

## AFASIA PÓS-TRAUMÁTICA

NAPOLEAO L. TEIXEIRA \*

Afasia é perturbação psicomotora ou, antes, psicossensorial, que impossibilita o doente da compreensão da palavra ouvida ou lida, ao mesmo tempo que o torna incapaz, mesmo sem paralisias, de externar idéias por meio da expressão oral ou escrita. A acuidade visual e auditiva mostram-se ilesas, mas os caracteres e sons percebidos não correspondem às idéias que exprimem. O doente pode mover os lábios e a língua, sua laringe é normal, não se mostra privado do uso da mão — vale dizer, não é disártrico, nem afônico, nem paralítico — mas perdeu a memória dos movimentos a executar para pronunciar ou escrever a palavra que lhe traduza a idéia.

Adotando, em linhas gerais, o conceito de Pierre Marie, Austregésilo<sup>1</sup> considera a afasia como “a perda da inteligência específica da linguagem”, sendo, por outras palavras, verdadeira “apraxia agnóstica da linguáguem”. Ao ver de Brissaud, a linguáguem não consiste somente em *sons articulados*, mas ainda em *intonações* ritmadas. Uma frase articulada tem, sempre, sua melodia caraterística, segundo exprima a cólera, a alegria, a indignação, a dúvida, etc. Essa música especial exprime, tão bem quanto a outra, os mesmos sentimentos, em tôdas as línguas. Depois de recordar, com Rousseau, que “l’accent est l’âme du discours”, conclui dizendo que “le langage est une chanson articulée”.

Assunto dos mais discutidos em Neurologia, todos os problemas atinentes à afasia aguardam ainda solução na opinião unânime dos neurologistas, por isso que lei, nem princípio algum, se acham definitivamente estabelecidos. “A questão das afasias e apraxias não teve solução unívoca em Neurologia”, escrevem Austregésilo e Eurídice Borges Fortes<sup>2</sup>. E acrescentam: “Não é fácil resolvê-la, pois as localizações nos hemisférios cerebrais ainda se acham no domínio das doutrinas e dos fatos. Podemos repetir que das afasias, só não se contesta a denominação tudo o mais sendo litigioso”.

A primeira contribuição anátomo-clínica deve-se a Broca (1861) cirurgião francês. Trata-se de doente com hemiplegia direita, que per-

\* Do Corpo de Saúde do Exército. Docente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Paraná. Médico do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz (Curitiba).

1. Austregésilo, A. — a) Clínica Neurológica, 3.<sup>a</sup> série, Edit. Guanabara, Rio de Janeiro, 1945, pág. 7-25. — b) Aphasie et apraxie. In *Rw. Neurol.*, 2:6366 (julho) 1923.

2. Austregésilo, A. e Borges Fortes, E. M. — Afasia e lobo parietal esquerdo. *Neurobiologia* (Recife), 4:275-288 (dezembro) 1941.

dera a faculdade de falar, apenas conservando a palavra *tan*. Broca chamou a essa perturbação “afemia” (térmo que Trousseau, mais tarde, substituiria pelo de afasia). O cérebro apresentava amolecimento extenso, que destruía a metade posterior de  $F_3$ , a metade inferior de FA e PA, grande parte do giro supramarginal e  $T_1$ , no hemisfério esquerdo. Como a lesão lhe parecesse mais antiga ao nível do pé de  $F_3$ , Broca considerou-a responsável pela afemia.

Charcot (1863) relatou, porém, o caso de um afásico, cuja autópsia revelou integridade das circunvoluções frontais; o amolecimento destruía  $T_1$ , o pé de  $T_2$  e circunvoluções da ínsula, giro supramarginal, dobra curva, cápsula interna e núcleo lenticular. A esta verificação, mais tarde, se somariam outras (Laborde e Bouchardat), abalando, estas e aquela, seriamente, a teoria de Broca.

Wernicke<sup>3</sup> (1874) deu novo impulso ao conhecimento da afasia observando um paciente que apresentava uma perturbação da palavra, no sentido de não compreender o que lhe dizia, nem o que ouvia, embora, por vezes, falasse demasiadamente, a ponto de passar por demente. Essa modalidade de afasia — por Wernicke denominada “*sensorial*!” — foi atribuída à lesão da zona de Wernicke.

Para Déjerine<sup>4</sup> — o primeiro a ligar a afasia ao lobo parietal esquerdo — a zona da linguagem compreenderia: a) uma parte anterior, frontal — região de Broca — centro das imagens motoras da articulação, compreendendo o pé de  $F_3$  e a corticalidade imediatamente vizinha: b) uma parte posterior, temporal — região de Wernicke — centro das imagens visuais da palavra, localizada na prega curva (fig. 1).

Em 1906, Pierre Marie<sup>5</sup> expôs seu conceito da afasia, conceito retomado e defendido por seu discípulo Moutier e, mais tarde, seguindo e retocado por Foix — dando feição completamente nova ao problema. Propondo-se a destruir o que chamou “*dogma da 3ª frontal*!” e o elemento sensorial da afasia, escreveu que, a seu ver, “a afasia é uma *desordem puramente intelectual da palavra, sem o componente sensorial*”, ou seja, há um centro ou zona intelectual da linguagem, não existindo centros das imagens auditivas e visuais. Este centro ou zona intelectual da linguagem ficaria na região denominada “zona da linguagem de Wernicke”, sobre os lobos parietal e temporal, contornando a cissura de Sylvius, compreendendo, de uma parte, a circunvolução supramarginal e, de outra, o pé das duas primeiras circunvoluções temporais (Fig. 1). Esta zona não seria “sensorial”, mas “intelectual”: uma lesão, em qualquer ponto dela, daria origem à afasia de Wernicke, mais ou menos

3. Wernicke, C — La Síndrome afásica. In *La Clinica Contemporanea*, V. 6, 1.ª parte, trad. italiana, Milão, 1908.

4. Déjerine, J. — *Sémiologie des affections du système nerveux*, Masson Cie, Paris, 1914.

5. Pierre Marie — *Travaux et Mémoires*, vol. 1, Paris, 1926.

completa. Pierre Marie e Foix duvidam das formas de afasia pura; apenas admitem uma cegueira verbal pura (alexia), acompanhada de hemianopsia, elemento extrínseco da afasia, pertencendo ao domínio da artéria cerebral posterior.

Concordam que as lesões da zona de Wernicke podem dar lugar a perturbações afásicas, mas que este centro não é pré-formado, mas adaptado; admitem uma afasia, por lesão da zona de Wernicke e uma *anartria*, por comprometimento do quadrilátero de Pierre Marie, ou quadrilátero de anartria, ou ainda quadrilátero lenticular (limitado, adiante, por um plano vertical que passa adiante da circunvolução anterior da ínsula e, atrás, por outro, passando pela parte posterior da ínsula, ocupando, em profundidade, a cápsula externa, cápsula interna e corpo estriado, tendo, como centro, o núcleo lenticular — este, quase sempre atacado). Afasia e anartria seriam processos diferentes, que, por vezes, poderiam somar-se, realizando a afasia de Broca.

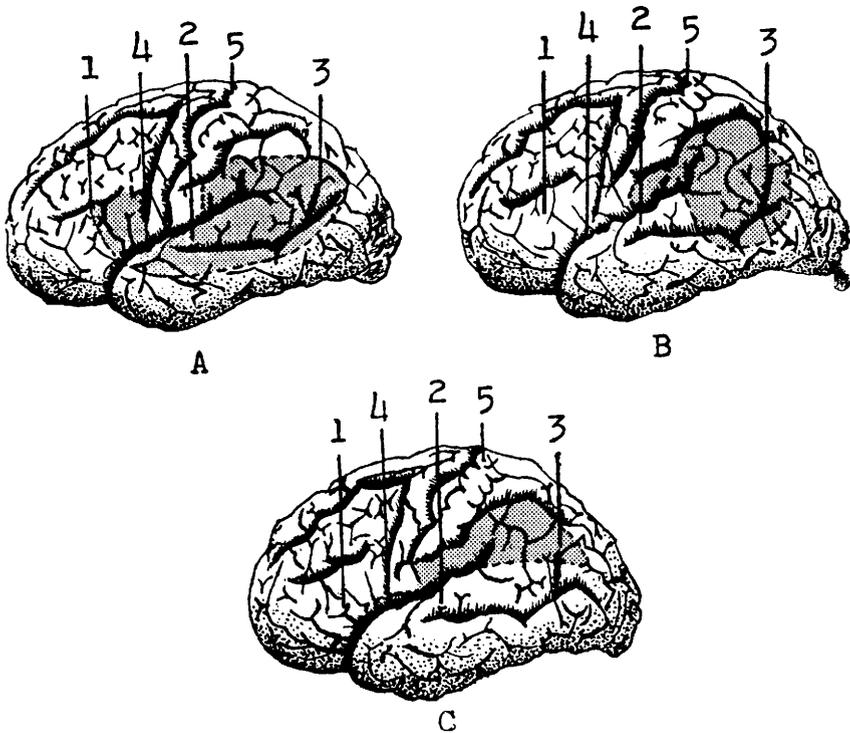


Fig. 1 — Em A. zona da linguagem segundo Dejerine (apud Testut Jacob). Em B, zona da linguagem segundo Pierre Marie (apud Testut-Jacob). Em C. zona da linguagem segundo Austregésilo (figura original). Legenda comum: 1 — Terceira frontal ou circunvolução de Broca; 2 — Primeira temporal ou circunvolução de Wernicke; 3 — Dobra curva; 4 — Cissura de Sylvius; 5 — Cissura de Rolando.

Sob o nome *anartria*, Pierre Marie <sup>6</sup> compreende, não somente a anartria absoluta mas, também, a disartria acentuada. “Carateriza-se o fato de a palavra do doente ser mais ou menos nula, ou, no mínimo, incompreensível, de tal maneira que se poderia, neste ponto, confundir-se a anartria com a afasia de Broca; mas, os caracteres distintivos entre os dois síndromos são numerosos e decisivos. Contrariamente aos afásicos, os anártricos compreendem perfeitamente o que se lhes diz, mesmo quando se trata de frases complicadas; podem ler e escrever, sendo mesmo capazes de indicar, por sinais, de quantas sílabas ou letras se compõem as palavras que não podem articular”. A anartria é caracterizada pela perda da palavra, conservada a compreensão das palavras, da leitura, da escrita. É produzida por lesão localizada na zona lenticular, lesão que entrava a coordenação dos movimentos necessários à fonação e articulação das palavras, sem verdadeira paralisia dos músculos. “Na anartria”, escreve Pierre Marie, “não se trata de perturbações estritamente motoras da articulação, mas também de distúrbios que comprometem o contróle dos complexos mecanismos, que concorrem para a exteriorização da linguagem. A elaboração mecânica da palavra compreende, pelo menos, três atos essenciais: 1 — a produção de uma corrente de ar expiratório, regulada por centros nervosos, em sua exatidão, fôrça, velocidade e ritmo; 2 — o ato de fazer vibrar essa corrente, ao nível das cordas vocais, que a tornam sonora e modulam pela intonação; 3 — a elaboração dessa corrente em vogais e sílabas, isto é, a produção da palavra pròpriamente dita, pela articulação. Na anartria, todos êsses mecanismos se acham, simultâneamente, alterados e não só a articulação em si, como geral, e erradamente, se diz”.

Austregésilo, já o dissemos, aceitando os pontos de vista de Pierre Marie, mas adaptando-os, propõe sua doutrina da afasia, que admite “ser um pouco revolucionária”. Cumpre notar, entretanto, que autores modernos, de conceito — entre os quais V. Dimitri, de Buenos Aires — adotam, ainda, a doutrina clássica das afasias — isto é, afasia motora de Broca e afasia sensorial de Wernicke.

Observações neuro-cirúrgicas de Walter Dandy (1931) muito abalaram as localizações da afasia de Wernicke, pois a ablação total do lobo temporal esquerdo, em indivíduo dextro, não acarretou afasia. Tratava-se de homem de 21 anos, cujo lobo temporal foi totalmente removido pela extirpação de um tumor. Quatro meses depois da operação, o paciente não apresentava alteração alguma da linguagem — não teve, pois, “afasia sensorial”. Logo após a operação, manifestou anomia (perda da faculdade de contar os objetos e de reconhecer os números) que, embora houvesse persistido algum tempo, acabou por desaparecer

6. Pierre Marie — *Sémiologie Médicale*, 23 de maio de 1903, pág. 243.

totalmente. Onde haver Dandy concluído não estar o centro da linguagem na parte posterior de T<sub>1</sub> e T<sub>2</sub> esquerdas; a anomia observada foi atribuída ao traumatismo da parte média do cérebro e dos vasos silvianos do lobo parietal, pois assim não fôra e a palavra não voltaria íntegra. A segunda observação do mesmo autor registra o caso de paciente, portador de tumor no lobo occipital, que foi completamente ressecado; nessa ressecção foram incluídas as circunvoluções supramarginal e angular. Um mês depois da intervenção, o paciente demonstrou “afasia visual absoluta”; era incapaz de ler uma carta; podia escrever sob ditado, mas não podia ler o que havia escrito. Nenhuma afasia auditiva. Teve leve anomia, que desapareceu posteriormente. Demonstrou êste caso que o centro da afasia auditiva é independente da afasia visual.

Admitiam-se, outrora, dois tipos de afasia — extrínseca e intrínseca. Nas afasias extrínsecas (afemia pura, surdez verbal pura, alexia pura, agrafia pura), não se observariam distúrbios da linguagem interior. As afasias intrínsecas caracterizar-se-iam por perturbações, constantes, da linguagem interior; suas lesões localizar-se-iam na zona da linguagem (“linguagem interior” e “zona da linguagem” sendo duas expressões — uma psicológica e, outra, anatômica, estando uma para outra como a função está para o órgão). Atualmente, só se admite um tipo de afasia — a intrínseca. Para Pierre Marie, a afasia de Broca seria igual à afasia de Wernicke mais anartria. “Jamais vi”, diz, “afasia de Broca por lesão da terceira frontal, nem surdez verbal pura por lesão isolada da primeira e segunda temporais, nem cegueira verbal — mesmo com agrafia — por lesão isolada da dobra curva. A zona de Wernicke é, por excelência, o centro intelectual da linguagem, tendo sob sua dependência: a compreensão da palavra, a leitura e a escrita, isto é, a afasia verdadeira. Quando uma lesão destroi extensão maior ou menor dessa zona, ou de suas fibras, há déficit dessas funções, segundo a lei da “produção global dos hemissíndromos cerebrais”. Sendo muito extensa, observar-se-á déficit grosseiro, isto é, grande afasia. Sendo pouco extensa, o déficit será fraco, a tal ponto que, para demonstrar a existência, em afásicos tipo Broca, dessas perturbações ligeiras da compreensão da linguagem falada ou escrita, será preciso lançar mão de artifícios, como os empregados por Thomas e Roux. Essa gradação na intensidade do déficit em questão evolue por uma série de nuances das mais delicadas. Observar-se-ão doentes, atingidos de afasia de Broca, nos quais a uma grande anartria só se acrescentará discreta afasia; concebe-se que, por insensível transição, se chegará a um ponto em que os sinais da afasia faltarão por completo, tratando-se, assim, de anartria pura e simples e não mais de afasia de Broca. Nêste grau derradeiro da escala, será a lesão anártrica da zona lenticular a única a subsistir, faltando a lesão

afásica da zona de Wernicke. “Para compreender a infinita variedade de tipos clínicos em presença dos quais se encontra”, conclui Pierre Marie, “é preciso compenetrar-se de que se trata de uma série de combinações clínicas de afasia e anartria, em doses extremamente variáveis, cada uma delas adequada, como forma clínica, à intensidade das lesões e sua localização”.

Para Austregésilo, a afasia seria síndrome exclusivo do lobo parietal esquerdo (nos indivíduos dextros), particularmente limitado às 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> circunvoluções parietais; ao seu ver, “les zones dénomées de Broca (ped de la troisième circunvolution frontale) et primitive de Wernicke (portions postérieures des circunvolutions temporales gauches) ne sont pas des régions anatomiques indispensables à la production des aphasies”.

O afásico é sempre um hemiplégico direito, exceção feita dos canhotos, nos quais a afasia coincide com hemiplegia esquerda. “Note-se que, se a hemiplegia de um lado corresponde a lesões do hemisfério oposto, e se as lesões abolidoras da palavra estão situadas no hemisfério esquerdo, o canhoto afásico com hemiplegia esquerda, ou tem ambos os hemisférios lesados, ou tem só o direito lesado e, neste caso, os centros da palavra situam-se, indiferentemente, num ou noutro hemisfério, conforme a educação. O canhoto “fala” com o cérebro direito. Como falará o ambidextro?” (A. Austregésilo <sup>8</sup>). “Nous tenons cependant à faire remarquer que, si l’aphasie est fréquente chez les hémiplégiques gauches, les troubles du langage sont loin d’être rares chez les hémiplegiques gauches. Pierre Marie et Kattwinkel, sur 50 hémiplegiques gauches, ont noté 25 fois des troubles passagers, soit au total 82% de troubles de la parole dans l’hémiplegie gauche (chez des droitiers); ces troubles de la parole sont d’ailleurs le plus souvent purement dysarthriques, la notion même du mot n’étant pas atteinte” (Pierre Marie et André de Léri <sup>9</sup>). “La localisation (habituelle) dans l’hémisphère gauche des centres du langage ne saurait surprendre. Gratiolet a indiqué que cet hémisphère se développe d’une façon plus précoce que le droit. Au reste, A. de Fleury et Ogle ont appelé l’attention sur ce fait, que la disposition des artères assure à l’hémisphère gauche une irrigation plus facile et plus large qu’à celui du côté opposé” (Gilbert-Ballet et Laignel-Lavastine <sup>11</sup>). A maior parte dos dextros cultivados são, na realidade — diz Dégerine — ambidextros; sua plasticidade cerebral é nitidamente mais marcada que nos indivíduos única e exclusivamente

7. Austregésilo, A. — Aphasie et lobe pariétal gauche. Presse Méd. (fevereiro, 6) 1940, pág. 126-132.

8. Austregésilo, A. — Nota à tradução brasileira de: Rimbaud — Neurologia, Cap. Afasia.

9. Pierre Marie e Léri, A. — Hemiplégie. In Sémilogie Nerveuse (col. Brouardel, Gilbert, Thoinot), Paris, 1911, pág. 342.

10. Gilbert-Ballet e Laignel-Lavastine — Aphasie. In Sémilogie pág. 183.

dextros ou canhotos, estando a cura da afasia, de certa maneira, subordinada a essa condição.

Baseado na sua e na literatura mundial, pensa Austregésilo que a zona precípua da afasia deve, provavelmente, ser a dobra curva (giro angular) e giro supramarginal (Fig. 1). As circunvoluções temporais seriam "centros corticais receptivos sensoriais", ligados à audição; as circunvoluções occipitais, próximas à dobra curva, seriam igualmente receptoras, ligadas à visão. Baseia sua doutrina no estudo da citoarquitetonia, da fisiologia e da evolução filo-ontogenética e, finalmente, na patologia do lobo parietal. Acredita, pois, serem zonas responsáveis pelo síndrome afásico  $P_2$  e  $P_3$ , sendo as regiões que as margeiam apenas receptoras; o centro intelectual deve estar limitado ao lobo parietal esquerdo.

Depois de relembrar que as conclusões da anatomia comparada mostram que, no homem, os lobos parietal e frontal têm maior desenvolvimento que em qualquer outra espécie animal, recorda que o lobo parietal se mostra "o mais humano" entre os lobos encefálicos, sendo, por outras palavras, a parte mais diferenciada do cérebro do homem. Noção capital, visto ser a palavra consciente a demonstração definitiva do grau superior da nossa espécie, na escala zoológica. "O homem é, especialmente, o animal da palavra e das mãos" acentua. Sua inteligência superior manifesta-se pelos elementos fisiopsicológicos, acima citados.

A zona da linguagem interior se acha localizada no lobo parietal. O comprometimento do lobo parietal dá lugar a síndromos diversos: sensitivos, apráxicos e afásicos. A apraxia ideomotora é sintoma freqüente nas lesões do lobo parietal. "On croit qu'il existe au niveau du gyrus supramarginalis, ou dans sa profondeur, un siège d'eupraxie dont la lésion provoquerait l'aphasie (Schwob) <sup>11</sup>. Isto não é, de modo algum, regra fixa, pois, segundo Foix e Morlaas, pode a apraxia ideomotora ser expressão sintomática do comprometimento dos dois hemisférios; também aparece quando as lesões atingem a prega curva e a parietal ascendente. Ao ver de Liepmann, além de uma apraxia parietal, haveria também uma apraxia calosa.

Os diferentes síndromos, ligados ao lobo parietal, podem ser assim resumidos: nas lesões da circunvolução parietal superior, observam-se distúrbios da sensibilidade, epilepsia sensitiva com ou sem desvio dos olhos e da cabeça, astereognosia e ataxia; se há lesão na circunvolução parietal inferior, notadamente do giro supramarginal, observa-se, como sintoma principal, a apraxia ideomotora bilateral, de Liepmann. Isso, habitualmente, ligado ao hemisfério esquerdo; Forlaas, Morlaas e Krell, entretanto, acreditam que a zona parietal direita pode dar lugar à apraxia esquerda. Se é lesada a região medular interparietal, os distúrbios apráxicos assumem caráter especial, de que não nos ocuparemos, para não

nos alongarmos mais. Sabe-se que apraxias, agnosias e afasias andam sempre juntas. Austregésilo chega mesmo a considerar uma "apraxia agnóstica da linguagem". Todo afásico é apráxico, embora todo apráxico não seja afásico.

Entre as afasias traumáticas, registram-se, entre outros, os seguintes casos: O de Florêncio de Abreu <sup>12</sup>, consecutivo a coice na região frontoparietal esquerda. Benon assinalou um caso, conseqüente a ferimento por bala de revólver, na região temporal esquerda; o autor trepanou, retirou esquirolas e a afasia curou-se rapidamente. Alexandre trepanou indivíduo de 36 anos, acometido de epilepsia jacksoniana direita com afasia, após forte traumatismo por bloco de hulha na cabeça; constatou pseudocisto edematoso na parte posterior de F<sub>3</sub> e, por punção, recolheu líquido claro; o pós-operatório foi excelente; a paresia da mão direita, que existia a seguir as crises epileptiformes, desapareceu e, de igual forma, a afasia.

**OBSERVAÇÃO** — Indivíduo de côr branca, de 50 anos, casado, lavrador, alfabetizado (curso primário completo). Seus antecedentes familiares e pessoais carecem de importância. Dezesseis dias antes de o examinarmos, em uma briga, o paciente foi atingido na cabeça por um projétil de arma de fogo disparado a queima-roupa, caindo ao solo "como morto", permanecendo durante muitas horas (não pudemos saber, ao certo, quantas) em absoluta inconsciência; voltando a si, mais tarde, observou-se que podia alimentar-se e locomover-se embora de maneira incompleta, mas não conseguia falar e fazer-se entender, nem entender o que se lhe dizia.

**Exame clínico-neurológico** — Leucodermo, tipo corporal atlético (Kr.) Bom estado de nutrição. Pele e mucosas bem coradas. Na região parietal esquerda, a 10 cms. da arcada orbitária e a 12 cms. do conduto auditivo, apresentava ferimento circular, de bordos irregulares, em cuja circunvizinhança ainda se observam orla de chamuscamento, tatuagem e aréola equimótica. O exame dos diversos aparelhos nada revelou digno de registro. Discreta assimetria facial, com apagamento dos sulcos frontais e nasogenianos direitos. Quando de pé, observa-se que o ombro direito se mostra mais abaixo que o homólogo do lado oposto. O paciente pode ficar na posição bipedestal, de olhos fechados e pés unidos, sem oscilar nem cair (ausência do sinal de Romberg). Apresenta hemiparesia total direita; o membro superior direito apresenta-se caído ao longo do corpo, mão suculenta, levemente cianótica, em semiflexão. Os movimentos são possíveis, embora limitados; diminuição da força muscular à direita. A pálpebra fecha-se com menos força que a esquerda. Ao abrir a boca, nota-se ligeiro desvio oblíquo, com maior abertura à direita. Discreta hipertonia muscular à direita, menos intensa no membro inferior. O paciente marcha arrastando contra o solo o pé do lado parético, com movimento de circundunção bem acentuados. Reflexos osteotendinosos exaltados à direita; ausência de clono do pé, da mão, da rótula e mandíbula. Sinal de Babinski esboçado, à direita. Demais reflexos superficiais diminuídos à direita. Reflexos de automatismo e defesa presentes, do mesmo lado. Esfíncteres normais. Pupilas iguais, circulares, reagindo à luz e acomodando à distância. O exame da

11. Schwob, R. A. — *Les syndromes pariétaux*, Paris, pág. 133.

12. Florêncio de Abreu — Sobre um caso de afasia total (Doente apresentado em 1929 à reunião dos clínicos do H. C. E. e reconsiderado, em 1944, na Academia Brasileira de Medicina Militar). *Publicações Médicas* (Rio de Janeiro) 16, setembro-outubro, 1944.

sensibilidade difícil, dada as condições do paciente, que evidencia distúrbios na compreensão e articulação da palavra. Dá, contudo, impressão de reconhecer excitações dolorosas, vibrações do diapasão, tendo noção das posições segmentares em ambos os lados do corpo. Não parece haver distúrbios da visão, audição, gustação e olfação, pois o observado dá a perceber, por gestos, os estímulos. O *exame psíquico*, eivado de não pequenas dificuldades, revela, como elementos de maior importância, atenção rapidamente esgotável, grande labilidade de humor, com freqüentes crises de choro e desespero; durante estas, esmurra-se, repuxa os cabelos, chegando mesmo a tentar agredir quantos o cercam; torna-se difícil, dadas suas condições, levar a efeito exame das demais funções psíquicas. Registemos, antes que fique despercebido, ter nosso doente, mais tarde, depois de recuperação praticamente total, apresentado grande mudança caracterológica, com traços de perversidade, mostrando freqüentes raptos agressivos de crescente periculosidade, que o tornaram grandemente temido entre os seus. *Exame da palavra*: a) — *Compreensão da palavra falada*: não dá mostras de entender ordens, mesmo as mais simples, como: “mostre a língua”, “ponha a mão no peito”, “mostre o cabelo”, “ponha a língua de fora”. Não é capaz de mostrar objetos usuais, cujos nomes vamos indicando, como: prato, garfo, faca, colher, mesa, cadeira, janela, etc. b) — *Compreensão da palavra escrita*: não parece compreender palavras de uma só sílaba, como: pá, cão, pé, mão, etc. As letras escritas isoladamente não são indicadas; tanto a letra de fôrma, quanto o cursivo ou manuscrito, não são entendidos pelo observado. Operações singelas, como 1 + 1, não são levadas a efeito. c) — *Articulação da palavra*: 1. palavra espontânea — não articula palavra alguma, mesmo monossilábica, salvo “má” e “mamá”, que repete amiúde, a propósito de tudo; qualquer objeto que se lhe apresente, qualquer pergunta que se lhe faça — provocam a repetição de “má”, “mamá”; 2. palavra escrita — não é capaz de escrever uma só letra do alfabeto, nem número de qualquer tipo. d) — *Provas da apraxia motora*: serve-se mal de objetos comuns, é incapaz de usar corretamente o talher, o copo, etc. Dada a dificuldade de compreensão, conclui-se ser difícil a exploração; depois de muitas tentativas, conseguimos fizesse o “sinal da cruz”. *Exames complementares*: a) *De sangue* — reações sorológicas para lues negativas, b) — *Do líquido cefalorraquidiano* — Puncção suboccipital em decúbito horizontal; pressão inicial 47; pressão final 15 (Claude); volume retirado 15cm<sup>3</sup>; líquido homogêneamente hemorrágico: após centrifugação: líquido límpido e xantocrômico. c) *Exame radiológico* — Presença de corpos estranhos, opacos, com características radiológicas de fragmentos de projétil de arma de fogo, situados na região frontoparietal esquerda, com fratura da tábua externa e possível fratura da tábua interna. *Diagnóstico*: Afasia, apraxia, hemiparesia direita, consecutivas a traumatismo, em indivíduo dextro. *Evolução*: Com o tratamento, teve evolução favorável. A pouco e pouco, deu-se a recuperação da palavra, praticamente em toda sua plenitude. Como reliquat, mudanças caracterológicas acentuadas, com traços de perversidade.

Rua Coronel Dulcídio, 956 — Curitiba (Estado do Paraná)