

## CENTRO DE ESTUDOS FRANCO DA ROCHA

*Sessão ordinária — 19, Maio, 1943*

PRESIDENTE — DR. MARIO YAHN

O Presidente comunicou à casa que recebeu da viuva do Prof. Franco da Rocha a relação dos livros que pertenceram ao saudoso Mestre e que foram doados à biblioteca do Hospital Central de Juquerí, tendo já sido providenciada a sua remoção para o Hospital.

O Dr. F. Tancredi propôs à casa que se estudasse a possibilidade de ser criada, na Assistência a Psicopatas, uma ou mais bolsas de estudos para médicos do paiz que desejassem conhecer os métodos de trabalho desenvolvidos no Hospital de Juquerí. Os detalhes da questão seriam estudados por uma comissão a ser designada. O Presidente, tomando em consideração a proposta, comprometeu-se a estudar devidamente o assunto.

*Q eletroencefalograma na clínica e na experimentação.* Dr. Anibal Silveira.

O A. definiu o eletroencefalograma tal como o descreveu Berger em 1929 e apresentou em breves traços o histórico da descoberta, mencionando Caton (1875) e Beck (1890), além dos trabalhos preliminares de Hans Berger (1902-1929). Mostrou a evolução acelerada da técnica no período clínico das pesquisas, quanto ao isolamento elétrico, à utilização de eletródios, ao aparelho registrador. Descreveu os tipos hoje correntes de oscilógrafos, salientando as vantagens do tubo de raios catódicos e as do sistema de inscrição diréta. Descreveu as ondas *alfa* e *beta* (ritmo de Berger) quanto à frequência, à duração e à amplitude, referindo em resumo a distribuição percentual delas no eletroencefalograma normal. Mencionou depois o ritmo patológico *delta* (Gray Walter) e outros menos comuns. Deteve-se pouco nas aplicações clínicas, que reservou para outro trabalho. Recordou apenas a utilização no campo da epilepsia, no dos tumores cerebrais, no das alterações focais da cortex, bem como para fiscalisar certos tratamentos: anti-convulsivo, malarização, terapia de choque nos esquisofrênicos. Passou em seguida à contribuição experimental do processo. As ondas bio-elétricas se originam na cortex mas exigem a integridade das conexões tálamo-corticais. Recordou ainda, as experiências cruciais de Dusser de Barenne e Mc Culloch. Mostrou como a eletroencefalografia permitiu demonstrar as correlações transcerebrais, as inter-corticais, as córtico-subcorticais e, ainda, estabelecer a direção dos axônios. Aludiu ao mapa fisiológico da cortex do coelho, do gato, do macaco, do chimpanzé, e à descoberta de zonas corticais que inibem a atividade bio-elétrica de outras. Resumiu, por fim, algumas das experiências que teve ocasião de efetuar no Instituto Neuro-Psiquiátrico de Illinois.

*Síndrome pseudo-bulbar. Referências anátomo-clínicas sobre um caso.* Drs. Paulo Pinto e Caetano Trapé.

Iniciando com uma apreciação sintética sobre a síndrome pseudo-bulbar, sua anátomo e físiopatologia, o diagnóstico diferencial e a evolução, os AA.

apresentaram uma observação anátomo-clínica. Tratava-se de uma paciente esquisofrênica, com 46 anos de idade, internada no Hospital de Juquerí ha 16 anos. O estado mental era demencial e o estado de saúde física precário, sendo portadora de artério-esclerose generalizada. Pressão arterial max 28 — min. 10. Em um dos muitos surtos de agitação, ha 3 mezes, bateu com a cabeça na guarda da cama e sofreu ictus, do qual resultou quadriplegia com predominância de hemiplegia esquerda, acompanhada de perturbações da mímica, da articulação de palavras, da mastigação e da deglutição, isto é, uma síndrome pseudo-bulbar acrescida de comprometimento piramidal bilateral. Dois mezes após, quando as funções inicialmente comprometidas de modo global tendiam à recuperação, sofreu novo ictus do qual resultou estado de coma por 72 horas e morte. A necropsia revelou, além da artério-esclerose generalizada e cerebral e do rim contraído artério-esclerótico, pequenos focos múltiplos de infartos antigos disseminados pelo centro semi-oval, núcleo lenticular e cápsula interna, de ambos os hemisférios. Havia também grande infarto hemorrágico recente na zona lenticular do hemisfério cerebral direito.

Os pequenos infartos do hemisfério cerebral esquerdo teriam passado clinicamente despercebidos, o que é facilmente compreensível em uma colônia de grande número de doentes mentais, e o foco do hemisfério direito não só ocasionou a grande hemiplegia esquerda, como desencadeou as perturbações pseudo-bulbares. O segundo ictus que levou ao coma e morte, corresponde, sem dúvida, ao grande infarto hemorrágico do hemisfério cerebral direito. O quadro anátomo-patológico apresentado vem demonstrar mais uma vez a idéia já defendida em trabalhos anteriores pelos AA., de que os infartos hemorrágicos cerebrais se processam, de preferência, em terreno cuja circulação era anteriormente comprometida.

*Sessão ordinária — 16, Junho, 1943*

No expediente, o Presidente pediu que se consignasse em ata um voto de profundo pesar pelo falecimento do Dr. Eduardo Williams de Souza Aranha, ex-interno estudante do Hospital de Juquerí, comunicando também que o Centro fez-se representar nos funerais do extinto e na sessão de homenagem póstuma realizada pela secção de Urologia da Associação Paulista de Medicina.

Ainda no expediente, o Presidente comunicou à casa que o jornal "Diário de São Paulo" poz à disposição do Centro de Estudos uma secção de colaboração, onde, sob o título de "Questões de psiquiatria social" serão estudados os assuntos relacionados a este título.

*O exame neuro-oftalmológico em patologia nervosa.* Dr. J. Candido da Silva.

O A. fez uma exposição dos elementos da motricidade intrínseca ocular mais em relação com as enfermidades do sistema nervoso, em particular sobre o hipus fisiológico cujas modificações vão, aos poucos, adquirindo maior importância semiológica. Referiu-se a outros distúrbios da estática ocular como anisocorias, deformações e descentramentos pupilares em suas relações com as neoplasias basilares. Terminou discorrendo sobre as alterações da dinâmica pupilar em neuro-patologia.

*Acidente de arsenobenzolterapia — sífilis recidiva com comprometimento facial bilateral. Cura.* (Com apresentação do doente). Drs. Paulo Pinto Pupo e Nilo T. da Silva.

Depois de sumariar quais os acidentes mais frequentes da arsenobenzolterapia, separando-os em tóxicos e não tóxicos, apresentaram a observação de um paciente, luético antigo que, na terceira dose de arsenobenzol, apresentou cefaléia persistente e paralisia facial bilateral. O diagnóstico de sífilis recidiva

por tratamento insuficiente foi confirmado pela leucocitose do líquido céfalo-raquidiano e pela prova terapêutica. A intensificação do tratamento arsenical (1,50 grs. de arsenobenzol em 6 dias) determinou a cura da paralisia facial e a normalização do liquor.

*Discussão do anteprojeto da nova classificação das moléstias mentais.* Drs. E. Pinto Cesar, F. Tancredi e D. Mendonça Uchôa.

Os AA. agradeceram aos colegas que enviaram sugestões para a elaboração do anteprojeto da nova classificação das moléstias mentais. Comunicaram que a comissão continuará a receber sugestões até Agosto, quando o ante-projeto será submetido à discussão.