

## DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS MENTAIS

DR. J. CARVALHAL RIBAS

Assistente de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo

(Continuação do número anterior)

### 9 — PSICOSES POR LESÕES CEREBRAIS E DEMÊNCIAS TERMINAIS

No curso de afecções neurológicas, o indivíduo, ao lado dos transtornos somáticos próprios da moléstia, apresenta frequentes transtornos mentais (*psicoses orgânicas* ou *por lesões cerebrais*), às vezes chegando à mais profunda desagregação psíquica (*demência terminal*).

#### ACIDENTES VASCULARES DO CÉREBRO

Em consequência de espasmos vasculares, amolecimentos por embolismo ou por trombose, hemorragias cerebrais, endoarterites e outros fatores, o indivíduo, no sono ou em vigília, de modo súbito ou com pródromos (parestesias, afasia, etc.), sofre o *ictus cerebral* e, com frequência, cai em *estado de coma*, com características clássicas: abolição da consciência, da sensibilidade e da motilidade voluntária; hipotonia, arreflexia ósteo-tendinosa, às vezes abalos convulsivos, desvio conjugado da cabeça e olhos, sinal de Babinski, etc. Si conseguir sobreviver, sai do estado de coma e apresenta transtornos neurológicos dependentes da séde da lesão: paresias ou paralisias, na maioria das vezes hemiparesia ou hemiplegia flácida e depois espasmódica, reconhecível através de desordens piramidais (síndromes deficitária e de libertação), da linguagem (*afasia sensorial, motora, total*), extra-piramidais, sensoriais, sensitivas, vaso-motoras, tróficas, etc. De acôrdo com a predisposição neuro-psicopática, séde da lesão e outros fatores, surgem também desordens mentais variáveis: diminuição da atenção e da memória, alucinações, idéias delirantes incoerentes e polimorfas, conservação relativa da consciência, ignorância acerca da própria doença ou *anosognosia*, desorientação, obnubilação, ou depressão, retraimento, inafetividade, embotamento ético, diminuição da iniciativa, sugestibilidade, impulsões, agitação psico-motora, *apatia*, apoucamento mental, puerilidade, obtusão mental completa (*demência post-apoplética*).

### ARTÉRIOSCLEROSE CEREBRAL

Em consequência da predisposição, estafa intelectual, abalos afetivo-morais, alcoolismo, tabagismo, sífilis, toxí-infecções e, sobretudo, idade avançada (50-70 anos), o indivíduo, em regra como corolário da *artériosclerose generalizada*, apresenta *artériosclerose cerebral* de substrato anátomo-patológico característico (ateroma e esclerose dos vasos; estreitamento, obliteração e fragilidade dos mesmos; produção de focos de amolecimento e de pequenas hemorragias; ulcerações corticais devidas à desagregação da substância nervosa, “état vermoulu”; “lacunas de desintegração” na cápsula interna, núcleos da base e outros pontos do encéfalo; atrofia difusa do cérebro; “placas senis” de Redlich-Fischer, gliose peri-vascular, etc.). Ao lado dos sinais de artériosclerose generalizada (artérias temporais e radiais salientes, duras e serpiginosas, vasos da retina sinuosos ao exame oftalmoscópico, retumbância do 2.º tom aórtico, hipertensão arterial, albuminúria, etc.), o indivíduo acusa sinais neurológicos variáveis de acôrdo com a distribuição do processo no encéfalo e, em regra, próprios da *síndrome pseudo-bulbar*: desordens piramidais (hemiplegias incompletas e transitórias em consequência de pequenos ictos sucessivos, paraplegias sem ictos e de instalação insidiosa, epilepsia tardia, etc.) e desordens extrapiramidais (dísartria, riso e choro espasmódico, disfagia, marcha de pequenos passos, bradicinésia, tremores, rigidês muscular, etc.).

Em paralelo aos transtornos neurológicos, apresenta *estados neurasteniformes*: cefaléia, vertigens, insônia, zumbidos, parestesias, diminuição da memória, bradipsiquia, consciência da própria doença, egoísmo, oscilações de humor, hiperemotividade, irritabilidade, angústia, pessimismo, diminuição da vontade e da capacidade pragmática, fadiga fácil, etc. Depois, acusa manifestações de apoucamento mental cada vez mais acentuado: alucinações, queda de julgamento, idéias delirantes e outras, desorientação, perda de vocabulário, indiferença afetiva, embotamento ético, exibicionismo, atentados aos costumes, prática de delitos, puerilismo, abulia, apatia, sordicie, etc. Chega assim à *demência artériosclerótica*, em regra suscetível de distinguir-se da *demência semil* graças aos sinais neurológicos e ao aspecto anátomo-patológico.

### MOLÉSTIA DE PARKINSON

Devido a lesões degenerativas dos núcleos da base do cérebro, sobretudo do *globus pallidus*, determinadas por artériosclerose e outros fatores, o indivíduo, entre 50 e 60 anos, apresenta sinais da *moléstia de Parkinson*: fâcies amímica, olhar parado, crises oculóginas, sialorréia, rigidês muscular, exagero dos reflexos de postura, perda dos

movimentos automáticos, bradicinésia, palavra monótona, tremores, trações, pulsões, cinésia paradoxal, etc. Devido à consciência da sua moléstia, torna-se triste, impressionável, desconfiado, ansioso, irritável, sugestionável, impulsivo, disposto ao suicídio. Apesar do aparente torpor, só em fase adiantada da moléstia chega a sofrer verdadeiro comprometimento mental, que geralmente se caracteriza pela bradipsiquia, viscosidade mental, aprosexia, inércia, sem atingir a demência (*bradifrenia, rigidês psíquica*).

### TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS

Em consequência de traumatismo crânio-encefálico na vida intra-uterina, por ocasião do nascimento ou na infância, o indivíduo, além de transtornos neurológicos, acusa *síndromes oligofrênicas, epilélicas* e, em regra tardiamente, *síndromes perversas* análogas às post-encefalíticas (*encéfalopatias obstétricas e infantis*). Ao sofrer traumatismo crânio-encefálico, o indivíduo manifesta distúrbios na ausência de lesões cerebrais destrutivas (*traumatismo fechado do crânio, comoção cerebral*) ou na presença de fraturas cranianas, feridas, lesões destrutivas do cérebro (*traumatismo aberto do crânio, contusão cerebral*). Na *comoção cerebral*, apresenta, em grau maior ou menor, o *estado de coma*: inibição da consciência, da sensibilidade e da motilidade voluntária, hipotonia, arreflexia profunda, vômitos, bradicardia, etc. Si sobreviver ao traumatismo, si houver também *contusão cerebral*, acusa frequentes *sequelas neurológicas*, precoces ou tardias, variáveis de acordo com a séde e extensão das lesões traumáticas: monoplegia, hemiplegia, afasia, apraxia, alterações visuais, desordens da palavra, transtornos labirínticos, etc. Acusa *sequelas psíquicas*, precoces ou tardias (*neuroses e psicoses post-traumáticas*).

Depois do traumatismo, apresenta frequentes *estados confusionais*, passageiros ou duradouros, às vezes com excitação psico-motora (*delírio traumático*). Revela lacunas de memória, transtornos da imaginação, confabulação, desordens confusionais (*amnésia traumática, síndrome de Korsakoff post-traumática*). Acusa ansiedade, receios em relação a fatos ligados ao traumatismo ou *fobias traumáticas*, taquicardia, palpitações, distúrbios cenestésicos (*neurose emotiva, neurastenia traumática*). Sob influência do traumatismo, simula distúrbios sem ter noção do próprio embuste (*simulação inconciente, histera-traumatismo*). Outras vezes, simula involuntariamente perturbações em acréscimo a transtornos orgânicos realmente existentes (*associação histero-orgânica*). Embora o traumatismo no trabalho não haja acarretado consequências desastrosas reais, o indivíduo, muitas ve-

zes de boa fé, recusa voltar ao serviço sob pretexto de julgar-se inválido e, porisso, merecedor da indenização e outras regalias asseguradas aos acidentados do trabalho (*sinistrose* ou *indenisofilia*). Sob ação de traumatismos cranio-encefálicos e outros, inclusive decorrentes de intervenções cirúrgicas (*psicoses post-operatórias*), o indivíduo apresenta quadros psicopáticos aos quais estava predisposto (*esquizofrenia, excitação maníaca, paranóia, etc.*). Si for antigo sifilítico, demonstra às vezes súbito quadro de paralisia geral (*paralisia geral traumática*). Si for alcoólatra, manifesta agravação dos distúrbios neuro-psíquicos, e às vezes, chega a morrer. Devido às lesões cerebrais traumáticas, apresenta às vezes crises convulsivas e outras manifestações comiciais (*epilepsia post-traumática*). Finalmente, sofre, às vezes, progressiva decadência psíquica até ao grau mais profundo (*enfraquecimento mental post-traumático, demência traumática*).

### TUMORES INTRA-CRANIANOS

Nos casos de *tumor intra-craniano*, o indivíduo apresenta sinais próprios de *hipertensão craniana*: cefaléia, vômitos de tipo cerebral, edema e depois atrofia de papila, bradicardia, alterações liquóricas (hipertensão, dissociação albumino-citológica, etc.), aspectos radiológicos característicos. Ao mesmo tempo, apresenta *síndromes confusionais* ou, de modo menos frequente, *síndromes neuro-psicastênicas, melancólicas, korsakoffianas, esquizofrênicas, epiléticas, oligofrênicas, demenciais, etc.*

Além desses *sintomas gerais* da existência de tumor cerebral, acusa manifestações que permitem a localização do tumor — *sintomas focais*. Nos tumores do lobo frontal: anosmia, síndrome de Foster Kennedy, paralisia facial central, afasia motora, ataxia frontal, crises jacksonianas, diminuição da atenção e da memória, desorientação espacial, enfraquecimento intelectual, euforia, tendência à facécia ou *mória*, desvios do senso moral, excitação psico-motora, impulsividade, puerilismo e, enfim, *estado demencial*. Nos da região *fronto-parietal* ou *rolândica*: desordens piramidais, crises jacksonianas, dores, parestesias, anestésias, etc. Nos do *lobo parietal*: distúrbios sensitivos, apraxia, afasia sensorial, perda do esquema corporal, enfraquecimento intelectual, alucinações visuais, táctis, cenestésicas, etc. Nos do *lobo temporal*: distúrbios auditivos, hemianopsia homônima, afasia sensorial, distúrbios da série cerebelar, ataques de sonho ou “dreamy states” crises do “gyrus uncinatus” ou “uncinate fits”, alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas, etc. Nos do *lobo occipital*: hemianopsia homônima, cegueira com ausencia de alterações pupilares, reação he-

mianoptica de Wernicke, escotomas cintilantes, alucinações visuais elementares, etc. Nos do *corpo caloso*: apraxia unilateral esquerda, disartria, desordens motoras e do equilíbrio; a princípio diminuição da memória, desordens da associação ideativa, enfraquecimento intelectual, oscilações de humor, irritabilidade e excentricidade de conduta, depois *estados confusionais* mais ou menos acentuados, e, enfim, *estados demenciais*. Nos dos *tubérculos quadrigêmeos* e da *epífise*: síndrome de Parinaud, comprometimento de certos nervos cranianos, desordens visuais e auditivas, sinal de Argyll-Robertson, hipersonia, alternativas de excitação e de torpor, alucinações visuais e auditivas, etc. No caso de tumor epifisário da criança: macrogênitosomia precoce. Nos tumores da *hipófise*: hemianopsia bitemporal, sinais de hiper ou hipopituitarismo, sela turca aumentada aos Raios X. Nos tumores *suprasselares* (crânio-faringiomas, etc.): hemianopsia bitemporal, atrofia optica, sela turca não deformada aos Raios X. Nos da *cápsula interna*: síndromes piramidais. Nos do *tálamo optico*: síndrome de Déjerine-Roussy. Nos do *corpo estriado*: síndromes extrapiramidais. Nos do 3.<sup>o</sup> *ventrículo* ou *região infundíbulo-tuberiana*: distúrbios oculares, síndrome de Parinaud, atrofia optica, desordens piramidais, extrapiramidais e cerebelares, hipersonia, poliúria, glicosúria, obesidade, atrofia genital, distúrbios da regulação térmica, bradipsiquia, obnubilção, enfraquecimento intelectual, instabilidade afetiva, indiferença, etc. Nos do 4.<sup>o</sup> *ventrículo*: cefaléia intensíssima, atitudes antálgicas, comprometimento de nervos cranianos (motor ocular externo, facial, etc.), ataxia de tipo cerebelar, crises hipertônicas ou "*cerebellar fits*". Nos do *pedúnculo*: síndromes de Weber e de Benedikt. Nos da *protuberância*: síndromes de Millard-Gubler, Foville e Raymond-Cestan. Nos do *bulbo*: síndromes de Avellis, Jackson, Schmidt, Cestan-Chenais, Babinski-Nageotti, etc. Nos do *cerebelo*: síndromes cerebelares. Nos do *ângulo ponto-cerebeloso*: comprometimento de nervos cranianos (trigêmeo, motor ocular externo, facial, auditivo, etc.) e distúrbios cerebelares.

### ABCESSOS CEREBRAIS

Devido à infecção do encéfalo por contaminação traumática (feridas do crânio por balas, corpos estranhos, etc.), processos infecciosos visinhos (otites, mastóides, sinusites, etc.) ou veiculação metastática de germes de focos distantes (infecções pleurais, bronco-pulmonares, septicemias, etc.), o indivíduo se torna portador de *abcesso cerebral*. Em regra, apresenta sinais de infecção (*febre, emagrecimento, astenia*, etc.) associados a *sinais de hipertensão craniana* (cefaléia, vô-

mitos de tipo cerebral, edema e depois atrofia de papila, bradicardia, torpor, etc.). Ao mesmo tempo, apresenta distúrbios psíquicos variáveis, na maioria das vezes próprios da *síndrome confusional*. Além desses *sintomas gerais* da existência do abscesso cerebral, acusa *sintomas focais* análogos aos dos tumores cerebrais.

### CISTICERCOSE CEREBRAL

Devido à ingestão ou auto-infestação de ovos de "*Taenia solium*", o indivíduo sofre a disseminação do "*Cysticercus cellulosae*", forma larvar do parasita, nos músculos, tecido sub-cutâneo, anexos oculares, etc., e adquire assim a *cisticercose*, reconhecível através de diversos sinais (nódulos cisticercósicos apreciáveis ao exame radiológico e, quando sub-cutâneos, acessíveis à palpação e suscetíveis de identificação mediante exame anátomo-patológico; reação de Weinberg positiva no sangue, eosinofilia sanguínea, intra-dermo reação positiva). Quando os cisticercos invadem o sistema nervoso (*neurocisticercose*), em particular o cérebro (*cisticercose cerebral*), o indivíduo apresenta sinais neurológicos variáveis conforme a localização do parasita: cefaléia, estase papilar, vômitos, desordens motoras e sensitivas, ataxia, nistagmo, vertigens, crises epiléticas, alterações líquóricas (síndrome de Guillain-Barré, reação de Weinberg positiva, eosinofílorraquia), aspectos radiológicos do crânio elucidativos (presença de cisticercos calcificados). Ao mesmo tempo, apresenta também diversos distúrbios psíquicos: *síndromes confusionais, korsakoffianas, esquizofrênicas, parafrênicas, epiléticas, oligofrênicas, demenciais*, etc.

### ENCEFALITES

Devido ao comprometimento dos centros nervosos por *virus neurotrofos*, de forma *esporádica* ou *epidêmica*, secundária ou não a moléstias eruptivas e outras (vacina, varicela, sarampo, varíola, rubeola, escarlatina, etc.), o indivíduo acusa sinais próprios de *encefalite*: hipersonia (*encefalite letárgica*), ou insonia, hipertermia, estrabismo, diplopia, alterações neurológicas variáveis, síndrome líquórica característica pela hiperglicorraquia, etc.

Além dos sinais neurológicos, apresenta muitas vezes *estado confusional* mais ou menos acentuado. Em tempo precoce ou tardio, manifesta, como *sequelas neurológicas* da doença: parquinsonismo post-encefalítico, espasmos de torsão, movimentos córeo-atetósicos, balismos, distúrbios do sono, etc. Ou então, como *sequelas psíquicas*: *síndromes confusionais, neuro-psicastênicas, esquizofrênicas, paranóides, maniaco-de-*

*pressivas, oligofrênicas, demenciais, etc.* Na infância, frequentes *síndromes perversas* reconhecíveis pelos característicos clássicos (amoralidade, mitomania, irritabilidade, indisciplina, crueldade, impulsividade, reações instintivas e antissociais, sexualidade precoce e depravada, onanismo, perversões sexuais, fugas, mendicidade, furtos, tentativas de suicídio, etc.).

### CORÉIA DE HUNTINGTON

Em consequência de processos degenerativos córtico-subcorticais, em particular do "*neo-striatum*", determinados por fatores notadamente hereditários, o indivíduo, na idade madura, apresenta sinais da *coréia crônica de Huntington*: movimentos involuntários desordenados sem a rapidês e a hipotonia muscular próprias da *coréia de Sydenhan*. Ao lado desses sinais neurológicos, manifesta distúrbios mentais variáveis, sobretudo de caráter depressivo, que o levam, em progressivo rebaixamento psíquico, ao *estado demencial*.

### ESCLEROSE EM PLACAS

Devido à disseminação de placas de esclerose no sistema nervoso central por ação de fatores discutidos, o indivíduo apresenta os sinais variabilíssimos da *esclerose em placas*: nistagmo, tremor intencional, ataxia de tipo cerebelar, palavra escândida, vertigens, abolição dos reflexos cutâneo-abdominais, hipertonia muscular, hiperreflexia ósteo-tendinosa, clonus, sinal de Babinski, síndrome liquórica elucidativa, etc. Conforme a localização das placas de esclerose no encéfalo, acusa distúrbios psíquicos também variáveis: alterações mentais inerentes às crises epileptiformes, diminuição da atenção e da memória, decadência de julgamento, puerilismo, hiperemotividade, euforia ou tristeza, apatia, etc.

### DEGENERAÇÕES COMBINADAS

Em consequência da degeneração e depois esclerose dos cordões medulares ântero-laterais e posteriores, oriunda provavelmente de estados toxi-infecciosos e de carência, o indivíduo apresenta o quadro da *tabes combinada, degeneração combinada, esclerose combinada* ou *mielose funicular*: sinais de *lesão dos feixes piramidais* (diminuição da força muscular, hipertonia, marcha espasmódica, hiperreflexia profunda, hipo ou arreflexia cutâneo-abdominal, sinal de Babinski, etc.) associados a sinais de *lesão dos cordões medulares posteriores* (hipo ou anestesia profunda, ataxia de tipo sensitivo, sinal de Romberg,

marcha atáxico-calcaneante, parestesias, etc.). Além dos sinais neurológicos, acusa muitas vezes *anemia primária* ou *secundária* suscetível de comprovar-se através do exame hematológico (*síndrome neuro-anêmica*). Como transtorno digestivo característico, manifesta *hipo* ou *anacloridria* reconhecível através do mal-estar após as refeições, plenitude gástrica, eructações, náuseas, dispepsia, diarréia, baixa ou ausência de ácido clorídrico determinada pela prova de Katsch-Kalk (*síndrome digestivo-neuro-anêmica*).

O processo estende-se muitas vezes aos nervos periféricos e determina sinais de nevrite, tais como paralisias flácidas, parestesias, dores, síndrome elétrica de degeneração (*neuro-mielose*). Estende-se às vezes também ao encéfalo, em particular ao cérebro, acarretando sinais neurológicos variáveis, de acordo com a situação das lesões e, de modo frequente, distúrbios psíquicos, *síndromes neuro-psicastênicas*, *confusionais*, *maniaco-depressivas*, ou, mais raramente, *síndromes parafrênicas*, *esquizofrênicas* e *demenciais* (*síndromes neuro-psico-anêmicas*).

#### 10 — NEURO-SÍFILIS

Em consequência de miopragia nervosa oriunda de predisposição neuro-psicopática, estafa intelectual, abalos afetivo-morais, traumatismos crânio-encefálicos, excessos sexuais, toxi-infecções, tratamento anti-luético insuficiente, etc., o indivíduo, logo ou muito depois de contrair a sífilis, acusa manifestações dependentes da localização do espiroqueta no sistema nervoso (*sífilis nervosa*), seja no encéfalo (*sífilis cerebral*), seja na medula (*sífilis medular*). Devido ao fato de saber-se sífilítico, o indivíduo às vezes experimenta abalo moral já suficiente para desencadear distúrbios psíquicos, na maioria das vezes *estados neuro-psicastênicos*.

Mas o indivíduo, logo depois de contrair o protosifiloma, pôde também sofrer o comprometimento do tecido nervoso mesenquinal pelo espiroqueta — *sífilis nervosa mesenquinal*. Devido à agressão do *treponema* às meninges, torna-se portador da *meningite sífilítica* muitas vezes sem sintomatologia clínica, embora suscetível de comprovar-se através das alterações liquóricas (*meningites latentes*). Mais cedo ou mais tarde, a meningite poderá denunciar-se através de maior ou menor sintomatologia clínica. Então, o indivíduo acusará: cefaléia mais intensa à noite, vertigens, vômitos, febre, comprometimento dos nervos cranianos, paralisias incompletas e transitórias, enfraquecimento intelectual, obnubilação, delírio onírico, agitação psico-motora, sonolência, letargia, acompanhando-se da positividade da reação de Wassermann e outras no sangue, e das alterações liquóricas características. Em outros casos, devido às lesões dos vasos, *endarterites*, *mesoar-*

*terites, periarterites, panarterites e panflebitis*, acusará, si fôr um processo encefálico, os *acidentes vasculares do cérebro*, acarretando hemiplegias, monoplegias, afasias, etc. Ao lado dos distúrbios somáticos, o indivíduo poderá apresentar os mais diversos quadros mentais: *síndromes neuro-psicastênicas, confusionais, korsakoffianas, esquizofrênicas, parafrênicas, paranóides, epiléticas, maníacas, melancolicas*, etc. Si o processo situar-se na medula, o indivíduo acusará os sinais próprios de *mielite* ou *meningo-mielite*. Enfim, em outras eventualidades, devido à formação de gomas sífilíticas, o indivíduo apresentará, si for no encéfalo, *síndromes de tumor intracraneario*, e, si for na medula, *síndromes de compressão medular*.

Finalmente, o indivíduo pôde sofrer o comprometimento do tecido nervoso parenquimatoso pelo espiroqueta — *sífilis nervosa parenquimatosa, parasífilis* ou *metasífilis*. Quando o processo se dá no encéfalo, apresenta a *paralisia geral*, processo de meningo-encefalite crônica difusa suscetível de desencadear exuberante sintomatologia neuro-psíquica e, porisso, digno de estudo à parte. Quando na medula, apresenta a *tabes*, processo de meningo-radiculite posterior com sinais neurológicos clássicos e distúrbios psíquicos mais frequentes quando associado à paralisia geral (*tabo-paralisia, psicoses tábidas*).

Em lugar da *sífilis nervosa adquirida* acima mencionada, o indivíduo, outras vezes, acusa manifestações neuro-psíquicas próprias da lues transmitida pela progenitora na vida intra-uterina, através da via placentária — *sífilis nervosa congênita*. Então, comprovam-se: *existência de sífilis nos pais* (notícia da infecção, abórtos na progenitora, nascimento prematuro e poliletalidade dos filhos, sinais clínicos e exames complementares positivos), *estigmas somáticos da lues congênita no paciente* (deformações cranianas, fronte olímpica, transtornos oculares e auditivos, nariz em sela, coriza, abóbada palatina ogival, dentes de Hutchinson, crescimento atrasado, lesões cutâneas, mucosas, ósseas, viscerais, etc), manifestações neuro-psíquicas dependentes do comprometimento do sistema nervoso (hidrocefalia, meningites, lesões de nervos cranianos, acidentes vasculares do cérebro, diplegia cerebral infantil, oligofrenia, epilepsia, paralisia geral infantil ou juvenil, meningo-mielites, mielites, tabes juvenil, etc.) e, finalmente, *positividade das reações* para diagnóstico da sífilis no sangue e, sobretudo, no liquor.

## 11 — PARALISIA GERAL

*Anamnese* — Cêrca de doze anos depois de contrair o cancro sífilítico sem se tratar convenientemente, o indivíduo acusa exaltação das funções psíquicas. Torna-se demasiado acolhedor, alegre e loquaz, dando impressão de viva inteligência devido à grande afluência de idé-

tas e à exaltação da memória. Mostra atividade exagerada a ponto de conciliar dificilmente o sono à noite, e, em consequência de marcado erotismo, entrega-se às vezes à vida desregrada. Como sofre decadência do senso crítico e moral, pratica atos desarrazoados e mesmo delituosos (*período pré-paralítico médico-legal*). Depois, julga-se de modo absurdo e pueril, dotado de extraordinários privilégios, sobretudo grande fortuna, desejando caracteristicamente repartir os supostos bens com os demais (*forma expansiva*). Outras vezes, ao contrário, acusa depressão das funções psíquicas. Torna-se triste, desanimado e pessimista, apresentando cefaléia, pressão na cabeça, cansaço cerebral, característica diminuição da memória, ansiedade, insônia, impotência, sensações vagas e penosas (*neurastenia pré-paralítica*). Depois sofre insidiosa decadência das faculdades intelectuais, afetivas e morais, sem manifestar grandes erros do julgamento (*forma simples ou apática*). Ou então, chega a julgar-se arruinado, vítima de doença incurável, perseguido, em suma perdido, e torna-se extremamente triste, recusando a alimentar-se e com idéias de suicídio (*forma depressiva*). Na paralisia geral, o indivíduo sofre desagregação psíquica e logo atinge a demência, si não for medicado.

A paralisia geral acomete, em regra, o indivíduo entre 35 e 45 anos e só raramente em idade mais precoce, sendo então devida à lues congênita (*paralisia geral infantil e juvenil*). Embora se conserve mais frequente no homem, a paralisia geral se tem incrementado no sexo feminino em virtude da vida moderna acarretar maior miopragia nervosa também à mulher.

*Ex somático:* — Disartria, às vezes apenas perceptível ao pronunciar as “palavras de prova” (paralelepípedo, inconstitucionalissimamente, flanela leve, tresentos e trinta e tres artilheiros do terceiro regimento, tres tigres tristes, ministro plenipotenciário, partido constitucionalista, etc.). Tremores dos dedos, da face, das pálpebras, dos lábios, da língua, periorbeiculares; “sinal do trombone” (impossibilidade de mostrar a língua sem recolhê-la de momento a momento). Pupilas de contornos irregulares; anisocoria; sinal de Argyll-Robertson (abolição do reflexo fotomotor, conservação da acomodação à distância, às vezes miose); raramente, oftalmoplegias, atrofia optica. Reflexo oro-orbeicular exaltado. Reflexos patelares vivos. Na tabo-paralisia, paralisia geral associada à tabes, coexistência de sinais próprios da tabes, inclusive abolição dos reflexos patelares (sinal de Westphal). Às vezes, crises epileptiformes. Às vezes, “ictus” apoplético, cujas consequências neurológicas logo se dissipam. O exame clínico revela frequentemente perturbações nos diversos setores do organismo (aortite,

lesões cardíacas, pneumonia, insuficiência hepática, nefrite hipertensiva, etc.). Na fase final da moléstia, anartria, paralisia do faringe, relaxamento de esfínteres, caquexia, mal perfurante, escaras, etc.

*Ex. psíquico*: — Fácies alegre, triste ou inexpressiva (*facies paralítica*). Atitude satisfeita, acabrunhada ou apática. Vestuário geralmente descuidado; às vezes, excêntrico. Linguagem geralmente prolixa, alegre ou triste. Risos e choros frequentes. Na *paralisia geral incipiente*, às vezes grafomania; escrita com péssima caligrafia devido aos tremores dos dedos (*distúrbios caligráficos*) e com erros devidos ao estado mental precário (*distúrbios psicográficos*); erros nos cálculos matemáticos. Atenção diminuída ou abolida (*hipoprosexia* ou *aprosexia*). Alucinações polimorfos e raras. Na *paralisia geral incipiente*, memória às vezes exaltada (*hipermnésia*); depois diminuída ou abolida (*hipomnésia* ou *amnésia*). Na *paralisia geral incipiente*, associação ideativa às vezes acelerada; depois, lenta (*bradipsiquia*). Julgamento e raciocínio deficientes. Na *forma simples ou apática*, ausência característica de idéias delirantes; nas demais formas, idéias delirantes instáveis, absurdas, ilógicas, contraditórias e puerís. Na *forma expansiva*, delírio de grandeza com caráter altruista. Na *forma depressiva*, delírios de auto-acusação, de ruína, hipocondríaco, de perseguição, de negação e outros. Muitas vezes, desorientação auto e alopsíquica, parcial ou completa. Indivíduo inconsciente do seu estado mórbido (convicção errônea de normalidade, noção demasiado otimista ou pessimista da própria personalidade). Inteligência rebaixada; estado demencial final. Na *forma expansiva*, euforia, otimismo, erotismo, expansibilidade, sociabilidade. Nas *formas apática e depressiva*, tristeza, inquietação, angústia, ansiedade, obsessões. Indiferença em relação aos demais (*anestesia afetiva*). Embotamento ético. Na *paralisia geral incipiente*, vontade e atividade às vezes exaltadas; atentados aos costumes, atos desatinados e delituosos (*período pré-paralítico médico-legal*); depois, vontade e atividade reduzidas ou abolidas. Na *forma depressiva*, sitofobia, auto-mutilações, suicídio, etc.

*Exs. complementares*: — A reação de Wassermann, de Kahn, e outras no sangue dão muitas vezes resultado positivo para sífilis. O exame do líquido céfalo-raquiano, indispensável ao estabelecimento do diagnóstico, revela alterações características da sífilis nervosa parenquimatosa: aspecto límpido e incolor; hipertensão moderada; hiperцитose ou pleocitose (aumento de linfócitos, com grandes plasmócitos); hiperalbuminose (com inversão da fórmula habitual: aumento das globulinas em relação às serinas); positividade das reações das globulinas (reações de Pandy, de Nonne e de Weidbrodt), das reações

coloidais (reações de benjoim e de cloreto de ouro com precipitação na zona esquerda, a zona parenquimatosa), da reação de Takata-Ara (Takata-Ara de tipo luético), da reação de Wassermann (com extrato cerebral), da reação de Steinfeld, etc. O exame *anátomo-patológico* demonstra ser a paralisia geral um processo de meningo-encefalite crônica difusa sífilítica.

## 12 — PSICOSES EPILEPTICAS

*Anamnese* — Na maioria das vezes, o indivíduo já nasce dotado da *constituição epileptóide* ou *gliscróide*. Em virtude do *estado mental epilético* ou "*habitus epilepticus*", mostra-se afável, empolado, pegajoso, servil, hipócrita, beato, ou então, taciturno, desconfiado, sombrio (*tipo viscoso*). De súbito, enfurece-se por motivos fúteis e pratica atos impulsivos e desatinados (*tipo explosivo*).

Em qualquer idade, sob ação de fatores ignorados (*epilepsia essencial ou criptogenética*) ou de fatores orgânicos conhecidos (*epilepsia sintomática*), o indivíduo apresenta os *ataques epiléticos* ou *comiciais*, suscetíveis de se desencadarem sem intervenção da sugestão ou de outras causas momentâneas aparentes, no curso do sono ou da vigília. Apresenta-os de modo imprevisto ou precedidos de certas manifestações (*período prodrômico — aura epilética*), ora manifestações de caráter orgânico (*aura somática*) tais como movimentos (*aura motora*), dores e parestesias (*aura sensitiva*), perturbações da visão, audição, gustação, olfação e tato (*aura sensorial*), transtornos da sensibilidade visceral (*aura cenestésica*), distúrbios vago-simpáticos (*aura vaso-motora, neuro-vegetativa*), ora manifestações de caráter psíquico (*aura psíquica*), tais como euforia, excitação psico-motora, exaltação e perversão da memória, ansiedade, idéias obsidentes, sentimento de terror e de morte iminente, depressão, idéias de suicídio, obnubilação, prática de atos desatinados, etc. Na crise, perde a noção do que se passa, às vezes depois de soltar um grito. Apresenta rigidês muscular generalizada (*fase tônica*) e depois convulsões generalizadas e rápidas (*fase clônica*). Apresenta emissão involuntária de saliva, às vezes com lavios de sangue devido à mordedura da língua; de urina ou de fezes; e, si for homem, de esperma. Si o paciente estiver de pé ao sobrevir a crise, sofre queda com frequente traumatismo. Restabelece-se do ataque em geral depois de alguns minutos, mergulhando em sono ou recobrando progressivamente o conhecimento, sem se recordar do ocorrido, com sensação de bem-estar ou, mais frequentemente, com cefaléia, mialgias, mal-estar, fadiga, mal-humor, às vezes excitação psico-motora e tendência à prática de atos desatinados e delituosos (*fase crepuscular*).

Além dessa crise completa, limita-se às vezes a apresentar manifestações frustas do ataque, ora manifestações de caráter orgânico (*equivalentes somáticos*), tais como movimetos (*equivalentes motores*), perturbações visuais, auditivas, gustativas, olfativas e tácteis (*equivalentes sensoriais*), sudorese, hipertermia e outros fenômenos vago-simpáticos (*equivalentes neuro-vegetativos*), ora manifestações de caráter psíquico (*equivalentes psíquicos*), tais como oscilações bruscas de humor, sentimento de terror, desorientação, vertigem, sonolência, enurese noturna, abolição da consciência, estado prepuscular, prática de atos automáticos e desatinados, estupor, etc. Depois dos acessos, apresenta, às vezes, de modo transitório ou duradouro, estados maníacos (*mania simples*), às vezes intensíssimos, com explosões de cólera furiosa e destruidora (*mania furiosa ou furor epilético.*), estados melancólicos, estados confusionais, com alucinações visuais terrificantes, etc. Em geral na *epilepsia essencial*, sofre decadência psíquica até ao grau mais profundo (*demência epilética*). Finalmente, torna-se, às vezes, vítima de ataques numerosos e sucessivos, sem haver tempo para recobrar a consciência entre uma crise e outra, sobrevivendo frequente êxito letal (*estado de mal epilético* ou “status epilêpticus”).

Em vez da epilepsia clássica acima mencionada (*grande mal*), apresenta, às vezes, outras modalidades: crises convulsivas sempre circunscritas a certa porção do corpo, com ou sem abolição da consciência (*epilepsia Bravais-Jacksoniana*); crises de movimentos repetidos de curvatura da cabeça e do tronco para a frente, como se fossem saudações, com perda da consciência, acarretando desagregação psíquica, de preferência na infância (*tique salutarío ou de Salaan*); pequenas crises com perda brevíssima da consciência e raros movimentos anormais (*ausência epilética, pequeno mal*); crises de brevíssima diminuição do tonus muscular ou ligeiros espasmos tônicos, em geral com desvio do olhar para cima e batimento das pálpebras, sem convulsões, sem perda completa da consciência, estereotipadas e frequentíssimas, em número de 10 a 100 por dia, sempre na infância, incapaz de comprometer o desenvolvimento sômato-psíquico, rebeldes à terapêutica anti-epilética habitual e suscetíveis de cura espontânea na puberdade (*picnolepsia*); oscilações de humor, acessos de cólera, dipsomania e outras impulsões, vertigens, ataques convulsivos às vezes raríssimos e outros transtornos periódicos e estereotipados desencadeados por fatores emotivos em indivíduos já degenerados, sem acarretarem a demência (*epilepsia afetiva*); na ausência de manifestações convulsivas, ocorrência de distúrbios periódicos e estereotipados, passageiros ou duradouros, em geral seguidos de amnésia, à maneira de

equivalentes epiléticos (*epilepsia larvada* ou *psíquica*), tais como estados maníacos (*mania simples*) às vezes intensíssimos, com explosões de cólera furiosa e destruidora (*mania furiosa* ou *furor epilético*), estados melancólicos, persecutórios, confusionais, crepusculares, prática de impulsões, execução de movimentos automáticos de marcha em estado de inconsciência (*sonambulismo epilético*, *automatismo ambulatório*, *epilepsia procursiva*), etc.

Finalmente apresenta, outras vezes, manifestações de natureza epilética discutida crises de paralisia completa e relaxamento do tonus muscular sem perda da consciência, desencadeadas por fatores emotivos (*cataplexia*), por ação do riso (*geloplexia*), do orgasmo venéreo (*orgasmoplexia*), crises de sono semelhante ao normal, desencadeadas por fatores emotivos (*narcolepsia*), etc.

*Ex. somático*: — Indivíduo de tipo atlético; menos frequentemente, de tipo astênico ou displásico. Às vezes, *estigmas físicos de degeneração* (anomalias do crânio, da face, dos dentes, das orelhas, etc.). Lesões corporais produzidas por ocasião dos ataques (mordedura de língua, esquimoses sub-conjuntivais, pontilhado hemorrágico no rosto e no tronco, etc.). Sinais capazes de permitir a identificação de fatores orgânicos responsáveis pela instalação da epilepsia: moléstias infecciosas (em particular sífilis congênita ou adquirida), infecções criptogenéticas, auto-intoxicações (uremia, eclâmpsia, diabete, gravidês, menopausa, endócrinopatias, etc.), hétero-intoxicações (alcoolismo, verminose, etc.), alterações cárdio-vasculares (*epilepsia cardíaca*), traumatismos cranio-encefálicos, encéfalopatias infantis, compressões cerebrais por corpos estranhos e tumores, cisticercose cerebral, artério-esclerose cerebral, esclerose em placas, etc.

*Ex. psíquico*: — Fácies geralmente embrutecida; no *ataque*, pálida e, depois, cianótica. Atitude acolhedora e expansiva e, outras vezes, desconfiada e retraída; de súbito, colérica e agressiva. Vestuário muitas vezes descuidado. Língua prolixa, empolada e servil, cada vez mais monótona, lenta e balbuciente, suscetível de diversos distúrbios na *aura*, no *estado crepuscular*, na *epilepsia larvada*. Atenção diminuída ou abolida (*hipoprosexia* ou *aprosexia*). Às vezes, alucinações visuais, não raro terrificantes, auditivas, olfativas, gustativas, cenestésicas e outras, na *aura*, no *estado crepuscular*, na *epilepsia larvada*. Memória diminuída ou abolida (*hipomnésia* ou *amnésia*). Na *aura*, às vezes memória momentaneamente exaltada (*hipermnésia*); devido à recordação de fatos remotos, às vezes impressão do indivíduo viver em época anterior (*ecmnésia*); às vezes, ilusões do “*déjà vu*” e do “*jamaís vu*” (*paramnésia*). Na *ausência epilética*, no *grande ataque*, e no *estado crepuscular*, memória momen-

tâneamente abolida (*amnésia locunar*). **Associação** ideativa lenta (*bradipsiquia, viscosidade mental*). Na *aura*, no *estado crepuscular* e na *epilepsia larvada*, associação ideativa às vezes acelerada, com fuga de idéias, e, outras vezes, fragmentária. Julgamento e raciocínio deficientes; idéias delirantes polimorfias. Muitas vezes desorientação auto e alipsíquica, parcial ou completa. Na *aura*, no *estado crepuscular* e na *epilepsia larvada*, consciência diminuída. Na *ausência epilética* e no *grande ataque*, consciência abolida. Quando a epilepsia se instala na criança, inteligência muitas vezes abaixo do nível normal (*estado oligofrênico*). Quando no adulto, inteligência rebaixada, às vezes sem chegar a anular a eficiência do labor intelectual; às vezes, estado demencial final. Na *aura* e no *estado crepuscular*, euforia, tristeza, ansiedade, aversão, cólera, terror, apatia, etc. No *estado mental epilético*, oscilações bruscas de humor: expansibilidade, jocosidade obsequiosidade, beatice e, outras vezes, retraimento, desconfiança, egoísmo, egocentrismo. De súbito, crises de cólera agressiva e destruidora. Embotamento ético; amoralidade. Vontade e capacidade pragmática reduzidas; excepcionalmente exaltadas. Na *aura*, no *estado crepuscular* e na *epilepsia larvada*, surtos de excitação psicomotora ou de depressão. Impulsividade característica; impulsões à destruição de objetos, roubo ou cleptomania, incêndio ou piromania, ingestão de álcool ou dipsomania, fugas, agressões, atos sexuais, homicídios, suicídio, etc. Manifestações de automatismo patológico (sonambulismo epilético, automatismo ambulatório, epilepsia prokursiva, etc.). Atos criminosos imotivados e brutais, em estado de maior ou menor inconsciência.

*Exs. complementares:* — Para verificar si a crise de que se queixa o indivíduo é epilética ou histérica, recorra-se, de preferência, à *prova da hiperpnéia*: o indivíduo, depois de fazer inspirações lentas, profundas e ritmadas no espaço de cinco minutos, apresenta a crise. Si o ataque for epilético, haverá rigidês pupilar e sinal de Babinski, além dos outros característicos. Para apurar a existência de fatores orgânicos responsáveis pela instalação da epilepsia, solicitem-se, de acôrdo com o caso: *exames de sangue, de fezes, neuro-ocular, liquorico, radiológico, ventriculográfico, metabolismo basal*, etc. Na *epilepsia sintomática*, o *exame anátomo-patológico* confirma, em regra, a existência dos fatores orgânicos incriminados pelo exame clínico (sífilis nervosa, alcoolismo, tumores cerebrais, cisticercose cerebral, abcesso cerebral, arteriosclerose cerebral, etc.). Modernamente, o *eletroencefalograma* permite o diagnóstico gráfico da epilepsia (distúrbia elétrica do encéfalo).

### 13 — PSICOSES DITAS NEURÓTICAS ou PSICO-NEUROSES

Sob ação de fatores predominantemente psicológicos, sobretudo abalos afetivo-morais, o indivíduo, em virtude de predisposição neuro-psicopática, apresenta os mais diversos transtornos sômato-psíquicos, sem a sobrevivência de verdadeira desagregação psíquica do paciente (*psicoses ditas neuróticas ou psico-neuroses*).

#### a) — HISTERIA ou PITIATISMO

*Anamnese* — O indivíduo, na maioria das vezes do sexo feminino, nasce dotado da *constituição pitiática*. Em virtude do *estado mental histérico*, mostra-se vaidoso, frívolo, cioso das atenções dos demais, tirânico nas exigências de carinho, desejando ser acatado nos caprichos. Para atrair o interesse dos outros, finge-se bondoso e dedicado, embora seja às vezes destituído do senso moral. Faz-se um convívio brilhante e atraente, graças à inteligência precoce e viva, embora desprovida de profundidade e de senso crítico. Em virtude da exagerada imaginação, inventa enredos inverosímeis onde possa sobressair-se como herói, mártir ou de outras maneiras; devido ao frequente erotismo, as invencionices assumem muitas vezes caráter sexual. Por ser demasiado impressionável, deixa-se suggestionar facilmente pelo que se passa ao redor, mesmo quando nada se relacione à sua pessoa, mostrando-se tão prontamente alegre nos ambientes festivos quanto triste em face de situações dolorosas.

Em regra depois da puberdade, sob ação de abalos afetivo-morais, sugestão, etc., o indivíduo apresenta os *ataques histéricos*. Manifesta-os de preferência quando se encontra junto de outras pessoas, como si visasse atrair a atenção dos demais sobre sua personalidade; nunca os manifesta durante o sono. Às vezes percebe a aproximação do acesso porque experimenta certo distúrbio psíquico ou somático (*aura histérica, período prodrômico*). No ataque, acusa convulsões tônicas e depois clônicas, e, em seguida, estado de relaxamento muscular (*período epileptóide*). Conserva às vezes um estado de hipertonia muscular generalizada, mantendo o corpo em posições bizarras e, com frequência, em posição de opistótonus, como si fosse um arco (*período de "clownismo"*). Assume atitudes exageradas e teatrais (*período das atitudes passionais*), e, em virtude de perceber fatos sem fundamento real, julga-se transportado a situações em desacôrdo com a realidade (*período de delírio*). Restabelece-se da crise em tempo variável, às vezes só depois de algumas horas, sem quaisquer distúrbios

posteriores. Em lugar do ataque assim **completo**, *grande acesso histérico*, o indivíduo apresenta, na maioria das vezes, ataques frustos, sem alguns dos períodos característicos, *pequenos acessos histéricos*. Na crise, o indivíduo não perde a noção do que acontece. Porisso, no ataque, não se traumatiza ao cair, não morde a língua, não acusa ejaculação ou incontinência de esfintéres. Entretanto, outras vezes, perde, em grande parte, a noção do que se passa — *estado crepuscular histérico*. Em virtude da evocação de lembranças e da percepção de fatos sem fundamento real, tais como vozes agradáveis ou desagradáveis, visões de santos, de homens, de animais terríficos e outros, o indivíduo se julga em condições sobrenaturais, estranhas, penosas, etc. Enfim, outras vezes, perde completamente a noção do que se passa — *estado sonambúlico histérico*. Apresenta-se mergulhado em sono agitado ou tranquilo, ou, então, comporta-se como se estivesse transformado em outra pessoa — *desdobramento de personalidade*.

Sob ação de abalos afetivo-morais, sugestões, etc., o indivíduo ainda pode apresentar os *acidentes histéricos*: *distúrbios motores* (paralisias, contraturas, afonia, mutismo, astasia-abasia, tremores, tiques, etc.), *sensitivos* (hiperestesias cutâneas, mucosas, viscerais, anestésias irregulares, “em luva” “em bota” em placas, na metade do corpo, etc.), *sensoriais* (estreitamento do campo visual, cegueira, surdês, perda da olfação, da gustação, etc.), *digestivos* (sitofobia, bulimia, náuseas, vômitos, disfagia, soluços, meteorismo, obstipação, diarréia, etc.), *circulatórios* (palpitações, taquicardia, bradicardia, variações da pressão arterial, etc.), *neuro-vegetativos* (hipertermia, dermatografismo, hemorragias sub-cutâneas, etc.).

*Ex. somático*: — Na histeria, o indivíduo, sob ação de fatores psíquicos, parece fingir-se portador dos mais diversos transtornos sem êle próprio saber do embuste (*simulação inconciente*). O exame clínico não revela existência de lesão orgânica suscetível de justificar os transtornos observados. Pelo exame neurológico, feito com rigor e astúcia, não se apuram os sinais clássicos de comprometimento real do sistema nervoso, embora o indivíduo aparente transtornos nesse setor (paralisias, contraturas, astasia abasia, hiperestesias, anestésias, afonia, cegueira, surdês, etc.). As anestésias histéricas se referem frequentemente a todas as fórmulas de sensibilidade, sem que se comprove existência de lesão orgânica capaz de explicar o fato. Além de variáveis muitas vezes de um dia para outro, não se localizam segundo topografia correspondente a determinada lesão das vias sensitivas; ao contrário, apresentam distribuição topográfica extravagante, em forma de luva, de bota, de cruz, de placas, etc. Entretanto, na opinião de autores modernos, a histeria não seria neurose, pois

encerraria substrato orgânico (miopragia dos centros nervosos, distúrbios funcionais dos núcleos da base do cérebro, lesões nas conexões entre cerebelo, núcleos (pto-estriados e cortex cerebral, etc.).

*Ex. psíquico:* — Fácies alegre, extática, mística, erótica, triste, colérica, aterrorizada, etc. nos ataques e outros episódios histéricos. Atitudes espetaculosas, principalmente nas crises. Vestuário muitas vezes excêntrico, visando sobressair-se dos demais. Linguagem fácil e brilhante, às vezes amaneirada; outras vezes, transtornos psicógenos da palavra e da escrita (gagueira, afonia, agrafia, etc.). Atenção espontânea exaltada e atenção voluntária diminuída (daí atenção dispersiva, móvel, saltuária). Nos ataques e nos estados crepusculares, às vezes alucinações visuais, auditivas e outras. Nos ataques e outros episódios histéricos, às vezes memória momentaneamente exaltada (*hipermnésia*); devido à recordação de fatos remotos, às vezes impressão do indivíduo viver em época anterior (*ecmnésia*); às vezes evocação de fatos que o próprio indivíduo não sabe onde percebeu (*criptomnésia*); às vezes, ilusões do “*dejà vu*” e do “*jamais vu*” (*paramnésia*). Imaginação exaltada (*mitomania, confabulação*); tendência à mentira e à simulação. Excessiva mobilidade de idéias. Julgamento e raciocínio deficientes; às vezes idéias delirantes místicas, eróticas, hipocondríacas, de transformação corporal e outras. Nos episódios histéricos, às vezes desorientação auto e alopsíquica parcial ou completa. Nos ataques, consciência relativamente conservada; nos estados crepusculares, diminuída, e nos estados sonambúlicos, abolida. Inteligência precoce e brilhante, mas superficial e frívola. Nos ataques e outros episódios histéricos, euforia, tristeza, ansiedade, aversão, cólera, terror, apatia, etc. No estado mental histérico, excessivo amor próprio, egoísmo, egocentrismo. Emotividade exaltada; oscilações de humor de acordo com as circunstâncias. Frequente erotismo. Senso moral muitas vezes deficiente; perversidade. Vontade deficiente (*hipobulia, abulia*). Incapacidade de ação continuada e regular, instabilidade pragmática. Conduta excêntrica a-fim de atrair a atenção dos demais sobre sua pessoa (controvérsias fúteis, defesa de teorias extravagantes, aventuras romanescas, fugas, atentados simulados, falsas acusações, suicídios simulados, etc.). Tendência à imitação: sugestibilidade característica. Manifestações de automatismo patológico (sonambulismo histérico, escrita automática, automatismo ambulatório, desdobramento de personalidade, mediunidade, etc.).

*Exs. complementares:* — Para verificar si a crise de que se queixa o indivíduo é histérica ou epilética, recorra-se à *prova de hiperpnéia*. Si o ataque for histérico, haverá normalidade dos reflexos foto-moto-

res e ausência do sinal de Babinski, além dos outros característicos. Os *exames complementares* não revelam existência de lesão orgânica suscetível de justificar os transtornos observados.

#### b) — NEURASTENIA-PSICASTENIA

*Anamnese* — O indivíduo nasce geralmente destituído de reserva nervosa e, ao mesmo tempo, demasiado suscetível à ação de estímulos (fraqueza irritável do sistema nervoso, depressão constitucional, etc.). Depois na puberdade, sob ação de fatores psíquicos, sobretudo preocupações morais, e de fatores orgânicos, tais como excessos sexuais, estafa física, toxi-infecções, etc., deixa-se cair em estado de *depressão nervosa* e, em consequência, experimenta ocorrências desagradáveis relacionadas predominantemente à esfera física, adquirindo assim a *neurastenia*. Manifesta apreensões vagas, parestesias, dores, vertigens, tremores, distúrbios visuais, insônia, desânimo, pessimismo, retraimento, idéias de suicídio. Refere sensação de adormecimento dos membros e outras parestesias, fadiga fácil, astenia neuro-muscular, repulsa contra qualquer esforço, inércia (*ergastenia*). Apresenta sensação de aperto na cabeça (*sinal do capacete neurastênico*), cefaléia e outras sensações cefálicas desagradáveis (*neurastenia cerebral*), ou raquialgia e outras impressões ao longo da coluna vertebral (*neurastemia espinhal* ou *mielastenia*), ou palpitações, taquicardia, angústia, ansiedade, dispnéia, opressão pré-cordial, distúrbios cenestésicos ao nível do coração e vasos (*neurastenia cardíaca e vaso-motora*), ou inapetência, sensação de plenitude gástrica após ingestão de alimento, aerofagia, flatulência, atonia gastro-intestinal, impressões penosas no abdomen (*dyspepsia nervosa, neurastenia gastro-intestinal*), ou idéias obsidentes sexuais, ejaculação precoce ou retardada, falta de prazer no coito, impotência psíquica, fraqueza genital (*neurastenia sexual, doença de Beard*).

Também sob a ação de fatores psico-somáticos não raro obscuros, o indivíduo, em geral portador de *constituição hiperemotiva*, deixa-se cair em estado de *depressão mental* e, em consequência, experimenta transtornos penosos relacionados predominantemente à esfera psíquica, adquirindo assim a *psicastenia*. Devido à excessiva impressionabilidade, experimenta comoções, escrúpulos e dúvidas à custa dos fatos mais triviais e insignificantes. Torna-se presa de receios infundados ou fobias, difusos e indefinidos (*neurose de angústia*) ou apenas em relação a seja o que for (objetos, animais, pessoas, veículos, lugares, micróbios, doenças, etc.). Torna-se vítima de certas idéias que experimenta em forma paroxística, reconhece serem absurdas, tenta ngus-

tiosamente repelir e, depois de dissipadas, deixam-no aliviado (*idéias obsidentes*). Devido a essa *idéia parasita*, mostra-se impellido à prática de atos impulsivos que reconhece serem reprováveis e em geral penosamente consegue deixar de fazer: soltar gritos, proferir palavras obscenas e sacrílegas, roubar objetos, quebrar coisas, matar pessoas da família, cometer homicídios, suicidar-se, etc. Chega mesmo a realizar, em estado de relativa consciência, atos desnecessários e, não raro, extravagantes, tais como cofiar a barba, morder os lábios, arrancar pêlos, roer unhas, repetir certos números ou palavras, fazer trejeitos, praticar tiques, às vezes de modo automático e incoercível a ponto de julgar ser outra pessoa e não êle próprio a executá-los (*tendência ao mentismo, sentimento de despersonalização*). Em virtude das fobias e das idéias obsidentes, torna-se inquieto, angustiado, com sensação de morte iminente, tremores e outros distúrbios (*estado ansioso*). Como experimenta os embaraços mais diversos no exercício das funções somato-psíquicas, julga-se vítima de toda a sorte de doenças, consulta numerosos médicos e, desanimado de encontrar alívio para os males, convence-se muitas vezes de que seja portador de moléstia enigmática e incurável. Por sentir-se incapaz, incompleto, inferior aos outros, torna-se tímido, apreensivo, queixoso, pessimista, destituído de resolução e de iniciativa, às vezes chegando, em desespero de causa, a exteriorizar idéias de suicídio.

Entretanto, não existe distinção suficientemente nítida entre a neurastenia e a psicastenia, pois conforme nos demonstra a prática diária da clínica, os sintomas de um e de outro quadro mental se apresentam geralmente entrelaçados no mesmo doente, devendo-se, em vista disso, por amor à exatidão, falarmos de *síndromes neuro-psicastênicas*.

*Ex. somático*: — Ausência de sinais elucidativos de lesão orgânica suscetível de justificar as queixas do doente (*neurastenia verdadeira ou pura*). Entretanto, frequente presença de sinais próprios de afecções das quais os estados depressivos são apenas corolário e, muitas vezes, quadro premonitório (*síndromes neurasteniformes, neuro-psicastênicas*). Existência frequente de *desequilíbrio neuro-vegetativo*. Sinais de *simpaticotomia*: midriase, exoftalmo, secura da boca, eretismo cardíaco, palpitações, traquicardia, aceleração do pulso, vaso-constricção, hipertensão arterial, dilatação dos bronquios, vertigens, hipocloridria, atonia gástrica, aerofagia, dilatação do estômago, eructações frequentes, sensação de mal-estar, peso e plenitude gástrica depois da ingestão de alimento, crises dolorosas na região epigástrica sobretudo após as refeições, espontâneas, provocadas ou exageradas pela compressão local, inibição do peristaltismo intestinal, prisão de ventre, relaxamento da bexiga e do útero, suor frio emotivo, horripilação, hipermetabolis-

mo, hipoglicemia, reflexo óculo-cardíaco e provas farmacodinâmicas a favor de predominância simpática. Sinais de *vagotonia*: miose, enoftalmo, sialorréia, bradicardia, lentidão do pulso, vaso-dilatação, hipotensão arterial, contração dos brônquios, asma brônquica, vômitos, hipercloridria, exagero do peristaltismo gastro-intestinal, cólicas intestinais, diarréia, contração da bexiga e do útero, sudorese pelo calor, desmorfismo, hipometabolismo, hiperglicemia, glicosuria, reflexo óculo-cardíaco e provas farmacodinâmicas a favor de predominância vagal. Mais frequentemente, alternância ou imbricação de sinais de simpaticotonia e de vagotonia — *anfotonia* ou *distonia neuro-vegetativa*. Às vezes, existência de sintomas e sinais de traumatismo (*neurastenia traumática*), tumor cerebral incipiente, arteriosclerose cerebral (*neurastenia artériosclerótica*), paralisia geral incipiente (*neurastenia pré-paralítica*), tabes e sífilis em geral (*neurastenia sífilítica*), alcoolismo (*neurastenia dos bebedores*), tuberculose e outras toxi-infecções, endócrinopatias, sobretudo insuficiência supra-renal, início de esquizofrenia, melancolia, psicoses de involução, etc.

*Êx. psíquico*: — Associação frequente das manifestações neurastênicas e psicastênicas: Fácies apreensiva, triste, hipomímica. Atitude inquieta, fatigada, abatida. Vestuário bem composto. Linguagem triste, queixosa e, muitas vezes, prolixa o relatar os sintomas da doença. Grafomania no intuito de anotar as manifestações mórbidas e assim facilitar o relato das mesmas sem omissões. Atenção concentrada sobre as idéias próprias do estado depressivo, diminuída e fatigável (*hipopresexia*). Hiperestesia característica; alterações da sensibilidade interna ou cenestésica suscetível de desencadear diversas impressões em relação às vísceras (*cenestopatias*). Ausência de verdadeiras alucinações. Memória diminuída (*hipomnésia*). Imaginação viva. Associação ideativa lenta (*bradipsiquia*). Julgamento e raciocínio deficientes. Idéias delirantes de auto-depreciação, de ruína, hipocondríacas e outras. Orientação auto e alopsíquica geralmente satisfatória. Indivíduo não bem conciente do seu estado mórbido (noção demasiado pessimista da própria personalidade). Inteligência relativamente conservada. Impressionabilidade excessiva, emotividade exaltação, eretismo nervoso (*nervosismo*). Oscilações de humor: irritabilidade, hostilidade, timidês, infatilismo afetivo, retraimento, tendência ao celibato, "spleen", misantropia. Estado ansioso em consequência de *fobias* (*obsessões fóbicas*) e de *idéias obsidentes* (*obsessões ideativas*), impelindo às vezes o indivíduo à execução de atos que ele próprio considera absurdos e censuráveis. Dúvidas e escrúpulos em demasia; hiperestesia moral. Sentimentos do incompleto, incapacidade, inferioridade, despersonalização. Vontade diminuída ou abolida, (*hipobulia* ou *abulia*); sugestibilidade. Capacidade pragmática reduzida. Devido à

hiperexcitabilidade e, ao mesmo tempo, falta da capacidade de frenagem, tendência à prática de atos impulsivos e automáticos, suscetíveis de repressão ou irresistíveis (tiques, gestos, palavras, atos ridículos, estúpidos, extravagantes ou inconvenientes, agitação psico-motora, cleptomania, dipsomania, homicídio, suicídio, etc.).

*Exs. complementares:* — Todos quanto forem necessários para esclarecimento de transtornos orgânicos concomitantes aos psíquicos (*estados neurasteniformes*).

### c) — CORÉIA DE SYDENHAN

Entre cinco e quinze anos, o indivíduo, de preferência do sexo feminino, na maioria das vezes dotado de *predisposição neuro-psicopática*, apresenta diminuição do tonus muscular e movimentos involuntários, desordenados e rápidos, sobretudo no rosto e nas extremidades distais dos membros (*coréia minor, coréia de Sydenhan*). Apresenta diminuição da atenção e da memória, mobilidade de idéias, impressionabilidade, hiperemotividade, exagero nas manifestações afetivas, instabilidade, inquietude, irritabilidade, tendência à discussão, falta de iniciativa pragmática (*estado mental coréico*). Chega a apresentar às vezes *estado confusional*, com alucinações visuais terrificantes (*psicoses coréicas*). Às vezes apresenta tais distúrbios em outras fases da vida, particularmente na gravidez (*coréia gravídica*). Na opinião de autores modernos, a coréia não seria neurose, pois encerraria substrato orgânico, resultando do comprometimento dos núcleos cinzentos da base do cérebro por agente infeccioso próximo ao do reumatismo poliarticular (*virus reumático-coreógeno*).

### d) — PSICOSES DE SITUAÇÃO E DE REAÇÃO (\*)

Em face de situações embaraçosas e desagradáveis (conflitos sexuais e domésticos, derrocadas financeiras, desemprego, acidentes ferroviários, naufrágios, cataclismas, guerras, perseguições, acusações, encarceramento, exílio, emigração, incompreensão da língua, incapacidade de expressão, etc.), o indivíduo, em virtude de *predisposição neuro-psicopática*, apresenta, de modo súbito e dramático, transtornos mentais de natureza caracteristicamente psicógena, *episódios neuro-psicastênicos, hysteriformes, esquizofrênicos, paranóides, maníacos, melancólicos, confusionais, crepusculares* e outros, capazes de acarretarem modificações somáticas e de remissão pronta pela psicoterapia e remoção ds circunstâncias penosas (*psicoses de situação*). Outras vezes, ao experimentar impressões cenestésicas derivadas de fenômenos somá-

(\*) Quadro nosográfico não discriminado na Classificação de Doenças Mentais da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal.

ticos (menstruação, gravidês, puerpério, aleitamento, traumatismos, transtornos respiratórios, cárdio-vasculares, digestivos, genitais, etc.), o indivíduo, em virtude de *predisposição neuro-psicopática*, deixa-se empolgar por transtornos mentais também bruscos e polimorfos, de fundo essencialmente psicógeno e de intensa repercussão no estado geral, suscetíveis de remissão rápida pela psicoterapia e, si possível, afastamento dos motivos desencadeantes (*psicoses de reação*).

#### 14 — ESTADOS ATÍPICOS DE DEGENERAÇÃO ou PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS

*Anamnêse* — Em virtude de herança neuro-psicopática, o indivíduo não se desenvolve harmônicamente e torna-se vítima de desvios predominantemente instintivo-afetivo-morais, suscetíveis de acarretarem múltiplos distúrbios de conduta. De acôrdo com a teoria da degeneração, não mais aceita na atualidade, o indivíduo assim reconstituiria um tipo primitivo normalmente já transposto pela humanidade na escala evolutiva (*estados atípicos de degeneração, personalidades psicopáticas, perversões instintivas*). Fatores mesológicos, intra e extra-uterinos, em particular a educação, favoreceriam às vezes o desenvolvimento dos assim chamados *estigmas de degeneração*.

Devido ao desenvolvimento anômalo das faculdades intelectuais, o indivíduo se mostra precoce, brilhante, fraco de julgamento e de raciocínio, mitômano, utopista, sugestionável, contraditório, excitado ou deprimido, em suma: desarmônico, original, excêntrico (*desequilíbrio intelectual, degeneração superior*). Outras vezes, devido ao desenvolvimento anômalo das faculdades afetivas e morais, o indivíduo, então dotado da *constituição perversa*, mostra-se destituído ou pervertido em relação aos instintos, aos afetos, ao senso moral, embora disponha de inteligência satisfatória (*loucura moral*). Por anomalia dos instintos relativos à vida do indivíduo, mostra-se avarento, pródigo, jogador, toxicômano, suicida, etc. Por anomalia do instinto relativo à vida da espécie, mostra-se preza de intenso desejo sexual, erotomania, impotência, frigidês, perversões sexuais. Por anomalia dos instintos relativos à vida social, mostra-se indócil, ineducável, desadaptado ao meio, destituído de capacidade pragmática e propenso à vagabundagem. Denota ausência de afeição por quem quer que seja, incapacidade de distinguir o bem e o mal, tendência à prática de atos cruéis contra pessoas e animais. Mostra-se sujeito às obsessões e aos impulsos à destruição, roubo, incêndio, ingestão de álcool, fuga, atos sexuais, homicídio, auto-mutilações, suicídio, etc. Chega a praticar friamente os maiores crimes sem possibilidade de regeneração (*delinquência nata de Lombroso*). Apresenta surtos delirantes, com alucinações polimórfas, agitação psico-motora, tendência aos atos impulsivos e desatinados.

(*delírio episódico dos degenerados*). Finalmente torna-se às vezes portador de estados confusoriais, maníacos, melancólicos, esquizofrênicos, parafrênicos e outros (*psicoses dos degenerados*).

*Ex. somático*: — Às vezes, *estigmas físicos de degeneração*: assimetrias e deformações do crânio (microcefalia, macrocefalia, escafocefalia, oxicefalia, platicefalia, etc.) assimetrias e deformações da face, semelhanças animais, prognatismo, malformações dos maxilares e da boca, anomalias de conformação, número, direção e disposição dos dentes, vícios de linguagem, orelhas mal conformadas e implantadas, anomalias dos órgãos genitais e das vísceras, braquidactilia, polidactilia, sindactilia, pé prensível, anomalias do talhe, etc. Às vezes, transtornos orgânicos, sobretudo endócrinos, geralmente responsáveis, pelos vícios de desenvolvimento sômato-psíquico. Às vezes, sinais peculiares às síndromes extra-piramidais (*síndromes perversas post-encefalíticas*).

*Ex. psíquico*: — *Estigmas psíquicos de degeneração*: funções psíquicas hipertrofiadas e outras deficientes ou nulas. Fácies e atitude variáveis; às vezes, nada acusam de anormal. Vestuário às vezes excêntrico; nos perversos sexuais, às vezes traje próprio do sexo oposto (*transvestilismo*). Linguagem fácil e brilhante; às vezes difícil e reduzida, com vícios de linguagem; outras vezes, mutismo. Escrita às vezes excêntrica e ao serviço da propaganda de ideologias mórbidas; outras vezes, incapacidade de alfabetização. Atenção às vezes reduzida ou nula (*hipoprosexia ou aprosexia*). Nas *psicoses dos degenerados*, alucinações polimorfais. Memória exaltada (*hiperunésia*); outras vezes, reduzida ou nula (*hipomnésia ou amnésia*), imaginação exaltada (*mitomania, confabulação*); tendência à mentira e à simulação. Julgamento e raciocínio deficientes; idéias delirantes polimorfais, principalmente nas *psicoses dos degenerados*. Orientação auto e alopsíquica satisfatória; outras vezes, deficiente. Indivíduo conciente e, outras vezes, inconsciente do seu estado mórbido (convicção errônea de normalidade). Inteligência precoce, brilhante, desenvolvida em sentido desarmônico; outras vezes, abaixo do nível normal; na *loucura moral*, às vezes, bastante desenvolvida. Emotividade exaltada; oscilações de humor. Euforia, sociabilidade, prodigalidade; outras vezes, tristeza, retraimento, avareza. Suscetibilidade, irascibilidade, inadaptabilidade. Às vezes, intenso desejo sexual (satiriase no homem, ninfomania na mulher), erotomania, frigidez, perversões sexuais (pederastia, tribadismo, sadismo, masoquismo, fetichismo, exibicionismo, necrofilia, vampirismo, bestialidade, etc.). Outras vezes, indiferença em relação aos demais (*anestesia afetiva, inafetividade*). Na *loucura moral*, senso ético deficiente a ponto do indivíduo praticar friamente os atos mais desapiedados contra pessoas e animais (*amoralida-*

*de perversidade*). Vontade deficiente ou nula (*hipobulia* ou *abulia*): sugestibilidade, passividade. Às vezes, indocilidade, teimosia, fanatismo. Instabilidade profissional, capacidade pragmática deficiente ou nula, vagabundagem. Impulsões à destruição de objetos, roubo ou *cleptomania*, incêndio ou *piromania*, ingestão de álcool ou *dispsomania*, atos sexuais, agressões, homicídios, auto-mutilações, suicídio, etc.

*Exs. complementares*: — Todos quanto forem necessários para esclarecimento de transtornos orgânicos concomitantes aos psíquicos (sífilis, alcoolismo, toxi-infecções, endocrinopatias, etc.).

## 15 — OLIGOFRENIAS

*Anamnese* — A medida que o indivíduo avança em anos e assim adquire maior *idade cronológica*, êle desenvolve paralelamente a inteligência e assim adquire maior *idade mental*, conforme se avalia por meio dos testes Binet-Simon. No entanto, às vezes desenvolve demasiado a inteligência, tornando-se a idade mental superior à idade cronológica (*supra-normalidade*, gênio). Outras vezes, sob ação de *fatores germinais* (herança neuro-psicopática, consanguinidade, juventude ou velhice excessiva dos pais), *fatores pré-natais* no curso da gestação (traumatismos sômato-psíquicos, sífilis, alcoolismo, toxi-infecções, miséria fisiológica, malformações uterinas da progenitora), *fatores natais* na ocasião do nascimento (traumatismos obstétricos, distócias, acidentes de parto) e *fatores post-natais* (ambiente nocivo, traumatismos, toxi-infecções, endocrinopatias, meningites, encefalites, etc.), o indivíduo não desenvolve satisfatoriamente a inteligência, tornando-se a idade mental inferior à idade cronológica (*infra-normalidade*, *oligofrenia*). Conforme o atraso maior ou menor da inteligência, apresenta os graus de oligofrenia: *idiotia*, *imbecilidade*, *debilidade mental*.

Na *idiotia*, o indivíduo revela inteligência nula ou rudimentar. Desde infância, acusa impossibilidade ou extrema dificuldade para reconhecer pessoas e andar. Chega, no máximo, a articular sons dificilmente compreensíveis. Não consegue fixar o espírito sobre os objetos, nem reter na mente os fatos percebidos, nem estabelecer juízos e raciocínios acerca dos acontecimentos, fazendo supor achar-se desorientado e inconciente. Mostra-se alegre, às vezes triste e, outras vezes, indiferente. Realiza docilmente as ordens dos outros, mas, outras vezes, acusa revolta contra o meio, deixando-se empolgar por crises de cólera agressiva e destruidora. Não aprende a realizar, à própria custa, os atos mais simples da vida diária (evitar perigos elementares, servir-se de alimento, tomar cuidados de asseio, vestir-se, etc.). Mostra-se destituído de senso moral, de pudor, às vezes exibindo-se nu e entregando-se à prática de perversões sexuais em público.

Na *imbecilidade*, o indivíduo revela inteligência mais desenvolvida. Embora tardiamente, aprende a andar e a falar, adquirindo vocabulário escasso. Só excepcionalmente chega a alfabetizar-se. Apesar da incapacidade de concentrar longamente o espírito sobre qualquer objeto, retém satisfatoriamente os fatos percebidos. No entanto, mostra-se incapaz de julgar e raciocinar exatamente acerca das situações, não se mostrando muitas vezes bem orientado e conciente. Apresenta-se alegre, às vezes triste e, outras vezes, indiferente. Afetuoso e dócil, então, colérico e impulsivo, com tendência à prática de atos agressivos e destruidores. Destituído frequentemente de sentimentos éticos, entrega-se muitas vezes à prática de aberrações sexuais à vista de todos. No máximo consegue executar serviços que não exijam grande participação intelectual (transporte de objetos, tarefas domésticas, etc.).

Na *debilidade mental*, o indivíduo revela inteligência ainda mais desenvolvida, mas sem atingir o nível normal. Com certo atraso, aprende a falar e mesmo a escrever, embora de modo restrito. Tem risos e choros tolos e pueris. Consegue fixar melhor o espírito sobre os objetos e armazenar na mente um regular cabedal de conhecimentos. Entretanto, denuncia dificuldade de compreensão, deficiência de julgamento e de raciocínio, falta de descortino dos problemas. Às vezes, suspeita da sua própria pobreza de espírito, tornando-se triste e deprimido. No entanto, mostra-se, outras vezes, alegre ou então, indiferente. Comporta-se de modo afetuoso e dócil, deixando-se facilmente suggestionar pelos outros. Mas, outras vezes, se torna irritável e hostil, reagindo violentamente contra o meio. Manifesta predileção pelo convívio de crianças mais novas e por brincadeiras já inadequadas à sua idade cronológica. Entrega-se muitas vezes à prática desenfreada do onanismo e de perversões sexuais. Com esforço, consegue aprender um ofício e, uma vez sob orientação de outrem, pode tornar-se útil à sociedade. Infelizmente, mostra-se às vezes suscetível a surtos delirantes, principalmente sob ação do álcool mesmo em pequena dose. Julga-se, de modo absurdo e pueril, dotado de extraordinários méritos, inclusive divinos, ou então perseguido por inimigos, ou muito doente, ou já tendo deixado de existir, etc. Por ocasião da puberdade, manifesta tendência a contrair esquizofrenia (*esquizofrenia degenerativa*).

*Ex. somático*: — Às vezes, *estigmas físicos de degeneração* (microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia, etc.). Na *idiotia mongolóide*, fâcias de tipo mongól (crânio redondo, olhos amendoados, pálpebras bridadas, nariz achatado, maçãs do rosto salientes). Na *esclerose tuberosa* ou *doença de Bourneville*, adenomas sebáceos em torno do nariz e da boca, tumores nas vísceras. Às vezes, anomalias do sistema nervoso: Anomalias dos órgãos sensoriais; na *idiotia amaurótica de Tay-Sachs*, co-

num e hereditária em judeus, ausência de visão, com aspectos oftalmológico e anátomo-patológico típicos. Anomalias da palavra (anartria, disartria, gagueira, etc.), do tonus muscular (hipertonia, hipotonia, etc.), da motilidade (paralisias, incoordenações, movimentos involuntários espontâneos, etc.). Às vezes, transtornos orgânicos, sobretudo endócrinos, geralmente responsáveis pelos vícios de desenvolvimento sômato-psíquico.

*Ex. psíquico*: — Fácies disforme e inexpressiva, principalmente na idiotia. Atitude muitas vezes alvar e pueril. Vestuário geralmente descuidado; às vezes, excêntrico; na *idiotia*, às vezes ausência de roupa devido à inexistência de sentimentos éticos. Na *idiotia*, linguagem oral nula ou quase nula; na *imbecilidade*, limitada; na *debilidade mental*, normalmente desenvolvida. Risos e choros tolos e pueris. Na *idiotia* linguagem escrita nula; na *imbecilidade*, reduzidíssima e excepcional; na *debilidade mental*, satisfatória, embora restrita. Na *idiotia*, atenção exclusivamente espontânea; na *imbecilidade*, atenção espontânea exaltada e atenção voluntária diminuída (daí atenção dispersiva, móvel, saltuária); na *debilidade mental*, maior atenção voluntária, mas ainda facilmente fatigável. Nos *surtos delirantes dos débeis*, alucinações polimorfos. Na *idiotia*, memória nula ou quase nula; na *imbecilidade*, memória mediocrementemente desenvolvida; na *debilidade mental*, memória bem desenvolvida. Na *idiotia*, julgamento e raciocínio nulos; na *imbecilidade*, bastante deficientes; na *debilidade mental*, menos deficientes. Na *debilidade mental*, às vezes idéias delirantes instáveis, absurdas, ilógicas, não sistematizadas e pueris. Delírios de grandeza, de perseguição, hipocondríaco, místico, de negação e outros. Na *idiotia* e na *imbecilidade*, desorientação auto e alópsíquica; na *debilidade mental*, orientação auto e alópsíquica muitas vezes satisfatória. Na *idiotia* e na *imbecilidade*, indivíduo inconciente do seu estado mórbido; na *debilidade mental*, muitas vezes suspeito da própria pobreza de espírito. Na *idiotia*, inteligência nula ou quase nula, conseguindo o indivíduo responder aos testes Binet-Simon correspondentes à idade mental própria da criança *abaixo de 3 anos*; dar nome e sobrenome, mostrar olhos, nariz e boca, repetir dois algarismos, etc. Na *imbecilidade*, inteligência mais desenvolvida, conseguindo o indivíduo responder aos testes Binet-Simon correspondentes à idade mental própria da criança *entre 3 e 7 anos*: dizer o sexo, nomear objetos usuais, distinguir-manhã e tarde, definir objetos pelo uso, fazer comparações estéticas, nomear quatro cores, etc. Na *debilidade mental*, inteligência ainda mais desenvolvida, conseguindo o indivíduo responder aos testes Binet-Simon correspondentes à idade mental própria da criança *entre 7 e 12 anos*: dar a data do dia, mostrar lacunas em figuras, reconhecer moedas, enumerar os meses, ordenar cinco pesos, etc. Euforia, ternura,

sociabilidade. Outras vezes, tristeza, insociabilidade, revolta contra os demais; outras vezes, indiferença em relação ao meio (*inafetividade*). Na *idiotia* e na *imbecilidade*, senso ético deficiente a ponto do indivíduo entregar-se ao onanismo e a outras práticas sexuais em público (*amoralidade*). Vontade deficiente ou nula (*hipobulia* ou *abulia*); sugestibilidade, passividade. Às vezes, indocilidade, teimosia, fanatismo. Na *idiotia*, ausência de iniciativa, incapacidade de esquivar-se de perigos tais como incêndios, inundações e outros, de alimentar-se e vestir-se à própria custa, incapacidade de prover as necessidades e, às vezes, possibilidade de execução de serviços pouco intelectuais, trabalhos manuais, tarefas domésticas, etc. Na *debilidade mental*, possibilidade de execução de ofícios sob direção alheia. Prática de brincadeiras próprias à sua idade mental de criança. Às vezes, atos impulsivos e destruidores.

*Exs. complementares*: — Todos quantos forem necessários para esclarecimento de transtornos orgânicos concomitantes aos psíquicos (sífilis congênita, alcoolismo, toxi-infecções na infância, endocrinopatias, etc.). O *exame anátomo-patológico do sistema nervoso* revela anomalias, principalmente na *idiotia*: macro ou microcefalia (cérebro demasiado grande ou pequeno), hidrocefalia (dilatação dos ventrículos por excessiva tensão líquórica), agiria ou lissencefalia (ausência total ou parcial de circunvoluções cerebrais), macro ou microgiria (circunvoluções demasiado grandes ou pequenas), poroencefalia (cavidades ou poros na superfície do cérebro alcançando às vezes até os ventrículos laterais), héterotopia (formação de substância cinzenta em lugares anômalos), agenesias (falta de desenvolvimento de porções do encéfalo), nódulos gliomatosos arredondados, duros e acinzentados, com depressões crateriformes nos centros e disseminados na superfície do cérebro (na esclerose tuberosa de Bourneville), distensão das células ganglionares e aspecto varicoso dos seus prolongamentos por acúmulo de substâncias lipóides ou pré-lipóides no interior das células (na *idiotia amaurótica* de Tay-Sachs), meningoencefalites, escleroses cerebrais, etc.

## 16 — AINDA NÃO DIAGNOSTICADOS

Além dos quinze grupos nosográficos acima enumerados, a atual Classificação de Doenças Mentais da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal admite o grupo dos "*Ainda não diagnosticados*" no qual são incluídos os casos que, por quaisquer motivos, não foram bem diagnosticados e, por isso, não podem ser catalogados nos demais grupos.

### SIMULAÇÃO, SUPERSIMULAÇÃO, DISSIMULAÇÃO

Finalmente, no estabelecimento do diagnóstico das doenças mentais, convém lembrar: a *simulação*, a *supersimulação*, a *dissimulação*.

No intuito de esquivar-se de obrigações penosas e grangear regalias especiais, o indivíduo finge deliberadamente estar perturbado das faculdades mentais — *simulação da loucura*. Na *anamnese*, torna-se logo suspeito de mistificação por apresentar-se em circunstâncias nas quais a loucura lhe acarreta vantagens: absolvição de crimes, dispensa de serviço militar, indenização por acidente de trabalho, subsistência à custa alheia, rompimento de consórcios indesejáveis, expansão de caprichos engendrados pela imaginação exaltada, etc. Ao *exame somático*, não acusa as alterações físicas características que, em regra, deveriam acompanhar os distúrbios psíquicos em jogo no caso. Ao *exame psíquico*, ostenta todos os distúrbios mentais imagináveis: amnésias, delírios, depressão, recusa de alimento, obnubilação, crises convulsivas, excitação psico-motora, etc. Apresenta geralmente transtornos psíquicos tão disparatados, contraditórios e desordenados que não orientam a qualquer conclusão diagnóstica, pois o indivíduo, com aquele conceito errôneo da loucura tão comum entre leigos, simula conjuntos de sintomas impossíveis de serem catalogados em qualquer quadrô nosográfico da Psiquiatria. Através dos *exames complementares*, o indivíduo também não denuncia existência de substrato orgânico responsável pelos distúrbios mentais, reforçando assim o diagnóstico de simulação.

Finalmente, o simulador se deixa trair por meio de ardís. Na presença de suposto mistificador, o médico declara arditosamente que, na sua opinião, se trata de um caso de dada afecção mental, embora seja extranhável a ausência de certos sintomas. Inventa e enumera alguns sintomas. Si o indivíduo for simulador, começa a manifestar os sintomas sugeridos. Conserva-se o indivíduo em lugar onde possa ser inspecionado sem que êle o saiba. O mistificador, na convicção de estar sòzinho, deixa de apresentar distúrbios e comporta-se normalmente. Encerra-se o indivíduo na secção de doentes agitados do hospital. Assustado e ansioso para se libertar de tal companhia, decide-se a confessar o embuste. Faz-se o indivíduo assistir a retirada de liquor por punção em outros doentes e, por meio de comentários nas vizinhanças, saber que essa operação, si benéfica para doentes, se torna mortal para

pessoas normais. Ao chegar sua vez de submeter-se à punção, confessa, alarmado, a impostura. Administração de duchas, choques elétricos, jejum, álcool e outras substâncias inebriantes, arrasta também o indivíduo à confissão do segredo. Nesse sentido, jamais se empreguem processos coercitivos e de tortura, pois não se coaduna com o espírito da atual Psiquiatria.

Outras vezes, no intuito de grangear carinho dos outros, aposentadorias, pensões, maior indenização pelo acidente no trabalho e outras regalias, o indivíduo simula deliberadamente sintomas em acréscimo a outros realmente existentes — *super-simulação*. Enfim, outras vezes, por desconfiança, receio de supostos inimigos, desejo de obter alta do hospital, levantamento de interdição, emprego, seguro de vida e outros objetivos, o indivíduo, realmente doente, esconde os distúrbios sob astuta reserva e faz-se passar por normal, só se deixando desmascarar à custa de exame ardiloso e demorado — *dissimulação*.

# DOENÇAS MENTAIS

EXAME PSÍQUICO	EXAMES COMPLEMENTARES
<p><b>Confusão mental;</b> delírio entretido sobretudo por alucinações visuais, não sistematizado (delírio onírico), desorientação, obnubilação, excitação, indiferença, estupor, etc.</p>	<p>Os necessários para esclarecimento dos transtornos decorrentes da infecção.</p>
<p><b>Confusão mental;</b> nas auto-intoxicações endócrinas, distúrbios psíquicos variáveis de acordo com os transtornos glandulares.</p>	<p>Os necessários para esclarecimento dos transtornos decorrentes da auto-intoxicação.</p>

