

AS FORMAS
⇒ ATÍPICAS DO
ATAQUE EPILÉPTICO

TESE DE DOCTORAMENTO
APRESENTADA A FACULDADE DE
MEDICINA DO PORTO, POR
ALFREDO HERCULANO DE SOUSA
OLIVEIRA - ASSISTENTE DE ANATOMIA
~ ano de MCMXXI ~

VOL-CXCVI
(196)

AS FORMAS ATÍPICAS
DO
ATAQUE EPILÉPTICO

I

AS FORMAS ATÍPICAS

DO

ATAQUE EPILÉPTICO

Tése de doutoramento apresentada á
Faculdade de Medicina do Pôrto—por

Alfredo Herculano de Sousa Oliveira

(Assistente de Anatomia)

JULHO DE 1921

19611 F47

TIPOGRAFIA LUSITANIA—MARIO APUNES

LEITÃO — Rua da Picaria, n.º 73 — PORTO



FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR:

Prof.: DR. MAXIMIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA LEMOS

SECRETÁRIO:

Prof.: DR. ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

PROFESSORES ORDINÁRIOS:

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

Professor com licença ilimitada: Dr. José de Oliveira Lima

PROFESSOR JUBILADO:

Pedro Augusto Dias—Lente catedrático

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

1920

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

PROFESSOR ORDINÁRIO

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação
(Artigo 15.º, § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina
do Porto, de 3 de Janeiro de 1920).

PROFESSOR SUBSTITUTO

Á

Haydée de Sousa Duarte

Se nos momentos de tristeza e
de desânimo a visão de um sorriso
me sustinha, eras tu, minha noiva,
era a tua doce imagem que eu revia.

A meus Pais

A' minha Avó

Albertina

A meus Tios

João Alberto
e
Maria Cortez

A's minhas Primas

Maria Helena
Maria Margarida
Maria Leonor

A meu Tio

João Herculano da Serra

A meus Irmãos

As

famílias

Sousa, Duarte,

Braga e Salgado

HO

Ex.mo Snr.

Dr. José fernandes de Magalhães

Ho meu ilustre Presidente de tésé

Ex.^{mo} Snr.

Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima

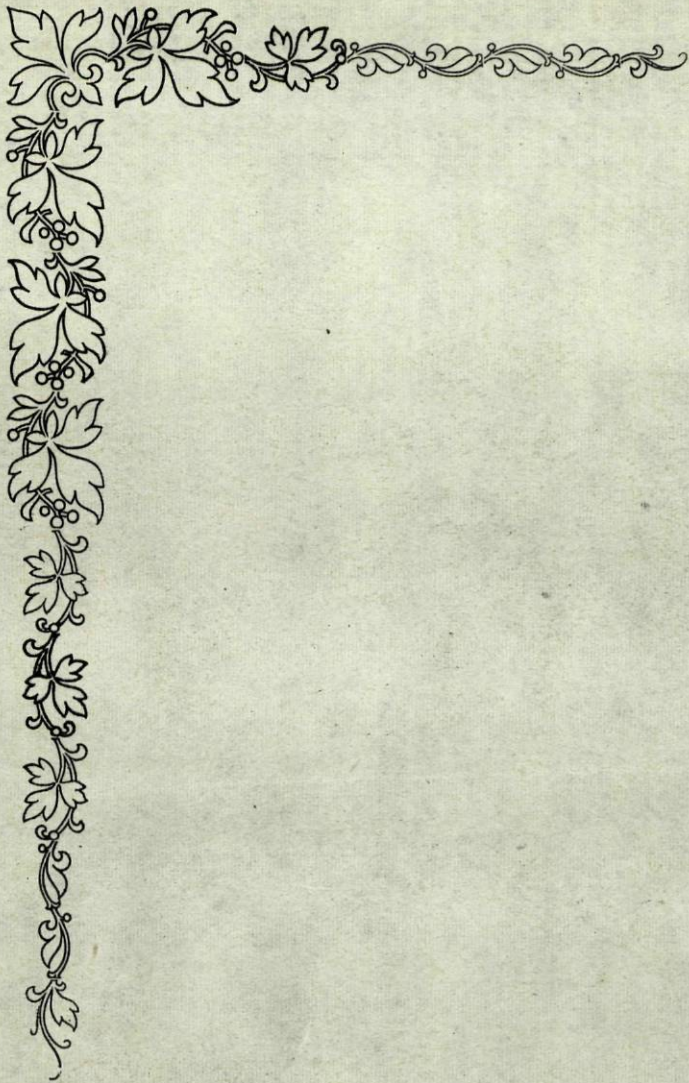
**Hos meus condiscipulos,
contemporaneos e amigos**

Em especial

Dr. Francisco José Portal e Silva
Dr. Gaspar Augusto de Melo Pestana
Dr. João Adolfo Vilar Saraiva
Dr. Carlos Augusto Rodrigues Borges
Dr. Basílio Ferreira de Macêdo
Dr. Venâncio Ribeiro de Araujo
Dr. Francisco de Sousa Guedes Machado
Dr. António da Costa Daes

á

Faculdade de Medicina do Porto



INTRODUÇÃO

Ao internar-me num dos colégios que freqüentei, quando criança, vi, encimando o vitral de entrada, as seguintes palavras:

“Per aspera ad astra”

Eram caracteres completamente desconhecidos para mim, mas que alguém, sorrindo, me explicou.

E, desde então, no meu pequenino cérebro, como num sonho de fadas, eu via uma estrada muito longa que se ia terminar, além, junto ao céu, no reino encantado e ofuscante das estrelas...

Atraído por essa luz sublime, inconsciente, vendo sómente o fim e desprezando o caminho, bem cedo me convenci de que a vida é cheia de contrariedades.

A estrada que supunha verdejante e florida, apresentou-se-me tortuosa, cheia de abismos, repleta de

silvas onde, a todo o momento, os meus pés se emmanhavam...

E, durante a longa jornada, que de tempestades e de revoltas se acumularam no meu cérebro! Que de tristezas profundas se me gravaram na alma!...

Eis-me, porém, a poucos passos do fim e, embora alguns espinhos ainda me torturem, vejo na minha frente um mar ondulante de flores cujo perfume me enebria e faz esquecer o passado...

Alguem, carinhosamente bordou, com os seus cabelos de ouro, na minha pasta de quintanista:

“Finis coronat opus”

Se algum valor tiver o meu trabalho humilde a esse alguém o devo.

.....

Intitulei a minha tese de doutoramento — As formas atípicas do ataque epiléptico — e, ao fazê-lo, não tive em vista, sómente, obter, como o exige a lei, a minha carta de alforria, mas sim, bradar, embora em vão, contra as injustiças que se fizeram e que podem vir a ser feitas a indefezos comiciais.

No desejo inquebrantavel de terminar, simultaneamente, os exames que me restam e a Tese, não pude dedicar a esta última senão os poucos momentos de

descanso que tinha entre as aulas. É, portanto, um trabalho modesto.

As observações que cito, foram cedidas, gentilmente, pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. José Fernandes de Magalhães, encarregado do curso de Neurologia, a quem, extremamente penhorado, mais uma vez agradeço a delicadeza com que sempre me tratou e recebeu.

Ao ilustre Professor de Anatomia Descritiva, Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima, meu digno Presidente de Tese, os agradecimentos sinceros, daquele que, quer como seu aluno, quer como seu preparador e assistente, sempre se ufanou com a sua estima.

A. A. Sousa Ribeiro

I PARTE

I PARTE

Historia e Evolução

Na opinião de alguns investigadores, entre êles Broca, já nas toscas cavernas e primitivas habitações lacustres se desenrolaram scenas epilépticas e a demonstrá-lo, há os crânios paleontológicos trepanados que aí se encontram.

A epilepsia é conhecida desde o período hipocrático.

Chamaram-na *Morbus herculeos*, porque, como conta a lenda, o Deus da fôrça foi atingido por ela.

As pitonisas eram vítimas de convulsões epiléptiformes, quando abandonavam os seus oráculos, e daí a origem dos nomes *Morbus sacer* e *Morbus divinus*.

Quando o mal aparecia no meio dos romanos reunidos em comício, a reunião dissolvía-se, originando-se dêste facto a designação de *Morbus comicialis*.

Os antigos, querendo explicar a origem do mal sagrado, pensavam que havia uma relação íntima entre as evoluções dos astros e o aparecimento dos paroxis-

mos epilépticos e, por isso, denominaram a epilepsia *Morbus lunaticos* e *Morbus astralis*.

Na Idade Média, na época em que predominavam as crenças religiosas, atribuíam a causa do mal a uma influência directa dos espíritos malignos nos indivíduos atingidos de epilepsia e daí lhe vem o nome de *Morbus demoniacus*.

Celso chamava-a *Morbus major* — o mal por excelência.

O mal sagrado foi conhecido ainda com os nomes de *Morbus caducus*, porque o individuo atingido pelo ataque caía bruscamente, e de *mal de S. João*, porque viam na fisionomia do convulsivo os esgares de dor da face de S. João, quando decapitado.

Na época hipocrática a epilepsia perde o seu carácter sobrenatural.

Hipócrates reconhece que o mal sagrado, como as demais doenças de origem divina, estava ligado a diversas e variadas causas materiais.

Essas causas não puderam ser determinadas, nem por êle, nem pelos seus sucessores, e a epilepsia foi incluída no quadro das doenças *incerta sedis*.

Para, em poucas palavras, mostrar a confusão que existiu, depois da Idade Média, sôbre o conceito da epilepsia, transcrevo de Lavrador Ribeiro :

«E a Renascença, por seu lado, que tão dilatados horisontes rasgou a outros departamentos do Saber, não

trouxe, porém, grandes subsídios para a conquista duma certeza, no âmbito da étio — patogenia dêsse morbo que acompanhou a humanidade, flagelando-a, desde os seus primeiros passos no mundo.

Continuaram as hipóteses meramente especulativas e puramente teóricas.

Avultam, entretanto, nesta época, os trabalhos de vastos recursos descritivos de João Fernel e o de não menos valor bibliográfico de Sennert.

Boinet, seguido por Morgagni, Hoffmann, Wepfer, Wan Swieten, de Haën e outros, ia, por sua vez, procurando, em acuradas investigações, as sonhadas lesões epilépticas.

Quando, em 1771, Tissot com a publicação da sua obra, em que fazia sábia crítica das noções médicas da época, produz uma revolução nos anais da medicina, êle deixa ainda transparecer a influência de seculares preconceitos.

No começo do século XIX, com Pinel, Bouchet e depois Herpin, Delasiauve e outros, os estudos acêrca da epilepsia marcharam para o terreno em que os colocou a ciência do século passado, com todos os fecundos subsídios da fisiologia e da anátomo-patologia.

Mas, embora o problema agora se encarasse por um prisma, decididamente científico, nem por isso o acôrdo se logrou obter no critério conceptual da epilepsia.

Bravais e depois Jackson pleiteiam pela epilepsia sintomática de lesões cerebrais em foco; Lasègue admite a epilepsia essencial idiopática, filiada em perturbações de desenvolvimento; Tonnini fixa a concepção da epilepsia degenerativa que Bombarda aceita, ao criar o grupo áparte das pseudo-epilepsias; Feré, por seu turno, só conhece a epilepsia como expressão sintomática dalguma coisa, embora se alicerce em uma causa que é uma predisposição sempre ligada a degeneração; Lemoine, mais radical do que êste, Grasset, Gelineau e outros, repelem até a concepção da epilepsia degenerativa, unitária; não aceitam mesmo a epilepsia como entidade mórbida, para considerar só estados epilépticos, expressivos de múltiplas afecções... E a divergência continua a manifestar-se, embora, a maior parte dos tratadistas vá aceitando o conceito de Dallemagne, e Maupaté, filiado de perto nas doutrinas de Lasègue e, pelo qual, da epilepsia moléstia se desintegra uma série de estados epileptiformes de natureza puramente diferente, posto que revelando, à simples objectivação, idêntica sintomatologia. »

No campo da patogenia, curiosas hipóteses se formularam ainda.

Marshall-Hall e outros, olharam o bolbo como local azado para a incubação dos desmandos comiciais, enquanto Tritsche e vários mais, experimentalmente, conseguiram erguer a teoria cortical. Não era, entretanto,

tudo a determinação da sede; havia ainda que explicar o processo íntimo dos distúrbios, utilizando embora, a velha comparação da célula nervosa a uma garrafa de Leyde.

Assim se sucederam a teoria *vascular* (Bechterew, Widal, etc.), a da *descarga* (Jackson), a *tóxica* e a *iónica* (Bouché).

Muito recentemente, em artigo publicado na *Presse Médicale*, por P. Hartenberg, surge a nova teoria: a *inibitória*.

Por achar interessante, transcrevo algumas palavras de Hartenberg:

«En définitive, pour nous, l'épilepsie, consistant essentiellement en une abolition paroxystique des fonctions supérieures du cerveau, représente un trouble par arrêt et non par excitation, un trouble psychique et non en trouble moteur. Ce qui la caractérise cliniquement, ce n'est pas le spasme, c'est l'inconscience. Elle est, en essence, non une convulsion, mais un coma.

Et nous aboutissons à cette conclusion, d'allure paradoxale et qui n'est cependant que l'expression de la vérité, à savoir que l'épilepsie n'est pas en réalité une maladie convulsivante »

II PARTE

II PARTE

Algumas palavras sôbre a epilepsia clássica

O conceito nosológico da epilepsia, exteriorizando-se por ataques convulsivos, acompanhados de amnésia, e pelos sintomas premonitórios e post-paroxís-ticos, foi profundamente modificado.

Primeiramente diferenciaram-se duas doenças distintas — as epilepsias e as eclampsias — e isso fez-se, considerando não apenas a sintomatologia dos ataques convulsivos, mas a sua evolução acessual.

Embora de sintomatologia idêntica, os ataques eclâmpticos e epilépticos diferem pela evolução, que se suspende ao fim de um certo tempo nos primeiros, e proseguem, irregulares, através da vida individual, nos segundos.

Pouco depois viu-se que os ataques convulsivos não constituíam, pela sua sucessão, uma doença exclusiva, mas podiam ser apenas episódios sintomáticos de doenças bem definidas.

Assim rompeu-se a unidade nosológica da epilepsia, pela criação de duas espécies, uma sintomática e outra idiopática.

A epilepsia de um idiota, de um paralítico geral, de um alcoólico, seria uma falsa epilepsia, porque não seria uma doença, mas um síndrome e os ataques em vez de epilépticos denominar-se-hiam epileptóides.

Demonstrou-se ainda que o ataque pode tomar uma feição abortiva; as vertigens e as ausências não são senão ataques que não se desenvolveram completamente nos seus períodos clássicos, mas que denunciam com tanta segurança a nevrose, como se os tivessem atravessado desde a queda inicial ao despertar amnésico.

As auras, simples fenómenos precursores, podem constituir todo o ataque, assim como os fenómenos psíquicos que o precedem ou sucedem, donde a admissão de uma epilepsia larvada ou fruste, ainda denominada psíquica, constituída por crises mentais e por delírios.

As fases convulsivas podem faltar por completo e, como formas atípicas interessantes, citarei, adiante, as epilepsias mnésicas. Vemos, assim, que os grandes sintomas, que primitivamente eram os únicos que serviam para diagnóstico da epilepsia, são colocados, hoje, em um plano secundário e que sintomas de mínima importância são, às vezes, suficientes para caracterizar o mal comicial.

Diz Júlio de Matos :

« A remodelação do conceito clássico não podia ser mais completa. E, no entanto, não foi dita ainda a última palavra sobre a epilepsia, cuja natureza íntima subsiste um dos assuntos mais controvertidos da psiquiatria moderna. »

Na sintomatologia estudamos caracteres somáticos de ordem física : uns, constituindo os estigmas degenerativos, traduzindo anomalias de evolução, imputáveis à hereditariedade, como sejam a excessiva proeminência das bossas frontais, o exagêro notável da mandíbula, o prognatismo, a abóbada palatina em ogiva, as orelhas em açafate, ausência do lóbulo da orelha, etc. ; outros, meros sinais patológicos, filiados em lesões precoces, como sejam a assimetria crânio-facial e assimetria dos membros. Ao lado destes caracteres de ordem anatómica, observam-se os de ordem fisiológica em que sobressaem, como mais notáveis, o mancinismo, a hipoalgesia, a desvulnerabilidade, o nistagmus, as paresias unilaterais, o exagêro dos reflexos tendinosos, a bradilalia e disartria. Sem serem patognómicos, como nos diz Tanzi, estes caracteres teem pela sua presença e sobretudo pela sua multiplicidade no mesmo individuo, um alto valor diagnóstico. Pelo que respeita aos sintomas físicos, realizam-se nos ataques, nos fenómenos que imediatamente os precedem e lhes sucedem e nos equivalentes.

Quando se pretende descrever o ataque epiléptico clássico, não se encontra nos variados autores, a não ser nas suas linhas gerais, duas descrições que se coadunem, e isto está de acôrdo com os múltiplices aspectos que pode tomar o paroxismo comicial.

Ouçamos Júlio de Matos:

«O ataque completo (grande mal, epilepsia major) surge de ordinário abruptamente.

De dia ou de noite, sem prévio aviso de qualquer ordem, o doente perde a consciência e é tomado de uma contracção tetânica de todos os músculos, sem excepção dos respiratórios.

Se não está deitado, cai desamparadamente e sempre do mesmo modo: para a frente, para trás ou para um dos lados, donde os ferimentos repetidos do crânio e da face em determinados pontos. Algumas vezes, a expiração violenta-se e a contracção das cordas vocais determinam um grito rouco, pavoroso de ouvir-se; e também succede que a língua, apanhada entre os músculos cerrados em trismo, é profundamente mordida. Os membros são rígidos, as mãos fortemente fechadas e a cabeça fletida para trás. O rosto, extremamente pálido no momento do icto, torna-se depois vermelho e por fim cianótico, em consequência da asfixia determinada pelo tétano respiratório.

As pupilas, que no princípio e contemporanea-

mente ao grito, se apresentam mióticas, por um instante, tornam-se midríaticas e rígidas.

Esta é a fase tónica do ataque, muitas vezes seguida de excreção de fezes ou de urina; a sua duração não excede 30 segundos.

À fase tónica sucedem convulsões dos membros, da tórax e da cabeça, donde contusões frequentes e mesmo luxações e fracturas; inspirações e expirações ruidosas, sobreveem (respiração estertorosa); uma saliva arejada e, se a língua foi mordida, avermelhada (baba sanguinolenta) aflora aos lábios; a cianose desaparece progressivamente; o corpo cobre-se de suor; o pulso torna-se frequente e a temperatura eleva-se de 1 a 5 décimos.

Esta é a fase clónica do ataque; a sua duração não excede 5 minutos. Terminada a fase clónica, pode o epiléptico recuperar súbita e integralmente a consciência ou, o que é mais frequente, cair num sono profundo e longo, de que acorda abatido, confuso e mal humorado. „

O ataque convulsivo que se pode apresentar atenuado, incompleto ou modificado, nem sempre surge súbitamente e sem aviso.

Algumas vezes, uma cefaleia mais ou menos intensa, um sentimento de opressão, irritabilidade ou uma grande tristeza precedem de horas ou de dias a crise convulsiva: são os sintomas premonitórios, os mesmos sempre, para

cada doente. Outros há, porém, que imediatamente precedem o ataque, se repetem como estereotípias e constituem verdadeiros sinais da eminência do mal : são as auras.

As auras epilépticas, já descritas por Galeno, são sentidas pelo doente e mesmo perceptíveis aos estranhos.

Podem ser, segundo o território nervoso donde partem, sensitivas, sensoriais, motoras, vaso-motoras, secretórias e psíquicas.

A aura sensitiva manifesta-se, umas vezes, por uma forte cefaleia, outras por uma dor ou uma sensação penosa, que da extremidade de um membro caminha para o tronco, do epigastro para o pescoço, para a cabeça ou para o coração.

A aura sensorial é sempre uma alucinação, ordinariamente elementar, mas às vezes completa, da vista ou do ouvido. Às vezes observam-se alucinações múltiplas e combinadas: anjos que falam, chamas que crepitam, figuras de que partem cheiros estranhos.

A aura motora consiste em contracções musculares, umas vezes circunscritas (movimentos dos olhos, deglutições, de mastigação) outras vezes extensas e coordenadas (fugas, atitudes, gestos profissionais), ou em paresias e paralisias súbitas dos membros.

A aura vaso-motora é representada pela palidez ou rubor da face ou de uma porção qualquer da pele.

A aura secretória consiste num aumento da saliva, de suor ou mesmo de urina.

A aura psíquica consiste numa recordação, numa idea ou num sentimento, surgindo obsessivamente.

Revezam-se, às vezes, êstes grandes ataques, cujo estreito encadeamento constitue o *estado de mal epiléptico*, por formas muito atenuadas, por alguns dos sinais constitutivos das auras, por monospasmos, hemispasmos, formas vertiginosas, etc., a que pertencem os ataques incompletos que se enquadram no pequeno mal comicial.

Os fenómenos físicos post-paroxísticos são variados.

Do lado da motilidade, há a notar, umas vezes, exagêros dos reflexos tendinosos com hipertonia muscular, outras, diminuição ou mesmo abolição.

Durante o sono epiléptico as pupilas apresentam uma notavel miose. Na urina, por vezes, encontramos uma pequena quantidade de albumina; o sangue é menos alcalino; o suco gástrico é hiperclorídrico, carregado de ácidos de fermentação anormal e hipertóxica. (Agostini, Lui, Ceni).

Como manifestações de epilepsia, temos ainda os equivalentes físicos do ataque.

Um deles é a ausência.

«No meio de qualquer occupação, o doente empalidece, o seu olhar immobilisa-se numa expressão estranha e inconfundível, o corpo torna-se rígido e o acto em execução é suspenso, enquanto um ligeiro tremor aflora, por vezes, aos lábios, à língua, ou aos membros; ao fim

de 30 segundos, o máximo, a situação normal reaparece e o doente retoma no mesmo ponto em que deixara, a ocupação anterior, sem a mais ligeira consciência do que se passou.» (J. de Matos).

Uma ou outra vez uma curta crise de riso, de choro ou de canto automático se observa. (De Sanctis).

Como esta manifestação do pequeno mal se realiza sem acompanhamento de sintomas objetivos (mordeduras da língua, emissão involuntária de urina, queda, contusões), o doente pode viver na perpétua ignorância da sua situação, se lhe não fôr denunciada pelos que o cercam ou pela repetição de factos que se não pode explicar.

Um outro substitutivo ou equivalente físico do ataque, é a execução automática de actos de qualquer natureza.

Às vezes, como que impellido por um impulso cego e irresistível, o doente larga a correr, inconsciente, embora evitando obstáculos que encontre no seu caminho; é a epilepsia prokursiva.

Nem sempre esta forma de epilepsia é acompanhada de inconsciência; adiante citarei um caso de epilepsia prokursiva mnésica.

Outras vezes o doente pratica, geralmente inconsciente, actos violentos, criminosos, auto-mutilações, homicídios: é a epilepsia impulsiva.

Como equivalentes físicos do grande ataque temos

ainda os acessos periódicos de sono, emissões involuntárias de urina, mordeduras da língua, sensação geral de fadiga, etc.

As crises de fraqueza motora, provocando quedas súbitas e passageiras, sem perda de consciência, são também consideradas equivalentes físicas do grande ataque. (Weigandt).

Pelo que respeita à sintomatologia psíquica, e adoptando a classificação do professor Dr. Júlio de Matos, reconhecemos haver sintomas que, pela sua permanência, constituem o estado mental dos epiléticos e outros que, fugazes, formam os equivalentes psíquicos do ataque ou as perturbações mentais pré e post-epiléticas.

«Quer como nota degenerativa de procedência hereditária, quer como efeito da diuturnidade da doença, todos os epiléticos oferecem desvios psíquicos habituais, cuja reunião lhes imprime um cunho privativo e inconfundível. Mas não veem do lado das funções intellectuais, como poderia supor-se, êsses desvios característicos; veem do lado das funções affectivas e activas.»

A epilepsia não é incompatível com o talento e até com o génio, como não é com a mediocridade. (L. Ribeiro). Napoleão, Wellington, Pascal, Petrarca, César, Richelieu, Byron, Renan, Flaubert, Mahomet, D. Sebastião e tantos outros, foram epiléticos.

O sábio e malogrado psiquiatra português, Prof. Dr. Miguel Bombarda, falando de Napoleão, diz-nos:

«De quanto sei de história, e tão pouco é, eis aí a noção que adquiero. Os homens célebres que o mal sagrado tocou, tem sido barreiras ao progresso, que o próprio progresso se tem encarregado de destruir. É ver a figura lendária dum Napoleão, é ve-lo à luz emanada dum Taine que, fora de todo o conhecimento médico, o demonstra um epiléptico, é estudar a sua influência social e os passageiros efeitos da sua obra sacrílega.

Egoismo incomensurável, ambição desmarcada, tenacidade invencível, cóleras terríveis, desprezo pelas convenções sociais, ausência de sentimentos affectivos, sensualidade, abandono de toda a moral, a traição brusca aos seus próprios sentimentos perante conveniências que se levantam, o feitio provocador, a instantânea transformação do pensamento em acto, tal é o carácter de Napoleão que Taine pinta.

«Na noite de 12 *vendimiaire* dizia êle a Junot:

«Ah! se as secções me puzessem à sua frente, respondendo que em duas horas as conduzia às Tulherias e de lá expulsava êsses miseráveis convencionais!» Cinco horas depois, chamado por Barras e pelos convencionais, metralha os parisienses como bom *condottière* que se não dá, mas se aluga ao que mais oferece.» «Nunca houve, mesmo nos Malatesta e nos Borgia, cérebro mais sensitivo e mais impulsivo, capaz de tais cargas e descargas eléctricas, onde a tempestade interior fôsse mais

retumbante, mais súbita em relâmpagos e mais instantânea em choques. Nenhuma idea ali se conserva especulativa e pura; cada uma delas é um abalo interno que tende logo a transformar-se em acto, e lá chegaria sem intervalo se não fôsse contida e reprimida à fôrça.

Às vezes a erupção é tão rápida que a repressão não chega a tempo. Um dia, no Egipto, entorna uma garrafa no vestido duma senhora e com o pretexto de reparar o dano leva-a para o seu próprio quarto, e por lá fica muito tempo, enquanto os convivas esperam e olham uns para os outros. Outro dia, atira com a maior violência o príncipe Luís para fora do seu quarto ou dá um pontapé no ventre do senador Volney.

Em Campo-Formio, quebra um aparelho de porcelana para acabar com as resistências do plenipotenciário austríaco.» «Durante as contradanças, passeia por entre as senhoras para lhes dirigir ditos desagradáveis; penetra na sua vida privada e revela à própria imperatriz as condescendências que mais ou menos espontaneamente por êle tiveram. Em Santa-Helena exprime no testamento o desejo de «ser enterrado nas margens do Sena, no seio dêsse povo francês que tanto amou.» «Sim, diz Lombroso, Napoleão amou a França, mas como o cavaleiro ama o seu cavalo.»

«O aspecto genial do espirito de Napoleão já tem sido contestado. O chauvinismo francês cada vez o levanta mais. Mas, ainda entre franceses, tem sido posto

em dúvida. Em todo o caso, se nele relampejava o génio, era um génio parcial.»

Nunca houve espírito mais desequilibrado. «A sua cabeça armazenava maravilhosa multidão de factos, a quantidade de ideas que elaborava e produzia, parecia exceder a capacidade humana.»

Mas ao lado, o absoluto sacrificio do futuro ao presente. É grandioso o seu sonho de ambição. Mas falece-lhe toda a base prática, toda a probabilidade de realisação e sobretudo de estabilidade. Sacrifica a sociedade ao seu egoismo colossal e não vê quanto tem de periclitante a sua obra de conquista; não vê que nacionalidades nitidamente estabelecidas e nitidamente delimitadas são incompatíveis com o domínio dum povo e dum homem. A falta de senso de grande número das suas deliberações é acusação corrente entre historiadores e até o seu génio militar, mesmo êsse, tem sofrido rudes ataques. Há sobretudo uma nota característica e é que, logo que se começou a conhecer o modo especial da sua táctica, as derrotas sucederam-se às derrotas até que St.^a Helena recebeu os despojos do que fôra o grande triunfador. E então, pôde-se dizer, como mais tarde o exprimiu Taine :

«Quatro milhões de vítimas, duas invasões estrangeiras, a França desmembrada, suspeitada pela Europa, permanentemente envolvida por um círculo ameaçador de ódios e desconfianças, — tal é a obra política de Na-

poleão, obra do egoísmo servido pelo génio.» «A sua obra social, essa, ainda foi mais danosa; a democracia, e portanto a civilização, encontraram em Napoleão o mais rude obstáculo à serenidade do seu vôo.»

A respeito de Mahomet, diz-nos ainda, Bombarda:

«Verdadeiras religiões, que trazem submissas raças inteiras e homens aos milhões, vão buscar na epilepsia a sua inspiração original. Tal é o mahometismo.»

«Mahomet era um impostor. Isto não faz objecto de dúvida. Dizem-nos passagens e passagens do seu código religioso. Mas era também um desequilibrado. Deixou-nos, como outros epiléticos célebres, páginas escritas.» «O Alcorão. É aí que vamos descobrir muitas das coisas que inspiraram a minha descrença na pureza da genialidade epilética.» «Não ha no Alcorão, diz Lombroso, um único capítulo que se ligue a outro; muitas vezes até numa só *surata* as ideas são interrompidas ou associam-se de modo inteiramente bizarro.»

Outro epilético notável foi el-rei D. Sebastião, que Manuel Bento de Souza, o medico illustre, tão sabiamente retrata nas seguintes palavras:

«O nascimento, a vida, e a morte de D. Sebastião, acompanham-se de circunstâncias tão excepcionais e extraordinárias, que a imaginação do povo, ferida por factos na interpretação dos quais a razão se sente falível, é insensivelmente levada a admitir o prodígio.

Daqui procede, que não só os contemporâneos acei-

tem no rei *desejado* o quer que é de divino, mas até os mesmos pósteros preferam admitir no destino dêle alguma coisa de sobrenatural, como única maneira de a si mesmos explicarem o que por outra forma nunca chegam a entender.

Até hoje teem sido infrutíferas todas as tentativas literárias para nos darem um D. Sebastião compreensível; continua-lo-hão a ser enquanto a qualidade do herói fôr a primeira e dominante que se reconheça num personagem, que nada tem de heróico, e enquanto se quizer achar nos seus dotes o motivo de uma adoração, que, no fim de contas, só é motivada pelas aludidas circunstâncias, as mais delas extrínsecas, casuais, e independentes do mesmo personagem.

Quem se der ao trabalho de ler com atenção as crónicas do malfadado príncipe e com paciência e estudo recompuser um D. Sebastião, *tal qual êle foi*, resolve num momento êste problema de séculos, e reconhece que toda a cegueira tem sido causada pelos ofuscantes clarões duma poesia sedutora, em que imerecidamente êle tem andado envolto.

Dos nove filhos de D. João III, sete tinham falecido em tenra idade, e dois sobreviventes, o mais velho, D. Maria, morrera aos 16 anos, deixando a seu marido, Filipe II de Castela, um herdeiro, o príncipe D. Carlos, que é vivo ao tempo de D. Sebastião nascer.

Resta, pois, a D. João III um único filho seu sucessor,

fraco, doente, pelos precedentes ameaçado de morte breve para ruina da independência portuguesa.

No casamento de D. Maria com Filipe II, D. João III, por influência, inspirada por Carlos V e exercida pela rainha, não só dera o passo impolítico de ceder para Espanha um dos dois fiadores, que só tinha para sucessão portuguesa, mas fizera mais, o imbecil — estipulara que, se êle, D. João III, se achasse sem herdeiro masculino, a coroa passaria para D. Maria, e portanto para Castela.

Êste contracto deixara de ser um segredo, a nação soubera-o e tremera pela sua autonomia; e, uma vez dado o alarme, desconfiava do seu futuro e fôra terrível a angústia, quando, chegado aos dezasseis anos, o príncipe D. João faleceu também, deixando grávida a sua viuva, e para toda a hora.

Dezoito dias estiveram os portugueses numa incerteza, cujo acabamento desejavam e receavam, dezoito dias viveram naquela anciedade particularíssima duma dúvida, que não está nas posses humanas terminar, e que forçosamente se ha de resolver por uma única de duas soluções — ou a mais feliz ou a mais desgraçada.

Quando a proximidade do successo se anuncia por um sinal da Sé, que de ouvido à escuta todos esperam de momento a momento, a população corre às igrejas, e com preces, procissões e penitências, implora o auxilio de Deus.

Afinal os repiques dos sinos e o troar da artilheria anunciam a Portugal que nasceu D. Sebastião; o povo condensa-se em volta do paço; todos choram, riem e clamam; os inimigos abraçam-se; as dívidas perdoam-se; os transportes de alegria são indescritíveis, e o príncipe nascido é um predestinado, um enviado do céu, o anjo da guarda descido entre os homens.

Todos em Portugal são áquela hora contentes e felizes, todos, com excepção de uma só pessoa, a pobre mãe, a quem durante dezoito dias se mentiu, aparentando satisfação e escondendo o luto, para naquele instante grosseira, barbara e ferozmente, se lhe anunciar a sua viuvez!

Eis aqui, porque, logo ao nascer, o rei desejado é o alvo do amor dos portuguezes, e da fê no seu destino, para todos isento das leis comuns. Vai o tempo passando, e o que o povo vai vendo no seu rei só é para que mais lhe cresça o amor e a fé.

O tipo da beleza, que mais o povo admira, e que sempre adopta para a representação carnal da formosura dos anjos, é o mesmo que no rei se lhe depara. D. Sebastião é airoso, branco, loiro, e tem os olhos azuis. Á medida que cresce, nota-se-lhe nos movimentos o desembaraço mais gracioso, e nas primeiras festas da côrte em que figura, as dos casamentos das filhas do infante D. Duarte, dança com as princessas, tendo 11

anos de idade, e fal-o com uma tal gentileza, que ninguém pode tirar os olhos dêle.

Dentro em pouco doma cavalos fogosos; distingue-se no torneio; toureia na perfeição; não consente nas montarias que outros ataquem as feras senão êle; corre ao mar encapelado, confiado, sem enjoar; e à beleza, que seduz, reúne o predicado superior, a que todas as raças humanas prestaram sempre o maior culto — o de intrépida coragem.

Maior e coroado aos 14 anos, é êle o rei. A avó, o tio, os magnates, os válidos não são para êle lhes obedecer, mas para diante dêle se curvarem.

É profundamente religioso, tem na mente as grandes emprêsas, é um iluminado, que vê mais longe que os seus contraditores, não teme os perigos, nem os elementos, nem os homens; só teme Deus, de quem foi um dom, e de quem é um delegado para triunfo da religião e glória do reino.

Para que seja mais poderosa a fascinação, vem rematar tudo isto o fantástico.

A intriga dos partidos, empregando todos os meios, apela para o outro mundo, e um dia a sombra de João III baixa a fazer revelações ao agostiniano Frei Luís de Moura Brito com avisos para a rainha, relativos a seu neto.

A disposição crendeira da época dá ao facto uma poderosa força de impressão na imaginação popular,

que mais tarde se aviva, quando o próprio D. Sebastião se põe em comunicação com os seus antepassados.

Em 1570, andando êle muito excitado com uns exercícios militares, o cardeal, a rainha e as Câmaras, levam-no a uma excursão à província, com o fim de o distraírem. O rei vai a Alcobaça, manda abrir os túmulos de Afonso III e Afonso II, elogia aquele e desdenha êste, e apostrofa D. Pedro I como um monarca femieiro, a quem nada o reino devêra.

Na Batalha manda erguer ao alto o cadáver de D. João II, mete-lhe a espada na mão, adora-o com respeito, chama-lhe: — *o seu rei*, diz ao duque de Aveiro que beije a mão do seu bisavô, exclamando para o seu séquito: — *foi êste o melhor oficial do nosso officio*. Da Batalha passa a Coimbra, não chega a profanar as sepulturas, contenta-se em fazer discursos à espada de Afonso Henriques, e concebe a idea de vir a ser sepultado junto do primeiro rei, com a condição de não ser o seu túmulo mais grandioso do que o de Afonso I, ou, se o fôr, de se fabricar outro igual para êle!

Com tais actos e aspirações não pode D. Sebastião ser um rei vulgar.

Na sua natureza há mais do que o humano. Tal é pelo menos a idea nacional.

Partindo para a África, o sobresalto da nação é imenso, e o sacrificio é enorme, mas o povo não pode acreditar que essa emprêsa deixe de ser protegida pela

boa estrêla, que lhe dera um soberano de tão elevados dotes, belo, valente, herói !

Aniquilados o chefe e o exército, custa a crer que o capitão fôsse um tresloucado imprudente.

Desígnios secretos terá a providência divina, que a seu tempo se descobrirão, e novos acasos veem agora continuar aquele destino sobrenatural.

No fim da batalha, Alvaro Pires de Távora, cortado de golpes, dentro duma liteira, diz aos vencedores que o não maltratem mais, porque êle é o rei. Na noite seguinte uns cavaleiros, cujos nomes ficam ignorados, batem às portas de Arzila, e para que lhas abram, dizem de fora, que vai com êles el-rei D. Sebastião.

Tanto basta para que se espalhe a voz de que ainda vive, se firme a lenda do seu regresso, e a tudo o mais se junte a consagração suprema do mistério.

Contam-se já as visões que uns tiveram, as revelações que outros receberam, as profecias que santos fizeram, e o rei tão desejado antes de nascer, volta a ser mais desejado depois de morrer.

No meio de tanta dor, tantos receios, tanta miséria, um facto incrível se dá, que todas as circunstâncias apontadas preparam !

Quem tem imprecações para soltar contra o autor de tanta infelicidade, não se atreve a mandá-las arrostar com o geral sentimento de indulgência ; afoga-as dentro

de si, reprime-as, e deixa correr sem contradita a voz do sentimento popular, que desculpa o rei.

El-rei D. Sebastião arrasta à derrota de Alcacer-Kibir a flor da nobreza, e o que de mais válido pôde apurar na gente do povo, deixando o reino desolado, exausto e faminto.

As famílias choram pais, maridos e irmãos, que ou caíram aos golpes das cimitarras, ou arrastam as cadeias da escravidão, outra morte mais lenta, porque ninguém possui para os resgates; e esta falta de gente moça, que a emigração para a Índia já mingudara por um lado, e duas pestes vorazes, diminuíram pelo outro, dá à tristeza da dor o aspecto mais sombrio de um medo vago de qualquer fim incerto, mais terrível ainda do que o aspecto da dominação estrangeira, o qual vem nascendo ao longe e já é para alguns um mal, que se deseje, porque porá termo ao torturante anseio.

Corridos pela fome, os camponeses procuram as cidades, onde cada família, juntando às suas penas as dos seus vizinhos, tem ainda de somar a todos os destes desgraçados, que veem procurar auxílio e refúgio no seio da miséria e da aflição.

Nêste círculo apertado de um sofrimento geral, em que para todos o irremediável fecha o horisonte, em que todos padecem sem haver quem console, que mais natural alívio do que a explosão do desespero?

Pois bem! A história não regista que o único desa-

fogo possível, e na verdade bem justificado — o da maldição arrojada contra o último causador de tamanha desgraça — tivesse lugar.

Bem pelo contrário, a ténue esperança, que ainda oferece a possibilidade de uma consolação, é a de que o rei não morresse, e possa tornar ao reino; e, como já disse, o rei desejado antes de nascer volta a ser mais desejado depois de morrer.

É significativo isto, e prova que nas consciências da multidão não foi êle um culpado.

É êsse mesmo o sentimento, que embora não confessado, nem mesmo pelos próprios reconhecido, vem a influir depois em muitos escritores, que, ao narrarem as culpas de D. Sebastião em tão tremendo desastre, vão continuamente, e sem dar por isso, aliviando o rei de todas essas culpas, para as irem deitando para cima de uns e outros.

D. Sebastião — dizem êles — fanático e imprudente, empreende a jornada de África contra o voto dos velhos capitães, e contra a opinião dêles despreza os bons planos; precipita a batalha e perde assim o triunfo certo ao fim de vinte e quatro horas — prazo sabido da morte do sultão de Marrocos, a quem o veneno foi propinado — e ainda por cima ataca de manhã apesar das súplicas do Xerife aliado, cujo é o maior interêsse da campanha, e que, perfeito conhecedor do país e dos guerreiros, vê a vitória provável, atacando-se de tarde.

Mas, ao narrarem estas particularidades, vão os historiadores distribuindo as responsabilidades por uns e por outros, caindo a culpa do fanatismo sôbre Luís Gonçalves da Câmara, a do desprezo da velha experiência militar sôbre os válidos impetuosos, a da marcha errada sôbre Cristovão de Távora, a da antecipação da batalha sôbre o padre Fernão da Silva, a do ataque intempestivo sôbre o capitão Aldona, a da derrota final sôbre o capitão Pedro Lopes.

E, contudo, para se ver quão errados são tais juízos, nada mais é preciso do que meter em comparação as culpas, que a tais homens se atribuem e o que se sabe das qualidades pessoais de cada um dêles.

A boa crítica não permite que à maldade do mestre se atribuam as inclinações de D. Sebastião. O padre Luís Gonçalves foi um santo homem, e bem conhecido era já de todos, quando o escolheram para mestre.

Quem não era bom era o discípulo, e o que era desconhecido era os axiomas científicos, que tinham de ser assentados muito mais tarde.

Os muitos enlaces entre a casa de Portugal e a de Espanha haviam de produzir forçosamente o que a sciência veio a asseverar, que sempre trazem consigo os casamentos consanguíneos, de mais a mais repetidos de geração em geração.

Á luz dessa sciência, qualquer sábio das leis da fisiologia, e completamente ignorante da história de

D. Sebastião, se lhe derem a arvore genealógica dêste desgraçado príncipe, e lhe perguntarem qual deva ser o produto das gerações, de que êle provem, prediz logo um *degenerado*, tal qual a sciência moderna o descreve, e tal qual o foi D. Sebastião em Portugal, e o seu primo D. Carlos em Espanha, as duas formas mais típicas, em que a *degeneração* se pode acentuar.

Notável coincidência! Fôra o sangue dos príncipes aragoneses que viera por Santa Isabel viciar a primeira dinastia, e destrui-la pela anulação dos altos predicados da raça de D. Dinís. Agora é o mesmo sangue de Aragão, que vem pelas duas linhas paterna e materna, arruinar a segunda dinastia, a do mestre de Aviz.

A má influêncía observa-se já nos filhos de el-rei D. Duarte, casado com a aragonesa D. Leonor.

Um dêsses filhos, Afonso V, tem actos desarrazoados que fazem pôr em dúvida o seu juizo perfeito.

Outro, D. Joana, é a esposa célebre de Henrique de Castela, é a mãe da *Beltraneja*.

Outro, D. Fernando, pai de el-rei D. Manuel, é o exaltado, agarrado no caminho, quando vai furtivamente à África, com a mesma mania do seu terceiro neto D. Sebastião, a mesma também, pela qual Afonso V ganhou na história o cognome de *Africano*.

O sangue de D. Manuel, aragonês por sua avó, mistura-se com o de D. Maria, filha de Joana a *Doida*,

aragonesa por seu avô Fernando, o *Católico*, que morreu *melancólico*.

O produto desta mistura, D. João III, paga o devido tributo à doentia ascendência com a sua imbecilidade, e, para piorar a raça, vai buscar outra filha de Joana a *Doida*, a rainha D. Catarina, irmã de Carlos V, também filho de Joana a *Doida*, e epiléptico êle mesmo.

A progénie dêste casal — D. João III e D. Catarina — é a mais eloqüente demonstração do que valem os casamentos consanguíneos.

Nasceram do dito casal nove filhos, dos quais morreram dois aos 5 anos, dois aos 2 anos, dois de meses, e um de dias. Os dois que restam casam ambos com filhos do epiléptico Carlos V e netos de Joana a *Doida*.

Um, D. João, sucessor de Portugal, morre aos 16 anos, deixando a sua viuva grávida de D. Sebastião.

O outro, D. Maria, morre aos 16 anos, deixando ao seu viuvo, o rei Filipe II de Castela, um herdeiro, o príncipe D. Carlos, corcunda, gago e louco!

Os planos tramados entre as duas famílias, para chegarem à união ibérica pelos casamentos exclusivos e consanguíneos em três gerações seguidas, veem a acabar nisto — *um degenerado*, em Espanha e outro em Portugal; o de Espanha disforme, *doido*, morto aos 24 anos, ou pela própria loucura, ou por causa dessa loucura, — o de Portugal, forte, *epiléptico*, morto aos 24 anos pelos desvairamentos da sua epilepsia.

A lenda, que fez de Carlos um herói poético, vítima de perseguições, e mandado assassinar pelo próprio pai em virtude de ciúmes políticos e amorosos, tem de ceder à verdade. A lenda que fez de D. Sebastião outro poético herói, com ideias grandes de conquista e altas aspirações de guerreiro da cruz, tem igualmente de desaparecer diante de boa crítica.

A demonstração *à priori* da epilepsia de D. Sebastião corresponde outra *à posteriori* pelos actos da sua vida».

Para termos uma ideia nítida do que seja o estado mental ou carácter dos epilépticos, nada melhor do que transcrevermos as palavras de alguns notáveis observadores. «Fóra de toda a crise convulsa, os epilépticos são egoístas, desconfiados, sombrios, irritáveis e coléricos. Um gesto, um simples olhar bastam muitas vezes para causar-lhes a mais penosa das impressões, para inflamar-lhes a cólera.

Desconfiados, questionadores, de comércio difícil, não estimam ninguém, queixam-se sem razão, disputam, fazem-se odiar. Os seus movimentos impetuosos não excluem nem a pusilanimidade, nem a covardia; neles tudo é contraditório; o mesmo homem que há um instante nos despertou a atenção pelo seu humor frenético, mau e rebelde, apresenta-se agora submisso, pálido, li-songeiro, obsequioso e humilde, acercando-nos, apertando-nos a mão, colocando-se absolutamente ao nosso

dispor, fazendo-nos protestos de estima. A mobilidade das manifestações psíquicas na epilepsia é tal, que um doente, ao meio dia, alegre, afável, demonstrativo, entusiasta, aplaudindo-se pelos seus actos, vangloriando-se pelos recursos do seu espírito e do seu coração, fazendo o elogio loquaz e exuberante da esposa, dos filhos e dos amigos, inumerando com bonomia um sem número de projectos, será talvez encontrado às três ou quatro horas da tarde imerso na tristeza, no desespero, no *tedium vitæ*.» (Legrand du Saulle).

«A nota fundamental é dada pela impetuosidade do carácter, pela excitabilidade emocional.

Os epilépticos teem sempre fáceis a ira e a violência, sendo enérgicos e muitas vezes sem escrúpulo na acção. Irrequietos, volúveis, levam de ordinário uma vida agitada, que é uma série de aventuras em que se empenham sem reflexão. Nas opiniões religiosas e políticas são sempre excessivos: ferozes conservadores, revolucionários violentos, prosélitos fanáticos de velhas e novas religiões, sectários sempre. É raro que os seus actos obedeçam a tendências altruistas; guiam-nos de ordinário fundamentais instintos de egoísmo.» (Tanzi).

«Os equivalentes psíquicos, sendo sintomas da esfera mental que substituem os ataques convulsivos, teem perfeita analogia com os fenómenos de ordem mental, que, por vezes, precedem ou sucedem às crises motoras.

Como, às vezes, os equivalentes e as convulsões se

atenuam em certos casos clínicos, se deduziu o indiscutível carácter epiléptico daqueles, que são, por vezes, a única manifestação da nevrose (epilepsia psíquica).

Enquanto que os equivalentes físicos (pequeno mal) são de curta duração, os psíquicos podem ser breves (pequeno mal intelectual) ou prolongados (grande mal intelectual).

Pertencem ao grupo dos equivalentes breves os acessos de mau humor que podem durar dias; os doentes são excessivamente irritáveis, vendo inimigos em todo o pessoal que o cerca. Sentem, às vezes, cefaleias violentas ou um sentimento de opressão na cabeça e penosas sensações viscerais.

Nestes momentos podem suicidar-se ou dar a morte a quem quer que seja. Alguns autores ainda consideram como fazendo parte dêste grupo os acessos de automatismo, que consistem na execução de actos perfeitamente coordenados, mas inconscientes. Os doentes nestas condições apresentam verdadeiras crises de sonambulismo epiléptico.

Os equivalentes prolongados oferecem o quadro clínico da *Confusão Mental*, numa das suas formas delirante e estúpida.» (J. de Matos).

Tendo, assim, evidenciado os sintomas da epilepsia clássica, vejamos, agora, o que neles podemos encontrar de atípico.

III PARTE

III PARTE

OBSERVAÇÕES

Epilepsias com predomínio dos sintomas
premonitórios,
das auras e dos equivalentes do ataque

Sintomas premonitórios

OBSERVAÇÃO I

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

A. S. A., casada, 21 anos. Mãe nervosa. Pai sóbrio. Nada mais se apurou dos antecedentes hereditários. Teve o sarampo e a escarlatina. Aos 19 anos gravidou; no fim da gestação começou a apresentar curtas crises de tremores nas mãos, durante as quais

deixava cair o que sustentava. Estas crises duravam poucos segundos. Houve albumina nas urinas. Parto normal. As crises desapareceram por algum tempo; voltaram em seguida, tornando-se mais freqüentes e, por fim, há perto de um ano, acordou uma noite ouvindo tocar a fogo para o lado da sua residência. Era pela madrugada. Querendo tomar algum alimento, chama uma criada e dirigindo-se à cosinha, com um castiçal na mão, subitamente, principia a andar à volta, fraquejam-lhe as pernas e cai sem consciência (tremores das mãos contracturadas, contractura dos globos oculares, mordedura da língua). — Aura — um vapor que sóbe do peito para a cabeça, e tão rápido, que não lhe permite pedir auxilio. O ataque dura cêrca de 2 minutos. Sono consecutivo. Não há emissão involuntária de urina. Amnésia do sucedido durante o acesso. Há ainda amnésia de factos recentes.

Em 1918 teve um aborto de três meses; dois meses depois apresentava novo ataque, que a seguir se repetem mensalmente. Ultimamente teve quatro ataques em 24 horas. São sempre diurnos, ou ao acordar. A análise de urinas deu o seguinte resultado: não há elementos anormais, baixa geral de desassimilação, indicanúria.

A reacção de Wassermann foi negativa. Trémudo palpebral. Sensibilidade normal à dor e ao tacto. Reflexos patelares sensivelmente enfraquecidos. Reflexos

oculares normais, rebordo pupilar regular, pupila direita mais dilatada que a esquerda.

Conformação craniana — nada de anormal. Úvula bifendida. Ogiva palatina muito acentuada com aperto dos maxilares; mento longo; assimetria facial pouco acusada.

Em todos os ataques tem, como sintomas premonitórios, procedência freqüente de sonhos, e tremores na véspera do acesso. É raríssimo que o ataque seja nocturno.

Aura

OBSERVAÇÃO II

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

M. A. M., 16 anos.

Pai alcoólico. Mãe muito nervosa. Uma tia alienada e outra epiléptica.

O avô materno teve ataques convulsivos tardios. Irmãs nervosas. Atrazo intelectual.

Há três meses, de noite, foi surpreendida por um ataque epiléptico, mas antes, já aparecia baba sanguinolenta nos travesseiros. Repetiram-se os ataques. — Aura — sempre a mesma — sensação visual de luz verde, brilhante e intensa, do lado esquerdo. Cai sem conheci-

mento, a fase tónica é curta, a clónica mais desenvolvida. Mordeu uma vez a língua. Não há emissão involuntária de urina. Leve hemiatrofia da face esquerda; ogiva palatina.

OBSERVAÇÃO III

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

A. L., casado, 33 anos. Uma irmã teve 13 filhos; morreram 12 de meningite e o que sobreviveu é idiota. O pai era marinheiro, bebendo bastante habitualmente e frequentes vezes foi transportado, em braços, para casa em estado de embriaguez.

Em 1915 apareceram-lhe os primeiros ataques convulsivos. Aura. — Sentia uma aflição muito grande pelo tórax acima; dobrava-se-lhe a língua, não podendo falar; procurava deitar-se, imediatamente, para não cair desamparado. A seguir, sem grito, e inconsciente, apresentava a fase tónica, depois a clónica sem sono consecutivo. Completa amnésia. No início do acesso ficava extremamente pálido.

Os ataques eram primeiramente intervalados de meses, depois de semanas e ultimamente repetiam-se diariamente e à mesma hora.

Em 1920 os ataques reapareceram, moldando-se

exactamente aos acessos anteriores. Continua fazendo uso de bebidas alcoólicas.

Aura, estado vertiginoso e estado crepuscular
de consciência

OBSERVAÇÃO IV

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

F. J. G., casada, 24 anos. Pais e irmãos alcoólicos. Uma irmã teve ataques histéricos (?).

Aos 11 anos começaram os acessos convulsivos, que eram precedidos de uma aura: estonteamento e visão turva. Passados alguns meses os ataques sobrevieram sem aura: havia perda de consciência e queda imediata, seguindo-se as fases tónica e clónica, mordedura da língua, sono consecutivo com cefaleia; duravam 4 a 5 minutos. Eram diurnos e nocturnos, aparecendo com mais frequência de madrugada.

Os acessos repetiam-se mensalmente. Gravidou e durante toda a gestação os ataques suspenderam-se por completo. Terminada a gravidez os acessos reapareceram, suspendendo-se quando a doente gravidou pela segunda vez.

Durante a 3.^a gravidez os acessos convulsivos reapareceram.

Há menos de um ano teve um aborto. Pouca febre.

Eructações, indigestão, entrando numa fase delirante. Esteve assim três dias. Amnésia do sucedido. Esta forma delirante repetiu-se há três meses, igualmente, com amnésia. Teve, em seguida, muitas eructações. Há cerca de um ano desaparecem os grandes ataques convulsivos, mas há vertigens. Sentindo a mesma aura, — estonteamento e visão turva — começa a andar à volta e cairia se não encontrasse apoio. Quando sente a aura chama por socorro.

Prisão habitual do ventre.

Menstruações regulares. Mucosas descoradas. Sem infecções anteriores, tem apresentado estados crepusculares de consciência.

Rusência

OBSERVAÇÃO V

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

D. P. S. C., 7 anos.

Antecedentes hereditários. O avô materno tinha crises de trémulo muito intenso. Pai sóbrio, não é ner-

vosu. A avó materna é cega, nervosa e alcoólica. Antecedentes pessoais: teve varíola, bronquite e enterite.

Vícios de conformação das orelhas, muito mais acentuado à esquerda. Dentes: bordos irregulares dos incisivos superiores e inferiores (os do pai tem o mesmo aspecto).

Há três meses principiou a ter ausências —; empalidece um pouco; êste estado é acompanhado de trémulo das pálpebras e movimentos do mento, como se estivesse a tomar o gosto a qualquer coisa; então parece excitado, sendo exagerado no brincar.

Termina a crise por andar sobresaltado.

Estas ausências persistem, manifestando-se, como dantes, muito irregularmente, ora passa muitos dias bem, ora repetem-se quatro, cinco e mais vezes durante o dia. A família notou que um dia, estando sentado à mesa, adormeceu, e, em dado momento, os olhos estavam convulsionados, com o mesmo trémulo das pálpebras.

Momentos depois proseguia em sono calmo. Muitas noites o sono é interrompido pela necessidade de urinar; outras, dorme até pela manhã, sem ser, contudo, um sono profundo.

Não urina no leito. Hoje, antes de vir à consulta, teve, na rua, duas ausências, sustentando-se, como de costume, de pé. Teve um ameaço durante a consulta;

principiou a pestanejar, cessando logo a ausência. Foi rapidíssima.

OBSERVAÇÃO VI

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

L. G. S., solteira, 29 anos.

O pai faleceu com artério-esclerose; era sóbrio. Nada se apurou do lado materno.

Irmãos nervosos. Primos com ataques idênticos.

Em criança teve convulsões.

Dos 7 anos aos 11 apresenta inúmeras ausências que se caracterizam pela perda súbita da consciência, acompanhada de ligeiros tremores dos lábios.

Dos 12 anos em diante começa a ter ataques epilépticos clássicos: grito, queda, inconsciência, fase tónica, fase clónica que começa sempre pelo braço direito, emissão involuntária de urina, mordedura da língua, sono consecutivo.

Quando se repetem dois ou três ataques, no mesmo dia, fica em estado crepuscular de consciência.

Umaz vezes tem alucinações visuais, outros executa actos estranhos: vestiu-se, um dia, de Rainha Santa Isabel, com emblemas, etc.

Epilepsia procursiva

OBSERVAÇÃO VII

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

A. A., solteiro, 22 anos.

Em agosto de 1920 tem a 1.^a manifestação mórbida. Conversando com uma rapariga, à porta da casa dela, pelas dez horas da noite, diz-lhe repentinamente: "Vai-te embora, que me quero ir embora," e a seguir tenta estrangular-se com um lenço.

A rapariga, estupefacta, pede auxílio; levam-no para dentro de casa. Aí cái, ficando amnésico. Dias depois repete-se a mesma scena. Em resumo. A crise epiléptica anuncia-se por fenómenos de automatismo mental, revestindo sempre a mesma tendência a estrangular-se com um lenço; a seguir cái sem consciência, fase tónica curta, fase clónica generalizada, sem emissão involuntária de urina e sem mordedura da língua. Sono consecutivo. Amnésia.

A primeira fase do ataque de automatismo mental tem variado de aspecto revestindo a forma ambulatória, procursiva: sente como um esvaimento e deita a correr.

Acordou, súbitamente, uma vez na *Ponte da Pedra* e outra a meio da ponte *D. Luís*. Há dias disse:

«Vou dar um recado a X.» saiu e daí a momentos lançou-se de um montículo para um campo de milho que principiou a atravessar, fazendo a compressão do peçoço. As pessoas que o perseguiram ouviam a respiração estertorosa.

Epilepsia impulsiva

OBSERVAÇÃO VIII

(Clínica inédico legal do Hospital do Conde Ferreira)

C. J. A., casado, 39 anos.

Agrediu a mulher com uma tesoura de podar que trazia consigo, arrastando a vítima por um caminho, rolando-a por uma bouça que lhe ficava inferior e indo depois sentar-se ao lado da mulher já morta. Eis o que foi consignado no relatório da autópsia feita ao cadáver:

«O cadáver apresentava trinta e quatro ferimentos, todos de forma elíptica e com as dimensões de três centímetros, segundo o eixo maior, e de quinze milímetros, segundo o eixo menor.

Encontravam-se assim distribuídos — cinco na cabeça, sendo um na região parietal, um na região malar esquerda, dois na região parietal esquerda, um na região occipital, interessando todos os tegumentos; oito nos membros, sendo um na região déltoideia esquerda, dei-

xando a descoberto o húmero, dois no cotovelo do mesmo lado, um no terço superior do braço direito, um no ante-braço do mesmo lado, um na face externa da coxa direita, dois na face posterior da coxa esquerda; vinte e um tronco, sendo quatro na região sagrada e nadegueira e dezassete no tórax. Fôram êstes os ferimentos de maior gravidade, sendo perforantes os seguintes: no hemitórax esquerdo, um ao nível da região precordial e outro na face posterior junto á base; no hemitórax direito, um na parte anterior, no quarto espaço intercostal, com fractura da quinta costela, e, na face posterior, três situados no segundo espaço intercostal, com fractura da segunda costela, no quinto espaço intercostal com fractura da quinta e no oitavo espaço com fractura da nona costela. Notaram-se ainda escoriações e arranhaduras por todo o corpo».

Se neste crime não se acham reunidas todas as características de criminalidade epiléptica, a ferocidade, o encarniçamento e a multiplicidade dos golpes de per si só bastam para lhe marcar a sua natureza.

Mas a isto vem ainda juntar-se: a sensação do desafogo que o criminoso sentiu ao terminar o crime, sentando-se ao lado da sua vitima; a amnésia que é quâse absoluta, tanto acêrca do crime, como de alguns factos que se passaram momentos antes; e, finalmente, a ausência de remorso.

Eis como ele exprime o seu arrependimento :

— « Não estou arrependido, porque não estou certo de a ter matado. Se fui que a matei, estou bem arrependido » .

Apresenta ainda alguns estigmas de degenerescência física: grande abertura dos ramos do maxilar inferior, arcadas arbitárias salientes e olhos encovados.

Um irmão sofre também, desde criança, de ataques epilépticos.

Os equivalentes epilépticos podem manifestar-se por uma forma erótica e, por achar raro e curioso, cito uma observação do Prof. Frisco, director do *Manicomio Provinciale di Catanzaro*.

« M. Antonia, di Antonio, di anni 33, da Catanzaro, fui ricoverata nel Manicomio di Girifalcone nell'aprile del 1898, per *Epilessia originaria* e vi si trova tutt'ora degente. É un'eredo-sifilitica ed eredo-alcoolista, di statura regolare, di costituzione fisica robusta, con sistema muscolare assi sviluppato ed in ottime condizioni di nutrizione. Presenta il cranio asimmetrico e *plagiocefalico*, la faccia più larga que lunga, con zigomi sporgenti, il naso grosso e largo, il padiglione dell'orecchio piccolo in ambo i lati e con lobulo sessile, le labbra tumide e il collo corto e toroso. Presenta pure molto sviluppate le ghiandole mammarie con i rispettivi capezzoli, i quali sono grossi e sporgenti. Sin dall'epoca del sud ricovero nel Manicomio, l'inferma, oltre gli accessi convulsivi prolungati, ha presentato, periodica-

mente, anche *stati di agitazione psico-motòria*, come veri *equivalenti*, i quali, da cinque anni a questa parte, si sono modificati nel modo seguente.

Talvolta, dopo un rapido disturbo vaso-motorio alla faccia, sotto forma di vaso-dilatazione, ed un senso di malessere generale, che sta in relazione con quanto si va svolgendo, l'inferma, che, abitualmente, trovasi degente in letto nella sala ad alta sorveglianza, all'improvviso ed in modo accessuale, sotto il dominio di immagini erotiche, che non sa definire, è obbligata a portare le mani alle proprie mammelle molto voluminose, e ad estrarle della camicia. Dopo averle lisciate e strette, violentamente, fra le mani parecchie volte, avvicina entrambi i capezzoli alle labbra, con le quali li succhia ripetutamente, in modo convulsivo, per parecchi minuti consecutivi, sino a quando riesce ad avere il soddisfacimento dell'impulso. Subito dopo, essa è presa come da un senso di stanchezza, ha la parola stentata e la fisionomia immobile. Solo eccezionalmente, appena terminato l'atto di *masturbazione mammaria*, è presa da un accesso convulsivo. Se, alla fine di questo impulso, che noi riteniamo sia un vero *equivalente epilettico*, e dopo che è ritornata tranquilla, l'inferma viene interrogata sulle manovre praticate, nulla ricorda: la qual cosa dimostra che, durante lo svolgersi, dell'equivalente, si ha completa sospensione della coscienza. »

Acessos atípicos pela sua duração

O que caracteriza sobretudo as vertigens e as ausências epilépticas, é a sua curta duração; os sintomas do grande acesso não são senão esboçados e o doente recupera a consciência depois de alguns segundos. Os acessos comiciais podem ser atípicos pela longa duração do período convulsivo, que pode passar de meia hora. Geralmente, nestes casos, a longa duração do período convulsivo é devido ao período clónico que é prolongado. Noutros casos, as convulsões tónicas confundem-se com as clónicas. A longa duração destes acessos pode induzir a erros o clínico, porque é clássico o acesso comicial não durar senão alguns minutos, enquanto que o ataque histérico é muito mais longo. Existem acessos epilépticos, nos quais os movimentos clónicos são muito extensos e que teem duração tão longa como os ataques histéricos; os seus caracteres clínicos são tais, que se lhes deu o nome de *histeróides*, mas a sua transformação em acessos epilépticos clássicos ou a sua alternância com estes últimos, não deixa subsistir a mínima dúvida sobre a sua natureza. Os ataques epilépticos de longa duração são raros.

Tissot observou ataques de dez minutos. — Féré de mais de 18 minutos.

OBSERVAÇÃO IX

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

H. M. F., casado, 26 anos.

O pai é saudável. A mãe sofria, desde solteira, de metrorragias; teve dois filhos e um aborto.

—Em 1918 começaram os ataques sem causa emotiva; sentia dores violentas por todo o corpo, parecendo que lhe estalavam os ossos; perdía as fôrças, a pouco e pouco, caíndo desamparado, sem ter tempo de se segurar ou defender da queda. Fase tónica demorada—20 minutos. Fase clónica de movimentos pouco extensos. Escuma pela boca. Mordedura da língua. Reflexos normais. Ataques quáse sempre diurnos. Alguns anos antes do comêço dos ataques convulsivos, uritava no leito, inconscientemente. Não houve ausências, nem vertigens. Foi sempre socegado, de compreensão difficil e memória frouxa, em contraste com os outros irmãos, que são de vivacidade intelectual evidente, pelo menos para a família.

Os ataques repetem-se mensalmente. Ultimamente teve três no mesmo dia.

OBSERVAÇÃO X

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

J. A. S., solteiro, 23 anos.

Pais alcoólicos.

Em Julho de 1919 começaram os ataques convulsivos.

Tem consciência da primeira parte do ataque.

A crise convulsiva — fase tónica e clónica — é longa, demorando quáse uma hora. Os accessos repetem-se amiudadamente; ás vezes, dois no mesmo dia. Cefaleia frontal diurna. Pulso hipertenso. Há bastante tempo que não tem epístaxis, que anteriormente eram frequentes. No dia dos accessos há oligúria. Considerável dilatação pupilar. Há dias, ao recolher a casa, apresentou um estado crepuscular de consciência de curta duração; passeando com um amigo, despede-se, dirigindo-se a casa; ao chegar à porta da rua, acende um fósforo e entra. No corredor, não conservando consciência do que se havia passado, cai com um ataque convulsivo.

OBSERVAÇÃO XI

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

A. F. S., casado, 22 anos.

Os pais são nervosos. Teve nove irmãos, dos quais já faleceram três.

Um filho faleceu com uma enterite.

Aos 20 anos, depois de uma emoção, apresenta o seu primeiro acesso epiléptico. Houve perda da consciência, queda, convulsões tónicas e clónicas que permaneceram durante três horas.

Estes acessos repetiam-se de três em três semanas e eram quâse sempre nocturnos.

Saliva sanguinolenta.

E' procedido, por dias, de urinas muito claras.

Por vezes sente tremores acusados nos braços ou nas pernas com sensível enfraquecimento muscular mas não chega a perder a consciência. Se o tremor «sobe á cabeça» desenrola-se o ataque com perda de consciência e amnésia consecutiva. E' freqüente repetirem-se duas a três vezes durante a noite. Raras cefaleias.

Passa dias seguidos sem saber o que faz (estado crepuscular de consciência).

Acessos atípicos por falta de uma das fases convulsivas

« Sur dix de ces malades, dit Maisonneuve, il y en a souvent plus de la moitié chez qui les convulsions ne sont, ni fortes, ni generales; il en est même chez lesquels elles sont à peine sensibles. »

Fêré observou que, durante os acessos, um dos períodos convulsivos podia ser mais ou menos rudimentar. Uma das duas fases convulsivas pode faltar completamente; esta forma de acesso foi notada por Grasset que escreveu:

« Quelquefois la période tonique manque totalement ou, au contraire est la seule manifestation convulsive ».

Quando a fase tónica falta, o indivíduo apresenta, ao mesmo tempo que a perda da consciência, contrações musculares mais ou menos extensas.

Quando existe sómente a fase tónica, os movimentos convulsivos são pouco extensos e os doentes passam dum estado de contractura generalizada à resolução muscular sem apresentar contracções clónicas. Estas fases do acesso são geralmente seguidas duma fase estertorosa muito longa; os sintomas de asfixia são sempre muito marcados ao fim da fase convulsiva, sobretudo se ela se prolonga além de dois minutos. Em casos raros o indivíduo é atingido duma rigidez tetá-

nica tal, que o tronco se curva para trás e forma um arco de círculo; as maxilas estão contracturadas e ouve-se um ranger de dentes; os olhos são convulsionados, as veias jugulares ficam salientes e a respiração é ruidosa.

Gowers cita dois casos: num, o individuo põe-se em opistótonos; noutro, em emprostótonos.

Numa observação de Clark a rigidez estendia-se da cabeça aos pés e podia levantar-se o doente «tout d'une pièce».

Pritchard deu aos acessos em que havia predomínio da fase tónica, o nome de acessos *tetanóides*.

OBSERVAÇÃO XII

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

L. A. B., 22 anos.

Um tio-teve uma crise de alienação, estando internado neste hospital (Conde Ferreira).

Hábitos alcoólicos nos lados paterno e materno.

Durante muitos anos fez uso de bebidas fortemente alcoolizadas.

Aos 10 anos principiaram os acessos convulsivos limitando-se a convulsões oculares, perda fugaz da consciência, podendo manter-se de pé. Pelos 14 anos os acessos intensificam-se, começando por grito, queda,

seguinte-se convulsões clónicas generalizadas (sem fase tónica). Mordedura da língua. Período comatoso prolongado, sucedendo-se cefaleia. Os acessos são principalmente diurnos.

Não ha emissão involuntária de urina. Num dos últimos ataques, pela enérgica contratura dos masseteres, amputou a ponta da língua.

OBSERVAÇÃO XIII

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

A. F. S., casado, 25 anos.

Eis como se deu o seu primeiro ataque epiléptico: estando a escrever, sente, repentinamente, muito sono; fica inconsciente, caindo ao chão em convulsões clónicas (ausência da fase tónica).

Teem-se repetido depois, quasi sempre de noite, de três em três meses, aproximadamente.

Leve mordedura da língua; escuma sanguinolenta. Não ha emissão involuntária de urina. Os ataques são precedidos de cefaleia. Sono consecutivo. Amnésia absoluta. Não teem sido precedidos de estados emotivos.

OBSERVAÇÃO XIV

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

P. W. R., solteiro, 22 anos.

Antecedentes hereditários — Pai nervoso; é sóbrio. A mãe é asmática. Avô materno alcoólico.

Antecedentes pessoais — Parotidite, bronquites, sarampo, escarlatina, varíola benigna e uma enterite aos 7 anos. Apresenta estigmas degenerativos. Apoucamento intelectual.

Aos 17 anos teve o primeiro acesso convulsivo. Rotação da cabeça para a direita; queda sem consciência, fase tónica (ausência da fase clónica), sono, obtusão mental ao acordar. Aura sensorial; uma nuvem diante dos olhos. Ataques diurnos. Amnésia há algum tempo. A princípio, os ataques eram espaçados de um ano, depois aproximaram-se passando a ser com intervalos de seis meses e por fim eram mensais. Desde então tem sentido sómente leves ausências precedidas por estados emotivos.

OBSERVAÇÃO XV

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

Q. C., 22 anos.

Pai alcoólico. Uma irmã muito nervosa. A mãe queixa-se de cefaleias constantes sobre a região frontal.

Foi sempre nervosa. Teve a primeira menstruação aos 17 anos. Há alguns meses apareceram-lhe os ataques de que deu o exemplo durante a consulta. Começou por tosse que foi aumentando com manifesta contractura dos musculos do pescoço, tornando-se contínua e estridente. Fechou os olhos; contracturas tónicas dos braços; rigidez dos musculos do pescoço. Passados três minutos socegava — (ausência da fase clónica).

No caminho para o hospital teve outro ataque, após o qual dizia não sentir o braço esquerdo. Antes e depois do ataque havido durante a consulta, não houve perturbações da sensibilidade. Sempre cefaleias sobre a região frontal que se agravam ao começar o ataque. Menstruações abundantes. Lencorreia.

Acessos atípicos por interversão das fases convulsivas

Nestes acessos, contrariamente à lei geral, as convulsões são primeiramente clónicas e a seguir tónicas.

Depois de extensas contracções musculares, os doentes ficam em estado de contractura.

Gowers notou esta forma do mal sagrado que Marchand reputa raro.

OBSERVAÇÃO XVI

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

A. F. M., casada, 37 anos. — Pai muito nervoso. Uma tia alcoólica. Teve dois filhos; o mais novo, de 10 anos, é surdo-mudo e excessivamente nervoso; o outro também é nervoso.

Aos 8 anos declarou-se o primeiro acesso convulsivo que consistiu em: sensação de constricção esofágica, angústia, medo, correndo a pedir auxílio; perda da consciência durante 20 horas, desvio da boca para a direita, sono profundo. Estes acessos repetiam-se, quâse mensalmente, até aos vinte anos.

Aos 21 anos, a seguir a um desgosto, teve um ataque convulsivo violento: mordedura da língua, perda da consciência, queda, convulsões clónicas generalisa-

das, amnésia. Depois de terminado o acesso, e passado poucos segundos os membros superior e inferior esquerdos, entraram em franca contractura. Os ataques são quâse sempre nocturnos (madrugada). Há um estado premonitório que se traduz por profunda tristeza e sonolência.

Acessos atípicos por falta das fases convulsivas

Não é o acesso convulsivo parte obrigatória da dramatização comicial e assim o reconheceu Tonnini :

«*La convulsione epiletica stá all'épilessia come la scintilla all'elettricitá; ma l'elettricitá esiste nell'atmosfera anche senza in lampo.*»

Esta variedade de acesso foi descrita a primeira vez por Coelius Aurelianus sob o nome de *epilepsia apopléctica*. Foi estudada mais tarde por Romberg, por Delasiauve que a denominou *apoplexia epiléptica*, e sobretudo por Trousseau que lhe deu o nome de *ataques apoplectiformes*; Féré, chama-lhe *ataque estertoroso*.

O doente perdendo rapidamente a consciência, cai como uma massa inerte; nenhum movimento convulsivo aparece; os membros estão em resolução completa e a fase estertorosa parece constituir todo o ataque. Geralmente estes acessos alternam-se com os ataques convulsivos ou outras perturbações epilépticas.

Féré considera estes accidentes como acessos incom-

pletos, afirmando a sua existência. Eis um acesso por êle observado:

«J'étais en train de prendre des mesures anthropométriques sur le malade D... lorsque tout à coup il pâlit, regarde fixement et tombe en arrière, comme foudroyé sans aucun mouvement, sans aucune rigidité; sa face se congestionne, sa respiration devient steitoreuse; lorsqu'on ouvre ses vêtements on s'aperçoit qu'il a uriné, il est dans la résolution complète, il ne répond à aucune excitation, les deux yeux ouverts, les pupiles dilatées et immobiles, les reflexes rotuliens sont abolis, le pouls est depressible. Au bout de cinq minutes environ, la respiration reprend son type normal, et le pincement provoque des mouvements, mais le malade ne répond à aucune interpellation, il pousse seulement quelques grognements et retombe dans un sommeil profond qui dure une demi-heure environ et dont il sort sans aucun souvenir de ce qui s'est passé.»

A manifestação motriz pode ser tão curta que passe desapercibida.

Alguns indivíduos que parecem ter crises sem convulsões, apresentam contudo a língua mordida, sinal que ela foi apanhada entre as arcadas dentárias contracturadas ou animadas de contracções clónicas.

Maisonneuve descreve uma forma normal de acesso, no qual as fases tónica e clónica são substituídas por um trémulo generalizado de curta duração; os membros

dos doentes ficam em seguida em estado de resolução muscular.

OBSERVAÇÃO XVII

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

L. B. B. S., 12 anos.

O pai faleceu tuberculoso. A mãe sofre de violentas cefaleias. Uma tia excessivamente nervosa.

Teve o sarampo aos dois anos.

Há três meses, depois de ouvir ruidos fortes no ouvido direito durante um quarto de hora, caiu instantaneamente, sem conhecimento. Poucos minutos depois recobrava a consciência, subsistindo cefaleia durante horas, mas sem sono. Quinze dias depois, ouvindo um ruído violento ao nível da região occipital, caiu novamente sem conhecimento. Nenhum movimento convulsivo dos olhos, nem dos membros, durante qualquer dos ataques que tem tido.

Repetem-se aproximadamente de quinze em quinze dias. Amnésia do sucedido durante o ataque. Frequentes cefaleias. Ainda não é menstruada.

Aprende bem costura e bordados. Outros estudos estão acima da sua capacidade intelectual. Constituição fraca. Já teve algum corrimento vaginal. Língua saburrosa. Não é obstipada.

OBSERVAÇÃO XVIII

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

C. M., casada, 50 anos.

Nunca teve filhos. Como antecedentes hereditários, nada se sabe de anormal do lado paterno, e, do materno, teve três tios epilépticos, já falecidos; um alienado, outro de um sofrimento nas pernas e o terceiro, cardíaco.

Nunca sofreu doença alguma importante. As digestões são, por vezes, laboriosas. Salivação abundante. A análise das urinas mostra: ausência de elementos anormais, um grande desequilíbrio de composição, franca indicanúria com insuficiência de sulfo-conjugação compensadora e pequena indoxilúria.

Há cerca de um ano, coincidindo com a menopausa, principiou a actual doença.

Leu a notícia nos jornais, que iam aparecer vulcões de fogo. Repetiu a leitura por duas vezes e aterrou-a essa notícia. Passou a noite muito agitada. No dia seguinte, pela manhã, em jejum, sentiu, bruscamente, como uma onda de ansiedade, grande vibração nervosa constituindo um estado que não pôde explicar; sobreveio a lembrança de gente morta, caindo em grande prostração.

Sempre acompanhada a crise de uma evocação

triste e penosa sucedendo-lhe a anciedade que durava segundos e que se repetiu muitas vezes no primeiro dia. As ideas premonitórias de carácter penoso desapareciam com a crise, que terminava por depressão e eructações. Passados dias, repetiu-se. Persistiam a intervalos pequenos, depois foram-se amiudando e, actualmente, repetem-se dez a quinze vezes durante o dia.

A princípio eram só diurnos; passaram depois a ser diurnos e nocturnos. Modificou-se também a crise: 1.º porque tem o prenúncio da sua aparição: uma voz que lhe diz: «eu vou lá!» 2.º porque pronuncia frases inconvenientes como: «raios te partam, filho...» dizendo a seguir: «Valha-me Nossa Senhora», frase que repete muitas vezes. (Terminada a crise perturba-se pela possibilidade de ter proferido palavras obscenas). 3.º pela aparição de tremores no lado esquerdo, mais acusados nos membros inferiores (conserva consciência d'esses tremores). As crises não se decalcam umas sobre as outras. Durante o exame, declarou que sentia a ameaça duma crise — qualquer coisa a avisava do que ia acontecer. Efectivamente três ou quatro minutos depois empalideceu muito e disse: «ai Jesus, Senhora da Candidinha, Virgem Nossa Senhora, Santissimo Sacramento, Virgem Nossa Senhora», que foi pronunciando sempre mais debilmente até que se deixou de a ouvir, notando-se sómente o movimento dos lábios.

Seguiu-se, depois, rápido, o despertar amnésico.

Da epilepsia mnésica

Nos acessos clássicos a inconsciência é absoluta e o doente não pode lembrar-se do que se passou durante a crise. Estes acessos, raros é verdade, podem revestir as duas formas seguintes: 1.^a o doente tem consciência do que se passou em volta d'êlê durante a crise, mas perde a recordação após esta; existe nestes casos uma amnésia consecutiva ao acesso; 2.^a o doente tem consciência do que se passou em volta d'êlê durante a crise e recorda-se depois. Esta conservação da consciência durante o acesso é excepcional e caracteriza certos acessos atípicos.

A. Foville observou uma comicial que teve uma crise epiléptica muito longa e na qual o conhecimento foi conservado; durante a crise teve dores atrozes.

Clark cita um caso semelhante. Hugues, em 1881, reúne um certo número de casos indiscutíveis nos quais os acessos epilépticos não se acompanhavam da perda da consciência e para êle, a idea da perda invariável da consciência nos acessos comiciais deve desaparecer. Cita a observação, muito curiosa, dum epiléptico que apresentava crises nas quais lhe era impossivel mover os membros, a consciência ficando intacta. Diz ainda, que certos indivíduos, depois de terem tido ataques do grande mal, e melhorados pelo tratamento, não apresen-

tam senão pequenas manifestações de que se recordam perfeitamente.

Ball considera excepcional a conservação da memória depois da crise epiléptica.

Joffroy tem igualmente observado acessos durante os quais os doentes falam e respondem às perguntas.

Bombarda menciona duas observações de indivíduos atingidos de epilepsia generalizada ; durante as crises, o estado de consciência era mais ou menos perfeito.

Hennocq cita três observações de indivíduos conservando a consciência durante as grandes crises e capazes de responder às perguntas de dentes serrados.

Lemoine, Clark, Seglas, Nageotte, Ducosté, afirmam que a perda da consciência não é um sintoma obrigatório. Recentemente Audenino cita três casos nos quais a conservação da consciência era notada : num caso, o doente podia conversar durante a crise ; nos dois outros os doentes não podiam falar durante o acesso mas contavam depois dêles o que se havia passado. Uma forma atípica de ataque epiléptico pode ainda ser caracterizada pela conservação da consciência com impossibilidade absoluta de fazer movimentos. Se êstes acessos não se alternassem com crises convulsivas, seria impossivel ligalos à epilepsia. Marchand observou o seguinte caso : « um epiléptico, de crise convulsiva clássica, cai diante de nós e parece perder o conhecimento ; a facies é pálida, os olhos ficam semi-abertos, os globos oculares não se

convulsionam; o pulso é rápido; a respiração parece normal, não há emissão involuntária de urina; resolução muscular — os membros levantados caem pelo seu próprio pêso; a sensibilidade parece abolida; êste estado dura alguns minutos; o doente começa a fazer alguns movimentos e pode falar. Diz-nos então que ouviu a nossa conversa e, depois de algumas perguntas convince-nos que não tinha perdido a consciência: recordava-se do que se havia passado durante a crise.»

Os acessos de epilepsia com conversação da consciência, podem confundir-se com os acessos histéricos; o diagnóstico torna-se muito delicado quando o doente, conservando durante a crise uma semi-consciência, acusa uma sensação de bola epigástrica, de alucinações do ouvido ou da vista. Billod deu a esta forma o nome de *epilepsia histérfome*.

Henri Claud e A. Baudouin, citam uma curiosíssima observação de epilepsia mnésica procursiva: «M.lle V... (Victorine), vinte e cinco anos de idade, criada de quarto, não apresentando nada de importante nos seus antecedentes familiares.

Foi regularmente menstruada desde os dezasseis anos e meio.

Aos 18 anos teve a sua primeira crise epiléptica; caiu vindo dum recado: grito inicial, espuma pelos lábios, convulsões, emissão involuntária de urina. A perda da consciência foi absoluta. A esta crise típica

sucederam-se outras. Duas trepanações não a melhoraram. Depois da sua entrada na *Salpêtrière* (Julho 1902), as crises tornaram-se mais freqüentes. Primeiramente mensais, os acessos repetem-se agora todos os oito dias. Os acessos são precedidos por um período de algumas horas durante as quais sente um grande mal estar; sufoca, sentindo uma constrição torácica e tem náuseas. Os acessos sobreveem abruptamente e desenrolam-se com todos os caracteres clássicos da crise comicial, seguindo-se um período de prostração, de embotamento sempre muito prolongado.

Recentemente a vinte e seis de Outubro de 1905 e vinte e seis de Janeiro de 1906, os acessos, tendo sido até então clássicos, modificaram-se. A doente, muito inteligente, tinha um caderno onde anotava as suas crises e onde descrevia as suas impressões. Eis as suas palavras: «Jeudi 26, je me suis réveillée me sentant très bien. A l'heure du déjeuner, je ne me sentais aucun appetit. Jusqu'a 2 heures et demie, j'étais assez bien. Mais voilà qu'il me prend un malaise, *toujours comme de coutume*. Je me suis promenée plusieurs fois autour de la salle. Ensuite une idée, plus forte que moi sans doute, me prend de m'en aller dans la cour en criant que je voulais m'en aller. Par trois fois, ces cris m'ont pris comme si c'était un être surnaturel qui se trouve en moi dans ces moments qui me force, malgré moi, de crier. Je ne perds pas connaissance.»

Durante o seu delírio, que durou duas horas, por três vezes, andou, com passos largos, em volta dum pátio: umas vezes correndo, outras dansando. Tinha o olhar desvairado, gestos automáticos e gritava sem cessar com voz aguda e penetrante: « Je veux m'en aller... ah! ah! »

Nada a retinha e empurrava brutalmente todos os que dela se aproximavam. Às vezes parava e fazia então contorsões, caretas, sem cessar de gritar.

Acalmava-se pouco a pouco terminando por dormir profundamente.

No dia seguinte sentia-se fatigada. A 26 de Janeiro sobrevem uma crise análoga que ela descreve minuciosamente:

« Aujourd'hui 26 janvier, tout à coup je ressens l'envie irresistible de pleurer.

La crise de larmes devient peu à peu plus forte. Mes membres finirent par se contracter. Je finis par crier malgré moi comme si j'avais à ce moment un être surnaturel en moi, qui malgré ma volonté me force absolument à crier et à me débattre. Il me semble qu'à ce moment-là, quelqu'un vaudrait me forcer à rester tranquille, je lui ferais du mal. Je n'ai plus peur de rien et je ne perds pas connaissance tout en me sentant abasourdie. Dans ce moments, j'entrevois mon triste sort, comme encore plus cruel que de coutume. C'est comme un desespoir qui me penètre profondément et

je n'ai plus que cette pensée de m'en aller. Je me rends aussi parfaitement compte de ce qui se passe autour de moi, des personnes qui m'entourent et de tout ce qui se dit. Je me suis ainsi très bien aperçue qu'à ce moment M. Infroit m'avait photographiée en plusieurs poses, il me semble».

A crise não durou senão meia hora terminando como a primeira vez, lentamente; deita-se cansada e adormece; nos dias seguintes sente mal estar.

Fizemos o diagnóstico de epilepsia procursiva mnésica.»

Às vezes, a conservação da consciência limita-se à primeira parte do ataque epiléptico seguindo-se a amnésia.

OBSERVAÇÃO XIX

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

J. M., solteiro, 23 anos.

Abusos alcoólicos do lado materno. Alienação num tio paterno. O irmão mais velho teve, aos 24 anos, acessos convulsivos em dias seguidos.

Nêle, os ataques epilépticos principiaram aos 18 anos. Tremores violentos da mão esquerda que se propagavam a todo o corpo. Mordedura da língua. Mudança de cor. A freqüência destes acessos é grande; dois ata-

ques no mesmo dia e, às vezes, cinco em dias seguidos. Alternando com êstes ataques há formas atípicas que se traduzem por ausências e estados vertiginosos.

Em todos os ataques assiste conscientemente ao começo da face convulsiva, caindo depois amnésico.

Depois dos acessos sente um certo grau de adormecimento no braço esquerdo, o que não o impede de trabalhar. Sente, por vezes, atordoamento da cabeça e dores, pouco violentas, na região frontal. Os reflexos patelares estão levemente diminuídos; o radial e oculares normais. Há uma aura: sensação angustiosa que lhe sobe pelo peito acompanhada de violentas palpitações; depois começa movimentos de flexão do braço esquerdo que vão aumentando de intensidade e cai sem consciência.

OBSERVAÇÃO XX

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

A. N., 45 anos.

Não conhece a família.

Teve aos 20 anos acidentes sifilíticos; manifestações cutâneas. Há 15 anos principiou a sentir impressões de «prurido cerebral» e depois celafeia em capacete. Pouca disposição para o trabalho.

Por vezes sente profunda tristeza. Ultimamente, quando anda sobre superfície plana, tem tendência a

desequilibrar-se; parece-lhe que o terreno lhe foge. É um fenómeno puramente subjectivo, pois, essa perda de equilibrio não se manifesta a estranhos. Ha vinte e tantos anos teve ataques epilépticos com desvio lateral da cabeça para o lado direito. Agora anda preocupado porque a cabeça tem tendência a desviar-se, novamente, para o lado direito.

Depois da consulta escreveu ao Ex.^{mo} Snr. Dr. José Fernandes de Magalhães, a seguinte caria :

Porto, 14—9—920.

Ex.^{mo} Snr.

Só depois de chegar a casa é que me lembrei que não tinha, por esquecimento, relatado um facto respeitante à minha doença, e que não sei se modificará o dignóstico já por V. Ex.^a feito.

É o seguinte:

Há uns vinte anos que fui acometido duns ataques que, creio, foram classificados de epilépticos.

Deram-me, talvez, seis num espaço de quinze dias, não voltando, até hoje a repetir-se.

Antes de cair, a cabeça torcia-se toda para o lado direito, e é ainda hoje do mesmo lado que mais sinto a pressão nervosa, quando é mais intensa, chegando a parecer-me que o ataque se vai repetir, pois sinto como que uma força dentro em mim a empurrar-me para o lado direito, sem, felizmente, outras consequências.

Desculpe V. Ex.^a servir-me deste meio para completar a exposição que pessoalmente fiz e aproveito a ocasião para mais uma vez agradecer a forma atenciosa como V. Ex.^a me recebeu e ouviu.

De V. Ex.^a Mt.^o At.^o Ven.^{or}

A. N.

OBSERVAÇÃO XXI

(Clínica médico-legal do Hospital do Conde Ferreira)

J. R. F., solteiro, carpinteiro, é acusado do crime de homicídio praticado na pessoa de seu pai, M. R. F., no dia 21 de Julho de 1920.

Eis em que condições foi praticado o crime: na véspera, segundo as informações do arguido, por instigações do pai, um seu irmão tentou agredi-lo com uma foiçada que o atingiu levemente, mas, receando uma agressão mais violenta e escutando o conselho que lhe deram, foi dormir a Avanca a casa de um amigo.

Regressando de manhã e entrando em casa, vê o pai a passear numa sala com um pau na mão. Saúda-o, e, sem obter resposta, relata-lhe os seus queixumes e a injustiça de que é vítima por receber maus tratos em recompensa dos esforços que emprega para restabelecer a harmonia entre os seus.

No mesmo momento, sem qualquer altercação, «sentindo subir uma coisa por êle acima» arranca o pau das mãos do pai e brandindo-o com violência, descarrega-lhe uma pancada na região malar que o prostra.

Tal foi a violência desta pancada que no relatório da autópsia se consigna a fractura do malar «bem como do maxilar superior que está estilhaçado, havendo várias esquirolas espetadas nos tecidos moles que estão reduzidos a uma massa informe.»

Estava longe de haver em casa do argüido uma regular harmonia. O pai, casado já três vezes, de carácter arrebatado e perverso, maltratava sua mulher com freqüência e o mesmo sucedera às duas primeiras, chegando o argüido, por vezes, a ter ouvido dizer a mãe que, êle, com os maus tratos as matara. Ainda na antevéspera do crime, regressando o pai duma feira, por motivo ao que parece fútil, levantou grossa questão com a mulher, terminando por a agredir e por tal forma o fez que, com um machado que tinha na mão e com o qual dava golpes numa porta em que, por ordem da mãe, o argüido pregara uma taboa (motivo que provocara a questão), produziu-lhe um ferimento no dedo indicador da mão direita de que lhe resultou ter de o amputar.

Já esta agressão o dispozera mal para com o pai contra quem teve palavras de censura em defesa da mãe. Porém, no dia seguinte, véspera do crime, como acima

já referimos, por ordem do pai, o seu irmão procurara agredi-lo com uma foiçada que ligeiramente o feriu nas costas, mas chegou ainda a rasgar-lhe o colete e a camisa.

Não era a primeira vez que o arguido experimentava os maus tratos da família. Estes repetiam-se e, por vezes, revestiam um carácter de notável perversidade. Relata-nos o arguido que por questões que houvera em certa ocasião, lhe amarraram as mãos à cabeça com uma corda, o pai e o irmão, penduraram-no em seguida numa figueira e como já não pudesse fazer movimento algum, para se certificarem de que estava vivo, fizeram uma fogueira por baixo dêle de modo que as chamas lhe chegassem aos pés.

Todos êstes factos se tinham ido acumulando e a foiçada vibrada pelo irmão na véspera do crime tinha feito despertar no arguido o sentimento de vingança.

Animado dêste sentimento entrara em casa e a vítima designada era seu irmão, como êle próprio no-lo confessou; mas, deparando-se-lhe seu pai que geralmente se associava ao irmão nos maus tratos que êle sofria e que portanto, da parte do arguido, compartilhava dos mesmos sentimentos, foi sôbre êle que se fez a inevitavel descarga da sua crise patológica em potência.

Já no primeiro exame médico-legal a que o arguido foi submetido foi constatada a existência da epilepsia e nós próprios tivemos ocasião de presenciar dois ataques nos dias em que o observamos.

Pormenorizaremos êstes ataques, pelo muito que tem de curiosos e elucidativos para a questão que nos interessa.

Diremos antes de tudo que perguntando ao arguido se tinha conhecimento do que se passava durante o ataque, êle reproduziu-o com notavel fidelidade, como depois tivemos ocasião de confirmar.

O primeiro ataque que teve na nossa presença foi de extrema violência. Começou por um trémulo generalizado que se acentuou nos membros superiores e nas mãos sobretudo, parecendo sacudi-las e, ao fim de alguns momentos, começou a fazer amplos movimentos pendulares do tronco e cabeça no sentido antero-posterior, como grandes saudações, caindo depois para o chão em convulsões fazendo rápidos movimentos de lateralidade do tronco e cabeça principalmente, arrastando-se assim até alguma distância. As convulsões foram-se intensificando a pouco e pouco até atingirem uma violência extrema, deixando-o extenuado e coberto de suor. Terminado o ataque mal podia falar e o seu torpor mental tinha-se acentuado como em outros dias tivemos ocasião de constatar também, após ataques que tinha tido.

A maneira como se desenrolou o ataque, a sua violência e o estado de obnubilação intelectual que se lhe seguiu, afastariam qualquer suspeita de simulação, mas pudemos ainda observar durante êle a midriasis pupilar.

Ao contrário do que seria permitido supôr, apesar da violência do ataque, o argüido conservou a consciência durante a crise, podendo depois pormenorizar factos que se passaram, como o de lhe termos examinado os olhos, etc.

Duas das principais características da criminalidade epiléptica, a ausência de motivo e a amnésia não se verificam no argüido.

Ele praticou o crime movido por um sentimento de vingança e relata as circunstâncias em que o perpetrou com aproximada exactidão.

As faltas que na sua narrativa se encontram não são a consequência de um propósito de diminuir ou atenuar a sua culpa; a sinceridade com que fala é evidente e só a um estado crepuscular da sua consciência são atribuíveis.

Por essa razão elle faz afirmações que depois nega e, outras vezes, fica hesitante, sem saber o que há de responder. Afirmava ter morto o pai com uma pancada apenas e vibrada com uma enxada e que não tinha havido luta entre elles; porém, pelos ferimentos encontrados na vítima (na base anterior e posterior do punho direito, junto da articulação esterno-clavicular esquerda e na região nadegueira do mesmo lado), conforme estão descritas no relatório da autópsia, conclue-se que houve luta, assim como se vê que foram mais de uma as pancadas vibradas na cabeça da vítima e todas de grande

violência, fracturando e estilhaçando ossos e abrindo brechas que punham a descoberto a massa encefálica.

Alguns depoimentos do processo fornecem-nos também elementos de valor: a sétima testemunha A. N. R., encontrando-se com o argüido após o crime, ouve êste contar-lhe «que tinha matado seu pai» e o mesmo confessa o acusado à segunda testemunha M. A. T., que o prendera por ordem do regedor e à terceira, A. R. S., que em seguida ao crime o vira passear na rua.

A confissão do crime, sem rodeios, espontânea, se não com a impressão de ter feito uma acção meritória, pelo menos compenetrado de ter praticado um acto de justiça, isento portanto de culpa e não lhe trazendo à lembrança a necessidade de se esconder ou fugir; a insólita violência da agressão e, sobretudo, a vítima atingida, que não foi aquela que préviamente tinha sido designada mas sim a que se lhe deparou no momento em que a sua crise estava prestes a estalar; a subitaneidade com que esta rompeu; tudo isto traduz caracteristicamente a natureza mórbida e impulsiva do acto incriminado, *embora se não encontre a amnésia tão peculiar aos equivalentes psíquicos da epilepsia*. Á evolução consciente dos ataques violentos e inevitáveis que presenciámos, sobrepõe-se o desenrolar da scena violenta e irremovível que teve por desfecho a morte do pai.

Resta-nos assinalar além de alguns estigmas físicos de degenerescência existentes no argüido: orelhas afas-

tadas da cabeça, arcadas orbitárias salientes e olhos encovados, dando-lhe um ar sinistro, paralelamente acompanhado duma fisionomia de desconfiança e timidez, impressionantes, o carácter arrebatado e perverso do pai, a que já nos referimos, e a que não seriam estranhos os seus abusos alcoólicos e ainda a notável diferença de idade que havia entre o pai e a mãe que o argüido não sabe precisar mas, no entanto, diz ser de 20 a 25 anos, tudo isto contribue para o diagnóstico de epilepsia.

As associações hístico-epilépticas

Quáse todos os psiquiatras modernos aceitam no mesmo doente a coexistência de ataques hísticos e epilépticos, em ocasiões diferentes da vida, mas negam, terminantemente, a existência de acessos hístico-epilépticos. Embora não ouse afirmar, categoricamente, a existência dessa associação, creio que a não devemos pôr inteiramente de parte. Já na observação anterior, que citei como exemplo de epilepsia mnésica, disse: «O primeiro ataque que teve na nossa presença foi de extrema violência. Começou por um trémulo generalizado que se acentuou nos membros superiores e nas mãos sobretudo, parecendo sacudi-las e, ao fim de alguns momentos, começou a fazer amplos movimentos pendulares do tronco e cabeça no sentido antero-

posterior, como grandes saúdações, caindo depois para o chão em convulsões, fazendo rápidos movimentos de lateralidade, do tronco e cabeça principalmente, arrastando-se assim até alguma distância.» A primeira parte deste acesso convulsivo é puramente histérico.

Mas, mais frisante se torna ainda a existência de um acesso hístico-epilético, na observação que adiante cito.

Como sintomas de histeria, temos: a existência de movimentos intencionais: dobrar os varões de ferro do leito, voltar o espelho, levar as mãos à cabeça como se uma forte cefaleia o importunasse ou leva-las à região cardíaca como se sentisse grande opressão; tentar rasgar a camisa; morder o travesseiro, etc.; o pronunciar repetidas vezes, em verdadeiro estado de automatismo mental, as palavras «caixinha alemã, foot-ball...» e a longa duração do acesso.

Como sintomas de epilepsia, temos: o começo brusco dos primeiros ataques; o estar a língua espasmodicamente dobrada em ângulo recto; o empalidecer do doente e, finalmente, como sintoma de valor, a brusca suspensão das pulsações radiais ao iniciarem-se os acessos.

Eis a observação:

OBSERVAÇÃO XXII

(Clínica particular do Dr. José Fernandes de Magalhães)

X., empregado comercial, 21 anos.

Pai saudável. Mãe brigtica (?).

A mãe, grávida de sete meses, deu uma queda violenta, havendo abaixamento do útero; teve de conservar-se no leito por mais de quinze dias. Fez os seus estudos primários com facilidade.

Foi sempre nervoso e irritável, contrariando-se exageradamente diante de motivos fúteis. Estados obsessivos: ao remover de um para outro lado, no estabelecimento, qualquer objecto frágil, entra em apreensão pela possibilidade de o deixar cair e parti-lo. Prende-o e sustenta-o, convulsivamente, entre as mãos, mas continúa a ser perseguido pela idea de o deixar cair e pela possibilidade de abrir os dedos — e êles abrem-se, o objecto cai e faz-se em pedaços. É sóbrio.

Aos 11 anos teve, sem causa conhecida, o primeiro acesso convulsivo. Bruscamente sentiu que a commissura labial esquerda se desviava para fora e, seguidamente, apareceram convulsões na metade esquerda da face.

Estas crises repetiram-se durante oito dias com pequenos intervalos. Aos 18 anos teve nova crise, igualmente sem causa conhecida. Passeava tranquilamente e,

de repente, prende-se-lhe a perna esquerda ao solo; sofrendo dores atrozes, não a podia flectir.

Persiste esta crise durante oito dias.

Passado algum tempo surge a terceira crise, succedendo-se, pela primeira vez, a um estado emotivo: perda de dinheiro na cobrança. O pai entrou com a quantia perdida, mas o doente não conseguiu desviar este assunto do seu espírito.

Dias depois estala a crise, por dor e impossibilidade de movimento na perna esquerda, sensação de angústia, opressão cardíaca, movimentos convulsivos, perda de consciência e amnésia consecutiva. Os acessos convulsivos repetem se, amiudadamente, dia e noite; nos intervalos há certa obnubilação da intelligência. Observação — O doente está em decúbito dorsal; a perna esquerda em extensão forçada.

Procuramos fazer, suavemente, a flexão, conseguindo apenas leval-a a um ângulo muito obtuso, porque o doente queixa-se de violentas dores desde que se prosiga nas tentativas de a flectir. Levanta, com toda a facilidade, a perna e coxa, mantendo-a sempre em extensão. Percebem-se mal as suas respostas porque a língua está espasmódicamente dobrada em ângulo recto, ponta dirigida para a esquerda. Consegue projectar a língua fora da boca e mante-la, por algum tempo, em extensão completa, mas assim que a recolhe contractura-se na attitude viciosa.

Ao contar-lhe o pulso noto a brusca suspensão das pulsações e assisto ao empalidecer do doente, perda da consciência, seguindo-se com intervalos de 5 a 6 segundos, curtas, de pequena amplitude, mas muito rápidas convulsões dos braços. Poucos segundos depois recobra a consciência.

Estes pequenos ataques eram muito frequentes. Assisti ainda a um ataque de forma diferente. *Aura*: — formigueiro doloroso no pé esquerdo, subindo rapidamente à região cardíaca, angústia, repuchamento da língua e queda sem conhecimento.

Acusada palidez. Corre um fio de baba pelo canto direito da boca e entra em convulsões que consistem em rapidíssimos movimentos de extensão dos braços; projecção do corpo para a esquerda ou para a frente; novas convulsões dos braços.

Repete várias vezes as palavras «caixinha alemã, foot-ball, . . .».

Renovam-se as convulsões.

De permeio há pausas em que executa movimentos intencionais: dobrar os varões de ferro do leito, voltar o espelho, levar as mãos à cabeça como se uma forte cefaleia o importunasse ou levá-las à região cardíaca como se sentisse grande opressão; tentar rasgar a camisa; segurar um travesseiro e morde-lo.

Os olhos ora estão fechados, ora abertos num

olhar fixo e vago. O ataque termina bruscamente; recupera a consciência; mostra-se fatigado, mas não dorme. Não morde a língua. Não há gatismo.

Amnésia completa do que se passa durante o ataque.

Repetem-se estereotipadamente. Duram aproximadamente 12 minutos.

Passadas duas semanas tem nova crise que dura dois dias. Num dado momento, desaparece a contractura da perna e sente qualquer coisa de inexplicável anunciando-lhe que entrou em saúde. Efectivamente, até hoje, não se renovaram os ataques.

Sente-se muito fraco e incapaz de se dedicar aos trabalhos comerciais.

Concluindo

Esta exposição das principais formas atípicas da epilepsia generalizada demonstra-nos que os sintomas primordiais, constituindo o síndrome denominado *acesso epiléptico*, podem, pelo predomínio, pela falta de alguns dos seus elementos, pela diversa sucessão ou pela junção de novos sintomas, dar ao acidente paroxístico uma fisionomia bem especial.

Em alguns casos, as fases convulsivas, geralmente duma curta duração, podem ser prolongadas; noutros, uma destas pode faltar; a fase clónica pode, algumas vezes, preceder a tónica; enfim, noutros casos, podem faltar completamente.

As formas atípicas se são de molde a criar sérios embaraços no diagnóstico da nevrose, levantam dificuldades muito para temer quando afloram o problema médico legal; verdade seja que um problema médico legal é, fundamentalmente, um diagnóstico a estabelecer.

Vão aos tribunais indivíduos acusados de crimes de maior ou menor gravidade, suspeitos de epilepsia e, pelo facto de não apresentarem um cortejo sintomatológico bem típico, os peritos, por vezes, contestam a existência da epilepsia supondo tratar-se de simulação.

Muito mais grave é o que pode suceder diante das formas mnésicas, pela ignorância que, ainda hoje, reina sobre elas nos médicos não especializados em assuntos de psiquiatria e neurologia.

Quando, num impulso cego e irresistível, o comicial mata ferozmente o primeiro que depara à sua frente, desde que conserve consciência do seu acto criminoso, não pode, na opinião de muitos neurologistas e entre êles Tissot, ser considerado um irresponsável.

Eis as suas palavras: «*Quelque violentes, quelques généralisées que soient les convulsions, si elles ne sont pas accompagnées de perte de connaissance et de sentiment, ce n'est point l'épilepsie*».

Em alguns tratados de medicina legal, a perda da consciência e a amnésia post-acessual, são considerados elementos indispensáveis ao diagnóstico de epilepsia.

Vemos, assim, a que injustiças estão sujeitos os infelizes atingidos pelo mal sagrado. Erros tremendos se teem praticado julgando indefesos comiciais.

Legrand du Saulle cita o caso de Louis Lecouffe, de 24 anos de idade, assassino, e que na própria ocasião dos debates apresenta repetidos e violentos ataques con-

vulsivos; foi condenado à morte e executado pouco tempo depois.

Eis um outro caso citado por Echeverria :

« Røegiers, de 30 anos, forte constituição, tinha ataques epilépticos desde os 7 anos. Julgado por uma desordem que tivera com B., foi condenado a alguns meses de prisão, apesar dos seus protestos de inocência. Ao deixar o tribunal, apertou a mão a B., assegurando-lhe que não sentia nenhuma animosidade contra êle, visto que não era responsável pela sentença.

Pois foi este mesmo B., a quem êle acabou por matar. Com esse fim, viram-no no dia do assassinato tranquilamente afiando uma navalha numa pedra ; levou nisto horas, enquanto que repetia sem cessar: «Eu saberei como te hei-de apanhar ». Sahiu, à luz do dia, com a navalha na mão, correu a casa de B., que vivia num bairro populoso e entrou-lhe em casa. Mas B., ao vê-lo, fugiu por uma porta trazeira. Røegiers perseguiu-o, feriu uma irmã de B., que queria defendê-lo, e correu sôbre a sua vítima como um tigre. Conseguiu agarrá-la, deitá-la por terra, fez-lhe uma profunda ferida no pescoço e cravou-lhe as unhas pelo corpo, parecendo querer dilacerá-lo. Grande multidão acudiu, mas ninguém se atreveu a intervir. Só o fizeram quando Røegiers caíu desmaiado. Agarraram-no então e prenderam-no com cordas a um carrinho de mão. A todas as perguntas que se lhe fizeram a respeito do seu horrível crime, sempre deu a mesma resposta :

« desde que o sr. me faz responsável disso, necessito crê-lo, mas ignoro-o completamente. » O médico que examinou o estado mental de Røegiers declarou-o na posse de toda a sua razão. Condenado à morte, foi a sentença comutada em trabalhos forçados e na exposição por uma hora. Enquanto estava sofrendo êste último castigo, foi acometido de tão violentas convulsões que o executor foi obrigado a sentá-lo numa cadeira, onde teve as maiores dificuldades em o segurar.

Era o protesto da inocência contra a estupidez das sociedades. »

Diz-nos Bombarda :

« Dêstes êrros judiciários estão cheios os tribunais de todos os paizes e para êles contribuem muitas vezes os próprios peritos com as suas respostas hesitantes, que só veem de ir buscar uma falsa sciência para base das suas apreciações. Entre nós tambem muitos êrros. Já citei o caso Martinho da Cruz. Mas há outros mais notáveis. Um soldado teve um período de exaltação em que procurou agredir os seus superiores numa scena violenta, desordem e incoherência tais que as próprias testemunhas suspeitaram da integridade das suas faculdades mentais; « dir-se-hia um ataque de nervos »; « tão doido parecia estar que o amarraram com umas cordas. »

Demais era voz geral que o homem padecia da cabeça, que chegára a fugir do quartel, que deixára de se alimentar e, às vezes, andava falando só. No interroga-

tório a que o submeteram não se lembrava de nada do que sucedera e disse que estava acostumado a ter uns ataques que o tinham por vezes levado ao hospital; ainda no dia da violência fôra acometido dêsse mal. Os médicos averiguaram que se tratava dum epiléptico, nem para tanto era precisa a verificação dos ataques. Êste homem foi condenado à morte pelo tribunal militar.»

Se isto se tem feito a epilépticos com o ataque clássico, o que não poderá acontecer áqueles que apresentem as formas incompletas, os acessos atípicos ?

«O epiléptico actua sôb a influência duma fôrça irresistível, fôrça de que não é possível prever a amplitude de irradiação na serie de desequilíbrios que vai provocar. Êle pode ser um prejudicial, um *nocivo*, é-o de facto muitas vezes; não é porém nunca um *culpado*. (Prof. Lopes Martins).

O estudo do mal sagrado está em pleno período de evolução, quer sob o ponto de vista etiológico, patogénico, anatomo-patológico como até clínico e terapêutico, mas sabe-se já o bastante para fugir-se às velhas praxes scientificamente destituídas de fundamento e que brigavam com os ideais da *Razão* e da *Justiça*.

Visto.
Pires de Lima,
Presidente.

Pode imprimir-se.
Lopes Martins,
Director interino.

BIBLIOGRAFIA

DOTT. EMILIO KRAEPELIN

Introduzione Alla Clinica Psichiatrica — Milano, 1905.

DR. J. VIRES

Maladies Nerveuses — Paris, 1902.

TANZI & LUGARO

Trattato Delle Malattie Mentali — Milano, 1914.

PURVES STEWART

The Diagnosis of Nervous Diseases — London, 1916.

W. BEVAN LEWIS

A Text-Book of Mental Diseases — London, 1899.

H. BERNHEIN.

L'Histerie — Paris, 1913.

STEWART

Maladies Nerveuses — Paris, 1916.

E. REGIS

Précis de Psychiatrie — Paris 1914.

DR. MAGALHÃES LEMOS

L'Épilepsie Sensitive Et La Dementia Paralytique — Berlin, 1891.

L. MARCHAND

Des accès épileptiques atypiques — (Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale) — Tome XIV — Avril, 1910.

JOÃO LOPES DA SILVA MARTINS JÚNIOR

Os epilépticos em Medicina Legal — (Dissertação de concurso apresentada à Escola Médico-cirúrgica do Pôrto — 1888).

BERNARDINO DE JESUS LAVRADOR RIBEIRO

Falsos comiciais — (Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Pôrto — 1918-1919).

LEGRAND DU SAULLE

Etude Médico-Légale sur les Epileptiques — Paris — 1877.

JULIO DE MATOS

Elementos de Psychiatria.

HENRI CLAUDE ET A. BAUDOIN

Sur une forme de delire ambulatoire conscient chez des epileptiques (L'Encéphale).

MIGUEL BOMBARDA

Lições sobre a epilepsia e as pseudo-epilepsias — Lisboa — 1896.

La conscience dans les crises epileptiques — Revue neurol. dec. 1894).

P. HARTEMBERG

Une conception nouvelle de L'Epilepsie — (Presse Médicale — 8 Novembre 1919).

PROF. B. FRISCO

Equivalente epilettico sotto forma di esposizione accessuale del seno (esibizionismo) e consecutiva automasturbazione mammaria — (Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria e Medicina Legale, fondatto da Cesare Lombroso) Milano — Roma, 1919.

MANUEL BENTO DE SOUZA

O Dr. Minerva — Lisboa, 1894.