHO CIRCULATORIO—regular.
- 6.º)—APPARELHO DIGESTIVO—regular.
- 7.º)—APPARELHO GENITO-URINARIO—regular.
- 8.º)—SYSTEMA NERVOSO—nada de anormal no ponto de vista *neurilátrico*.

#### EXAME MENTAL

Tem noção do tempo, lugar e meio. (Orientação allo-psychica de WERNICH).

Não apresenta confusão de espirito nem alheamento ao mundo exterior. As suas respostas são lógicas, connexas e desembaraçadas. Notámo-lhe grande discrepância entre as três grandes espheras do psy-



chismo: O SENTIR, O PENSAR, E O QUERER. De onde em onde, o nosso observado é presa de crises de *angústia, delírios transitórios*, bem como estados de *excitação e depressão*. E' PRODIGO. Não apresenta transformação da personalidade (Orientação auto-psychica de WERNICH).

Ideiação regular. Relaciona-se bem com o meio. A atenção e observação normaes. Fala com voz baixa e tranquilla. Repete bem os paradigmas; não ha dysartria. Ha contracções correlatas dos musculos da face e dos lábios. Nada ha de anormal quanto aos caracteres gráphicos. Memória perfeita, quer dos factos antigos, quer dos recentes.

(Muesia de evocação ou retrograda e innesia de fixação ou anterograda).

#### IV

### DEDUÇÃO DIAGNÓSTICA

Tomando na devida consideração, o facto de que J. F. G.

1.º—descende de uma família onde ha vários casos de moléstia nervosa.

2.º—Apresenta profundo desequilibrio entre as três grandes funcções do psychismo, isto é, o SENTIR, O PENSAR E O QUERER:

3.º—E' presa, de onde em onde, de ANGUSTIA, de DELÍRIOS TRANSITÓRIOS, BEM COMO DE CRISES DE EXCITAÇÃO E DEPRESSÃO;

4.º—Emfim, E' PRODIGO;

—não podemos deixar de formular, segundo os ensinamentos da Psychiatria moderna, conforme a classificação adoptada pela Sociedade Brasileira de Psy-

chhiatria e Medicina Legal do Rio de Janeiro—o diagnóstico de *delirio episódico dos degenerados*, atendendo o evoluer da moléstia e o seu estado actual, completando assim, o diagnóstico de ha seis annos passados, que lhe fizeram no Hospital de São João de Deus.

Dos symptomas clínicos acima apontados no fundamentar deste diagnóstico, merece, entretanto, resaltado O DE PRODIGALIDADE, por isso que se encontra, de todo em todo, de perfeito accordo com as doutrinas sustentadas pelo Prof. AFRANIO PEIXOTO, de redor dos Arts. 6, III; 446, III; 459, 460, 461 do Codigo Civil.

«Os degenerados apresentam, ás vezes, syndromes pródigas com omnimania —(compra de tudo, dos objectos mais dispaes)—acibomania ou mania do jogo—(tendência irresistivel aos riscos do azar) a dypsomania —(necessidade irresistivel de beber)—em que relutam, lucidamente, mas cedem, por fim, á angustia impetiosa que os impelle para o dualismo da descarga, que os exhoneram». (Psycho-Pathologia Forense, pagina 159, 1.<sup>a</sup> Edição—1916—).

Bahia, 1 de Maio de 1932.

Dr. JOSÉ JULIO DE CALASANS.

(Docente de Psychiatria da Faculdade de Medicina e Assistente medico do Hospital de S. João de Deus).

---

# COMMUNICAÇÃO FEITA A SOCIEDADE DE MEDICINA DE ALAGOAS

PELO

**Dr. Aristoteles C. Simões**

*Snr. Presidente:*

*Meus caros collegas:*

E' com indizível prazer que aqui nos encontramos para dizer-vos algo daquillo que de mais interessante vamos encontrando em meio á lucta clinica, tão cheia de surpresas.

E' de facto, carissimos collegas, o caso de que trataremos é mesmo de surpreender pela sua natureza, e porque não dizel-o, pela sua raridade. Por isso justamente achamos de bom aviso trazel-o ao vosso conhecimento perfeitamente certo de que elle merecerá de vossa parte a devida attenção.

Certo tambem estamos de que a pobreza de nossas expressões e a escassez de nossa sciencia impedirão tecer em torno do mesmo as considerações a que faz jús; porem temos a convicção de que todos vós o fareis com larga proficiencia, dando-lhe então o brilho e o relevo a que tem de facto direito. Quando da ultima vez occupamos a vossa attenção tivemos a satisfação immensa de, apresentando embora um caso ophtalmologico e portanto especializado, ouvir em torno delle considerações opportunissimas de varios dos collegas presentes. E hoje maior ainda é a nossa satisfação em

vêr presentes a esta sessão mais dois collegas de especialidade que, por certo, virão augmentar, com a lucidez de seus espiritos, o brilho e o calor da discussão que vós outros tão bem já tendes feito.

Ademais, Sur. presidente, o caso que vae ser apresentado tambem pertence a uma outra especialidade que não a nossa, aliás aqui muitissimo bem representada neste momento.

A' odontologia, especialidade já bem progressista entre nós, affecta o caso, e da odontologia por meio de um dos seus mais lidimos representantes, aqui presente, recebeu elle os mais desvelados cuidados. Em medicina, senhores, casos ha, que por não serem communs e pelas condições com que se apresentam offerecem difficuldade ao diagnostico, quando não se prestam a confusão no estabelecimento desse mesmo diagnostico e consequentemente levam o clinico a uma therapeutica infructifera. E o caso em lide é justamente desse quilate.

Passemos pois a relata-lo:—I. B. A. branca, solteira, com 24 annos, de compleição robusta, porem surda e muda desde a mais teura idade, sentindo certa vez dôres ao nivel da arcada dentaria superior e depois observando que na gengiva acima do incisivo lateral direito havia um ponto de fistulisação, procurou um odontologista para que lhe resolvesse o caso. Este, após examinal-a resolveu extrair tres dentes, attribuindo de certo a estes, a etiologia do caso. E feitas taes extracções, nem por isso a fistula fechou, contiinuando deste modo a se escoar o pús. Resolveu então o mesmo profissional fazer a retirada de mais dois dentes, insistindo pois na culpabilidade dos mesmos como causadores do mal. E a despeito de tudo, a fistula não fechava e o pús não deixava de correr. Nesta situação

procurou a paciente o nosso distincto collega ADOLPHO CARVALHO que em feliz momento resolveu bater uma chapa radiographica chegando a constatar a existencia de um dente impactado dentro da aboboda palatina, deste modo conseguindo o diagnostico etiologico do caso.

Após feito isto, procurou o nosso collega sondar a fistula, chegando mesmo a bater outras chapas com a sonda introduzida no canal fistulizado. Depois, procurando fazer a desinfeccão do fóco de suppuração fez repetidas lavagens com soluções antisepticas, chegando a verificar que o liquido da lavagem se escoava tambem pela fossa nasal direita, trazendo consigo avultada quantidade de pús.

É o caso, então já interessante dentro do terreno odontologico, mais interessante se tornava passando francamente ao terreno rhinologico. Estavam assim demonstrados os innumeros pontos de contacto das duas especialidades, hoje mais que nunca irmãs quasi gêmeas.

Sim, meus caros collegas, ellas hoje representam de facto irmãs muito unidas, que em meio do turbilhão da vida clinica unicamante se auxiliam na lucta contra a dôr, o soffrimento, a doença.

MANGABEIRA ALBERNAZ, em artigo publicado no *Jornal dos Clinicos*, de Abril deste anno, falando das «relações entre a oto-rhino laryngologia e a odontologia» diz textualmente: «não é dentista completo o que não conhecer algo pelo menos de rhinologia; não é oto. rhino-laryngologista na verdadeira accepção do termo o que não tiver conhecimentos geraes de odontologia». Nestas palavras condensa o illustre collega, figura proeminente da especialidade, em S. Paulo, o seu pensamento a respeito do assumpto.

No decorrer do artigo mostra elle as relações inti-

mas entre as duas especialidades, comprovando-as com farta documentação. Nós, em que pese o desvalôr da opinião, também pensamos do mesmo modo.

Qual hoje o ophthalmologista ou oto-rhino-laryngologista que ao examinar qualquer doente não procura de logo indagar do estado de seus dentes? E a cada passo, os que assim procedem, vão encontrar localisada nos dentes a verdadeira etiologia de muitos males que á primeira vista relação alguma pareciam ter com os mesmos.

Lembramo-nos bem agora de um caso interessante, no particular, commosco succedido aqui mesmo em Maceió. Fomos certa vez chamado, e isso a conselho de um distincto collega, para vêr uma doente que havia já muitos dias se havia acamado com fortes dôres oculares, contra as quaes este mesmo collega já havia empregado sedativos e analgesicos, cujo proveito era apenas transitorio. Tratava-se de uma senhora de idade já bem avançada, que encontrámos com o rosto coberto, de olhos trancados e a gemer bastante.

Examinando, constatámos grande inflamação conjunctival e perikeratica alem de uma iris quasi insensivel á luz e em mydriase média. A tensão ocular, examinada pelo processo commum, digital, revelou-se, na medida do nosso tacto, um tanto augmentada. Deante de semelhante quadro, se não tínhamos sob os olhos um accesso typico de glaucoma pelo menos já o tínhamos bem esboçado com as suas principaes characteristics.

Procurámos pela anamnese, cuidadosamente feita, obter os dados melhores para uma therapeutica bem orientada. Nada havia soffrido anteriormente nos olhos, sentindo porém já havia bastante tempo nevralgia

facial, dependente segundo a sua propria informação, dos dentes que ás vezes doíam bastante.

Bein se vê que de logo examinámos o nariz e a bocca, chegando a verificar para o lado daquelle, a mucosa avermelhada e entumecida e os cartuchos augmentados de volume, e para o lado desta, uma dentadura em pessimas condições. Dos dentes que existiam, verdadeiros cacos, havia dois ainda iuteiros, mas implantados em alveolos de onde se via claramente sahir pús. Em face de tudo isto, o primeiro remedio prescripto e para ser feito immediatamente foi a extracção daquelles dois dentes e posteriormente a de todos os que estivessem imprestaveis.

Alem deste remedio prescrevemos mais uma solução antiseptica para lavagens oculares e um collyrio de pilocarpina, para ser usado trez vezes ao dia. Dois dias após fomos novamente visitar a paciente encontrando-a já sem dôres oculares, tendo desaparecido todos os symptomas alarmantes do glaucoma. Pensamos pois, e ninguém poderá de outro modo pensar, que a causa de todo o mal residia nos dentes. Ahi está meus collegas, um caso em que se falhasse acaso o exame da bocca, certamente não seria a pilocarpina por si só o remedio salvadôr. Tendes pois ouvido um caso dos muitos que a litteratura medica contem, embora relatado com a simplicidade e a pobreza de nossas expressões. Hoje em dia o ophthalmologista ou oto-rhino-laryngologista tem a obrigação formal de examinar sempre os dentes de todo e qualquer individuo que se lhe apresente á consulta. E' um dever que se impõe.

No campo da ophthalmologia são as nevrites, as keratites, as iridocyclites, as choroidites, que muitas

vezes tem a sua causa primeira residindo no mau estado dentario.

No campo da oto-rhino-laryngologia são as amygdalites, as pharyngites e principalmente as sinusites cuja causa dentaria é muitissimas vezes provada. É muitissimas foram as vezes que sobre o assumpto ouvimos a palavra autorizada dos illustrados mestres EDUARDO DE MORAES e CESARIO DE ANDRADE. A este muitas foram as vezes que tivemos a felicidade de auxiliar a intervir em casos de sinusite maxillar com disturbios oculares, nos quaes os dentes haviam sido a causa primeira. Nos Annaes de Oculistica do Rio de Janeiro publicou o nosso presado mestre dois casos interessantes, neste particular, de sua clinica privada, fazendo em torno dos mesmos amplas considerações.

Os dentes representam hoje em dia fôcos de onde podem partir os mais variados disturbios para o lado do nariz, da garganta, dos ouvidos e dos olhos. Surgem actualmente os mais interessantes trabalhos a respeito das infecções focaes e suas funestas consequencias. Mas entremos de novo a relatar o caso concreto que nos fez vir aqui a abusar de vossa attenção. Verificada que foi pelo nosso collega ADOLPHO CARVALHO a participação do nariz no caso que estava aos seus cuidados, para logo mandou-nos a doente afim de examinarmos e opinarmos a respeito.

Examinando-a, verificamos que de facto havia no soalho da fossa nasal direita um ponto de fistulisação por onde, á lavagem feita pela fistula gengival, o liquido se escoava de mistura com o pús. A differença entre o soalho da fossa nasal direita e o da esquerda era notavel. Enquanto este se mantinha liso e com a mucosa perfeita aquelle apparecia como que destacado



da parte ossea e perfurado pela fistula como já dissemos acima.

Deante da participação nasal no caso, para logo procedemos ao exame diaphanoscopico afim de verificar se havia qualquer anormalidade para o lado dos seios maxillares.

Tal exame, que se diga de passagem é varias vezes falho, fez-nos vêr que os seios maxillares se achavam em perfeito estado, pois grande era a transparencia apresentada pelos mesmos. Tinhamos pois deante dos olhos e ao alcance das mãos um caso de impactação dentaria bastaute extranho pela localisação em que se encontrava o dente impactado.

As pequenas radiographias, já tiradas, demonstravam bem a existencia do dente na abobada palatina, não mostrando porem sua perfeita localisação e consequentemente as relações por elle assumidas. Assim considerando, pedimos ao nosso collega a retirada de radiographias de toda a face afim de bem conhecermos a exacta posição do dente que então havia de ser retirado. E foram tiradas as radiographias que perfeitamente demonstram a posição pelo dente occupada. Procedidos estes exames, e de radiographia á mão, foi então levada a effeito a intervenção que vamos descrever.

Antes porem de entrarmos nessa descripção queremos fazer algumas considerações. Duas particularidades do caso chamavam a nossa attenção desafiando a nossa argucia explicativa.

Em primeiro logar o facto de que a paciente possuia alem dos cinco dentes (incisivos esquerdos e direitos e canino direito) que haviam sido extrahidos a titulo de therapeutica, todos os outros dentes, ficando pois sem sabermos qual poderia ser o dente impactado.

É este um ponto para o qual chamamos a vossa atenção, pedindo, já se vê, as vossas opiniões.

Para nós parece que seja elle, que depois de extrahido foi verificado ser um canino, um dente extranumerario, a não admittirmos a hypothese de que o canino extrahido fosse o chamado de leite, sendo o impactado o canino definitivo. É o mais interessante é que o canino impactado que aqui vêdes é um dente em pleno esplendor do seu desenvolvimento. Como tal dente conseguiu assim desenvolver-se deslocado de seu habitat normal?! Outro ponto interessante.

A outra particularidade extranhavel é justamente o perfeito estado do dente, em desaccordo com a suppuração existente no seu ponto de impactação. Porque, pois, existir tal fóco de suppuração?

Não resta duvida que o dente constituia no ponto em que estava um corpo extranho; mas isso não explica ainda a suppuração, pois sabemos que corpos outros extranhos, vindos de fóra do organismo, tal como os projectis, são capazes de ficar localizados dentro de qualquer osso sem provocar a mais minima reacção. Não é, pois, plausivel considerar a suppuração do caso motivada pela acção de corpo extranho, que no caso é do proprio organismo, e alli collocado por um simples capricho da natureza. É talvez mais consentaneo considerar que o dente collocado em relações intimas com a mucosa do soalho da fossa nasal, desta houvesse partido o germen que floresceu na loja da impactação dentaria, dando depois origem á franca suppuração.

Ou assim admittirmos, ou então pensarmos ainda que a suppuração houvesse sido causada pela infecção do apice de qualquer dos dentes que foram extrahidos, e dali propagada para a loja de impactação. A respeito

de taes particularidades encarecemos ouvir as vossas opiniões. Em alguns livros que pudemos compulsar nada encontrámos que nos viesse aclarar sobre o assumpto.

Lemos varios casos de impactação dentaria, mas casos communs.

Pouco encontrámos a respeito de casos deste modo complicados.

ADOLPH BERGER, professor assistente da Universidade de Columbia, no seu livro sobre «Principios e technica da remoção dos dentes», referindo-se aos casos de impactação dentaria mostra varios delles, mas chega a um ponto em que, falando das possibilidades de abertura na cavidade nasal, considera tal facto como um accidente e diz: «Este accidente é capaz de occorrer em dois typos de condições. A cavidade nasal pode ser invadida como o resultado de uso indiscreto de instrumentos cortantes do osso ou em consequencia de grande força applicada em retirar o dente de sua crypta». E' de notar, pois, que no nosso caso a abertura para o nariz não foi um accidente operatorio mas já existia por si mesma. Em artigo publicado no *The Dental Cosmos*, de Julho passado, encontrámos um bello estudo sobre as impactações dos caninos, feito pelo Dr. J. BEN GOLDSMITH, de New-York.

No decorrer desse estudo diz elle: «Os caninos mal collocados, certamente não teem recebido a consideração e o estudo dados a outros problemas orthodonticos. Uma revista da litteratura corrente revela como pudemos vêr, discussões sobre o assumpto, ás quaes poderemos referir-nos, mas os livros communs praticamente omittem sua consideração». Passa em revista o autor varias das opiniões a respeito da etiologia da impactação dos caninos. Cita ROHRER, de Hamburgo,

que estudou cerca de tresentos casos, e diz que as mulheres são mais sujeitas a ter os dentes caninos mal collocados, principalmente do lado esquerdo.

O nosso caso de facto é de uma mulher, mas o lado do canino impactado foi o direito. Diz tambem que a frequencia dos caninos impactados é muito maior no maxillar que no mandibular, havendo uma proporção de 20 para 1. Faz notar que dos dentes do maxillar os que mais frequentemente se encontram mal collocados são os caninos e cita BLUM que em 190 dentes do maxillar nestas condições contou 99 caninos.

Encarando mesmo de face a questão etiologica das impactações, diz o autor que «a luz de nosso actual conhecimento, infelizmente, a etiologia parece muito difficil de determinar e não é definitivamente conhecida».

Cita CRYER e diz que este autor resume o ponto de vista dos anatomistas e cirurgiões-dentistas, do seguinte modo: «o crescimento das maxillas e o movimento dos dentes sendo em uma direcção para deante, consequentemente tudo o que embarace este movimento para frente deve causar erupção anomala, impactação dos dentes e deformação de suas raizes». Cita ainda CASE que attribue a causa das impactações dos caninos á influencia das raizes dos dentes visinhos, sobre a dos ditos caninos que, como sabemos, faz a sua erupção na arcada após a erupção dos incisivos lateraes e dos primeiros premolares. E falando acerca de taes erupções diz o autor que «em raras occasiões o canino aponta dentro do nariz ou abaixo do queixo». E no nosso caso se o canino não estava de facto apontando visivelmente dentro do nariz, pelo meuos havia sobrelevado o seu soalho e tinha a sua loja de impa-

ctação em franca comunicação com a fossa nasal direita. E nisto está justamente a raridade do caso que aqui estamos a relatar.

Não somos nós que o consideramos raro pelo só prazer de apresental-o como tal, mas é o autor que citámos, o Dr. GOLDSMITH, de New-York, cujo estudo, no particular das impactações dos caninos, será talvez o mais interessante e acurado que haja apparecido até hoje na litteratura odontologica. E dizemos talvez, porque não nos será nem nos é possível conhecer tudo o que se ha escripto sobre o assumpto. Porem mesmo que outro estudo haja sido feito por qualquer outro autor temos a quasi certeza de que não excederá no brilho e no formidavel numero de citações feitas, ao Dr. GOLDSMITH.

E tal estudo, meus collegas, é cousa nova, pois é de Julho passado, parecendo que me chegou ás mãos mesmo a proposito. Ainda tratando da etiologia das impactações cita YOUNG que resume do seguinte modo a sua maneira de pensar a respeito. «E' difficil determinar porque rasão os dentes são mal collocados, mas é certo asseverar que a maior parte de taes dentes decorre de má collocação dos germens dentarios». Terminando enfim o seu estudo a respeito da etiologia diz o Dr. GOLDSMITH: «este resumo de opiniões sobre a etiologia que está evidentemente muito em discussão, deixa o assumpto no terreno das conjecturas».

Feitas taes considerações passemos agora a descrever a intervenção por nós praticada na paciente em questão. Como já dissemos atraz, foi de radiographia á vista que procurámos intervir. A principio, dada a existencia de duas fistulas, uma gengival e outra nasal, vacillámos um pouco na escolha do ponto de abertura para a extracção do dente no proposito de, se possível,

não abrimos a abobada palatina, indo ao encontro do dente pela parte anterior do maxillar.

Mas dada tambem a distancia do local da impactação da parte anterior do maxillar, pareceu-nos então, e isto em accordo com a opinião do nosso collega auxiliar da intervenção, mais viavel e mais propria a via transpalatina. Assentado pois o campo operatorio praticámos a asepsia do mesmo, como possível, e procedemos a anesthesia que foi feita ao nivel das fossas nasaes com uma solução de cocaina a 1/40 adicionada de um pouco de adrenalina e ao nivel da abobada palatina com Narcosia diluida em um pouco de sôro physiologico. Nesta ultima parte da anesthesia, que se diga de passagem um pouco difficultosa, dada a resistencia das partes molles da abobada e sua enorme adherencia á abobada ossea, empregámos tão somente trez ampolas de Narcosia.

Feita a anesthesia traçámos a linha curva da incisão um pouco para dentro da linha alveolar do maxillar, partindo da visinhança do incisivo mediano direito e terminando na visinhança do primeiro grande molar direito, incisão esta feita de logo até tocar o tecido osseo. Após, iniciamos o descollamento das partes molles, cousa bastante penosa dada a formidavel adherencia, tendo sempre o maximo cuidado em manter integro o retalho.

Ao chegar porem o descollamento no ponto correspondente á loja de impactação, onde havia uma certa saliencia, apesar do nosso extremo cuidado, houve uma ligeira solução de continuidade no retalho facto que, tendo nos trazido no momento bastante aborrecimento, nos foi depois, como demonstraremos, de certo modo agradável.

Descollado que foi o retalho correspondente á in-

cisão e verificada a insuficiencia do mesmo para que fosse dado o accesso franco á loja impactada, tivemos de alargar essa mesma incisão, levando-a de um lado até a visinhança do ultimo grande molar e do outro até a visinhança do canino esquerdo, procurando descollar mais o retalho e descobrindo assim uma mais ampla superficie ossea.

Nesse alargamento da incisão cortámos um vaso que, apesar de ser de pequeno calibre e dada a sua posição difficil para não dizer impossivel de ser pinçado e ligado, deu logar a uma forte hemorragia que por duas vezes nos fez interromper a intervenção pres-tando-lhe os cuidados necessarios.

E estes não foram faceis, roubando-nos muito tempo, pois na impossibilidade de pinçar o vaso para ligal-o, empregámos em primeiro logar a simples compressão e successivamente a compressão com tampões embe-bidos em agua oxygenada, em antipyrina, em tanino, conseguindo afinal uma hemostasia que pouco depois falhava, dando logar á nova hemorragia.

Novos tampões compressores foram empregados sem disso obtermos resultado, chegando por fim a lançar mão do galvano-cauterio que nos deu a hemostasia já ansiosamente esperada, concedendo-nos a paz e o tempo precisos para continuarmos e terminarmos a intervenção. Feito pois o descollamento de todo o retalho tinhamos sob as vistas a abobada ossea que estava perfeitamente integra no ponto correspondente á loja do dente, tendo logo para traz desta ligeiro ponto gasto, isso certamente em consequencia da suppuração. Por ali começamos a abertura do osso, com goiva e martello, descobrindo em primeiro logar a corôa do dente impactado. Descoberta esta, alargamos a abertura do osso procurando descobrir todo o dente que se en-

contrava deitado com a parte posterior da corôa voltada para o lado buccal e a parte anterior para o lado nasal. Tivemos nessa abertura da loja ossea de impacção o maior cuidado para que a goiva não escapulisse entrando pela fossa nasal a dentro. Posto a nú todo o dente, foi elle deslocado cuidadosamente do seu leito, pelo nosso auxiliar com a ajuda de uma alavanca dentaria. Deitado completamente no sentido horizontal, tinha o dente a raiz quasi implantada na parede interna do seio maxillar direito, mettido por baixo do cartucho inferior direito. Extraído pois o dente, que aqui está, verificamos tratar-se de um canino em perfeito estado de desenvolvimento e de saúde, se assim nos fôr permittido dizer.

Tivemos então o mais desvelado cuidado em fazer a asepsia da loja dentaria, passando depois a recomposição do campo operatorio. No intuito de obtermos a cicatrização por primeira intenção do retalho operatorio procuramos com o auxilio de fios de crina estabelecer a drenagem pela fistula gengival do pús que possivelmente se viesse a formar na cavidade onde se achava o dente. Depois procedemos a sutura do retalho que foi feita cuidadosamente com 8 pontos de fio de seda. Tínhamos assim terminada a tarefa a que nos propuzemos após cerca de quatro horas de trabalho bastante intenso. Parecerá de certo bastante demorado o tempo operatorio, mas se attentarmos bem para o caso tal impressão de prompto desaparecerá. Em primeiro logar é preciso dizermos que operando, jamais nos preoccupa a rapidez da operação, pois temos a convicção firmada de que tal rapidez jamais poderá ser a base da perfeição. No caso que estamos relatando só o tempo que gastamos em dar combate á hemorragia foi talvez a metade de todo o tempo ope-



ratorio. E' de notar que durante todo este tempo bastante amplo, a anesthesia local praticada como já dissemos com apenas tres ampolas de Narcosia foi mais ou menos perfeita, tendo a paciente supportado bem toda a intervenção. Retirada da mesa operatoria a paciente applicamos-lhe uma injeccão de cafeina e outra de sôro physiologico (250 cc) ficando ella em repouso, bem disposta. No dia immediato notamos que o ponto do retalho que havia soffrido a solução de continuidade se achava esbranquiçado, em contraste com o restante do mesmo retalho. Pelo ponto de drenagem deixado nenhuma quantidade de pús por minima que fosse se escoava. Os pontos dados estavam com bôa apparencia. Apesar disso fizemos logo uma injeccão de vacina antipyogenica de Bruschetini. Nos dias seguintes o ponto esbranquiçado a que nos referimos acima augmentou dando sahida a uma certa quantidade de pús. Tivemos mesmo receio de que augmentando a quantidade deste, grande parte do retalho fosse sacrificada, podendo mesmo haver o comprometimento dos pontos de sutura. Estes porem conservavam-se integros. Passámos a fazer, diariamente, a desinfeccão do ponto suppurado com nma solução de hypochloriu, injeccão intramuscular de vaccina antipyogena, e applicações locais de 15 a 20 minutos de raios infravermelhos. No 3.º dia retirámos o dreuo, pois ao seu nivel não sahia pús. Aos poucos a suppuração foi cedendo e o ponto suppurado do retalho foi diminuindo de tamanho enquanto a linha de sutura cicatrissava. No 6.º dia após a operação foram retirados 4 pontos, tendo sido os 4 restantes retirados dois dias

após os primeiros. No 12.º dia após a operação estava o retalho totalmente cicatrizado, restando apenas aberto e já bastante menor o ponto central que deu saída ao pús. Eis ali porque quando nos referimos á solução de continuidade feita durante o acto operatorio, dissemos que a principio ella nos trouxe aborrecimentos, sendo-nos porem depois agradável. Talvez se a drenagem post-operatoria se tivesse feito pela antiga fistula gengival e não pelo ponto aberto na abobada palatina a suppuração custasse mais a ceder aos curativos post-operatorios.

Estando este ultimo ponto situado logo abaixo da loja onde havia o pús, este mais facilmente se escoou desaparecendo.

Quanto á fistula nasal, não mais deu saída a pús, fechando com relativa facilidade.

Ao cabo de uns quarenta dias estava a paciente completamente restabelecida, ficando com a mucosa da abobada palatina tão perfeita quanto dantes, sem que se possa mesmo dizer tenha sido ella tão traumatizada quanto foi.

Nem a linha da incisão deixou vestigios na cicatrisação.

Se não fôra a suppuração bastante antiga temos a certeza de que a cicatrisação se faria por primeira intenção.

Em todo caso embora com um pouco de demora ella se fez perfeitamente como desejavamos.

Tendes pois ouvido relatar, de accordo com as nossas fracas possibilidades scientificas, o caso que tanto nos interessou e que de certo tambem achastes inte-

ressante. Tendes ali as provas radiographicas do caso e o caprichoso dente, verdadeiro corpo de delicto, se assim nos é permittido dizer.

O resultado operatorio constitue para nós motivo de summa alegria.

Esperamos pois de vós todos as considerações justas os que o camerece.

---

**BIOPHORINE**  
**GIRARD**

**KOLA GLYCERO-PHOSPHATADA**  
**NEVROSIS, ANEMIA CÉREBRAL, VERTIGEM**  
*A. GIRARD, 48, Rue d'Alésia, PARIS (FRANCE)*  
Depositario: FERREIRA, 165, Rua dos Andradas, RIO DE JANEIRO

# ASSISTENCIA A PSICOPATAS

O presente projeto de decreto, dispondo sobre os estabelecimentos de assistencia a psicopatas, é dado á publicidade para receber sugestões.

Dispõe sobre os estabelecimentos de assistencia a psicopatas, regula a admissão, permanencia e saída dos doentes, alienados ou não, e dá outras providencias.

Usando das atribuições que lhe confere o Art. 1.º do decreto n. 19.398, de 11 de novembro de 1930, resolve:

## CAPÍTULO I

### DA ASSISTENCIA A PSICOPATAS E SEUS ESTABE- LECIMENTOS

Art. 1.º A Assistencia a Psicopatas é destinada a realizar a profilaxia e o tratamento das doenças mentais, e bem assim a promover a proteção legal dos psicopatas, segundo seu estado mental, e o amparo social dos egressos dos hospitais e serviços psiquiatricos.

Art. 2.º Os estabelecimentos hospitalares especialmente destinados ao tratamento de psicopatas, alienados ou não, dividem-se, quanto ao regime, em abertos, fechados e mixtos.

Art. 3.º Os estabelecimentos hospitalares, as clinicas, e os serviços abertos, públicos ou particulares, são destinados a receber os psicopatas, cujas perturbações

mentais não apresentem reações anti-sociais e consintam em ser tratados nesses estabelecimentos, e também, em observação, aqueles cujas perturbações mentais tenham caráter agúdo e transitorio, ainda que manifestem reações anti-sociais leves.

Art. 4.º Os estabelecimentos hospitalares de regime aberto devem compreender duas secções; uma destinada aos doentes internados voluntariamente, outra aos internados por solicitação de outrem, que nela permanecerem em observação.

Art. 5.º Os estabelecimentos hospitalares, as clínicas e os serviços fechados, públicos ou particulares, são destinados a receber os psicopatas, que, pelo aspecto e natureza da doença mental, congenita ou adquirida, sejam capazes de atentar contra a própria vida ou a de outrem, de perturbar a ordem ou de ofender a moral pública, bem como os que se recusarem a submeter-se ao tratamento que a observação preliminar do caso aconselhar.

Paragrafo unico. O individuo suspeito de doença mental que ameaçar a sua propria vida ou a de outrem, comprometer a ordem ou ofender a moral pública, será recolhido, provisoriamente, para observação, em secções especiais dos hospitais ou serviços fechados.

Art. 6.º Os estabelecimentos hospitalares, as clínicas e os serviços mixtos, publicos ou particulares, compõem-se de uma parte aberta e outra fechada, nas quais se recebem em tratamento, respectivamente, os doentes de que tratam os Arts. 3.º, 4.º e 5.º do presente decreto.

Art. 7.º Os internados judicarios serão recolhidos a estabelecimentos ou serviços adequados ao seu estado mental, observadas as decisões judiciais.

Art. 8.º O psicopata, alienado ou não, poderá ser

tratado em domicilio proprio ou de outrem, sempre que lhes forem administrados os cuidados que se fizerem mister. Sempre que parecer inconveniente conservá-lo em domicilio, ou o exigir o seu tratamento, será tambem recolhido a estabelecimento adequado, comunicado o fato ao diretor geral da Assistencia a Psicopatas no Distrito Federal ou á autoridade analoga nos Estados e á autoridade judiciaria competente.

Paragrafo unico. Si, porém, em um mesmo domicilio forem alojados mais de tres doentes, o domicilio será considerado estabelecimento privado, salvo se os doentes pertencerem todos á mesma familia.

Art. 9.º A assistencia hetero-familiar destina-se a socorrer os doentes chronicos e calmos, nos arredores dos hospitais-colonias, readaptando-os á vida social.

Art. 10. É proibido mantér psicopatas em cadeias públicas ou entre criminosos.

Art. 11. Nos Estados em que ainda não houver manicomio judiciario, os psicopatas delinquentes e os condenados psicopatas sómente poderão permanecer em manicomios comuns, nos pavilhões que especialmente lhes forem reservados.

Art. 12. São requisitos essenciaes ao funcionamento dos estabelecimentos publicos ou privados, destinados ao tratamento de psicopatas:

a) ser dirigido por médico ou médicos devidamente habilitados;

b) possuir instalações adequadas e edificio situado em lugar saudavel, com dependencias que permitam exercicios ao ar livre, para o que se exige sejam aprovadas préviamente as respectivas plantas;

c) possuir secções especiais, que permitam as separações dos internados de sexos diferentes e a classifi-

cação e a separação dos doentes segundo o número e segundo a doença de que sofram;

d) oferecer garantias de idoneidade moral e técnica, no tocante ao pessoal, para os serviços clínicos e administrativos;

e) manter, permanentemente, um ou mais médicos de plantão.

Art. 13. É considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento particular, destinado ao tratamento de psicopatas, alienados ou não, quem tiver, ao menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente, no Brasil ou no estrangeiro, em qualquer estabelecimento público ou particular, autorizado pelo Estado, e destinado ao tratamento de doenças mentais.

Art. 14. Quem quer que pretenda fundar ou dirigir uma casa de saúde destinada ao tratamento de psicopatas, deverá requerer, no Distrito Federal, ao diretor geral da Assistência a Psicopatas, e, nos Estados, á autoridade analoga, a devida autorização, anexando os documentos tendentes a provar que o local e o estabelecimento estão nas condições exigidas no Art. 12, e regimento interno do estabelecimento, a declaração sobre se o estabelecimento recebe apenas psicopatas e de ser no último caso, o local a estes reservado inteiramente separado do destinado aos outros doentes.

Art. 15. Pretendendo a direção do estabelecimento elevar o número primitivo de enfermos, submeterá, no Distrito Federal, ao diretor geral da Assistência a Psicopatas, e, nos Estados, á autoridade analoga, uma planta do edificio, provando que as novas construções comportam, de modo conveniente, os novos pensionistas.

Art. 16. Todos os documentos e planos relativos á fundação dos estabelecimentos particulares deverão estar sempre em condições de ser examinados pelo diretor geral de Assistencia a Psicopatas, no Distrito Federal, ou por autoridade analogá, nos Estados.

Art. 17. Todo estabelecimento fechado, público ou particular, deverá inscrever em livro especial, rubricado pelo diretor geral da Assistencia a Psicopatas, no Distrito Federal, ou pela autoridade analogá, nos Estados, nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, sexo, côr, profissão, residencia, e estado civil do individuo entrado como psicopata, bem como as informações sôbre a sua situação patrimonial; nome, profissão e residencia da pessoa que houver solicitado a sua admissão; a data da entrada e os documentos relativos á curatela, no caso do doente estar interditado. Serão transcritos igualmente o atestado que instruiu o pedido de admissão e o que foi redigido pelo médico do estabelecimento, de acôrdo com o Art. 29 do presente decreto. Este registro deverá ser apresentado á Comissão Inspetora e outras autoridades que visitarem o estabelecimento as quais nele consignarão as observações que julgarem necessarias.

Art. 18. Cada psicopata deverá ter uma observação com o historico de sua enfermidade, sempre posta em dia pelo médico assistente, aí consignado tambem o tratamento seguido.

Art. 19. Quando o doente completar tres dias de estada em um estabelecimento fechado, público ou particular, admitido pelo processo de internação regular ou de urgencia, o diretor do estabelecimento deverá enviar ao diretor geral da Assistencia a Psicopatas, ou á autoridade analogá nos Estados, um boletim mencionando o pedido de admisssão do doente, a cópia do



atestado que o instruiu, a observação do mesmo doente, e atestado do médico do estabelecimento, de acôrdo com o Art. 29 dêste decreto.

Art. 20. Os diretores de estabelecimentos abertos, fechados e mixtos, públicos e particulares, enviarão mensalmente, ao diretor geral de Assistencia a Psicopatas, no Distrito Federal, ou á autoridade analogá, nos Estados, um boletim do movimento hospitalar dos doentes entrados e saídos no mês anterior. Deverão também comunicar á mesma autoridade todas as occurrencias havidas nos respectivos estabelecimentos por êls dirigidos.

Art. 21. Sempre que se dêr a internação de um doente em estabelecimento fechado, público ou particular, a direção dará conhecimento immediato disso ao curador de Orfãos, no Distrito Federal, ou á autoridade equivalente, nos Estados, e ao curador do doente, si fôr interdito, para que se possa providenciar sobre a fiscalização da pessoa e dos bens do doente.

## CAPÍTULO II

### DA ADMISSÃO DOS DOENTES NOS ESTABELECIMENTOS PUBLICOS OU PARTICULARES

#### I.<sup>a</sup> Secção

##### *Da admissão em estabelecimentos abertos*

Art. 22. A admissão dos doentes nos estabelecimentos abertos, tanto públicos como particulares, pôde ser:

a) por solicitação do doente, ou com o seu assentimento;

b) por solicitação de outrem, para observação.

Art. 23. Para a admissão voluntaria de que trata a alinea *a*, do artigo precedente, é necessario apresentar:

a) prova de identidade que contenha: nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, sexo, côr, profissão, residencia, estado civil e sinais fisicos e fisionomicos do doente ou sua carteira de identidade, bem como as informações sobre a sua situação patrimonial;

b) ficha ou folha de observação feita pelo médico do estabelecimento, mencionando o exame anamnésico, somático e psíquico do doente;

c) consentimento do doente, em papel rubricado pelo diretor do estabelecimento, ou médico que o substituir.

Art. 24. A internação de que trata a alinea *b*, do Art. 22, far-se-á para observação do doente, sendo necessario apresentar, além da prova de identidade:

a) declaração expressa, firmada por médico com diploma registrado na Saude Pública, quanto á utilidade, para o doente, de sua admissão, em secção de observação do serviço aberto. Essa declaração poderá ser substituida pela ficha ou folha de observação feita pelo médico do estabelecimento, mencionando o exame anamnésico, somático e psíquico do doente;

b) requerimento do representante do doente (tutor, conjuge ou parente até o 4.º gráu, inclusive, psiquiatra ou assistente da Assistencia a Psicopatas, diretores de hospitais, civis ou militares, de ambulatorios ou de serviços psiquiatricos para admissão de doentes e diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistencia social (leiga ou religiosa), ao diretor do estabelecimento, pedindo a admissão ou entrada do doente, no respectivo serviço.

Art. 25. Os doentes, internados em observação po-

derão permanecer nessa secção até 60 dias; findo êsse prazo, deverão ser transferidos para a secção de admissão voluntaria, quando nisto assentirem: e, em caso contrário, entrarão nos serviços fechados ou na secção fechada dos estabelecimentos mixtos.

Art. 26. No caso de transferencia para os serviços fechados, quando se tratar de estabelecimento publico, o diretor dêste, ou o médico que o substituir, redigirá o atestado de internação ou subscreverá a sumula da observação feita pelo médico assistente. Será exigido, porém, o cumprimento integral das formalidades prescritas no Art. 29, quando se tratar de estabelecimento privado.

Art. 27. Decorridas 24 horas, depois, da entrada do doente em estabelecimento aberto, deverá o diretor do estabelecimento ou o médico que o substituir, ter em perfeita ordem, em folhas soltas, todos os documentos de hospitalização, assim como a observação minuciosa que se tenha podido recolher até aquele momento. Em continuuação ao relatorio inicial deverá o diretor registrar na propria folha de observação, num prazo maximo de 48 horas, os motivos que a seu vêr justifiquem a permanencia do mesmo no serviço aberto.

## 2.<sup>a</sup> Secção

### *Da admissão em estabelecimentos fechados*

Art. 28. A admissão de doentes, nos serviços fechados, publicos ou particulares, pôde ser:

- a) regular;
- b) de urgencia;
- c) pela assistencia publica;

d) para observação.

Art. 29. Para a admissão regular é necessario:

a) apresentação das provas de identidade, de que trata o Art. 23, alínea a;

b) atestado médico firmado por profissional de reconhecida competência, com diploma registrado na Saude Pública, afirmando haver doença mental, com sintomas que indiquem a necessidade de tratamento em estabelecimento fechado, e contendo o exame anamnésico, somático e psíquico do doente;

c) requerimento do representante do doente (tutor, conjuge ou parente até o 4.º grau, inclusive, psiquiatra ou assistente da Assistência a Psicopatas, diretores de hospitais, civis ou militares, de ambulatórios ou de serviços psiquiátricos para admissão de doentes e diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa), ao diretor do estabelecimento pedindo a admissão ou entrada do doente no respectivo serviço.

Art. 30. Para admissão de urgencia, é necessario apenas o atestado de médico, com diploma registrado na Saude Pública, afirmando que ha uma doença mental, e que a natureza dos sintomas psíquicos justifica a internação de urgencia.

Paragrafo unico. Neste caso, o documento de identidade e o requerimento do representante do doente, deverão ser entregues dentro de 48 horas.

Art. 31. Sempre que fôr possível, o requerimento de internação deverá ser feito pelo conjuge ou parente até o 4.º grau, inclusive. Quando assim não seja, o requerente deve especificar os motivos dessa impossibilidade, assim como a natureza das relações que o ligam ao enfermo, e as circunstâncias que o levem a pedir a internação.

Ar. 32. Não podem lavrar atestado médico, de que tratam os artigos precedentes:

- a) a pessoa que requer a internação;
- b) os parentes consanguíneos ou afins, em linhas réta ou colateral, até segundo, gráu, inclusive;
- c) socios comerciais ou industriais do doente.

Art. 33. O atestado médico só terá valor, si fôr apresentado dentro de 15 dias no maximo, a contar da data em que foi firmado.

Art. 34. Decórridas quarenta e oito horas, após a entrada do doente no estabelecimento fechado, público ou particular, deverá o diretor, ou médico que o substituir, lavrar outro atestado, contendo a sumula da observação do doente e justificando a sua permanencia no estabelecimento.

Art. 35. Para internação pêla assistencia pública (serviço de admissão para psicopatas, serviço de seleção e separação de doentes) são necessarios os seguintes documentos: prova de identidade; atestado contendo o exame anamnésico, somático e psíquico do doente, firmado por médico da Assistencia a Psicopatas e o requerimento dos representantes legais do doente, conjugue ou parente até o 4.<sup>o</sup> gráu, inclusive, e, na falta dêstes, pelo diretor do serviço ou médico que o substituir.

Art. 36. A admissão, para observação do individuo suspeito de doença mental, far-se-á sem ele ameaçar a sua propria vida ou a de outrem, perturbar a ordem, ou ofender a moral pública.

Paragrafo unico. Proceder-se-á ao processo de internação:

- a) á requisição do juiz, de acôrdo com o que dispõe a lei processual local;
- b) mediante requisição do chefe de Polícia;

c) nos casos de manifesta urgência, poderá ser feita pêla policia, a prévia e imediata internação, comunicando incontinenti ao representante do Ministerio Público, que deverá instaurar o processo judicial no prazo maximo de cinco dias.

Art. 37. As requisições de que fala o artigo precedente devem ser acompanhadas da competente prova de identidade e de atestado médico, contendo o exame anamnésico, somatico e psiquico do mesmo.

Art. 38. O prazo de observação será no maximo de 30 dias, findo o qual o diretor do estabelecimento expedirá as necessarias ordens para a internação definitiva, dando ciencia dêsse fato á autoridade que a requisitou.

Art. 39. Quando se tratar de internação de individuos sujeitos á interdição ou processados por delitos comuns, a comunicação de que trata o artigo precedente será feita á autoridade judiciaria competente, sem prejuizo do laudo que redigirem os peritos nomeados pêlo juiz, de acôrdo com a legislação processual local.

### 3.<sup>a</sup> Secção

#### *Da admissão em estabelecimentos mixtos*

Art. 40. A admissão de doente, em estabelecimento mixto, reger-se-á, conforme se destine á secção aberta ou fechada, pêlo que preceituam os Arts. 22 a 27, ou 28 a 39, respectivamente.

## CAPÍTULO III

## DA PERMANENCIA E SAIDA DOS DOENTES

Art. 41. A permanencia dos doentes, nos serviços abertos, não excederá o prazo de noventa dias, podendo esse prazo ser prorogado com a aprovação do diretor geral da Assistencia a Psicopatas, no Distrito Federal, ou da autoridade analogo, nos Estados.

Art. 42. Se, no decurso de sua estada em estabelecimento aberto, verificar-se que o doente entrou em estado demencial, que apresenta reações incompativeis com a natureza do serviço ou não se submeta a tratamento apropriado, o processo da transferencia se fará de acôrdo com os Arts. 26 e 29.

Art. 43. A saída do estabelecimento, onde se encontra por admissão voluntaria, far-se-á mediante pedido do proprio doente.

Art. 44. A saída de doente do serviço fechado, está condicionada á alta que o medico assistente lhe conceda, desde que verifique terem desaparecido as perturbações mentais ou as reações perigosas que vinham manifestando.

Art. 45. A alta dos internados judiciaes, e dos que pertencerem ás corporações militares, será comunicada para fins de direito, ás autoridades judiciaes ou militares a que estejam subordinados.

Art. 46. Em casos em que não couber a alta, o médico assistente poderá conceder licença ao doente pelo prazo maximo de seis meses.

Art. 47. Ninguem pôde permanecer em estabelecimento aberto, fechado ou mixto, depois de dada a alta pelo médico assistente, salvo os internados judiciais.

Ar. 48. Em qualquer ocasião será permitido a pessoa internada em estabelecimento público ou particular, ou em domicílio, reclamar a quem determinou a internação, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade mental, procedido por médico estranho ao estabelecimento em que ela se acha.

Art. 49. Salvo caso de iminente perigo, para a ordem pública, para o proprio doente ou para outrem, não será recusada a saída do internado de qualquer estabelecimento, quando solicitada:

- a) por autoridade judiciaria competente;
- b) por conjuge;
- c) por parente até o 4.º gráu, inclusive;
- d) pela pessoa que requereu a internação.

§ 1.º Si houver divergencia entre as pessoas enumeradas, será communicado o fato á autoridade competente, para resolver.

§ 2.º Quando, neste caso, for recusada a saída, o Diretor do estabelecimento dará immediatamente, em relatório á autoridade competente, as razões da recusa, para o julgamento, de sua procedencia.

Art. 50. Evadindo-se qualquer psicopata de estabelecimento público ou privado, poderá ser readmitido, sem novas formalidades, desde que não hajam decorrido mais de 30 dias de sua evasão, e persistam os motivos da sua admissão anterior.

## CAPÍTULO IV

### DOS TOXICOMANOS

Art. 51. Os toxicomanos, e os intoxicados habituais, por substancias de natureza analgesica ou entorpecente, tais como opio, a diauba, a cocaina, seus congeneres,



compostos, derivados e quaisquer outras substancias ou preparados farmaceuticos capazes de determinar o habito, ou pelas bebidas alcoolicas ou em geral inebriantes, são passíveis de internação judicial, facultativa ou voluntaria.

§ 1.º A internação judicial dar-se-á quando provada a necessidade de tratamento adequado do enfermo, ou a bem dos interesses da ordem publica, a requerimento do representante do Ministerio Público, que, no Distrito Federal, será o curador de Orfãos do proprio interessado, seus representantes legais, conjuge ou parente até ao 4.º gráu inclusive. Realizar-se-á tambem, *ex-officio*, nos casos de condenação por embriaguez habitual, ou no de impronuncia ou absolvição em virtude da dirimente do Art. 27, § 4.º, do Codigo Penal, com fundamento de doença ou estado mental resultante do abuso das substancias enumeradas no presente artigo.

§ 2.º A internação facultativa dar-se-á quando provada a necessidade de tratamento hospitalar a requerimento dos representantes legais do interessado, conjuge ou parente até o 4.º gráu, independente de decisão judicial.

§ 3.º A internação voluntaria dar-se-á quando pedida pelo proprio interessado.

§ 4.º A internação judicial será sempre em estabelecimentos ou serviços fechados, ou na secção fechada de serviços mixtos.

§ 5.º As internações facultativa e voluntaria se farão nos serviços ou secções adequadas, a juizo do director do estabelecimento.

§ 6.º Nos casos de urgencia, poderá ser feita pela policia a prévia e immediata internação, comunicando incontinenti ao representante do Ministerio Publico,

que deverá instaurar o processo judicial no prazo máximo de cinco dias.

§ 7.º A internação prévia poderá também ser ordenada irrecorrivelmente pelo juiz, quando a maioria dos peritos nomeados a considere necessaria á observação médico-legal.

Art. 52. A decisão judicial poderá decretar simplesmente a internação para tratamento, pelo tempo que os peritos julgarem conveniente, ou simultaneamente a interdição ampla ou limitada, segundo o estado mental do interditado. Decretar-se-á a internação simplesmente para tratamento, se o exame pericial não demonstrar a necessidade de qualquer limitação á capacidade civil do internado; neste caso, o procedimento judicial terá carater secreto.

§ 1.º A interdição limitada importa na equiparação do interdito aos incapazes relativamente, previstos no Art. 6.º, n. 1, do Código Civil.

§ 2.º Nos casos de internação prévia, a autoridade que a ordenou proverá pelos meios convenientes, sobre a immediata vigilancia provisoria dos bens do internado.

§ 3.º Decretada a internação simplesmente para tratamento, o juiz nomeará pessoa idonea para acautelar os interesses do internado. A essa pessoa cuja indicação é facultada ao internado, ficam conferidos apenas os poderes de administração, salvo a outorga de poderes expressos nos casos e na fórmula do Art. 1.295 do Código Civil.

§ 4.º A alta dos internados só poderá ser autorizada pelo juiz que houver decretado a internação e mediante novo exame pericial, que a justifique.

§ 5.º Na internação extra-judicial, se o internado, seus representantes legais ou pessoa de sua familia

quizer efetuar a sua retirada do estabelecimento onde ele se achar, cumpre ao respectivo diretor, se for a isso contrario, comunicar o fato immediata e reservadamente ao representante do Ministerio Publico, mantida a internação pelo prazo de cinco dias, contados da apresentação do officio.

## CAPITULO V

### DA CURATELA DOS PSICOPATAS

Art. 53. Nos casos menos graves, de anomalias psiquicas, poderá ser decretada a curatela limitada, ficando o curatelado equiparado para os atos da vida civil aos menores de 16 anos completos.

## CAPITULO VI

### FISCALIZAÇÃO E PENALIDADES

Art. 54. Para o exato cumprimento do presente decreto, todos os estabelecimentos abertos, fechados e mixtos, públicos ou particulares, serão fiscalizados no Distrito Federal e nos Estados, pela autoridade pública.

§ 1.º Os estabelecimentos públicos no Distrito Federal e nos Estados serão fiscalizados por uma comissão composta do diretor geral da Assistencia a Psicopatas do Distrito Federal ou autoridade analoga nos Estados, do procurador da Republica e do curador de orfãos e interditos ou autoridade local equivalente, designados pelo ministro da Educação e Saúde Pública no Distrito Federal e pelos presidentes nos Estados.

§ 2.º Os estabelecimentos privados do Distrito Fe-

deral e nos Estados serão fiscalizados por uma comissão composta do diretor geral da Assistencia a Psicopatas, no Distrito Federal, ou autoridade analoga nos Estados, do procurador da Republica, do curador de orfãos e interditos ou autoridade equivalente local, e dois profissionais de reconhecida competencia, escolhidos entre os psiquiatras da Assistencia a Psicopatas, medicos legistas dos Institutos de Medicina Legal ou professores de Psiquiatria e de Medicina Legal das Faculdades de Medicina e Direito, oficiais ou equiparadas, designados pelo ministro da Educação e Saúde Pública no Distrito Federal, e pelos Presidentes nos Estados.

§ 3.º Ficam excluidas dessa fiscalização as secções de admissão voluntaria, salvo quanto ao curador de orfãos que no Distrito Federal fizer parte da comissão inspetora ou autoridade equivalente nos Estados, cuja intervenção, entretanto, terá sempre carater secreto.

Art. 55. Essas comissões inspetoras nomeadas respectivamente pelo ministro da Educação e Saúde Pública no Distrito Federal e pelos Presidentes dos Estados, terão por função o cumprimento exato dos artigos da presente lei, excetuados os que dependerem diretamente da fiscalização do diretor geral da Assistencia a Psicopatas no Distrito Federal ou autoridade analoga nos Estados.

Art. 56. As infrações dos preceitos desta lei serão punidas com as seguintes penas, sem prejuizo de outras capituladas no Codigo Penal.

a) multa de 100\$000 a 2.000\$000 imposta no Distrito Federal pelo diretor geral da Assistencia a Psicopatas e nos Estados pela autoridade analoga;

b) na falta de pagamento destas multas, dentro do prazo que for determinado, serão cobradas executivamente pela Procuradoria da Republica, no Distrito

Federal, e, nos Estados, pela autoridade estadual equivalente.

Paragrafo unico. Em caso de reincidencia, poderá ser cassada a autorização para funcionar a qualquer estabelecimento particular, para o que o processo deverá ser submetido pelo diretor geral, da Assistencia a Psicopatatas ou autoridade analoga, á consideração do Ministro da Educação e Saude Publica, no Distrito Federal, e á do Presidente respectivo, nos Estados.

Art. 57. Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, de 1932, III.º da Independencia e 44.º da Republica.

Do *Diario Oficial da Republica*, de 16-6-32.



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

# BOLETIM

DA

## Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia

---

ACTA DA SESSÃO INAUGURAL DA SOCIEDADE MEDICA DOS  
HOSPITAES DA BAHIA, EM 24 DE ABRIL DE 1932

Composta a mesa pela Diretoria eleita para o ano de 1932 e em presença de grande numero de socios foi aberta a sessão.

O Sr. Presidente fala em nome da nova Diretoria empossada agradecendo a escolha dos nomes para os cargos respectivos, prometendo envidar esforços para que a Sociedade progrida sempre.

*Expediente.* — Uma publicação do Dr. José Silveira e um officio da Diretoria da Instrução Publica.

Pede a palavra o Dr. Fernando Luz para dizer que, por carta de um seu amigo, do Rio de Janeiro, soube que ali se preparam homenagens a serem prestadas ao notavel cirurgião patricio José de Mendonça, do qual a Bahia teve oportunidade de ouvir a palavra sabia, ha anos atraz, em sua conferencia sobre «Choque traumatico». Propõe que a Sociedade por algum modo se associe a estas justas homenagens, nomeando, por exemplo, lá no Rio, um representante, para que, de acordo com a comissão que com este fim se organizou, manifeste a adesão da Bahia a estes gestos de justiça.

O apoio é unanime e fica assentado que se comunique a nossa deliberação, e se nomeie o Prof. Clementino Fraga nosso representante nos festejos.

O Dr. Torres, com a palavra, propõe que se faça constar na ata um voto de louvôr á Diretoria que regeu a Sociedade no ano de 1931, pelo perfeito cumprimento de dever, e grande interesse com que se houve no desempenho de sua função.

Aprovada por aclamação.

Dr. Eduardo Araújo, Secretario Geral da passada Diretoria, apresenta uma coleção completa dos trabalhos da Sociedade no ano de 1931, fazendo vêr a real vantagem de uma tal coleção, como documento a ser guardado nos arquivos. Faz um apelo ao actual Secretario Geral e aos porvindouros para que d'ora avante seja isto praxe.

O Sr. Presidente propõe que desde já se cuide na participação da Sociedade nos festejos que se vão fazer quando da passagem do centenario da nossa Faculdade. Para isso, e para ser aprovada sua proposta, nomeia uma comissão composta de seus 3 secretarios, afim de ter entendimento com a comissão geral dos festejos e tomar as deliberações que se fizerem necessarias.

Tem a palavra o Dr. Adriano Pondé que apresenta um doente de *pneumonia aguda do vertice*. O paciente que tem cerca de 35 anos é fogueira do «Cuiabá». Estando trabalhando nas maquinas do vapor, por um accidente na caldeira que motivou derrame de agua, ficou totalmente molhado. Pouco após, sentia fortes calafrios, seguidos de febre intensa. Saltando neste porto, internou-se na enfermaria de S. Vicente. Apresentava febre alta, dôres fortes e grande maciez no vertice direito. Foi feita uma radiografia no serviço clinico do Prof. Valladares, que revela uma grande zona opaca no vertice do pulmão. Apresenta as peliculas e diz das vantagens de um tal exame. Não foi feito o exame do escarro. Como terapeutica, está usando simplesmente oleo canforado em varias injeções por dia e cardiotonicos brandos. Não usou a terapeutica biologica em vista da demora na confecção dos sôros especificos, os quaes não existem prontos no commercio. No 7.º dia da doença a febre

deceu em crise e o doente acha-se em via franca de cura. A' escuta já se ouvem os chamados estertores de retorno. Tudo faz crêr num exito feliz.

Comentando o caso diz o comunicante que os autores em geral dão um mau prognostico para as pneumonias do vertice. Mas ele julga que se assim é comumente, é pelo facto da pneumonia do vértice manifestar-se de preferencia no velho, quando já as defesas organicas diminuidas. Diz da raridade de tal doença entre nós e crê, no seu caso tratar-se de pneumonia especifica (pneumococo) embora não tenha exame bacteriologico comprovante.

O Dr. Octavio Torres comenta ligeiramente a comunicação e diz julgar de grande interesse o exame do escarro.

Com a palavra, em seguida, o Prof. Armando Tavares, cita casos semelhantes de sua clinica particular em que os doentes foram tambem acometidos assim rapidamente de pneumonia. N'uma delas comprovou a existencia do bacilo de Koch no escarro. Neste caso, erê tratar-se da crise pneumonica numa tuberculosa cronica e diz que o caso terminou com a cura rapida da doente. Cita outros casos e diz da vantagem de uma radiografia, como fez o Dr. Pondé, o que aliás nem sempre é possivel pela impossibilidade de remoção do doente.

Pela ordem, tem a palavra o Dr. José Silveira que tambem discute com proficuidade o assunto. Fala na questão das vastas zonas de infiltração de natureza tuberculosa, que podem ceder rapidamente.

Acha muito util o exame de escarro, porquanto a regressão rapida dos fenomenos morbidos não exclue a possibilidade da existencia do bacilo.

Fala em seguida o Prof. Fernando Luz. Diz ter notado em sua clinica particular a maior frequencia das pneumonias especificas entre os estrangeiros, principalmente os hespanhoes.

Entre estes, sobretudo, quando diretor do Sanatorio Hespanhol, teve varios casos, todos confirmados pelo exame



de escarro. Diz que por não ser clinico, internista, como se diz comumente, faz apenas estes reparos, sem comentarios. Nota tambem que geralmente ouve melhor o chamado sopro tubario auscultando pelas costas do que pela frente. Termina fazendo elogios ao Dr. Pondé, principalmente no tocante á radiografia.

Usa da palavra, em seguida o Prof. Flaviano Silva. Diz, entre outras coisas, que o exame de escarro é de grande utilidade, no caso. Ele crê que o fato da presença do bacilo de Koch não exclue a possibilidade de tratar-se de uma pneumonia especifica. Pensa possivel a associação morbida, no particular.

Segue-se com a palavra o Dr. Eduardo Araújo pedindo licença ao Prof. Fernando Luz para dar uma explicação possivel á sua observação, quanto a frequencia maior das pneumonias nos estrangeiros. Diz que os pneumococos se dividem em 4 tipos e que só os dos tipos 3 e 4 são capazes de produzir a molestia. Talvez que, por existir mais comumente, entre nós, os dos tipos 1 e 2 e não os 3 e 4, notem-se mais raramente a doença. Crê possivel tal explicação para o fato, mas por enquanto são conjecturas meramente hipoteticas. Diz ser muito facil a pesquisa, bastando para isto, laboratorios especiaes.

Por fim fala o Dr. Adriano Pondé agradecendo o interesse que demonstraram por sua comunicação. Justifica a falta de alguns exames complementares, inclusive o do escarro, por ter querido aproveitar a oportunidade para a apresentação do doente, mas que os fará ainda, até porque no fim da doença a quantidade de pneumococos no escarro é maior ainda. Fala da raridade da doença e do diagnostico relativamente facil, dada a evolução da mesma.

Termina com novos agradecimentos a seus colegas e dizendo que em tempo oportuno fará nova comunicação sobre o caso.

Por não ter mais quem quizesse usar da palavra, passou-se á

## ORDEM DO DIA

O presidente dá a palavra ao primeiro inscrito, Dr. Flaviano Silva para comunicar «*mais um caso de localização extra-genital do granuloma venereo*». Começa por dizer que desejava mostrar o doente o que não faz, entretanto, por ter ele fugido do hospital. Mostra, no entanto, fotografias.

Historia o caso com minucias. Tratava-se de um doente sifilitico o que dificultou o diagnostico. Quando procurou o serviço do Prof. Flaviano, em Março do corrente ano, apresentava ulcerações na boca, estendendo-se pela gengiva e abobada palatina; no penis e na dobra da virilha esquerda. As lesões eram pruriginosas. O diagnostico clinico de granuloma venereo foi confirmado pelo laboratorio. Instituida a terapeutica pelo tartaro emetico, obteve melhoras imediatas. O Dr. Flaviano discute a questão do diagnostico, lembrando a possibilidade de confusão com a leishmaniose, blastomicose e sífilis. Termina fazendo considerações a respeito da contaminação do paciente.

Dr. Adriano Pondé faz elogios á comunicação, lembra a localização rara e diz ser mais um caso para a contribuição brasileira. O Prof. Fernando Luz faz, tambem, comentarios em torno do assunto, relembrando o primeiro caso identico que teve oportunidade de vêr, no serviço de Eduardo Rabelo, dizendo que o doente correu os clinicos do Rio e de S. Paulo sem diagnostico. Diz da necessidade de divulgação de observações semelhantes para utilidade dos estudiosos. O Dr. Eduardo Araújo faz considerações em torno da terminologia, no que é aparteado por Dr. Octavio Torres. Tornando com a palavra, o Dr. Flaviano explica ao Dr. Eduardo Araújo o seu ponto de vista quanto á terminologia e termina fazendo ainda considerações outras sobre o diagnostico e dificuldade de tratamento.

O Dr. Silveira por não poder adiar sua comunicação pede ao Dr. Adeodato Filho para ceder-lhe o lugar e fala sobre a «*Auroterapia na tuberculose pulmonaire*».

Depois de algumas considerações preliminares sobre a introdução da auroterapia no Brasil e particularisadamente na Bahia, o Dr. José Silveira se refere ao problema das indicações geraes do tratamento pelos saes de ouro na tuberculose pulmonar.

Diz que não se querendo demorar em cogitaes menóres sobre o assunto, felizmente já bem conhecido entre nós, considera esquematicamente duas grandes series de indicações do tratamento: *casos uni-lateraes*; *casos bi-lateraes*.

Nos primeiros, ou com a preocupação de evitar um pneumotorax ou uma intervenção de maior póрте (seguindo assim a orientação do Prof. Valladares que tenta sempre uma cura pelos saes de ouro antes de propor o colapso;) ou para completar a ação de Forlanine parcial.

Nos segundos, afora os casos de bilateralização no curso da colapsoterapia—indicação ótima de tratamento aurico—nos tuberculosos vindos á consulta já com lesões extensas de ambos os pulmões onde falha o regime higieno-dietetico ou esse não pode ser aplicado integralmente.

Fala nas possibilidades de unilateralização do processo referendada já por numerosos autores e conta a observação de *Sayé* em que a unilateralização conseguida foi tão perfeita que se tornou possível a toracoplastia de *Sauerbruch* com o maximo exito.

Refere-se então a varios casos de sua clinica em que semelhantes resultados foram colhidos. Passa então a referendar uma das suas mais curiosas observações.

Trata-se de uma jovem de 20 anos que em convalença de uma febre tifoide foi vitima de um surto de tuberculose do tipo da *infiltração precoce infra-clavicular*. Indicou o pneumotorace, mas por uma serie de motivos a paciente retardou o seu tratamento. 40 dias depois a segunda radiografia mostrava uma grande disseminação do processo que invadira até o outro campo pulmonar.

Tentada a cura pela Sanocrisina, no sentido de ver

se conseguia a unilateralisação do processo, o resultado obtido foi além da expectativa. As lesões regrediram de ambos os lados e a propria caverna da direita quase desapareceu. A paciente está em observação e aguarda uma segunda serie de Sanocrisina.

O caso é documentado com exame de escarro, radiografia, prova de hemo-sedimentação etc.

Pelo adiantado da hora foi suspensa a sessão ficando a discussão para o proximo dia.

—

ACTA DA 2.<sup>a</sup> SESSÃO DA SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA, EM 8 DE MAIO DE 1932.

Presentes os Srs. Presidente, 1.<sup>o</sup> e 2.<sup>o</sup> Secretarios, Tesoureiro e grande numero de socios foi aberta a sessão.

Lida a ata da sessão anterior, o Dr. Octavio Torres pede a palavra para fazer dois reparos á mesma. O primeiro é no que diz respeito ás palavras do Dr. Eduardo Araújo quando se referiu á organização das atas e dos trabalhos apresentados na Casa. Disse o Dr. Torres que ha muitos anos, quando foi secretario da Sociedade, colecionava as atas completas com todos os trabalhos, o que deve constar dos arquivos. O segundo ponto a reparar é no que tanje aos comentarios que o Dr. Fernando Luz fez á comunicação do Dr. Adriano Pondé. Diz que o Dr. Fernando Luz declarou ter isolado o pneumococo em todos os seus casos.

O Dr. Armando Tavares pede uma retificação no que se refere aos seus comentarios á citada comunicação. Diz ele que no seu primeiro caso referido, acreditava tratar-se de uma forma aguda numa tuberculosa cronica e não de uma crise pneumonica como está na ata.

*Expediente.* Um trabalho do Dr. Octavio Torres.

Em seguida o Dr. Teonillo Amorim apresenta uma das doentes a que vae se referir em sua comunicação. Diz que

o faz logo porquanto não quer força-la a uma grande demora. Trata-se de uma doente de sua clinica particular que, antiga portadora de pterigio em ambos os olhos, foi por ele tratada pela diatermocoagulação. A paciente achase curada, sem que houvesse recidiva, apesar de decorridos varios meses do tratamento.

O Dr. Armando Tavares propõe que se lance em ata um voto de pesar pela perda que a França acaba de sofrer com o assassinato brutal de seu presidente Paul Doumer. Depois de alguns comentarios sobre a vida politica do grande estadista francês, propõe ainda que se faça um officio ao consulado daquelle pais transmitindo o nosso pesar por tão lamentavel acontecimento.

Aprovado por unanimidade.

Por não ter mais quem quizesse usar da palavra passou-se á

#### ORDEM DO DIA

Discussão do trabalho apresentado pelo Dr. José Silveira na sessão anterior.

Fala em primeiro lugar o Dr. Eduardo Vidal que diz não ter vasta experiencia com a Sanocrisina, mas que, entretanto, já a tem empregado varias vezes e obtendo sempre resultados magnificos. Começou a fazer uso do medicamento inspirado na leitura de uma tésé de Dr. Carlos Campos que lhe foi oferecida pelo autor. Seu primeiro caso foi em um comico de teatro, o qual obteve resultado magnifico e immediato apesar da pequenez das doses empregadas. Diz ter sido uma cura verdadeiramente miraculosa. Cita varios outros casos em que a Sanocrisina mostrou-se igualmente eficaz. Diz que conhece de leitura os graves accidentes advindos ao uso de tal medicamento, mas que, felizmente nunca os observou e termina confessando-se verdadeiramente entusiasta da Sanocrisina.

O Dr. Octavio Torres cita um caso de sua clinica em

que empregou o Trifol, com muito medo, aliás, mas no qual obteve bons resultados.

O Dr. Flaviano Silva refere-se aos accidentes da auroterapia manifestados para o lado da pele. Depois de varios comentarios neste particular, termina dizendo que a seu ver as doses do medicamento têm grande influencia na origem de taes accidentes.

O Dr. Teonillo Amorim diz que num caso de sua especialidade em que empregou a colobiase de ouro o doente manifestou tal reacção cutanea que o forçou a substituir a terapeutica.

Fala em seguida o Dr. Armando Tavares que começa por dizer que ainda não tem grande experiencia do uso da Sanocrisina, mas que já tem observado casos de reacção cutanea; eritema do ouro—como é chamado. Cita um caso de tuberculose justa-iliar, com radiografia confirmando exatamente o diagnosticó clinico. A doente, alem disto era nefritica. Um outro colega tentou o uso da Sanocrisina. A tuberculose regrediu rapidamente mas a paciente apresentou forte manifestação do eritema caracteristico. Outro paciente, no qual foram empregados, apenas, 15 centigrs. do medicamento, manifestou albuminuria logo após. Apesar do conhecimento destes accidentes confessa-se admirador da Sanocrisina mas prefere as doses pequenas e repetidas. De seus casos, propriamente, ainda não pode falar por ser em muito pequeno numero, mas pelos que já tem acompanhado e pelo que conhece do assunto é que pensa de tal modo.

Tem agora a palavra o Dr. Silveira que começa por mostrar-se satisfeito do interesse despertado pela sua communicação.

Fala nos seus casos apesar dos otimos resultados que tem obtido, e diz que não pode ainda falar de cura radical, desde quando, mesmo nos mais antigos, ainda tem pouco tempo para a verificação de cura. Em todos os seus doentes, tratados deste modo tem feito exames clinicos, de

laboratorio e radiologicos repetidos, mas a despeito disto julga impossivel asseverar-se uma cura radical. Seus resultados em geral são bons. Faz longas considerações a respeito da sistematização do tratamento—regimen, pneumotorax e quimioterapia. Nesta ultima classe figura em primeiro lugar a Sanocrisina. Fala na questão das doses, dizendo que no começo empregavam-se doses fortes, mas que hoje se age de modo inverso. Atualmente, de um modo sistematico, sonda-se a tolerancia do doente. Fala longamente da diversidade de tolerancia e cita varios accidentes que podem advir do tratamento—albuminuria-hemoptises, alem das dermatoses (auricles). As hemoptises pessoalmente nunca observou, já tendo até empregado a auroterapia em doente com pequenos escarros sanguineos. Diz que algumas vezes as manifestações cutaneas não são sinal de intolerancia e que insistindo-se no tratamento vê-se seu desaparecimento. Termina dizendo que a albuminuria nem sempre contra-indica formalmente a auroterapia.

Tem a palavra pela ordem o Dr. Adeodato Filho para fazer a sua comunicação «sobre um caso de apoplexia utero-placentar». Começa por apresentar a observação da doente segundo o registro da Maternidade Climerio de Oliveira. Tratava-se de uma mulher primigesta, bem conformada, de boa estatura, com a gravidez proxima do termo, apresentada á Maternidade ás 15 horas de 11 de Janeiro de 1932. Por sentir fortes dôres no ventre e perder sangue foi posta em observação. Viu a doente, pela primeira vez, em companhia do medico de guarda Dr. Manoel Laert ás 21 horas do mesmo dia. Queixava-se de dôres fortes em todo o ventre e mau estar. Continuava a perda sanguinea lenta mas continuamente. Utero grosso e amolecido, não se percebendo contornos fetaes.

Escuta negativa. Pulso tenso a despeito da hemorragia.

O exame de urina revelou enorme quantidade de al-

bumina. Doente agitada. Com o dignostico de descolamento prematuro da placenta normalmente inserida por muito provavel apoplexia utero-placental, indicaram a intervenção por via abdominal, a qual teve inicio ás 22 horas e 45 do mesmo dia.

Aberta a cavidade foi confirmada a suspeita de apoplexia utero-placental o que motivou histerectomia total com ablação dos anexos. Lamenta ter perdido a peça que era bastante rara. Apodreceu-se na geladeira do Instituto Nina Rodrigues, quando tentavam congelal-a para cortes. Entra em comentarios a respeito da tendencia moderna de uma diferenciação entre o descolamento da placenta normalmente inserida e o descolamento produzido por apoplexia utero-placental. Cita a obra de Metzger em que pela primeira vez é assim encarado o assunto e trabalhos nacionaes inspirados nele. Em sua doente teve a suspeita de apoplexia, com visos da certeza, inspirado naquele autor, porquanto apresentava predominancia de fenomenos de toxemia e não de hemorragia interna como nos casos de descolamento simples. Fala das indicações terapeuticas e termina com as seguintes conclusões: 1.º Existe modernamente certa tendencia á diferenciação etiológica em quadros morbidos diferentes entre o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida e o descolamento prematuro por apoplexia utero-placental; 2.º Esta diferenciação é apenas esquematica, mas, a despeito disto poderá trazer vantagens praticas no que tanje á indicação terapeutica; 3.º No nosso caso existiam signaes bastantes para uma suspeita bem fundada da existencia de apoplexia alem do descolamento evidente. 4.º A mulher grávida mesmo em estado de grande intoxicação, resiste admiravelmente aos efeitos toxicos dos anestesticos geraes (cloroformio, eter etc).

Fala o Dr. Adriano Pondé que comenta a comunicação tocante ao estado do rim da doente. Lamenta não tenha havido exame completo de urina, com dosagem de albu.



mina etc., e que não se tenha tomado a tensão arterial. Faz demorados comentarios a respeito do rim gravidico estabelecendo comparação com as nefrites e nefroses varias. Termina por elogiar o trabalho do Dr. Adeodato, felicitando-o pela feliz solução de seu caso.

Novamente com a palavra o Dr. Adeodato Filho justifica ao Dr. Pondé a deficiencia dos exames complementares em vista da urgencia na intervenção. Seria realmente vantajosa uma observação mais completa da doente, mas com os elementos que já tinha a conduta não poderia ser outra. Depois de mais alguns comentarios a respeito do rim gravidico termina com agradecimentos pelas palavras elogiosas do Dr. Pondé.

Segue-se pela ordem a comunicação do Dr. Teonillo Amorim sobre «o tratamento do pterigio pela diatermo-coagulação». O Dr. Teonillo começa por fazer considerações em torno do tratamento cirurgico do pterigio, o qual demonstra ineficaz, em vista das constantes recidivas. No serviço da clinica oftalmologica do Prof. Cesario de Andrade, de quem é assistente, tem empregado técnicas as mais variadas sem que por isso tenha achado alguma satisfatoria. Com todas obteve bons resultados imediatos, mas, tambem viu seguirem-se recidivas a todos eles. Diz que até o presente ainda não tem uma explicação plausivel para esse fenomeno, porquanto por sua propria estrutura tem o pterigio carater de benignidade, entretanto, cita alguns fatores que julga terem certa influencia como sejam: — o grau de desenvolvimento, a vascularização e a possibilidade da migração pigmentar facilitando a sua transformação em tumores epiteliaes e melânicos. Além disto dá certa importancia ao *modus operandi*. Fala então do processo de destruição pela diatermo-coagulação, por um metodo que vem sendo aplicado no serviço do Prof. Cesario.

Tendo empregado a diatermo-coagulação no tratamento de neoplasias varias lembrou-se de empregar tambem no pterigio.

A conselho do Prof. Cesario empregou a tecnica do circuito fechado que tão bons resultados tem dado em toda a cirurgia diatermica. Consiste no emprego de um anel circundante que funciona como electrodo inativo ou indifferente e que abraça o pterigio isolando-o por completo, enquanto sobre o tecido doente se faz incidir a ponta do electrodo ativo, que provoca a sua coagulação immediata, sob a ação de uma corrente de 120 miliamperes aproximadamente. Diz que nenhum perigo poderá advir para o paciente e que as recidivas são muito menos frequentes. Termina dizendo que heje que se vae alargando cada vez mais os horizontes da diatermia julgou util uma comunicação sobre tal assunto.

Comenta a comunicação o Dr. Vidal da Cunha que diz que apesar de não ser especialista tem lido alguma coisa sobre tal assunto, porquanto é portador de um pterigio. Pede alguns esclarecimentos ao Dr. Teonillo e termina fazendo votos para que seja por este meio resolvido o problema de tal doença.

Fala novamente o Dr. Teonillo que presta os esclarecimentos pedidos pelo Dr. Vidal. Diz da confiança que tem depositado no novo metodo de tratamento e termina citando varias observações de sua clinica.

Pelo adiantado da hora foi encerrada a sessão.

## LIVROS NOVOS

---

*Manifestations pleuro-pulmonaires et thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu, — médication salicylée* por G. CAUSSADE, médico honorario do Hospital de Misericórdia e A. TARDIEU, laureado da Faculdade e da Academia de Medicina de Paris. 1 vol—in 8.º de 48 paginas, com graphics no texto. Frs. 15. Libr. Octave DOIN, de Gaston DOIN & Cie.—8, Place de l'Odéon Paris.

Encontrar-se-á nesta obra, que todo o medico quererá possuir, uma excellente resenha das manifestações pleuro-pulmonares e da therapeutica do rheumatismo articular agudo.

É preciso distinguir, no vasto grupo das *pneumopathias* que sobrevêm ao curso da infestação rheumatismal, as que são realmente de natureza especifica, manifestamente influenciáveis pela medicação salicylada, (córtrico-pleurites histologicamente constituidas de lesões de esplenisação com nódulos de Aschoff), das que são de origem cardiaca (dilatação aguda do ventriculo esquerdo ou da auricula esquerda) ou devidas a germens de infecção secundaria.

No declínio de uma crise de polyarthrite aguda rheumatismal, surgem algumas vezes manifestações tuberculósas multiplas:—adenopathicas, laryngéas e sobretudo pleuraes, que levantam o problema das relações etiogenicas e pathogenicas das duas infecções. A noção de doenca de Bouillaud não exclúe a de uma tuberculose mais ou menos rapidamente evolutiva.

Ao lado dos processos clássicos de tratamento, o modo de administração descontinua de altas doses (14 a 16 grammas) de salicylato de sódio, conforme uma técnica bem precisa, tendo-se em conta a eliminação urinária quotidiana, e da susceptibilidade individual do paciente (idiosyncrasia, idade, sexo) permite exercer, sem riscos, uma acção temporaria mas enérgica, muitas vezes sufficiente para jugular uma evolução que se annunciava maligna. A entrada em convalescença assim provocada se exprime clinicamente pela hypothermia, a bradycardia e a polyúria.

Emfim, nos casos não excepçoes de *salicylo-resistencia*, algumas medicações recentemente preconizadas (thyroidina, enxofre, agua de Uriage), por sua associação ao salicylato de sódio, prescriptas correntemente, dão resultados muito felizes em certos rheumáticos para os quaes a therapeutica habitual demóra inefficaz.

**BIOPHORINE**  
**GIRARD**

**KOLA GLYCERO-PHOSPHATADA**  
**NEVROSIS, ANEMIA CEREBRAL, VERTIGEM**  
A. GIRARD, 48, Rue d'Alésia, PARIS (FRANCE)  
Depositario: FERREIRA, 165 Rua dos Andradas, RIO DE JANEIRO