

VI

137

AUGUSTO DIAS DE BARROS

Sôbre conseqüências
das fracturas do crânio

(A proposito dum caso de afasia
: e hemiplegia post-traumáticas) :

TÊSE DE DOUTORAMENTO

Presentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



1922

IMPRESA MODERNA, L.^{DA}

RUA DA FÁBRICA, 80-PORTO

AUGUSTO DIAS DE BARROS

Sôbre conseqüências

das fracturas do crânio

(A proposito dum caso de afasia
: e hemiplegia post-traumáticas):

TÉSE DE DOUTORAMENTO

Presentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



1922

IMPRENSA MODERNA, L.^{DA}

RUA DA FÁBRICA, 80-PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR INTERINO

PROF. DR. JOÃO LOPES DA SILVA MARTINS JÚNIOR

SECRETARIO INTERINO

PROF. DR. CARLOS FARIA MOREIRA RAMALHÃO


CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene e Epidemiologia	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina Legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia cirúrgica (Anatomia topográfica e Medicina operatória)	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica e Clínica de moléstias infecciosas	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral e Hidrologia médica	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga
História da Medicina e Deontologia	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria e Psiquiatria forense	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

**(Art. 15.º § 1.º do Regulamento privativo da Faculdade
de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1910).**




À SAUDOSA MEMÓRIA

DE

MEU PAI

ANTÓNIO DIAS DE BARROS

Preito de homenagem






À INESQUECÍVEL MEMÓRIA

DE

MINHA IRMÃ

RITA DIAS DE BARROS

Sôbre a tua campa ainda quente
coloca esta insignificante coroa



À MINHA EXTREMOSA MÃE

Maria Alves da Cruz

Humilde oferta do seu filho querido em testemunho do grande amor que lhe consagro.



MINHA NOIVA

Cumpridos os juramentos
Alcançar-se há a felicidade.

A meu bom irmão e padrinho

P.^o JOSÉ DIAS ALVES

Se muito quero a nossos Pais porque me deram a vida, quero-lhe ainda mais, porque sacrificando-se soube dar-me a melhor dádiva que de homem se pode haver: a educação.

Oxalá este modesto trabalho que me afoito a oferecer-lhe mereça o significado da mais subida estima e respeito que tem por si o seu afilhado eternamente grato.

A MEU BOM IRMÃO

P.^o António Dias de Barros

Se existe amizade fraternal
A sua é inigualável;
Nunca o esquecerei.

A MEUS IRMÃOS

JOÃO DIAS DE BARROS

LUÍS DIAS DE BARROS

ANTÓNIO LEONARDO DE BARROS

Com um abraço de boa amizade
fraternal.

**AO MEU MELHOR AMIGO E COMPANHEIRO
DE ESTUDO**

DR. LAURINDO DA C. FARIA

Cumpro um dever distinguindo-te
na minha tese pela tua velha
amizade.

AOS EX.^{MOS} SENHORES

DONA LAURA CARDOSO PINTO FARIA
JOSÉ ANTÓNIO FARIA
E SEUS FILHOS

O melhor tempo da minha mocidade passei-o em casa de V. Ex.^{as}.

Em penhor de admiração, respeito e affecto.

AOS MEUS CONDÍSCÍPULOS E EM PARTICULAR

aos

DR. BERNARDINO RIBEIRO

DR. JOSÉ REIS

DR. CHAVES MAIA

DR. FRANCISCO MATEUS

DR. JOSÉ BERNARDES

DR. JAIME DE MAGALHÃES

DR. CASTRO CORREIA

DR. FERREIRA DA CUNHA

DR. SOUSA MARTINS.

AOS

Dr. Abel Alves Abrantes

Dr. Guedes Machado

UM ABRAÇO DE SINCERA AMIZADE

**AO HERÓI
DA FLANDRES E MEU INOLVIDÁVEL AMIGO**

ALFERES GASPAR REBÊLO

UM ABRAÇO DE VIVAS SAUDADES

AO DOUTO CORPO DOCENTE

DA

Faculdade de Medicina do Pôrto

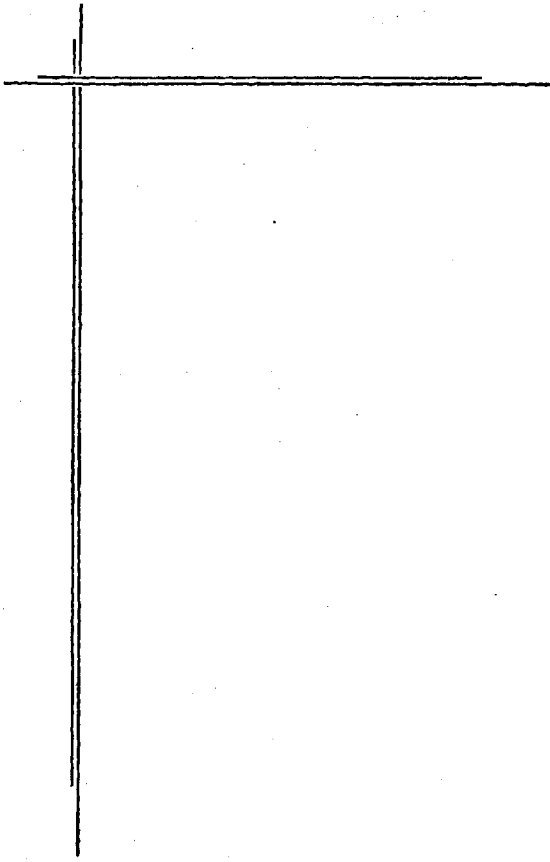
AO MEU PRESIDENTE DE TESE

O EX.º SENHOR

Dr. António de Almeida Garrett

Muita consideração, estima, respeito
e admiração pelo vosso saber.

O discípulo reconhecido.



Existia no templo de Apolo uma legenda grega cuja interpretação cabia apenas ao célebre oráculo de Delfos. A Renascença, época de grande esplendor para a humanidade, levou o homem ao cumprimento da prescrição do referido oráculo de Delfos, duvidando: "Le doute est l'oreiller du savant" Como dizia Stas. Com efeito, sendo o cérebro a última parte do corpo onde a ciência projectou alguma luz, é ainda aquela que presentemente mais chama a atenção dos sábios, tal é a sua importância. Eis em poucas palavras a *revista histórica da fisiologia cerebral*:

Gratiolet notou que as pregas cerebrais se desenvolvem segundo um tipo simples e constante. Servet, levado pela dúvida, procura demonstrar a existência da alma no sangue guiado pelo que lê na Bíblia: "anima est in sanguine" e descobre a pequena circulação—pulmonar—descrita no "Christianismi restitutio" obra queimada por Calvino juntamente com o seu autor, descoberta que mais tarde muito contribuiu para a imortalização de Harvey. Descartes, matemático eminente, mediante a dúvida metódica, encontra os fundamentos da certeza humana. Querendo emancipar-se da teologia e metafísica coloca a alma na glândula pineal. Gall sustenta que as facul-

dades do homem nascem com êle, exteriorizando-se por uma organização especial do encéfalo, formando protuberâncias ou sinuosidades; faz do cérebro a sede única dos pensamentos e das paixões.

Descobre-se a estrutura íntima do cérebro, a função dos cordões anteriores e posteriores, os primeiros destinados à motricidade, os segundos presidindo à sensibilidade; demonstrada por Margendie em 1822.

Estabelece-se a diferença entre a substância branca e cinzenta, a primeira constituída por um labirinto de fibras reunindo os diversos grupos celulares e destinadas a transmitir a sensação e o movimento, a segunda formada por células que recebem as sensações ou provocam o movimento.

A segunda metade do século XIX dá lugar a numerosas investigações sobre os centros nervosos, mas sem conhecimentos seguros sobre a constituição íntima da substância cinzenta, ignorando-se o modo de terminação na substância das fibras nervosas de qualquer origem. Duas teorias disputavam a explicação do funcionamento nervoso central: a do retículo, e a da livre terminação dos neurones. A primeira dominava; criada por Gerlach, teve a desenvolvê-la o engenho superior de Golgi. Opuseram-lhe His e Forel (1887) a doutrina da terminação livre dos neurones, mais assente em hipóteses que em factos claros de observação; Ramon y Cajal resolveu o problema descrevendo as últimas ramificações dos cilindros-eixos centrais.

Broca em 1861 descreveu o centro da linguagem articulada no pé da terceira circunvolução frontal esquerda e com esta conquista eis-nos chegados às localizações funcionais do sistema nervoso.

C. Bernard e Flourens tinham iniciado os seus estudos na medula alongada e na protuberância anular. A. Flourens, certo de que as diversas partes do cérebro eram similares, concluiu que uma porção restrita dos lobos era suficiente para o exercício das suas funções, notando todavia que a inteligência diminuía gradualmente à medida que se tiravam camadas sucessivas de massa encefálica. As suas ideias dominaram até 1870, mas já em 1861 elas foram combatidas enérgicamente por Broca, e postas de parte pouco depois. Em 1870 Fritsch e Hitzig, com o fim de verificar as asserções de Huguings-Jackson de localizações motoras no cérebro, applicaram uma corrente galvânica à substância cortical, considerada inexcitável até então, e observaram movimentos do lado oposto do corpo.

Dadas estas circunstâncias, estabeleceu-se um grande debate fisiológico em que tomaram parte sábios eminentes, uns a favor outros contra a teoria das localizações. Dos primeiros faziam parte: Bouillaud, Dax, Broca, Jackson, Fritsch e Hitzig, Ferrier, Charcot e Pitres; dos segundos: Brown Sequard, Schiff Lussana, Lemoingne, Conty, Goltz, e E. A. da Mota entre nós.

Bartholow, a pretexto de incurabilidade duma ulceração cancerosa numa cicatrização do crânio, teve a audácia de estimular electricamente o cérebro duma mulher pondo-o a descoberto. Para isso, cravou duas agulhas na substância cinzenta e fez passar uma corrente farádica; observou que os membros do lado oposto eram postos em movimento. Com Charcot fica assente o princípio das localizações cerebrais. O encéfalo não representa um órgão homogêneo, unitário, mas uma associação, uma federação

constituída por órgãos diversos, a cada um dos quais se ligam fisiològicamente propriedades, funções e faculdades distintas. Mas, a doutrina de Charcot, que ainda há pouca reinava em clínica, está hoje combatida e prestes a ser destronada, pelas novas concepções sôbre fisiologia cerebral. Foi Pierre Marie que, em França, desde há 15 anos para cá, vem trabalhando para com mais precisão marcar a localização dos centros cerebrais e particularmente da linguagem.

II

A afasia, é um síndrome complexo que resulta ao mesmo tempo de alterações da linguagem interior e exterior, isto é, da palavra. Contrariamente à opinião dos primeiros autores que a definiam como sendo a impossibilidade maior ou menor da palavra, sem que houvesse demência ou paralisia glosso-lábio-faríngea. Pierre Marie designa com o nome de afasia propriamente dita, o síndrome resultante da perda da linguagem interior. É quasi sempre consecutiva a lesões directas da região parieto-occipital do cérebro esquerdo e raras vezes se sucede a lesões indirectas, focos de amolecimento ou de hemorragia. Quando o ferimento incidiu sobre o hemisfério direito, então é uma disartria passageira semelhante à de todos os traumatizados do crânio que se observa.

Como o doente que serviu de base a este trabalho, teve uma afasia, procurei, após um curto esboço histórico dos conhecimentos sobre este síndrome, expor as ideias actuais sobre o assunto.

A faculdade da linguagem, localizada de um modo genérico por Bouillaud aos lobos anteriores do cérebro, foi mais tarde — graças aos trabalhos de Dax — limitada ao hemisfério esquerdo. É porém a Broca, que cabe a honra da descoberta do centro da lin-

guagem na terceira circunvolução frontal esquerda; resultado da autópsia de um seu doente afásico e portador duma hemiplegia direita. Constatou Broca, pela autópsia do doente, lesões diversas no hemisfério esquerdo do cérebro: destruição da terceira frontal na sua metade posterior; destruição das circunvoluções rolândicas na sua metade inferior; da primeira temporal na sua maior parte principalmente na sua metade anterior.

O gyrus supramarginalis tinha sido destruído na sua maior parte. Tudo isto devido a um amolecimento cerebral antigo. A doença evoluciona lentamente, porque durante um período de 10 anos tinha apenas perdido a faculdade de articular, conservando as outras faculdades intelectuais, sensitivas e motoras, motivo que levou Broca a pensar que a perda da palavra tinha sido a consequência duma lesão primitivamente muito circunscrita, e que o órgão central da linguagem articulada era provavelmente aquele em que a lesão tinha começado, e para isso procurou o ponto em que a alteração lhe parecia mais antiga, encontrando com tóda a probabilidade a terceira circunvolução frontal. Em Novembro de 1861 Broca confirma a sua descoberta com a autópsia dum 2.º doente, cuja lesão era circunscrita e tinha a mesma sede. Pierre Marie diz não verificar a existência de nenhuma lesão na terceira circunvolução frontal, mas sim a existência de colecções de serosidade no ramo inferior do pé da 2.ª circunvolução frontal, frequentes nos velhos.

Dejerine não aceita a opinião de Pierre Marie, mas sim a de Broca, fazendo de Lelong um caso típico. O doente sabia apenas pronunciar as palavras *oui, non, trois*, em vez de *trois* e *Lelo* em vez de

Lelong. Compreendia tudo; tinha um gesto expressivo capaz de traduzir o seu pensamento.

Dejerine confirma a existência da lesão estabelecida por Broca, fazendo um corte horizontal a esse nível com o fim de ver até que profundidade se estendia o processo.

Laborde refere ter visto vários afásicos apenas com lesões nos lobos posteriores do cérebro.

Bouchar encontra na autópsia duma sua doente afásica somente a existência de placas antigas ao nível da ínsula e da zona de Wernicke, Magnan, observando o cérebro dum afásico, nota somente a existência dum foco hemorrágico ao nível do lobo occipital esquerdo. Mais tarde, Charcot, não confirmando as palavras de Broca termina por concordar com êle, até que em 1866, a especificidade da terceira frontal para a linguagem articulada foi universalmente admitida.

Com a observação dos diferentes afásicos, notou-se que em alguns deles não era apenas a linguagem articulada que estava interessada, mas havia também perturbações da escrita e da leitura. Foi Wernicke quem descobriu então uma afasia sensorial, desdobrada por Kussmaul em surdez verbal e cegueira verbal, conforme as perturbações predominantes eram auditivas ou recaíam sobre a leitura. Finalmente, Exner em 1881 faz da 2.^a circunvolução frontal esquerda, o centro da escrita e Dejerine marca a prega curva como o centro da cegueira verbal. Pierre Marie admite apenas uma afasia proveniente duma lesão da zona de Wernicke ou das suas fibras.

Os seus trabalhos mostram que não foi um centro inato ou preformado da linguagem, mas sim que

êste centro se forma quando a criança começa a falar; quanto à sede dêste centro, não é o pé da terceira circunvolução frontal esquerda, mas as regiões vizinhas da localização de Broca, (gyrus prega curva e primeiras circunvoluções temporais), sem uma localização muito precisa. Se a região do centro é destruída na primeira infância, o organismo da criança pode utilizar outra região vizinha para o mesmo fim.

A história da afasia compreende pois os quatro períodos seguintes: o 1.º que vai até Broca, o 2.º de Broca a Wernicke, o 3.º de Wernicke a Pierre Marie e o 4.º o período actual.

Os clássicos consideram duas espécies de afasias: uma motora, outra sensorial. Na primeira há compreensão da palavra pelo doente mas impossibilidade de a pronunciar, ao passo que na segunda o doente fala sem contudo perceber o que a gente lhe diz. Pierre Marie considera: 1.º uma afasia propriamente dita ou de Wernicke por perturbação da linguagem exterior; 2.º a anartria que corresponde à afasia motora dos clássicos por perturbação da linguagem interior; 3.º a afasia mixta, ou de Broca, associação da de Wernicke e da anartria.

Segundo a concepção clássica, duas zonas uma motora outra sensitiva correspondem às duas espécies de afasias. A zona motora compreende essencialmente as circunvoluções pre-rolândicas, isto é, a frontal ascendente, o pé das duas primeiras frontais e a maior parte do lobo paracentral. A zona sensitiva quasi unicamente post-rolândica compreende a parietal ascendente e o pé das duas primeiras frontais.

¶ **afasia propriamente dita**, segundo P. Marie,

também chamada afasia de Wernicke ou sensorial, é caracterizada por uma amnésia verbal e parafasia dando lugar a uma dificuldade de expressão; por uma surdez verbal, isto é, há uma perturbação da compreensão da linguagem que origina dificuldades de compreensão. O doente esquece o vocabulário, causa primordial da sua parafasia e jargonafasia, esquecimento que às vezes constitui um sintoma predominante constituindo uma forma especial de afasia designada por M. Pitres afasia amnésica.

Há impossibilidade de dispor as palavras de maneira a constituírem frases. Sempre que o doente denomina objectos, encontra uma palavra, êle repete-a seja qual fôr o objecto que se lhe apresenta; existe uma intoxicação da palavra. Na parafasia há deformação das palavras ou substituição duma palavra por outra, por ex: *Abilo* em vez de *Abílio*; *eu estou belo* em vez de *eu estou bem*. Na jargonafasia há grande dificuldade em compreender o doente, tornando-se o interrogatório às vezes impossível quando não compreende o que a gente lhe diz. A palavra repetida é mais aperfeiçoada que a espontânea, principalmente quando o doente procura dizer uma palavra que não encontra, basta pronunciar-lha à sua frente para a repetir correctamente. Muitas vezes ela torna-se incompreensível, pôsto que o doente perceba os ruídos e os sons, é o que Wernicke designa com o nome de surdez verbal proveniente da perda da linguagem interior, e, conforme o grau da incompreensão é maior ou menor, assim ela pode ser total, subtotal, moderada ou ligeira, verificando-se com ordens cada vez mais complicadas que a gente dá ao doente. Na cegueira verbal as perturbações são da mesma natureza que na incompreensão da palavra.

A agrafia, impossibilidade mais ou menos completa da escrita, encontra-se também no afásico de Wernicke, podendo passar pela paragrafia quando a perturbação é pouco acentuada. O cálculo torna-se impossível não tanto pela leitura dos números, mas pelo mecanismo da operação. A faculdade musical é quasi sempre atingida a ponto de não poderem cantar as áreas mais simples. Ela pode ser sensorial ou motora. O estado intelectual é em geral tocado. O doente portador de uma afasia de Wernicke pode ser hemiplégico, hemi-hipoestésico e muitas vezes hemianópsico. Com excepção desta última, a hemiplegia e hemi-hipoestesia são ligeiras podendo até não existir.

Há três variedades de afasia de Wernicke: variedades de intensidade, de evolução e afasias dissociadas. Nas variedades de intensidade temos a considerar: 1.º a grande afasia de Wernicke caracterizada por incompreensão da palavra, alexia, logorrea e decadência intelectual profunda; 2.º a pequena afasia de Wernicke caracterizada por uma troca de palavras, pela falta de compreensão para ordens complicadas, por erros ortográficos constantes na escrita ditada e por uma fatigabilidade rápida. Nas variedades de evolução, causas diversas contribuem para a sua formação: amolecimento, tumor, abcesso, hemorragia, traumatismo. A afasia dissociada é caracterizada: por uma alexia pura, por uma surdez verbal pura (ouve os sons mas não compreende a palavra; apesar disso fala, escreve e lê); por uma afasia amnésica, constituída pela perda da memória das palavras; e por uma afasia óptica, assim designada por Freund, em que o doente reconhece um dado objecto mas que não pode designar sem que primeiro o apalpe. O con-

trário se dá na afasia táctil, assim chamada por Raymond e Egger.

A **anartria**, também chamada afasia motora pura pelos clássicos, é caracterizada pela impossibilidade da linguagem exterior, ficando intacta a interior sem que haja paralisia ou perturbação de coordenação. É caracterizada pela impossibilidade da palavra.

A anartria pode ser completa, incompleta ou existirem apenas vestígios anártricos. Quando ela é completa há impossibilidade absoluta da palavra, mas integridade da linguagem interior caracterizada pela conservação da leitura, escrita e da compreensão verbal. O doente emite apenas sons inarticulados. Pelo exercício o seu estado melhora e pode ensinar-se-lhe um certo número de sons simples, palavras e até mesmo frases a ponto de chegar-se a reeducar o doente, embora haja sempre disartria. A prova de que a linguagem interior se conserva é fácil de demonstrar, visto não haver agrafia. O doente escrevendo demonstra que concebe o que não pode pronunciar. A anartria incompleta não é mais do que o resultado dum melhora espontânea não completa, e então o doente pronuncia a palavra mas com custo, deformada e mal articulada. Quando são apenas vestígios anártricos que existem, o doente cura a maior parte das vezes.

A **afasia de Broca**, por ser a diagnosticada por mim no meu doente, merece um estudo um pouco mais detalhado.

Na afasia de Broca duas zonas são para considerar: 1.º a zona motora compreende essencialmente as circunvoluções pre-rolândicas, isto é, a frontal ascendente, o pé das duas primeiras frontais e a maior parte do lobo paracentral; 2.º a zona sensi-

tiva quasi unicamente post-rolândica, compreende a parietal ascendente e o pé das duas primeiras parietais. Estas duas zonas constituem para os clássicos a sede de duas grandes variedades de afasia: a afasia motora e a afasia sensorial.

Na primeira o doente percebe a palavra mas não pode falar; na segunda fala mas não percebe o que a gente lhe diz. Tanto uma como outra pode ser cortical ou sub-cortical, simples ou associada. Pelo facto de a afasia de Broca ser uma associação da de Wernicke e da anartria, não implica que ela se apresente no mesmo grau observado na grande afasia de Wernicke com uma grande anartria, mas antes observaremos formas atenuadas constituindo um estado intermédio às duas afecções precedentes.

As perturbações da palavra são de duas ordens: anártricas e afásicas. Devido às perturbações anártricas, o doente limita-se nas suas conversações ao emprêgo de palavras úteis pela dificuldade que sente em falar. Às vezes são simples interjeições que tem ao seu alcance para poder exprimir-se, *hé! hó!* ou então palavras simples: *sim, não*, etc.

Os pronomes e conjugações não fazem parte do seu vocabulário, servindo-se por assim dizer dum estilo telegráfico onde o seu esforço fica reduzido ao mínimo.

Se os fenómenos anártricos não são muito pronunciados, podemos apreciar as perturbações de ordem afásica: o doente, que às vezes não é capaz de pronunciar certas palavras devido à sua anartria, indica por gestos ou outras palavras que conhece as que pretende dizer; sucede, porém, que quando à sua frente nós repetimos essas palavras, por vezes é capaz de as articular facilmente para as deixar esquecer em

pouco tempo. O canto, algumas vezes conservado, falta em muitos casos.

Segundo a predominância dos sintomas, há várias formas clínicas da afasia de Broca. São quatro os tipos a considerar;

a) A grande afasia de Broca, caracterizada por uma anartria absoluta ou pelo menos muitíssimo acentuada, pela incompreensão da palavra, pela agrafia, por uma decadência intelectual chegando em alguns casos à demência e perda da noção dos objectos.

b) A pequena afasia de Broca, forma atenuada em que o doente melhora extraordinariamente a ponto de nos parecer curado; nota-se também uma certa dificuldade em pronunciar as palavras com arrastamento das mesmas, perturbações da leitura, escrita, compreensão da palavra e da denominação dos objectos.

c) A afasia de Broca com predomínio de anartria.

d) A afasia de Broca com predomínio de Wernicke.

Estas duas últimas, tomando uma ou outra designação conforme os sintomas predominantes, são de anartria ou de Wernicke.

Quanto à duração, as afasias podem ser do tipo transitório ou persistente. As do primeiro tipo observam-se no decorrer de certas infecções, intoxicações ou estados meníngeos.

As do segundo tipo são produzidas por lesões duráveis, tais como: um amolecimento, hemorragia, um tumor, abcesso ou uma lesão traumática. As afasias produzidas por amolecimentos cerebrais são as mais freqüentes, podendo o amolecimento ter como causa

uma embolia, nos cardíacos por ex: por uma tromboarterite nos sífilíticos.

Os casos de embolia observam-se geralmente em indivíduos novos, nomeadamente em mulheres portadoras duma doença mitral, no decurso duma cardiopatia mal compensada. O coágulo é detido na origem da sílvica dando lugar à afasia de Broca com predomínio de anartria. A afasia devida a uma hemorragia cerebral é pouco freqüente, porque, quando ela é suficiente para poder produzi-la o doente morre em regra. Os tumores cerebrais constituem em muitos casos elementos de ordem afásica podendo estes ser superficiais, gomas, tubérculos, sarcomas ou profundos e infiltrados, gliomas. Os abscessos do cérebro comportam-se como os tumores somente a rapidez do seu ciclo é maior.

Finalmente a afasia traumática, cujo estudo tomou um grande incremento depois da guerra, e o que mais directamente nos interessa hoje, apresenta-se com perturbações da palavra, anartria, alexia, agrafia. No período de estado podemos observar: síndromas anártricos em que a anartria é absoluta durante as primeiras semanas que se seguem à lesão, podendo estes desaparecer passadas 3 ou 4 semanas; síndromas afásicos em que a palavra é impossível durante os primeiros dias ou semanas. Com o tempo os fenómenos anártricos desaparecendo, podemos observar ao fim de alguns meses as formas anátomo-clínicas seguintes:

a) A afasia temporal correspondente à afasia de Wernicke.

O doente sente dificuldade em denominar os objectos, em compreender as palavras, em ler ou escrever; há parafasia.

b) A afasia do gyrus supramarginalis em que há afasia moderada com monoplegia braquial, em regra ligeira, hemi-hipoestesia com predomínio no membro superior.

c) O síndrome da região da prega curva caracterizado pelo predomínio da alexia e hemianopsia.

As afasias transitórias podem observar-se: no decurso duma meningite, particularmente na meningoencefalite e da paralisia geral; nas doenças infecciosas, nomeadamente da febre tifóide e da pneumonia; nas doenças tóxicas, tanto nas auto-intoxicações, diabetes, mal de Bright—como nas hetero-intoxicações, saturismo.

A idade tem influência na evolução clínica da afasia. Crianças afásicas curam quasi sempre sendo a sua persistência excepcional; todavia pode observar-se acompanhada ou não de hemiplegia direita, a partir da segunda infância revestindo então o tipo de afasia de Broca. A afasia juvenil observada dos 15 aos 20 anos, com o máximo de frequência em indivíduos portadores de doenças mitraes, é acompanhada de hemiplegia direita, quasi sempre com afasia de Broca onde predomina a anartria. A afasia do adulto reveste todas as formas e intensidades e apresenta-se com um prognóstico mais reservado do que nas idades inferiores. A afasia do velho existe de preferência nos artério-esclerosos e é então a afasia de Werniche que predomina. O prognóstico é de todos o mais reservado.

Para fechar este capítulo dedicado às afasias, vejamos mais detidamente a tão debatida questão da produção dos fenómenos afásicos. Segundo a teoria clássica, o córtex alberga dois grandes centros da palavra: um anterior onde residem as imagens moto-

ras; o outro posterior das imagens sensoriais. No primeiro temos a considerar o centro das imagens motoras da articulação situadas no pé da terceira frontal esquerda—é o centro de Broca—e o centro das imagens gráficas situado no pé da segunda frontal esquerda. No centro das imagens sensoriais há a considerar o centro das imagens auditivas, situado na região média das duas primeiras circunvoluções temporais e o centro das imagens visuais ao nível da prega curva. A estabelecer a ligação entre estes diversos centros há fibras de associação, e são postos em comunicação com os centros inferiores por fibras de projecção. Segundo a lesão incide sobre o próprio centro, sobre as fibras de associação ou de projecção, assim temos as afasias corticais ou transcorticais. Nas afasias corticais, conforme a lesão tem a sua sede na zona motora ou sensorial, assim temos uma afasia tipo Broca ou Wernicke. As afasias sub-corticais dão lugar à afasia motora pura em casos de lesões sub-corticais da região de Broca, surdez ou cegueira verbais puras em casos de lesões sub-corticais dos centros sensoriais da linguagem escrita ou falada.

Para Pierre Marie a afasia é o resultado duma lesão da zona de Wernicke compreendendo a metade posterior das duas primeiras temporais, a prega curva e o gyrus supramarginalis. Segundo o mesmo autor a anartria é devida a uma lesão situada na região quadrilátera compreendendo a ínsula, a cápsula externa, a cápsula interna, o corpo estriado e a parte posterior de camada óptica. Assim, a afasia de Broca resultará duma lesão simultânea da zona quadrilátera e da zona de Wernicke.

Ainda não foi possível conseguir segundo as téc-

nicas anátomo-patológicas constatar a existência dum feixe da palavra que partindo dum centro cortical viesse à protuberância e ao bolbo e daí exercer a sua acção sôbre os órgãos que teem sob a sua dependência a "palavra" tais como a *língua*, os *lábios*, etc.

Para Mingazzini a afasia sensorial é devida a uma lesão da região de Wernicke onde existem centros distintos para a audição verbal e a leitura, sendo a afasia motora derivada duma lesão das fibras de projecção partindo do pé da terceira frontal. Von Monakow diz que a zona de Broca não deve ser considerada como o centro exclusivo da palavra, mas sim uma parte constituinte da zona de afasia. M. M. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine fazem derivar a afasia duma apraxia especial de linguagem. Para Ladame existe uma anartria central e outra periférica devida a lesões dos centros bulbares, e a central a uma lesão de feixe fonético partindo da circunvolução de Broca.

III

As conseqüências das feridas crânio-cerebrais, podem ser muito diversas.

Os feridos graves escapando a traumatismos imediatos—graças aos cuidados cirúrgicos—a manifestações infecciosas secundárias, não são indivíduos normais na maioria dos casos. Queixam-se geralmente de cefaleias, vertigens, de astenia, de modificações da memória e do carácter. Submetido o doente a um exame neurológico minucioso, perturbações variadas aí se vão encontrar, tais como: da tonicidade muscular, da sensibilidade ou dos reflexos, sinais muitas vezes insuficientes para estabelecer a existência duma lesão encefálica localizada. Mas quando a êsses sinais se acrescentam uma hemiplegia, perturbações do equilíbrio, afasia, ou perturbações oculares, então pode precisar-se a sede da lesão. É muito grande a gravidade imediata das feridas crânio-cerebrais, sem dúvida as que, depois das do abdómen, teem um prognóstico mais reservado, devido a complicações que geralmente aparecem de meningite precoce limitada e depois rapidamente generalizada e mortal, de encefalite ou abcesso superficial do cérebro na vizinhança da ferida.

Muitas vezes se constata, em feridos cirúrgicamente curados de traumatismos graves do encéfalo e até mesmo duma ferida superficial do córtex, o síndrome designado por Lortat "Síndrome subjectivo

comum a tôdas as feridas do crânio,, observado nos trepanados e comocionados, e caracterizado independentemente dos accidentes de hemiplegia, perturbações da linguagem, da vista ou do equilíbrio por: cefaleias com predomínio frontal ou occipital com sensação de pêsso e hiperestesia ao nível da cicatriz cutânea sobrevindo por acessos e em horas variadas aumentadas pelo trabalho físico ou moral e até mesmo pelas modificações de temperatura; estado mental em regra alterado, e é freqüente ver estes doentes com uma tristeza, irritabilidade, tendência ao isolamento, timidez. A perda da memória pode observar-se: casos de amnésias lacunares e subretudo perturbações da memória de fixação.

Vários factores interveem para a gravidade das feridas crânio-cerebrais como: a sede da fractura e a sede das lesões cerebrais. No primeiro caso pode haver ruptura do seio frontal, do seio venoso ou da artéria meníngea média, no caso de fractura da região temporal que bem depressa pode conduzir à morte. No segundo caso, que diz respeito à sede das lesões, a gravidade depende naturalmente da importância fisiológica das diversas regiões do córtex, bem como do valor dos centros destruídos. É no córtex que nós encontramos zonas com funções fisiológicas as mais importantes, nomeadamente a zona rolândica na vizinhança da qual se encontram os centros motores da metade oposta do corpo; porém, as regiões do cérebro correspondentes à abóbada teem uma importância fisiológica menor, e assim é que nós vemos indivíduos tendo sofrido perdas de quantidades apreciáveis de substâncias do lobo frontal e occipital sem que apresentem perturbações funcionais aparentes. São os lobos indiferentes, ou quási indiferentes.

É que há no cérebro, debaixo do ponto de vista fisiológico, duas espécies de regiões: umas cujo funcionamento é já bem conhecido, e outras—regiões mudas—compreendem os pólos anteriores da região frontal, o lobo temporal direito, parte do lobo parietal direito e a superfície do cerebello que devem ser sacrificadas, bem como aquelas que teem uma acção fisiológica reduzida, quando êste fôr o processo de salvar o doente. A existência de tais regiões mudas, foram bem estudadas depois da guerra verificando-se a realidade dos factos em indivíduos que, apesar de sofrerem verdadeiras destruições da substância cerebral, não apresentavam os mais leves sintomas locais. Às vezes é um desequilíbrio mental que se observa, quando a região lesada é a frontal, tornando-se os doentes alegres, vivazes, tagarelas, outras, aparvalhados. Casos há de lesões, principalmente do lobo temporal direito, que não são traduzidas por sintoma algum. No que diz respeito ao cerebello só as lesões que atingem as camadas superficiais são susceptíveis de cura, porque, quando são profundas, quasi sempre interessam o quarto ventrículo ou o bolbo, sendo por isso fatais. O mesmo não succede com as outras regiões que acarretam fenómenos de deficiência com a sua supressão. Já nos referimos, nos dois capítulos anteriores, aos centros da linguagem e da motilidade, aqueles cujo estudo mais interessava para o exame do nosso doente.

Em casos de traumatismos causados de lesões do cérebro esquerdo, três zonas merecem a nossa atenção: a 1.^a correspondendo ao têrço inferior da circunvolução frontal ascendente e à extremidade vizinha posterior da segunda e terceira circunvoluções frontais; a 2.^a é limitada em cima pelo sulco

interparietal. Em baixo o rebordo inferior do cérebro. À frente: acima da cissura de Sylvius, as circunvoluções centrais; abaixo da cissura de Sylvius, o tærço anterior do lobo temporal. Atrás o lobo occipital; a 3.^a intermediária às duas já mencionadas.

A primeira destas zonas, também chamada dos-sindromas anártricos, é caracterizada por uma perturbação essencialmente disártrica da palavra, não se acompanhando quási nunca de sintomas de ordem estreitamente afásicos. Estas perturbações são tanto mais acentuadas e duráveis quanto mais posterior fôr a lesão correspondente ao pé da frontal ascendente. Os sindromas anártricos variam ao fim de algum tempo, distinguindo-se 3 tipos: 1.^o tipo de cura quási completa com disartria ligeira (corresponde às lesões mais anteriores); 2.^o tipo de disartria persistente com ligeiros vestígios de ordem afásica (corresponde à parte posterior da zona); 3.^o tipo de arrastamento da palavra com entorpecimento das ideas, sendo todavia correcta a articulação própria-mente dita (corresponde às lesões mais altas da segunda frontal).

Na segunda zona, sede dos sindromas afásicos pròpriamente ditos, quando as lesões correspondem à sua parte posterior, há a distinguir 3 tipos principais:

1.^o Tipo temporal, correspondente à parte média das 1.^{as} e 2.^{as} temporais externas; a perturbação diz respeito principalmente à denominação dos objectos; a compreensão da palavra, a leitura, a escrita, são quási sempre muito atingidos; não existe a anartria, mas em compensação a parafasia é freqüente. Associa-se quási sempre a êste tipo a hemianopsia.

2.^o Tipo da região da prega curva, correspon-

dendo à prega curva e á parte mais posterior das duas primeiras temporais; juntamente com os sintomas de afasia pròpriamente dita, nota-se uma alexia completa que é a principal perturbação; o centro da escrita é relativamente respeitado, o que não sucede com o da leitura, cujo prognóstico é quási sempre grave; associa-se-lhe a hemianopsia ordinariamente em quadrante.

3.º Tipo da região do girus-supramarginalis com afasia em todos os elementos da linguagem; nota-se a princípio uma impossibilidade prolongada às vezes da palavra que depois melhora; constata-se perturbações disártricas; perturbações afásicas em tóda a função da linguagem, e fenómenos associados, restos da monoplegia braquial e da hemianestesia com predomínio no membro superior, perturbações tanto mais acentuadas quanto mais profundas forem as lesões nas circunvoluções centrais. Por último a zona de afasia global comporta uma anartria extremamente acentuada; uma afasia igualmente pronunciada e uma hemiplegia com hemianestesia ligeira.

Quando o traumatismo incide sôbre o cérebro esquerdo, as perturbações da palavra são de regra, pelo menos a título transitório. As feridas da região central determinam perturbações diferentes segundo o andar atingido. As da parte superior paracentral acompanham-se de monoplegia crural e dão origem a perturbações da palavra ordinariamente nulas. As da parte média dão uma monoplegia braquial; as perturbações da palavra são ainda nulas ou quási nulas.

Se a existência da ferida dá lugar a uma hemiplegia, ou se trata duma ferida, relativamente alta da região correspondente à monoplegia braquial, mas suficiente de maneira a lesar o centro oval e em tais

casos as perturbações afásicas são ligeiras, ou então a hemiplegia é determinada por uma lesão central inferior com lesões profundas, destrutivas e o síndrome observado é a afasia de Broca. A compreensão da palavra é sempre difícil e mais facilmente percebem o que se lhes explica com gestos. Se o médico lhe ordena uma ordem êle executa uma coisa às vezes inteiramente diversa, mas se voltarmos a repetir-lha servindo-nos ao mesmo tempo dum gesto expressivo, o doente imediatamente a cumpre. É capaz de realizar ordens simples como abrir a bôca, fechar os olhos, mas desde que se semicompliquem tornam-se desde logo incompreensivos.

Tal perturbação é idêntica à de Wernicke estabelecendo, porém, M. André Tomaz esta diferença de que na afasia de Wernicke é a compreensão das próprias palavras que seria perdida ao passo que na afasia de Broca seria a compreensão das frases. Pede-se ao doente que leve o indicador esquerdo ao nariz, e êle não o faz; pergunta-se-lhe então qual é a sua mão esquerda e êle mostra-a, qual o dedo indicador e êle estende-o, pede-se-lhe que o leve ao nariz, ordem que só então cumpre. Se voltarmos a repetir-lhe a frase em conjunto, dá-se a mesma incapacidade que precedentemente. A leitura em voz alta e até mesmo a leitura mental é mais ou menos alterada. Quási sempre se observa a agrafia e o doente não é capaz de traçar mais do que uns caracteres informes. Tanto o centro musical como o do equilíbrio são atingidos e notam-se o mais das vezes perturbações mentais proporcionais à intensidade da afasia de Wernicke existente. Em geral, andam associadas à afasia de Broca a hemiplegia, a hemianestesia e por vezes a hemianopsia.

IV

F. C., de 11 anos de idade, natural de Ramires, concelho de Sinfães, entrou para o Hospital, Enfermaria 9 (serviço do sr. prof. Almeida Garrett), em 17 de Janeiro de 1922, em estado de cõma, com uma extensa fractura da face lateral esquerda do crânio, interessando o parietal, a escama do temporal, o bordo posterior do frontal; havia grande laceração do coiro cabeludo e penetração infundibular dos fragmentos na cavidade craniana, da qual saía a massa encefálica, pela brecha feita. Ferida infectada, supurando. A fractura fôra produzida por violento traumatismo, por uma pedra de forma prismática pesando 400 gr. O estado geral era muito grave; hemorragia abundante; bradicardia (60 pulsações).

Devido ao estado de adinamia em que o doente se encontrava, só a 25 de Janeiro de 1922 pôde ser operado pelo distinto cirurgião sr. dr. Couto Soares.

A *intervenção operatória* foi realizada sob anestesia clorofórmica. Longa incisão semicircular occípito-parieto frontal atingindo o osso. Dissecção das partes moles mantidas por um pedículo de 5 centímetros de largura. Larga trepanação e regularização do rebordo ósseo com a pinça goiva. Existiam fissuras no occipital e uma linha de fissura no frontal, que se dirigia para a órbita. Ao procurar-se determinar até onde ia esta fractura do frontal, houve uma pequena hemorragia pelo nariz. Limpeza de esquirolas e ablação da massa

encefálica alterada, ficando uma cavidade de forma cônica de 4 centímetros de profundidade, vizinha por conseguinte do seio lateral (fig. 2). Colocação dum dreno sutura parcial da ferida cutânea. Penso compressivo.

A extensão das lesões vai marcada no esquema

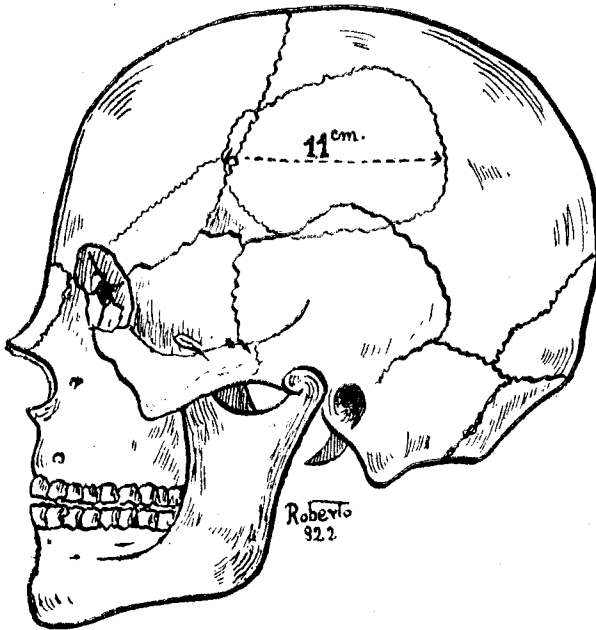


Fig. 1—Zona de fractura 11cm.

junto (fig. 1). O doente tinha pouco a pouco despertado do estado comatoso, verificando-se então a presença de sintomas nervosos resultantes da lesão cerebral, entre os quais se destacavam a afasia e uma hemiplegia direita. O estado geral ia melhorando.

Pelo exame neurológico, praticado a 30 de Janeiro,

data em que o doente apresentava as suas duas perturbações muito acentuadas, encontrei:

No membro superior, a flexão e extensão das falanges, a abdução e adução dos dedos, a abdução, adução e oposição do polegar, a flexão, extensão e movimentos de lateralidade do punho, flexão e exten-

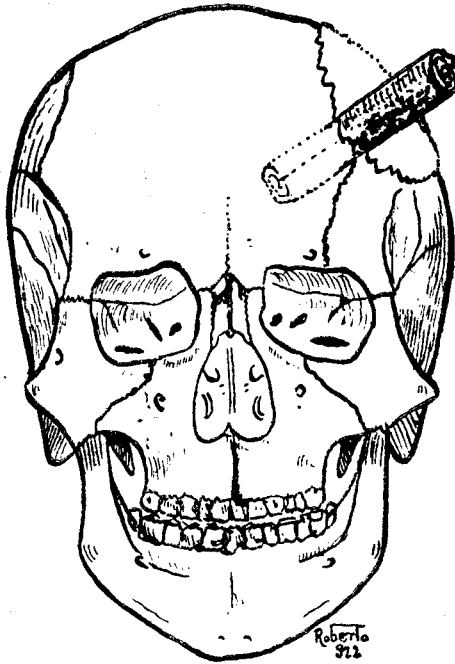


Fig. 2 — Dreno indicando a profundidade da lesão cerebral

são do cotovêlo, pronação e supinação do ante-braço, abdução e adução do braço, rotação do braço para dentro e para fora, elevação da espádua, tudo estava abolido, não oferecendo por isso resistência quando me propunha fazer-lhe qualquer movimento, ao con-

trário do que sucedia com o lado são, em que a resistência era manifesta.

O mesmo se passava no membro inferior, parecendo-me todavia não se acentuarem neste tanto as perturbações. Os movimentos da flexão e extensão do tronco deixavam-se realizar com muito mais facilidade do que no estado normal. Os movimentos de flexão, extensão, rotação e inclinação lateral da cabeça ofereciam fraca resistência. A língua era repuxada para a esquerda; a comissura esquerda igualmente repuxada quando se lhe provocava o riso ou se mandava assobiar. O olho esquerdo fechava-se mais exactamente do que o direito

Apresentava o reflexo rotuliano direito exagerado estando o esquerdo abolido; os reflexos aquilianos exagerados, bem como o radial direito. Oferecia com muita nitidez o sinal de Babinski à direita; os reflexos cutâneos abdominal inferior e médio direitos, aumentados. Clonus do pé direito e dança da rótula do mesmo lado. A sensibilidade táctil, térmica e dolorosa direitas diminuídas.

Do lado do seu aparelho visual notei uma desigualdade pupilar; ausência de reflexos e de acomodação. Apresentava uma ligeira assimetria facial; trémulo palpebral muito acentuado. Do mutismo em que estava mergulhado desde a sua entrada no hospital, saíu pela pronúncia, exclusivamente da palavra *non*, dita por *não*, e empregada como resposta a qualquer pergunta, que se lhe fizesse, qualquer que fôsse o seu sentido.

Dia a dia, porém, o doente foi experimentando melhoras. A regressão foi sobretudo notável nos fenómenos hemiplégicos, a ponto de 10 dias depois do seu primeiro exame realizar já movimentos apre-

ciáveis, nomeadamente com o membro inferior. Entretanto o seu vocabulário era enriquecido com mais as seguintes palavras: *luz, sim, Felsberto* em vez de *Felisberto*.

Com o decorrer dos dias as suas melhoras eram manifestas; em 15 de Fevereiro tentava os primeiros passos, caracterizados por um arrastamento e látero-pulsão do pé direito. Levava já a sua mão hemiplégica ao mento, mas tinha ainda uma fraca preensão. Pronunciava mais as seguintes palavras: *pon* e *mã*, em vez de *pai* e *mãe*.

A 15 de Março os fenómenos de hemiplegia e afasia tinham-se atenuado consideravelmente; tinha então uma marcha segura, ainda que com incoordenação de movimentos; era incapaz de levar o indicador da mão doente, com os olhos fechados, directamente à ponta do nariz. Contava já, pôsto que ainda com dificuldade, quais as suas ocupações em casa.

Finalmente, em 28 de Março, dia da sua saída do Hospital, por exigência do pai, tôda a sua sintomatologia nervosa estava reduzida a um atenuadíssimo esbôço do que fôra; existia apenas perfeito o sinal de Babinski. Quanto ao estado da ferida, apresentava quási completa a cicatrização do couro cabeludo, com tendência para a cura em breve prazo; pulsações meníngeas em tôda a zona trepanada.

*

* *

Esta observação clínica merece alguns comentários, a começar pelos que se referem à localização topográfica das lesões cerebrais (fig. 3).

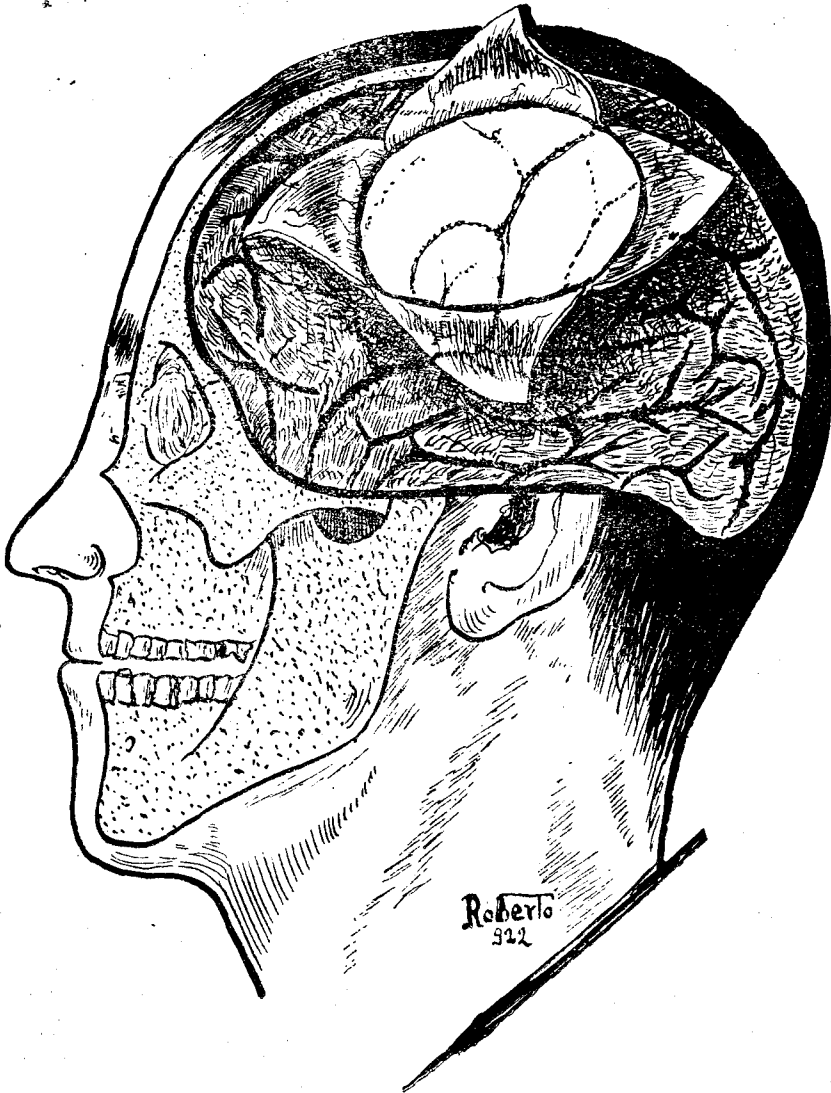


Fig. 3—Zona cerebral atingida pelo traumatismo
(Cissura de Rolando, terceira circunvolução frontal esquerda, circunvolução frontal ascendente e circunvolução parietal ascendente)

O centro da perda de substância cerebral distava 6,5 centímetros para a esquerda da linha média e 9 centímetros para cima do canal auditivo externo. O crânio do doente, alongado no sentido ântero-posterior, tipo occipital, temos a considerar os seguintes pontos de reparo fundamentais para a determinação das localizações cerebrais: o ponto nasal, protuberância occipital externa, lambda, canal auditivo externo, e arcada zigomática.

Para marcarmos a extremidade superior da cissura de Rolando tomamos metade da distância a partir do ângulo naso-frontal, e no sentido da linha sagital, à protuberância occipital externa e adicionamos-lhe dois centímetros ou sejam 15 centímetros no meu doente. A sua extremidade inferior marcada levantando sôbre a apófise zigomática imediatamente à frente do canal auditivo externo uma perpendicular sôbre a qual contamos 7 centímetros a partir da arcada zigomática. Certificamo-nos de que na verdade é êsse ponto, prolongando a perpendicular até à linha sagital e tomando sôbre ela a partir do canal auditivo externo a metade do seu comprimento menos um centímetro e meio.

A cissura de Sylvius obtém-se reunindo o ângulo naso-frontal a um ponto situado a 1 centímetro do lambda e passando pela face lateral do crânio a 6 centímetros do canal auditivo externo.

A prega curva fica situada sôbre a linha da cissura de Sylvius a 7 centímetros do lambda, e o lóbulo da prega curva a 10 centímetros.

Segundo estes dados, foi a região rolândica a sacrificada no nosso doente. O esquema mostra, com a possível exactidão, a extensão das lesões e a sua incidência. As figuras foram desenhadas segundo as

indicações do cirurgião operador (dr. Couto Soares), com o auxílio do sr. dr. Roberto de Carvalho, que ajudou na intervenção. A ambos agradeço muito conhecido a valiosa contribuição.

¿Como explicar a restituição *ad integrum* da palavra, apenas dificultada pelos restos da paralisia dos órgãos fonadores bem como a readquirição dos movimentos do lado hemiplégico?

A autópsia teria neste caso uma importância capital e viria simplificar extraordinariamente o problema. Felizmente, a evolução do caso fêz-se para a cura.

De certo, não foi atingido o pé da terceira circunvolução frontal, mas o processo mórbido ficava a uma tão fraca distância, que bem podia haver lesão da parte da zona vizinha; e pelos trabalhos de Pierre Marie sabemos que o centro da linguagem articulada não tem a fixidez que lhe marcou Broca, sendo mais difuso na sua situação. Mas, admitindo uma localização precisa dêsse centro, é não haveria qualquer corpo — um coágulo, por exemplo — que só mais tarde desaparecesse graças ao dreno conservado in loco, e que fôsse capaz de produzir uma compressão do centro de Broca, causa dos fenómenos afásicos observados?

Sabê-se que o sangue derramado não só destrói os condutores nervosos, mas pode também determinar fenómenos de compressão da camada cortical, e que a anemia de vizinhança duma determinada região exerce uma influência sôbre o influxo nervoso a ponto de paralisar as suas funções. Brown — Séquard estabelecendo a sua teoria "da inibição" diz que a excitação provocada pela lesão vai suspender as funções dos diferentes centros produzindo-se como que um esgotamento funcional rápido.

Duret sustenta a teoria do choque hemorrágico, determinado por uma saída brusca de sangue. Binet-Sanglé, baseado sobre o amiboísmo dos neurones, diz que estes, tocados por qualquer causa, retraem-se, fazendo a sua dissociação e por conseguinte uma interrupção à passagem do influxo nervoso.

¿Qual seria a causa da afasia transitória no nosso caso? Impossível responder com segurança. Inclino-me para a compressão traumática, que desaparecia à medida que a ferida ia cicatrizando e os tecidos voltando portanto à situação normal.

Havendo uma destruição completa das circunvoluções frontal e parietal ascendentes onde residem os centros motores respectivamente do membro inferior, membro superior, da língua e uma parte de face, ¿como explicar o restabelecimento dos seus movimentos?

A regeneração de toda a substância cerebral destruída não era possível. Ainda que o fôsse, o novo tecido não podia ter as funções diferenciadas, que às diversas partes do cérebro estão marcadas pela sua própria constituição, e que são bem fixas pelo que respeita às funções motoras. Ao contrário do que sucede com as funções psíquicas, as funções motoras tem centros bem delimitados, situados no córtex cerebral, e que já indicámos. Não há, neste assunto, as divergências de opiniões que apontámos a propósito da afasia. Sendo assim, só uma substituição de funções, passando outros centros a desempenhar as funções ligadas aos centros destruídos, poderá explicar a regeneração funcional psíquica observada no nosso doente. Casos como êste poderiam prestar-se a considerações importantes, sobre o problema das funções cerebrais e seu restabelecimento depois de destruí-

ções de massa encefálica. Seria necessário para as tratar, uma competência especializada nestas delicadas questões. Limitámo-nos a consignar o que se passou no nosso caso, e que se nos afigura bem interessante.

Um capítulo que na clínica é de grande importância, relativamente a fracturas do crânio, é o do prognóstico. No nosso caso, a despeito da evolução da doença ter seguido com o melhor dos êxitos, devido aos cuidados de assepsia traduzidos pela curva térmica sempre inferior a 38°—(embora houvesse supuração localizada aos bordos da ferida), devendo portanto o prognóstico ser de pouca gravidade, não haverá ainda perigos futuros? Nas fracturas expostas do crânio, o prognóstico deve ser sempre reservado, especialmente pelas conseqüências afastadas que podem resultar depois da cura quási sempre aparente de feridos desta natureza, em que houve uma larga laceração de cérebro. Em primeiro lugar, pela possibilidade da presença de qualquer corpo estranho (fragmento destacado da pedra arremessada ou outros corpos estranhos, ou esquírolas ósseas) que podia ter ficado incluso na cavidade craniana; então são sintomas cerebrais a princípio benignos, como zumbidos, que se agravam progressivamente dando lugar a uma meningo-encefalite que em breve conduz o doente à morte. Outras vezes é uma hérnia cerebral que se observa logo nos primeiros dias ou no decorrer da cicatrização, com dimensões variáveis, podendo depois de atingir um certo desenvolvimento parar e cobrir-se dum tecido cicatricial aderindo pela sua base aos bordos da brecha óssea; ou então a hérnia aumenta indefinidamente à medida que os

seus sintomas cerebrais se agravam, acabando o doente por morrer em caquexia. Em certos casos, o doente, bom nos primeiros tempos, começa mais tarde a queixar-se de vertigens e de cefalalgias sem carácter bem definido, ao mesmo tempo que o pulso se torna pequeno e bradicárdico. Estes sintomas são muitas vezes o início da evolução dum abcesso cerebral que pode determinar a morte súbita.

Quando a cura se obtém, como no nosso doente, fica no crânio uma parte fraca, que é aquela em que desapareceu o ósso, ficando o conteúdo craniano separado do exterior apenas pelas partes moles; essa parte fraca fica assim exposta a conseqüências muito mais graves de qualquer traumatismo que sôbre ela incidir. Para substituir a falta de tecido duro da brecha óssea, pode usar-se a protecção por meio de placas metálicas, ou então recorrer-se à osteoplastia e à prótese, interpondo na brecha uma omoplata fresca de coelho por exemplo, fixa por uma placa de prata ou de alumínio; ainda se tem praticado a osteoplastia com fragmentos de cartilagens costais.

Pelo que respeita ao tratamento, apenas podemos acentuar que a intervenção cirúrgica obrigatória sempre que há sinais de compressão cerebral, e mais ainda quando há sinais de existência de corpo estranho, deve ser feita com todos os cuidados da assepsia e na execução deve gastar-se o menor tempo possível, para não juntar os dois choques: o da anestesia com o operatório.

Conclusões:

1.^a Que a fisiologia do cérebro tem ainda muito que desvendar, sabendo-se apenas que uma dada lesão se acompanha duma determinada alteração funcional, e ainda nesta parte dos nossos conhecimentos há incertezas e dúvidas.

2.^a Que das localizações cerebrais estudadas até agora, são as das funções motoras as que teem sedes mais precisas.

3.^a Que apesar da sua fixidez de localização se podem verificar, meramente em indivíduos novos, regenerações funcionais perfeitas depois da destruição das zonas motoras.

4.^a Que, assim, as feridas do crânio com perda de substância cerebral, comportam, além dum prognóstico próximo, dependente da extensão das lesões e da sua infecção, um prognóstico remoto variável segundo os casos.

5.^a Que estes feridos, embora restabelecidos das suas lesões, em regra, não ficam sendo indivíduos normais, mas sim candidatos a meningites, a encefalites, a abscessos superficiais junto da ferida, etc., complicações afastadas que muitas vezes podem surgir depois duma cura aparente.

6.^a Que, abstraindo destas perigosas conseqüências futuras, não é possível prever sempre qual a incapacidade funcional que dum traumatismo cerebral resultará, porque há casos em que o restabelecimento das alterações produzidas se faz em larga escala, mesmo com lesões destrutivas extensas, das quais poderia parecer deverem resultar perdas permanentes de funções.

Visto.

Pode imprimir-se.

Diogo de Almeida

Lopes Martins

Dir.^{or} int.^o

BIBLIOGRAFIA

Neurologie – par Pierre Marie, Foix, Regnard, André Thomas, Sezary, M.^{me} Dejerine, Gauckler, Stéphen Chauvet, Guillaïn, Babonneix, Roger Voisin, Laignel-Lavastine. Paris, 1921.

Blessures du crâne et du cerveau – par Ch. Chatelin et De Martel. Paris, 1917.

Sémiologie Nerveuse – par Achard, Pierre Marie, Gilbert Ballet, L. Lévi, Léri, Laignel-Lavastine. Paris, 1911.

Les Séquelles Nerveuses de Guerre – par J. Castaigne. "Jornal Médical Français", Octobre, 1919.

Manuel de Chirurgie de Guerre – par Ch. Willems. Paris, 1916.

Traité de médecine – par Brissaud, O. Crouzon, Georges Guillaïn, G. Guinon, Lamy, A. Léri, P. Londe, P. Marie, A. Souques, Tollemmer. Tomo ix. Paris, 1904.

Fisiologia das localizações cerebrais – de Fedor Krause.

Revue neurologique. Janvier de 1919.

Presse Médicale – N.º 17, Mars 1922.