

N.º 145

OS CRIMES
DOS EPILÉPTICOS

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

POR

Henrique Carlos do Rosário Seixas

OUTUBRO DE 1922

199/2 FHP

— 1922 —
IMPRENSA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

OS CRIMES DOS EPILEPTICOS

N.º 145

OS CRIMES DOS EPILÉPTICOS

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

POR

Henrique Carlos do Rosário Seixas

OUTUBRO DE 1922

———— 1922 ————
IMPRENSA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
———— PORTO ————

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO INTERINO

Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Souza Júnior
Bacteriologia e Parasitologia . . .	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória	Vaga
Patologia cirúrgica.	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirúrgica.	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstétrica	Vaga
História da medicina e Deontolo- gia.	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifiligrafia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria.	Dr. António de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professor Jubilado

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. João Lopes de Silva Martins Júnior

Dr. Carlos Faria Moreira Romalhão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do Regulamento Privativo da Faculdade
de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1920.

Dr. Pedro Augusto Dias

A meus Pais

Quiz Deus que visseis coroados todos
os vossos sacrifícios.

Beijo-vos as mãos numa tão profunda
gratidão como de grande é a felicidade
que sentis neste momento.

À minha Noiva

*Se, pensando em mim, te dedicaste
à «Pasta de Quintanista» não duvides,
também, em recompensa de tudo, do
sentimento com que invoco a imagem
adorada da Tália.*

A minhas Irmãs

Honorina e Maria do Céu

A meu cunhado

Álvaro César Meireles

Compartilhais da minha alegria.



A minha sobrinhita

"Guimênas,,

Com um beijo.

A meus tios

A meus primos

Penso em vós.

À Ex.^{ma} Família

Antero Augusto Silva

D. Camila Águedo da Silva

Túlia

e

Adalcina do Céu

Muita amizade e respeito.

AOS BONS "VELHOS."

Adriano Augusto de Campos

e Ex.^{ma} Esposa

D. Sofia de Oliveira Campos

Jámais os esquecerei.

À boa Madalena

Pela vossa paciência.

Aos meus condiscípulos, contemporâneos e amigos

EM ESPECIAL

Dr. Francisco Vasques de Carvalho

Dr. Francisco José Mateus

Dr. João Victor Macedo Pinto

Dr. Manuel de Souza Martins

Dr. José Lacerda Pinto

Dr. José Pestana da Silva

Dr. Antonio Chaves Maia

Dr. Bernardino Ribeiro

Saúdades de vos deixar.



Ao alferes Manuel Moreira Cardoso

Não esqueço o tempo, em que
éramos como irmãos.

Ao douto corpo docente da

Faculdade de Medicina do Pôrto

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. José Fernandes de Magalhães

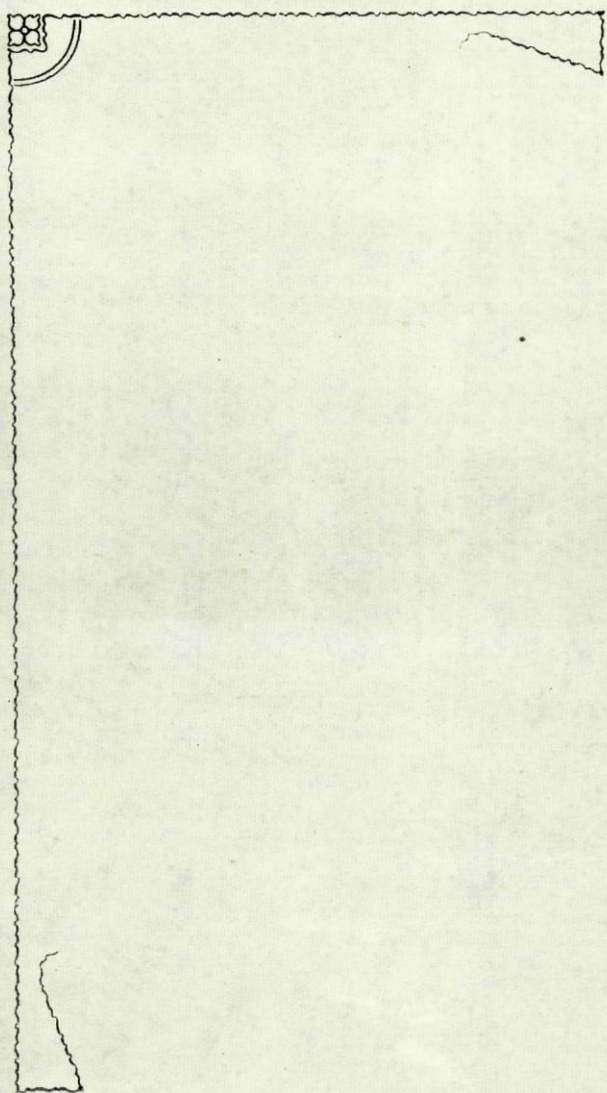
*Reconhecido por todas
as vossas finezas.*

Ao meu ilustre Presidente de Tese

Ex.^{mo} Snr.

Prof. Dr. Antônio de Souza Magalhães Lemos

*Em homenagem ao vosso talento
o aluno humilde.*



Advertência

Não venho trazer novidades. Somente apresentar o trabalho de muitas horas em consultar ora um ora outro livro, estudando esta ou aquela particularidade, citando dêste ou daquele autor.

Ao freqüentar há um ano a cadeira de Psiquiatria tive ocasião de assistir a alguns, senão muitos, exames médico-legais.

Dêstes, os que mais me chamaram a atenção foram os que se fizeram sobre epiléticos.

E a ideia de que tantas injustiças podessem ser feitas a indefezos comiciaes se avolumou na minha mente para me sugerir o trabalho com que havia de terminar o meu curso.

Os crimes dos epiléticos. É compaixão a bradar por justiça. Este sentimento, e só elle, me tem abalanzado a tratar um assunto de tanta responsabilidade e de estudos, de tantos debates e incertezas.

Porque reconheço a importância desta tarefa declino tão grande responsabilidade.

É um trabalho modesto, escasso, para o que peço ao illustre e sapientissimo júri que há-de julgá-lo, benevolên-

cia na sua apreciação e justiça para a minha inocente intenção.

Com a minha tese fica o adeus à Escola a quem devo os conhecimentos que me hão-de orientar na minha vida futura, que tanto se esforçou por que, o melhor possível, possa vencer os obstáculos e espinhos que me trará a minha nova profissão; o adeus a bons amigos que, quer como condiscípulos, quer como companheiros, me teem tornado menos tristes as minhas dificuldades: são a correcção e saúdaes a gravarem o meu reconhecimento.

*

*

*

Aproveito este momento para a todos os Ex.^{mos} Professores agradecer a maneira como sempre me trataram e a que corresponderei com a minha profunda gratidão.

Ao Ex.^{mo} Sr. Dr. José Fernandes de Magalhães, encarregado do curso de Neurologia, sumamente penhorado, mais uma vez agradeço a delicadeza com que sempre me recebeu e tratou.

As observações que cito foram umas colhidas por mim e outras cedidas gentilmente pelo meu Ex.^{mo} Professor, Sr. Dr. António de Souza Magalhães e Lemos, a quem, extremamente estou reconhecido pela deferência com que sempre me rodeou e pela suprema honra de presidir a esta dissertação.

História e Patogenia

A súbita aparição dêste mal que muitas vezes destrói juntamente a memória e a inteligência, e lança por terra o doente, prêsa dos mais desordenados movimentos, fêz-lhe dar o nome de epilepsia (da palavra grega ἐπιλαμβάνειν, agarrar bruscamente), pois que um só segundo era bastante para surpreender o indivíduo em pleno estado de saúde.

Conhecida dos tempos mais remotos, os atingidos, os epiléticos, eram considerados como personagens à parte; quer inspirados pelos deuses que os cobriam com a sua divina protecção, quer possuídos pelo demónio e fazendo nascer quasi sempre junto do vulgo um supersticioso receio ou um respeitoso terror.

É êste sentimento geral que fêz dar Hippocrâtes a esta nevrose o nome de *mal sagrado* (*morbis sacer*). Chama-lhe ainda «doença das crianças» porque as crianças lhe pareciam ser particularmente atingidas.

As pitonisas eram vítimas de convulsões epileptiformes, quando abandonavam os seus oráculos, e daí, dado por Platão, o nome de *mal divino* (*morbis divinus*).

Porque lança por terra os atingidos dêste mal com tanta facilidade como o teria feito Hércules, ou porque êste

semi-deus foi atingido, como crê Areteu, ou ainda porque esta afecção era invencível ou, enfim, porque decuplica as forças, durante o acesso, chamaram-lhe *mal de Hércules*.

Celso chamava-a *morbis major*, isto é a mais terrível que pode afligir a humanidade.

Os romanos deram-lhe uma multidão de nomes como: *passio puerilis*, sofrimento externo das crianças; *morbis lunaticus* por a lua parecer exercer uma certa influência sobre o retorno dos acessos; *morbis caducus* porque o indivíduo atingido pelo ataque caía bruscamente; e também *morbis comicialis*. Um semelhante acidente sobrevindo quando estivessem em comício, a reunião dissolvia-se e era tomado como um aviso de cólera dos deuses e um sinistro preságio duma perda, peste ou derrota próxima.

O mal comicial foi conhecido ainda com o nome de *mal de S. João*, porque também o tivera ou, porque viam na fisionomia do convulsivo, os esgares de dór da face daquele santo, quando decapitado.

Já dos antigos houve tentativas para explicar a origem dêste mal. E nelas fôram eles buscar o nome de *morbis astralis*, pela pretensa influência que os astros, e particularmente Febo, exerciam sobre o aparecimento dos acessos epiléticos, crendo Paracelso, que estes eram aumentados quando a lua estava no seu apogeu.

Agora, no campo da patogenia, várias são as teorias que tentam explicar a epilepsia.

«Hoje, no campo patogénico, escreve Ardin—Delteil, o grupo epilético compreende duas grandes divisões: a epilepsia chamada sintomática, na qual se chega a encontrar causa tangível, e a epilepsia chamada idiopática, na qual a causa é ainda desconhecida.

«As epilepsias sintomáticas poderiam chamar *epilepsias mecânicas*. Não há epilepsia essencial, como epilepsia idio-

pática, que não esteja destinada e entrar no grupo da epilepsia sintomática; os trabalhos contemporâneos combinam-se quasi todos para demonstrar que tanto numas como nas outras formas, há uma causa irritativa mal conhecida até aqui, e que bem poderia ser um *veneno*, uma substância química de natureza tóxica.

«A epilepsia essencial seria uma *epilepsia química*»

Assim compreendida, a epilepsia aparece-nos como o resultado constante duma irritação exercida sobre a célula nervosa. Não especifico ainda sobre que célula.

Que seja um tumor comprimindo directamente e encéfalo, uma exostose, uma esquirula irritando a polpa cerebral; uma lesão cerebral directa, um traumatismo, uma emoção, uma excitação partida duma cicatriz periférica, ou dum órgão, o resultado é sempre idêntico a si mesmo: é em última análise uma irritação da célula nervosa; só, o ponto de partida é diferente.

Como se produz esta irritação nervosa final? Porque mecanismo as causas tão diversas que acabamos de incriminar podem concorrer sempre para o mesmo resultado?

É directamente pela via nervosa, que um influxo irritante chega até à célula vulnerante? É um fenómeno da esfera exclusivamente nervosa? Ou ainda o ataque à funcionalidade do neurone faz-se pela via muscular?

As causas precedentes não podem actuar por anemia ou congestão, para chegar sempre a este mesmo resultado, a excitação duma célula nervosa?

E ainda aqui um novo problema se põe. O mal é a célula que, pela sua rutura de equilibrio, provoca o syndroma epilético? Qual é o neurone que está no centro diastaltico que tem por resultado a convulsão? Como Nothnagel e Marshall Hall, que admitem que o bôlbo é o centro de toda a excitabilidade; outros querem que sejam

os centros das circunvoluções; esta última maneira de vêr é a mais geralmente adotada hoje, graças aos trabalhos de Fritsels, de Hitzig, de Ferrier, etc.

Conforme êstes dados, seria a irritação do neurone cerebral que se tornaria a condição da realização do síndrome epilético. Êste nasceria graças à excitação da zona cortical, que provocaria a superactividade dos elementos subjacentes, sub-corticais, ganglionares, bulbares, e medulares.

No entanto deve a célula nervosa encontrar-se em condições especiais de respectividade para assim se prestar à acção das causas indicadas.

Só o neurone especialmente preparado responderá às diversas incitações precedentes pela descarga epilética.

Esta aptidão especial consiste num estado particular de instabilidade de equilíbrio sempre prestes a romper-se num estado de *fraqueza irritável* que não falta.

Êste estado particular, esta instabilidade, esta fraqueza irritável, deve-as a célula nervosa à *predisposição hereditária*.

E, assim, conforme as causas que podem pôr em foco a irritabilidade da célula nervosa se formaram as teorias:

Mecânica—em que a maior parte são causas mecânicas;

Tóxica—em que serão *venenos, toxinas* actuando sobre a célula nervosa;

A da hetero intoxicação, defendida por Marie e seguida por Combemale, Bué, J. Voisin, pela qual a epilepsia seria devida a uma verdadeira infecção; as perturbações observadas resultariam dos gérmes infecciosos sobre os centros nervosos, ou mais provavelmente da acção das toxinas segregadas por estes;

A da auto-intoxicação. Então, haveria além das alterações do neurone, no organismo do epilético, modificações

dependendo talvez da mesma origem hereditária, e traduzindo-se por *alterações nas trocas nutritivas*. Estas alterações teriam por resultado a formação e acumulação de venenos, de produtos tóxicos no organismo que determinariam num indivíduo hereditariamente predisposto, manifestações epiléticas.

Não poucos teem sido os investigadores que procuraram a possível origem da auto-intoxicação dos acessos epiléticos: Pommay, Missolonghi, Zacchi, Cristiani no tubo digestivo; Agostini no suco gástrico; d'Abundo no sangue, notando que o sôro sanguíneo dos epiléticos injectado nos animais produzia convulsões intensas.

Outros teem procurado esta toxina nas vias de eliminação. «De experiências feitas nas *urinas* dos epiléticos por Voisin e Péron Voisin e Petit, Mairet e Vires, resulta que são *hipotóxicas* dum modo geral e constante.

Esta *hipotoxidade* seria, segundo Mairet e Vires, função da nevrose; e constituiria um estigma permanente da epilepsia capaz de prestar os maiores serviços sob o ponto de vista do diagnóstico. Pareceria indicar a retenção no organismo duma certa quantidade de veneno em consequência duma eliminação insuficiente. Seria além disso modificada no momento do acesso; a hipotoxidade diminuiria para se aproximar então da toxidade normal».

Muito recentemente surge a nova teoria, de Hartenberg: a *inibitória*.

Escreve Hartenberg:

«Eis como se poderia conceber o mecanismo íntimo dos accidentes comiciaes.

Todos estes accidentes são devidos a uma inibição dos centros corticais — psíquicos, sensitivos e motores.

Esta inibição parece o produto duma excitação reflexa tendo o seu ponto de partida, por vezes revelado

pela aura, quer no próprio cérebro, quer no organismo corpóreo.

Se esta inibição é breve, é a interrupção passageira da vida mental, a ausência, simples eclipse de consciência. Se esta inibição se prolonga, sobrevem, a mais, a perda de tonus muscular e de equilíbrio, a queda na vertigem. Se, enfim, esta inibição é mais durável e mais profunda ainda, é o sobrevir das convulsões, por suspensão da acção frenadora do cérebro e descarga dos centros motores sub-corticais e medulares.

Toda a crise não é, em suma, senão o desenrolar dum processo de inibição cerebral onde se adicionam sucessivamente ausência, vertigem e convulsões».

II

As perturbações intellectuais apresentadas muito frequentemente pelos epiléticos e os actos criminosos tão anormais que cometem, teem dado lugar às mais diversas opiniões clinicas e às mais contraditórias opiniões médico-legais.

Reconhecida já em Roma, ao tempo de Zacelsias a necessidade de se tomar em consideração o estado de funcionalidade psíquica dos epiléticos, teem sido, desde então, objecto de estudo as perturbações psíquicas que podem encontrar-se na epilepsia, qualquer que seja o campo para onde lancemos as nossas vistas — forense ou clínico.

Em substância, diz Krafft Ebbing, as modificações psíquicas que se observam nos epiléticos podem agrupar-se em quatro classes de fenómenos.

1.º — A transformação geral e estável da personalidade (tanto pelo intellecto como pelo carácter) à qual pode conduzir a epilepsia. Constitui a base, a urdidura por assim dizer fundamental do quadro mórbido geral;

2.º — As perturbações elementares psíquicas e sensoriais que precedem ou seguem os acessos epiléticos mas que podem manifestar-se nos intervalos interaccionais, e

que em geral pode dizer-se terem a característica de serem fugazes;

3.º — As fórmulas transitórias das perturbações psíquicas que insurgem acabado que seja o acesso convulsivo ou podem algumas vezes substituí-lo durante o decurso da doença;

4.º — Os acessos de loucura epilética que duram semanas e acabam por meses (psicosi epilettiche).

Tudo quanto entra no primeiro grupo de fenómenos pode designar-se com a denominação de *degeneração psíquica dos epiléticos*.

a) Uma decadência progressiva da funcionalidade intelectual que nos casos ligeiros se manifesta por uma simples perda de memória, por uma dificuldade de elaboração dos juízos e da ideia, podendo também, alcançar, passando por toda a forma intermediária da fraqueza mental, o grau extremo da demência.

b) Uma emotividade tornada excessiva que cada vez mais se vai acentuando, determinando explosões de paixão violentas e tempestuosas.

c) Uma contínua mudança de humor sem motivo, um alternar de estados de depressão e de exaltamento psíquico, prevalecendo, porém, a forma depressiva que se manifesta pela melancolia ou ainda com apatia absoluta, pela indiferença por aqueles com que habitualmente convivem ou ainda por uma desconfiança em si próprios.

As perturbações elementares tanto psíquicas como sensoriais que vimos no segundo grupo, podem ser os prodromos do ataque convulsivo, ou manifestarem-se imediatamente depois dê-lo, ou observarem-se nos períodos interparoxísticos.

a) As do primeiro caso tem frequentemente o significado de *aura*, que se repete dum modo absolutamente

idêntico num dado epilético e podem ser, segundo o território nervoso donde partem, sensitivas, sensoriais, motoras, vaso-motoras, secretórias e psíquicas.

Das suas manifestações mais frequentes podem citar-se as alucinações aterradoras da vista e do ouvido, certas sensações súbitas como sussuros auriculares, fotopsia e cromatopsia (labaredas brilhantes e vermelhas), opressão precordial, uma dôr viva que parte da mão, do pé, dum ponto qualquer do corpo, e sobe até à cabeça, constricção na garganta, decadência mental e obnubilação da consciência, semelhante à que se observa na embriaguez, tristeza que pode chegar até à depressão melancólica, extrema exaggeração da habitual emotividade e perda de memória.

b) As perturbações que se observam após o acesso convulsivo são: a prostracção psíquica acompanhada da máxima confusão mental, incapacidade de pensar, estados estuporosos que podem durar tanto meia hora como vários dias, por vezes uma notável depressão de ânimo acompanhada de emotividade excessiva e de *tedium vitae*; as cefalalgias e ilusões sensoriais aterradoras que causam a seu modo, frequentes impulsões ao homicídio e ao suicídio. Como ainda se podem observar impulsões dipsomaniacas.

c) As perturbações que se podem observar nos intervalos são certos estados de depressão psíquica, de tédio, de irascibilidade que podem durar horas e dias; e ainda ideias incoercíveis (de conteúdo penoso), alucinações aterradoras, ância precordial e explosões de delírio de perseguição transitório motivado pela percepção hostil do mundo exterior.

As perturbações transitórias acessionais dos epiléticos e que nós vimos no terceiro grupo, são consideradas importantes nos casos práticos forenses por serem frequentes, fugazes, difficilmente apreciadas em certas circunstân-

cias, sendo muitas vezes a causa de sério risco para a vida dos circunstantes.

Sucedendo, a maior parte das vezes, ou precedendo os ataques epiléticos, podem estes estados transitórios, tanto num como noutro caso, distanciar-se horas e dias.

«As formas fundamentais da perturbação da consciência que se podem observar sob a forma transitória accessional nos epiléticos, escreve Krafft Ebbing, são o estupor e os estados *crepusculares* e *sonhantes* (semelhantes ao sonambulismo).

Sobre estas bases fundamentais incidem, quais complicações, as ideias delirantes, as ilusões sensoriais, os estados de ância, os actos impulsivos e outras perturbações psíquicas e elementares. Em conformidade com as variadas combinações destas perturbações, resultam formas clínicas diferentes, algumas das quais são caracterizadas pelo agrupamento dos sintomas mais típicos e característicos.

A multiplicidade da forma clínica é também aumentada pelo facto que muitas delas podem combinar-se entre si ou transformar-se reciprocamente uma na outra».

Dizer epilético não indica que seja sempre o doente excluído das suas faculdades mentais. Pode ser tão inteligente e tão rasoável como a pessoa de saúde a mais irrepreensível; e não só não é incompatível com o desempenho do exercício o mais correcto das faculdades mentais como por vezes, se encontra, como nos é ensinado e apontado entre homens extremamente distintos os que teem assombrado o mundo. Entre estes citaremos Júlio César que, segundo Plutarco, era um epilético e experimentou o seu primeiro ataque em Córdova; Petrarca que morreu subitamente numa das suas crises convulsivas e Mahomet. Newton teve vertigens; Molière entrava algumas vezes em convulsões que o impediam de trabalhar durante quinze dias, segundo o seu biógrafo Grimarest».

E assim pode um epilético passar uma vida inteira fruindo do seu livre arbítrio e sem que tenha cometido o menor acto suspeito e as suas funções quotidianas serem desempenhadas correcta e atentamente.

«A epilepsia, diz Legrand du Saulle, reconhece três ordens de fenómenos somáticos: a vertigem, o acesso incompleto e o ataque convulsivo. Estas manifestações, na aparência tão diferentes, dum só e mesmo estado encontram-se frequentemente reunidas todas três num mesmo doente e alternam caprichosamente. Outras vezes, só existem duas, mas muitas vezes também uma só ordem de accidentes especiais aparece, se renova, ao fim dum tempo indeterminado, e se reproduz invariavelmente do mesmo modo, com uma uniformidade completamente idêntica».

E segundo a natureza da manifestação somática da epilepsia assim variam as perturbações intellectuais passageiras dos epiléticos que de resto são facilmente reconhecíveis e verdadeiramente típicas: a alteração mental do vertiginoso, por exemplo, não é a mesma que a do convulsivo.

«O indivíduo affectado de vertigens escreve Legrand du Saulle, gosa de todas as aparências de saúde, occupa-se do seu trabalho ou conversa tranquilamente, quando de repente empalidece um pouco, se detem, parece surprehendido, interrompe a sua frase, conserva os olhos fixos, abandona o objecto que segura na mão ou o lança convulsivamente longe de si, e fica assim imóvel durante quatro, oito, dez ou doze segundos e mais. Solta um suspiro, acaba o que dizia, e não suspeita a maior parte das vezes, que acaba de estar doente. Não caiu, não tem visto nada, nada ouviu, nada sentiu; tem estado isolado do mundo exterior, esteve ausente».

E isto se passa desde o homem affectado que trabalha,

até ao que se entrega aos jogos ou distrações as mais variadas, desde o adulto até à criança que interrompe duma mesma maneira os seus brinquedos.

Mas se há vertigens que não passam disto, que não são acompanhadas doutras manifestações que as acima descritas há outras que se manifestam desde o balbuciar de palavras incoerentes até aos ultrages públicos ao pudor desde o roubo até ao homicídio. E em todas estas manifestações domina o esquecimento absoluto do acto que acabam de praticar.

A excepção das ausências psíquicas e actos excêntricos que se podem constatar após a vertigem, há a ligar uma grande importância à uniformidade dos sintomas apresentados e à repetição absolutamente idêntica dos mesmos actos desempenhados: há a recidiva, e a recidiva idêntica invariável.

O esquecimento absoluto pode acompanhar o acto que acabam de praticar e, interrogando-os metodicamente sobre a sua saúde, encontraremos nas «suas disposições e seus atordoadamentos, suas tonturas, suas enxaquecas, suas ausências momentâneas da razão, suas insolações, suas palpitações» os caracteres próprios da vertigem epilética.

Mas a par destes, vamos encontrar alucinações da vista, resoluções violentas não motivadas, agressão instantânea e por assim dizer automática, para a explicação do acto praticado.

«O acesso incompleto, escreve Legrand du Saulle, é uma manifestação epilética intermediária entre a vertigem e o ataque convulsivo. É principalmente caracterizado por movimentos convulsivos parciais, ou antes por contracções involuntárias de certos músculos da face ou dos membros, de mastigação difícil e uma espécie de deglutição automática.

O doente, não importa em que atitude, pára de repente: volta a cabeça lentamente para um lado, a face empalidece um pouco e reveste sôbretudo uma expressão de assombro indignado, de terror ou de furor; depois um dos lados do corpo torna-se rígido, a respiração suspende-se, a face torna-se córada uma certa mastigação se produz e ouve-se na garganta um ruído análogo ao da deglutição que se faz no vazio. Não há um grito inicial, nem queda. No fim de dez a trinta e cinco segundos, tudo entra na ordem e nada mais se observa a não ser semi-estupidez e a cabeça pesada».

Se sob o ponto de vista das perturbações dos movimentos êste acesso é incompleto, não o é menos em relação à perda de conhecimento, falta de rolar pelo chão e perturbação consecutiva da memória. Todos os doentes teem uma recordação maior ou menor, todos num esforço grande conseguem recordar algumas reminiscências parciais da sua aventura psíquica.

Emquanto que em todas as outras manifestações epiléticas o doente chega a perder o seu inteiro conhecimento, fica na impossibilidade de falar, aqui, durante o acesso incompleto, pode tartamudear, articular palavras incoerentes e quasi incompreensíveis ou monossílabos traduzindo afeição ou receio, palavras estas que por vezes se ouvem distintamente e um grande número de vezes. Será êste um sinal de grande importância para o diagnóstico clínico.

Mas se há muitos casos em que possamos pôr o diagnóstico, há outros, ainda que reduzidos, e de resto privilegiados até um certo ponto, em que uma circunstância torna o diagnóstico muito obscuro: é que em certos doentes estas perturbações não são senão nocturnas.

Mas estas por vezes manifestam-se e fazem principal-

mente classificar êste doente pela significação real da cefalalgia, da miríade de petéquias quási imperceptíveis imprimidas no rosto, de manchas equimóticas da córnea, da emissão involuntária das fezes e das urinas, das arranhaduras e mordeduras da lingua.

Na gravidade dos crimes que estes podem cometer são pelo menos tão perigosos como os primeiros.

Nos ataques convulsivos, marca a epilepsia como um sinete os seus portadores, modificando-lhes as qualidades intellectuais, morais e affectivas.

«Fóra de toda a crise convulsiva, os epiléticos são egoistas, desconfiados, sombrios, irritáveis e coléricos. Um gesto ou um olhar basta algumas vezes para lhes causar a mais desagradável impressão e inflamar-lhes a cólera.

Desconfiados, questionadores, difíceis de tratar e não estimando ninguém, queixam-se sem razão, disputam e fazem-se odiar. Os seus movimentos impetuosos não excluem nem pusilanimidade, nem a cobardia: neles tudo é contraditório. O mesmo homem em que o humor rabugento, mau e rebelde tem há um instante despertado a vossa atenção, ei-lo agora submisso, amável, lisongeiro, obsequioso e humilde; cerca-vos, aperta-vos as mãos, coloca-se inteiramente ao vosso dispôr e faz-vos mil protestos de estima.

A mobilidade das manifestações psíquicas na epilepsia é tal, que ao meio dia um doente afável, alegre, demonstrativo, entusiasta, aplaudindo-se pelos seus actos, vangloriando-se pelos recursos do seu espírito e do seu coração, fazendo o elogio lograz e exuberante da esposa, dos filhos e dos amigos, será talvez encontrado às três ou quatro horas da tarde imerso na tristeza, no *tédium vite*». (Legrand du Saulle). «O carácter dos epiléticos, escreve Schüle consiste numa extraordinária irritabilidade mórbida, que rápidamente se transforma em actos impulsivos. São

indivíduos desconfiados, caprichosos, excitados contra si mesmos e contra os outros turbulentos, maus vizinhos, ora de uma alegria cuja causa muitas vezes ignoram, ora de uma depressão exagerada, agora humildes e com tendências religiosas, logo orgulhosos, duros e maus».

Sendo o carácter principal das manifestações comiciaes a instantaneidade com que se produzem, não obsta a que em alguns casos haja a par duma aura física, uma aura intelectual. E assim, se um doente pode anunciar o seu ataque alguns segundos, alguns minutos e mesmo algumas horas antes, baseando-se quer sôbre cefalalgias ou sobresaltos, assim as pessoas que o cercam o podem notar constatando certas particularidades mentais: ora porque momentos, horas antes se mostra taciturno, irritável, barulhento, ora porque a memória e a atenção lhe começam a falhar, ora, ainda que em casos mais raros, se mostra, contra o seu costume, alegre, expansivo, entusiasta.

«Alguns minutos antes da sua crise, escreve Legrand du Saulle, evoca de repente uma recordação, repete uma ideia, distingue clarões, chama, um círculo vermelho, um globo de ferro, uma imagem purpureada; ouve um repique de sinos, um estridôr, um assobio; tem um gôsto a cobre; sente um cheiro a enxofre, de fumo ou gaz, depois cai».

E num mesmo epilético esta reprodução, êste sinal anunciador será uniforme, invariável.

«A convulsão epilética tem uma duração que oscila entre vinte a cento e quarenta segundos.

«Ao sair do ataque, o doente fica entorpecido, estúpido, abatido, humilhado; faz por se recordar, por coordenar as suas ideias, por fixar a sua atenção, mas sofre imensamente pela dificuldade de se desembaraçar de toda operação intellectual. Não procura lutar, sente-se como esmagado, abandona-se a uma tristeza taciturna, entrega-se

mentalmente a uma dolorosa recapitulação de todos os infortúnios da sua vida confessa-se vencido e fóra de combate, reerimina-se com o mais amargo exagêro e não se resigna. Depois de uma ou várias horas, os seus pensamentos afrouxam e vão-se tornando menos negros; as suas determinações impregnam-se dum pouco de firmeza, a cefalalgia diminui, e dá lugar a um aborrecimento por tudo e a cansaço. A reintegração de todo o entendimento faz-se gradualmente». (Legrand du Saulle).

Mas infelizmente nem sempre assim acontece; e dum ataque convulsivo são levados a um acesso súbito e temporário de alienação mental.

Então, são os epiléticos levados às violências as mais imprevistas por uma força a que não podem resistir. Vencidos duma vaga anciedade ou dum vago receio saem de suas casas vagueando pelas ruas ou pelo campo.

Todas as ideias penosas que tiveram na sua vida se apoderam dêles e são dominados por um sentimento de angústia e terror.

E nesta sua desgraça accusam os amigos de que lhe querem mal; julga-se alvo de perseguições que só existem na sua imaginação e é então que, sobretudo se são vítimas de alucinações da vista ou do ouvido, procuram a pessoa de que êles suspeitam, que êles accusam, e contra a qual teem por vezes nutrido projectos de vingança, ou se lançam sobre a pessoa ou pessoas, que o acaso lhe deparon, para se desembaraçarem dos seus receios e das suas inquietações, por não poderem vencer as suas impulsões irresistíveis. Então, ou a prática do crime o alivia e a tempestade passa, retorno progressivo de calma; ou ainda perturbado, arremessa a sua arma e continua a errar sem fim, sem destino, sem consciência nem recordação até que exgotado de forças se deita e se deixa prender.

Neste momento fica surpreendido, confuso e vagamente inquieto.

«Neste delírio epilético transitório, diz Legrand du Saulle, vários sinais característicos são de reter: a necessidade automática de movimento e de fuga, a tendência instintiva e indeterminada a vaguear inconscientemente, pés descalços, mal vestidos, sem beber nem comer, não importa em que direcção e a hora; o furor que leva os doentes a exortarem a sua cólera contra outrem ou si próprios, a baterem nas suas próprias cabeças com murros ou a lançarem-se de cabeça baixa contra uma parede; a inutilidade, a ferocidade e a multiplicidade das agressões homicidas; o número insólito de golpes, sendo as vítimas por vezes retalhadas, e a ausência ulterior de todo o arrependimento e de todo o remorso».

Apesar do carácter social e afectivo que nós já vimos de encontrar nos convulsivos, constata-se muitas vezes neles a coexistência de ideias místicas e práticas devotas, desde a devoção sincera até à exaltação e fanatismo patológico.

«Uma particularidade que não é rara nos epiléticos, escreve Mandsley, é o exagêro de sentimentos religiosos, tendo também visões e anunciando-se muitas vezes como recebendo do Altíssimo revelações especiais. Como Swedenborg, são transportados ao céu, em carne e ôsso; e lá conversam com os anjos que os investem da missão de profetisar.

Suas visões, em uma palavra, são em tudo semelhantes às que veem favorecer certos religiosos entusiastas, e que são tornados à origem de crenças particulares».

Os doentes, diz Krafft Ebbing, imaginam encontrar-se no paraíso, estar em comunicação com Deus, serem elevados à missão de profeta, à dignidade de Messias,

saborear as alegrias celestes, e transitoriamente podem encontrar-se em certos estados que teem muito de comum com o extase. No meio porêem dêste harmónico delírio de divindade, de santos e de coisas celestes, dá-se algumas vezes a explosão de algum delírio episódico de natureza aterradora (eis que se abre a porta do inferno — Deus apresenta-se ao doente em aspecto de juiz — o diabo quer apoderar-se dêle, etc.); porêem o doente fóra dêstes episódios, os quais durante um acesso podem repetir-se mais vezes, torna a ser um individuo a quem Deus se dignou conceder a sua graça».

Esta religião nasceu da lógica a que o reconhecimento do seu estado o obriga; reconhecer quanto de inútil é para a sociedade de que faz parte e, na solicitude com que os seus o guardam, experimenta a necessidade de crer e viver.

E assim procura uma religião que o sustenta nos seus desfalecimentos, lhe trás corágem, lhe anuncia dias menos tristes e lhe promete além tûmulo uma vida mil vezes melhor.

E na religião êle vê, nela crê encontrar, no futuro, as compensações aureoladas de felicidade e ventura do mal que agora experimenta e lhe amargura a vida.

Como estes não raros são os que nas suas alucinações visuais vêem objectos de certas personagens e emblemas religiosos.

Não terão sido estas visões que em todas as épocas teem feito dêstes doentes tantos impostores religiosos?

«Não pode haver a menor dúvida, escreve Mandesley, salvo para os fieis, que Mahomet deveu a um ataque de epilepsia, a sua primeira visão ou revelação, e que, enganador ou enganado, tirou o partido desta enfermidade para se fazer passar como inspirado do céu. As suas visões teem

exactamente o carácter das da experiência médica; são de natureza das que a epilepsia produz. Os epiléticos encerrados nos azilos tem muito frequentemente visões em tudo semelhantes à realidade e à verdade das quais crêem firmemente; e, pelo que me toca, creio que a aparição que transformou Saül o perseguidor em Paulo o apóstolo, foi uma impostura, antes de admitir que Mahomet pudesse duvidar, primeiramente da realidade das coisas reveladas na sua visão».

Há outros indivíduos em que a manifestação mórbida é só psíquica, que a amostra é de uma epilepsia da inteligência. Nesta categoria são incluídos os que em épocas, até certo ponto periódicas, são susceptíveis de apresentar, de repente, anomalias intellectuais de breve duração, extraneza de carácter, violências de linguagem, desvios de conduta ou impulsões desagradáveis, com ou sem perturbações alucinatórias, por vezes com uma verdadeira aura, mas quasi sempre com perda absoluta da memória de que tudo quanto nesta marcha lhe há sucedido ou tem feito. E nesta sua crise, eles que até ali dão mostras de carácter e probidade, provas de trabalho e intelligência, de correcção e bondade praticam, por vezes os actos mais inesperados; actos violentos e agressivos, tendências suicidas e homicidas, actos indelicados, imorais, incendiários, práticas obscuras e tentativas de morte voluntária em circunstâncias insólitas e sempre as mesmas. São os epiléticos donominados larvados.

Por vezes sentem uma necessidade imperiosa de andar e ei-los que caminham como autómatos, sem um fim, sem uma orientação concebida; algumas vezes, quando veem a si, quando retomam a consciência do seu ser não poucos são os que se encontram muito longe do seu domicilio, em logares que talvez nunca pensassem visitar.

E nesta fuga assim inconsciente, é capaz de se conduzir de tal modo que ninguém o note, dando mostras de iniciativa como o faria em estado de saúde, dando a prova da conservação da sua memória. E este epilético não perde a consciência dos seus actos, chamados automáticos e inconscientes senão no momento que vem a si.

Mas nem sempre assim acontece. E nestas fugas duma duração mais ou menos longa pode o doente cometer delictos os mais diversos. É ordinariamente numa crise desta natureza que o epilético se dá à exhibição.

E uma e certa crise se repete uniforme e invariavelmente, uma crise marca, é o sinêto de todas as outras: um certo acto é o mesmo que se repete, e sempre nas mesmas condições.

A estas impulsões mórbidas à fuga, observadas sob a forma de crises, nos epiléticos, com amnésia completa, dá-lhes Charcot o nome de *automatismo comicial ambulatório*.

Distingue-se dos *autómatos histéricos* de Gehin porque estes se recordam de todos os actos praticados nas suas fugas—nestes não há amnésia.

«Este automatismo pode preceder o acesso de epilepsia, mas o mais das vezes é post-epilético; enfim, pode sobrevir afóra dos acessos, e então substitui-o». (Ardin Delteil).

Várias teem sido as interpretações da epilepsia larvada e com elas anda ligada a definição que os autores lhe querem dar.

A concepção adotada pela Escola italiana e pela maior parte dos psiquiátras, em que a *expressão da epilepsia larvada deve ser reservada às manifestações exclusivamente psíquicas* da nevrose; e a concepção mais vasta que corresponde à definição, ainda que um pouco vaga, dada por Morel:

«A epilepsia larvada é uma variedade de epilepsia que

não se revela por vertigens e convulsões propriamente ditas, mas antes por todos os outros sintomas que acompanham ou precedem a epilepsia ordinária com ictos e convulsões».

Para estudar a epilepsia larvada, escreve Ardin Delteil, é preciso examinar com cuidado as manifestações que a fazem reconhecer, isto é os *equivalentes epiléticos*.

Dentre estes são os *equivalentes psíquicos* que mais nos interessam pelas suas relações com a medicina-legal e criminalidade, tendo por definição: «O estado sob o qual se apresenta a epilepsia quando os seus acessos se compõem exclusivamente de manifestações psíquicas».

«Outras denominações teem servido para o designar: *Epilepsia psíquica; epilepsifrenia; epilepsia larvada*.

Ottolenghi define-o do modo seguinte: «O equivalente psíquico caracteriza a epilepsia psíquica. Consiste numa convulsão localizada nos centros corticais, que se manifesta por actos impulsivos estranhos ou delituosos. Êste acesso psíquico equiivale, como se sabe, ao acesso completo convulsivo motor, representa no campo psíquico o que o acesso clássico representa na esfera puramente motora».

Schüle e Cristian não consideram como equivalentes psíquicos senão os que se manifestam nos individuos que apresentam qualquer outro acidente atestando a epilepsia (acesso vulgar, pequeno mal, mordeduras na língua, incontinência das urinas, ausência, etc.). (Ardin Delteil).

Não esqueçamos os doentes atacados de epilepsia proveniente ou adquirida pelo abuso do álcool. «Data a predisposizione, l'abuso degli alcoolici se si tratta di caltivate qualità di acquavite». (Krafft Ebbing).

Esta epilepsia tóxica, ainda que pouco estudada, apresenta caracteres que a fazem mais ou menos facilmente reconhecer quer pela forma somática porque se manifesta, quer pela forma como nas suas crises se comporta.

«A epilepsia alcoólica manifesta-se quer por vertigens e impulsões súbitas, quer por ataques convulsivos e furor.

Não determina acessos incompletos, ou pelo menos não se observaram ainda. Não procede em geral senão por acessos isolados, ou muito pouco numerosos, cura-se, sem tratamento, só com a sobriedade, e pode voltar em cada novo excesso alcoólico. Começa bruscamente, quando se mostra sob a forma de vertigem e de impulsões; mas, quando se deve manifestar por ataques convulsivos e furor, denuncia-se muitas vezes de véspera ou ante-véspera por cefalalgia, embaraço gástrico febril, pesadelos, insónias abalos bruscos, trémulos da língua, dos lábios e das mãos, zumbidos nos ouvidos, formigueiros, e uma sensação de frio glacial ao longo da coluna vertebral, com conservação de todas as faculdades intelectuais. Magnus Huss observou algumas vezes, nesta fase prodrômica, perturbações da visão, scintilações, clarões, moscas volantes, manchas negras deante dos olhos, amauroses súbitas da duração de alguns segundos, tonturas e desfalecimentos sincopais. Que bem se saiba: no alcoolismo, a vertigem tem muitas vezes o carácter de síncope, e não de congestão. Êste sinal diferencial pode adquirir um valor importante».

«O ataque de epilepsia alcoólica não difere sensivelmente do ataque de epilepsia idiopática, ou mesmo não difere desta».

«Em geral, após o ataque convulsivo, o epilético alcoólico agita-se, gesticula, grita e vocifera; é inquieto, assustado, aterrorizado; de olhar brilhante, os seus músculos labiais, língua e mãos tremem. Vê piôlhos, pulgas, ratos, gatos, serpentes, cães, tigres, liões, fantasmas e espetros; ouve um ruído de fechaduras, trombêtas, fusilaria, toque de sinos a rebate ou a fogo, milhares de vozes em volta do cadafalso erguido para êle, cantos fúnebres, tiros de

canhão e ouve mesmo pregar o seu caixão». (Legrand du Saulle).

E, então, se não está bem agarrado, procura fugir, bate indistintamente em quem o rodeia, sem conhecer ninguém, precipita-se pela janela, arma-se de tudo quanto encontra ao seu alcance, e porque crê defender a vida seriamente ameaçada, encarna-se na luta e exgota-se na violência.

«Não é raro que sejam levados a actos de violência contra os que se lhe aproximam, por causa das ideias delirantes, das alucinações, da interpretação hostil do mundo externo e por causa dos estados de ância e de desespêro que daí resultam». (Krafft Ebbing).

No entanto, durante a sua crise, conserva sempre uma certa noção da sua identidade, responde com alguma precisão quando se interpela e, depois da sua reabilitação intelectual, recorda-se dos seus ímpetos, das suas falsas sensações, de seus terrores imaginários; só da sua crise epilética se não recorda de quasi nada ou mesmo nada.

Nesta forma de desordem psíquica da epilepsia alcoólica se verifica o *estado crepuscular* dos italianos, o *estado hipnagógico* de Krafft Ebbing e dos alemães.

E o mesmo ataque convulsivo e o mesmo furor, as mesmas agressões homicidas e as mesmas tentativas de suicídio são repetidas em cada excesso do uso do álcool; o uso imoderado do álcool leva um dado doente aos mesmos accidentes tóxicos ou psíquicos.

Se isto se observa no alcoolismo agudo, no crónico também temos as convulsões epileptiformes que se seguem e se somam ao cortejo sintomático apresentado pelos alcoólicos inveterados.

Mas nestes a criminalidade é nula pois que toda a sua resistência é para se equilibrar e sustentar.

III

Observações

OBSERVAÇÃO I

(Clínica médico-legal do Hospital do Conde Ferreira)

C. G. de A., casado, jornalista, de 39 anos de idade, natural de Vermim, comarca de Famalicão e residente na freguesia de Santa Cristina do Couto da comarca de Santo Tirso, é acusado pelo crime de homicídio voluntário na pessoa de sua mulher E. A.

Levantada a suspeita de alienação mental, em consequência do depoimento de algumas testemunhas, foi ordenado o exame pericial feito na comarca e que consta do processo.

Os peritos que procederam a êste exame, posto que colhessem os dados necessários para formar o seu juízo, tal como o expõem no seu relatório, dizendo que, «a perversão das faculdades mentais explica bem a multiplicidade e violência dos golpes, a brutalidade da agressão e a ferocidade do crime», chegando mesmo a acrescentar que «êste foi cometido sob a influência de um ataque epilético», terminam por se declarar incompetentes para julgar da responsabilidade do arguido.

Em face destas declarações dos peritos foi ordenada pelo digno agente do Ministério Público a nossa intervenção.

Durante o tempo que tem estado em observação neste

Hospital frequentes vezes se teem repetido e, de uma das vezes, após o ataque, sem provocação, insultou exaltadamente um outro doente, terminando por o agredir e, por tal modo a sua exaltação ia recrudescendo, que se tornou necessário o emprêgo do colete de repressão para o conter.

As características do crime estão evidenciadas no depoimento das testemunhas e, depois, no relatório da autópsia feita pelos peritos.

Pela importância destes elementos não nos dispensamos de os relatar embora resumidamente:

No dia 26 de Março de 1920, pelas dez horas da manhã, a vítima foi a casa da testemunha E. P. pedir-lhe que viesse a sua casa vêr o seu homem e pelas informações que lhe deu, ficou a testemunha depreendendo «que o arguido não estava em seu perfeito juízo».

Acedeu pois ao pedido, depois de a vítima lhe ter contado alguns pormenores relatados no processo que denunciavam, já antes do crime, o estado confusional do arguido e, mais ainda, o facto de êle se ter urinado inconscientemente, respondendo à reflexão feita pela mulher ao indicar-lhe: «Mau, urinar, por trás nunca vi».

Chegando a casa do arguido trocou com êste algumas palavras, vendo-o depois tentar agredir a mulher com uma vara e pouco depois a murro, por aquela ter partido, dizendo para a mulher: «não te perdão».

Tentou ainda evitar a agressão mas, como se reconhecesse impotente para tal, retirou-se.

Foi em seguida a isto que se deu a agressão com a tesoura de podar que o arguido trazia consigo, arrastando a vítima por um caminho, rolando-a para uma bouça que lhe ficava inferior e indo depois sentar-se ao lado da mulher já morta.

Vejamos o que foi consignado no relatório da autópsia

feito 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 molar esquerda, dois na região parietal esquerda, um na região occipital interessando todos os tegumentos; oito nos membros, sendo um na região deltoideia esquerda, deixando a descoberto o humero, 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 no tronco, sendo quatro na região sagrada e nadegueira e dezassete no tórax. Foram estes os ferimentos de maior gravidade, sendo perforantes os seguintes: no hemi-tórax esquerdo, um ao nível da região precordial e outro na face posterior junto à base; no hemi-tórax 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 da criminalidade epilética, 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 de desfôgo que o arguido sentiu ao terminar o crime, sentando-se ao lado da sua vítima; a amnésia que é quasi absoluta, tanto ácerca do crime como de alguns factos que se passaram momentos antes; e, finalmente, a ausência de remorso.

Eis como êle exprime o seu arrependimento:
— «Não estou arrependido, porque não estou certo. Se fui eu que a matei, estou bem arrependido».

O arguido apresenta ainda alguns estigmas de degenerescência física: grande abertura dos ramos do maxilar inferior, arcadas orbitárias salientes e olhos encovados.

Um irmão sofre também desde criança de ataques epiléticos.

OBSERVAÇÃO II

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 alteração, «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 prosta.

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 arguido uma regular harmonia. O pai, casado já três vezes, de carácter arrebatado e perverso, maltratava sua mulher com frequência e o mesmo sucedera às duas primeiras, chegando o arguido, por vezes, a ter ouvido dizer à mãe que, êle, com os maus tratos as matara. Ainda na ante-véspera do crime, regressando o pai duma feira, por motivo ao que parece fútil, levantou grossa questão com a mulher, terminando por a agredir e de 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 arguido pregara uma táboa (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 foçada 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 estes 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 sobre êle que se fêz a inevitável 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 estes ataques, pelo muito que teem 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 notável 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 midríasis pupilar.

Ao contrário do que seria permitido supôr, apesar da violência do ataque, o arguido 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 epilética, a ausência de motivo e a amnésia não se verificaram no arguido.

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

As faltas que na sua narrativa se encontram não são a consciência 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 êle 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 eles; porém, pelos ferimentos encontrados na vítima (nas faces 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, conclui-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 estilhando 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 arguido, após o crime, ouve este 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 rodeio, 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 opressão e, sobretudo, a vítima atingida, que não foi aquela que previamente 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 irreprímível que teve por desfecho a morte do pai.

Resta-nos assinalar além de alguns estigmas físicos de degenerescência existentes no arguido, orelhas afastadas 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 extranhos os seus abusos alcoólicos e ainda a notável diferença de idade que havia entre o pai e a mãe que o arguido não sabe precisar mas, no entanto, diz ser de 20 a 25 anos, tudo isto contribui para o diagnóstico de epilepsia.

OBSERVAÇÃO III

C. M. N., casado, carpinteiro, de 30 anos de idade, natural da freguesia e lugar de Lordelo, comarca de Vila Rial, é arguido de no dia 29 de Agosto de 1915, conjuntamente com outros indivíduos, ter ofendido corporalmente A. V. da C., ferreiro, quando este se encontrava no largo do Calvário (Vila Rial) a «vender doces que tinha sobre uma mesa».

Quando em 7 de Maio de 1917 se procedia ao seu julgamento, declarou ao meretíssimo juiz «que não se lembrava do que fêz, porque sofre duns ataques que lhe fazem perder os sentidos».

Antecedentes hereditários:

O pai passou cerca de dois meses de cama com uma doença cujo nome ignora, mas é sadio.

A mãe, segundo diz, foi operada dum quisto do olho esquerdo (ablação do saco lacrimal); teve há três anos uma abundante hemorragia (uterina?), não voltando a recuperar o antigo estado de saúde.

Uma tia materna faleceu alienada, quando ainda era nova.

A mãe teve três abortos; 4 irmãos faleceram em pequenos e 16 são vivos, 7 homens e 9 mulheres, todos sadios, excepção da irmã E. que é magra e fraca.

História de C. M. N.:

Frequentou a escola até aos 11 anos, mas pouco aprendeu. Quando saiu da escola entregou-se ao trabalho dos campos e acompanhava uma vendedeira ambulante pelas feiras. Dos 17 para os 18 anos abandonou os trabalhos agrícolas para aprender o ofício de carpinteiro, que só interrompeu durante 27 meses que esteve na vida militar.

História patológica :

Quando frequentava a escola teve um abcesso na parte inferior e interna da côxa direita, que deixou uma cicatriz indelével. Mais tarde, quando aprendiz de carpinteiro, caiu-lhe a ponta dum barrote sôbre a cabeça, ferindo-o, mas não lhe fracturou o crânio, nem produziu a perda dos sentidos. Não teve necessidade de recolher à cama.

E assim, a sua vida decorreu quási isenta de accidentes patológicos até à grave agressão que sofreu a 22 de Dezembro de 1914.

Eis como as coisas se passaram segundo o relato que nos faz :

Saiu de sua casa em Lordelo para se encontrar com um seu amigo que morava em Dornelas e irem os dois à caça. Um outro indivíduo desconhecido, que por acaso estava, ofereceu-se para o acompanhar a um lugar onde o amigo se encontrava.

Aceitou o oferecimento e saíram os três : o César na frente, atrás dêle o desconhecido e mais atrás um irmãozinho de César.

Ao passarem no pontão de Dornelas, sítio deserto, o desconhecido, que seguia atrás do César, vibra-lhe uma pancada na cabeça que o deitou por terra, ficando com a cabeça pousada sôbre uma pedra. Imediatamente dá-lhe segunda pancada na região em que se vê uma grande cicatriz e foi esta pancada a que, encontrando a resistência da pedra, lhe fêz a extensa fractura do crânio. Julgando-o seguro disparou-lhe a espingarda e atirou-a para o lado, tentando então rolar o César para uma levada que passa em baixo.

Agarra-se a êle o César e rolam os dois por o monte abaixo até caírem à água.

Só aí se largaram.

Depois de ter saído da levada, um e outro, vem de novo o desconhecido agarra-se ao César dando-lhe marra-das com a cabeça até o deitar ao chão, pondo-lhe em seguida um joelho sobre o estômago e dando-lhe uma dentada no braço esquerdo para vêr se conseguia que o César o largasse.

Foi nesse momento que um outro homem, B. C., avisado pelo pequenito que tinha fugido quando viu o irmão por terra, apontando-lhe a espingarda o fêz largar o César.

Revistaram-no, prenderam-no e fizeram-no caminhar diante deles para o levarem para a cadeia.

Ao chegarem a Lordelo, depois de três horas de caminho a pé, juntou-se gente e, quando o César entregava a espingarda a um irmão e principiava a contar ao regedor como tinha sido agredido, caiu sem sentidos. Até aí sentia uma chiada na cabeça e tinha «um tumôr como um punho» no lugar da pancada, mas não deitou uma «pinta» de sangue.

Só depois de estar no hospital, lhe foi contado por sua mãe, e assim o soube, que foi transportado para lá em uma maca improvisada com uns cobertores e uns paus.

Quando recuperou os sentidos estaria havia uns dez ou onze dias no hospital, tendo já sido operado com o trépano.

Não ouvia do lado direito e sentia as dôres na ferida da cabeça e na mordedura do braço.

Estava muito fraco e de vez em quando «dava-lhe uma aflição no peito, chorava e aliviava».

Saiu do hospital ao fim de 99 dias de tratamento, mas só retomou o trabalho no princípio de Junho.

Além da fraquesa geral, sentia umas fsgadas na cicatriz da cabeça e ainda lhe davam as aflições no peito, que por duas vezes, já depois de ter retomado o trabalho, foram seguidas da perda dos sentidos.

A primeira vez que isso se deu recolhia êle a casa, à noitinha, depois de ter terminado o trabalho na Vila: chegando ao lugar do Seixo, foi surpreendido pela aflição e caiu sem sentidos.

A segunda vez que perdeu os sentidos trabalhava na exploração do minério na serra do Armelo; só vinha a casa nos sábados, e foi num sábado, depois de chegar a casa, que o ataque lhe deu. No dia seguinte foi informado que se tinha reunido muita gente em casa quando êle estava com o ataque.

Nada mais sabe dizer.

Estes dois ataques inconscientes deram-se a pequenos intervalos um do outro.

O pai de César, a quem pedi esclarecimentos detalhados a respeito dos padecimentos do filho, limitou-se a dizer o seguinte:

«Meu filho César, desde que lhe quebraram a cabeça, andava a cada passo de tal forma irritado que ninguém em casa o podia aturar; come pouco, dorme mal e de vez em quando dão-lhe uns ataques durante os quais parece maluco, espumando-se e estorcendo-se. Fôra dos ataques que são raros e unidos àquela irritação, fica bem e trabalha regularmente».

Estes dois ataques inconscientes são de carácter francamente epilético.

OBSERVAÇÃO IV

J. M. P., casado, agricultor, de 44 anos de idade, natural da freguesia de Ribelonga e residente na de Vila Chã, ambas no Concelho de Alijó, é acusado pelo crime

de homicídio voluntário na pessoa de sua mulher B. da C., na noite de 18 para 19 de Fevereiro de 1921.

Em todas as sessões em que foi examinado para apurar da responsabilidade que lhe cabia do crime que praticára, se apresentou em atitude modesta, podendo-se constatar que as funções se executam actualmente dentro dos limites da normalidade mas em que se notam manifestos vestígios de anterior morbidez.

Assim, a minuciosa análise que se fez recair sobre a memória revelou a perda completa, absoluta de todas as recordações abrangendo um período que se prolonga desde alguns dias antes da consumação do crime até cerca de dez dias que precederam a alta hospitalar que foi em 27 de Abril de 1921. Envolve aproximadamente dois meses, período durante o qual se deram os acontecimentos: assassinato da mulher a golpes de navalha; a imediata tentativa de suicídio, golpeando-se extensamente o pescoço; pedido de socorro à vizinha que morava em frente, acusando-se de ter matado a sua Bernardina; a intervenção da vizinhança e das autoridades locais; a transferência para o hospital; os curativos e operações que sofreu; exames periciais; nova tentativa de suicídio precipitando-se do 3.º andar do Hospital de que resultaram graves ferimentos, etc.

Tudo esqueceu, sabendo esses factos por lhe terem sido contados depois.

Assim é que, ao ser interrogado sobre o acto criminoso porque responde em juízo, respondeu: «dizem que por ter matado minha mulher»; «dizem que fui eu»; «dizem que foi com uma navalha de barba».

A esta amnésia lacunar associa-se a ausência de remorso e, afirmando lamentar o acto imotivado que praticou, não revela, contudo, grande sentimento de pesar.

A história pregressa instrui-nos sobre a existência de

perturbações mentais que sobrevieram aproximadamente dois meses antes do crime; relatadas pelo arguido, são confirmadas pela prova testemunhal. Há uma testemunha que depoz ter ouvido à própria vítima, algum tempo antes do acidente, «que o seu marido andava maluquinho de todo».

Dificilmente explica o que sentia, limitando-se a acusar: insónia pertinaz, pesadelos aflitivos, dôres de cabeça, constante desassocêgo, profundo sentimento de desgosto, sem causa para êle.

Conta também que tinha poluções nocturnas e que muitas manhãs, ainda em solteiro, acordava alquebrado de fôrças, cansado; e querendo levantar-se cedo porque um médico lho recomendára, o não podia fazer porque só conseguia acordar pelas onze horas. Então, via-se pálido e tão cansado «como se tivesse feito uma grande jornada».

Dos seus antecedentes hereditários sabe que o pai se entregava a abusos alcoólicos, que a mãe era muito nervosa. Teve 13 irmãos de que apenas sobrevivem 3; que uma irmã é fortemente emotiva e sofre dos pulmões; que um irmão tentou suicidar-se no Brasil por ter perdido, ao jogo, dinheiro, parte do qual lhe não pertencia.

O arguido nunca teve ataques convulsivos; mas a maneira como muitas vezes dizia acordar aliada à amnésia, falta de remorso e de pesar, é a expressão de tantos epiléticos ignorados. Depois, a epilepsia afecta com especial predilecção os descendentes de alcoólicos, em que se declaram manifestações com acusada obtusão mental, mal estar, cefaleias, irritabilidade, etc.

OBSERVAÇÃO V

A. A. P. da C., solteiro, empregado da câmara, de 32 anos de idade, natural da freguesia Valga, concelho de Ovar, e residente em Aveiro, é acusado de homicídio e de atingir mais gente a tiros de revólver.

Eis o que me relatou na cadeia da Relação do Pôrto:

No dia em que o crime se deu havia uma festa na freguesia da Esgueira. Não foi a ela porque sendo empregado menor da câmara, tinha receio de se demorar e não poder entrar de serviço de guarda à Avenida, a tempo, às desanove horas.

Pelas 2 horas da tarde entrou no estabelecimento de J. d'A. que fica defronte do Sport-Club Aveirense, onde esteve entretido a jogar a «suéca» até às horas em que entrava de guarda.

Já quando de serviço encontrou um rapaz chamado Isaac, também empregado da câmara, que lhe pediu para fazer umas contas duma palha.

Depois êste Isaac e um seu companheiro convidaram-no para ir beber à taberna do João Pequeno.

Foi e bebeu um copo de dois decilítros de vinho, saindo depois com o Isaac que novamente lhe pediu para o acompanhar à estação. Foi; pois aproveitava ao mesmo tempo a ocasião para comprar tabaco.

Chegados à estação, bebeu mais meio litro de vinho pago pelo Isaac; e como aqui não houvesse o tabaco que queria saiu a procura-lo em casa de Francisco Rato e de Manuel de Barros. Porque não havia, resolveu-se a comprar uma cigarrilha.

Na manhã do dia seguinte quando ao nascer do sol acordou e se dispunha a chamar o guarda que o havia de

substituir no serviço, encontra-se preso na esquadra sem saber como para ali foi levado e os motivos desta sua prisão. Soube o que se passára por lhe terem sido contados depois.

Interrogado sobre os motivos porque se encontra preso, respondeu: «eu não sei mas dizem que por ter matado um criado do Francisco Rato»; «dizem que foi com um revólver e que ainda feri mais gente»; «dizem que fui eu».

Eis como êle exprime o seu arrependimento:

«Não estou arrependido porque me não lembro. Se fiz isso tenho pena».

A esta amnésia que é absoluta, tanto acêrca do crime como de alguns factos que se passaram depois, associa-se a ausência de motivo e de remorso; e, dizendo ter pena, não revela, contudo, o menor sentimento de pesar: quatro das principais características da criminalidade epilética.

A estas vem juntar-se a existência de ataques convulsivos com as características que os confirmam de epiléticos.

Há sete anos que lhe dão uns ataques que o fazem cair e perder o conhecimento. Pelo que lhe dizem, pois que êle de nada se recorda, antes de cair «dá um grito»; depois, já no chão, «põe os olhos em branco» e «deita espuma pela boca».

Por vezes, em seguida aos ataques, aparece urinado.

Manhãs tem em que «acorda muito cansado» e urinado.

Á observação directa, apresenta mordeduras da língua e ainda alguns estígmata de degenerescência física: grande abertura dos ramos do maxilar inferior, arcadas orbitárias salientes e olhos encovados.

Diagnóstico médico-legal

Se casos e muitos casos há que o diagnóstico dum epilético é feito pelas perturbações que aos nossos olhos se nos apresentam, ou pelas indicações que a família nos der ou a justiça nos fornece, outros há que, entrando nós na qualidade de clínicos e de peritos, devemos ter a fina intuição da responsabilidade que nos cabe na designação de certos delitos.

Já lá vai, felizmente para êles e a bem do perito que tem ido grau a grau de aperfeiçoamento, o tempo em que uma dada fórmula era, nos tribunais, como um dogma, um instrumento de decisões judiciárias: condenando ou absolvendo, atacando ou defendendo os criminosos suspeitos de mal sagrado.

Assim, infeliz do que se desviasse da fórmula como doutrina, fructo dos trabalhos de Delasiauve, de Fabret, de Morel, de Griesinger, e que Legrand du Saulle mais do que ninguém vulgarizou pela consagração que lhe deu da sua enorme autoridade:

«Os caracteres gerais mais comuns dos crimes cometidos pelos epiléticos podem ser resumidos no grupo dos sinais que se seguem: ausência de motivo; falta de premeditação; instantaneidade e energia na determinação; fe-

rocidade na execução; desenvolvimento de uma violência insólita e multiplicidade dos golpes; nenhuma dissimulação na prática dos atentados e nenhum cuidado em se ocultar depois; indiferença absoluta; ausência de toda a mágua e de todo o remorso; esquecimento total ou reminiscências confusas e parciais do acto cometido».

Daqui, já com os conhecimentos actuais, se nota a deficiência em fazer diagnósticos diferenciais, as injustiças e irregularidades que à sua sombra seriam praticadas e a ignorância de tantos erros, de tantas decisões inaceitáveis e iníquas dentro dum sistema que sendo verdadeiro e preciso para alguns e muitos casos, é enganadôr, com restrições, para outros.

Os factos opõem-se a que consideremos como constantes os sinais apontados como próprios dos crimes epiléticos, os exemplos fazem-nos concluir que não há estigmas jurídicos nos actos criminosos dos comiciais.

Assim; o caso citado na minha segunda observação, caso para o qual não deverá haver a menor dúvida de que se tratava dum epilético, apresenta-se-nos na prática do crime com «motivo e sem amnésia».

Também não poderemos dizer que foi de todo revestido de «falta de premeditação»; se premeditação não houve foi no que diz respeito ao crime que praticaria e ao instrumento de que se serviria. Segundo elle diz, já na véspera do dia do crime pensava em tirar a desforra dos maus tratos que o irmão lhe dava.

Procurando-o no dia seguinte sem resultado e encontrando-se com o pai que, com aquele irmão do arguido, se associava aos maus tratos de que era vítima, teve as mesmas ideias de vingança para com o irmão. O ciume torna-se muitas vezes a causa determinante dos crimes praticados pelos epiléticos.

«As paixões alimentam, por assim dizer a epilepsia:»

Uma recusa, um ultrage, uma viva contrariedade, uma dôr moral concentrada, conduzem a paroxismos violentos ou provocam a sua recrudescente. (Delasiauve).

A mostrar-nos a falta de instantaneidade na determinação, temos o caso de Thouviot, apresentado por Legrand du Saulle, que sentindo-se impulsionado a matar alguém, pensa primeiro que a vítima pode ser a mulher com quem passou a noite. Mas vacila ante a ideia «de o tomarem por um vil assassino de prostitutas»; sai disposto a atacar o primeiro que encontre para o que levava uma faca aberta no bolso. A despeito de não encontrar ninguém nas ruas por onde passa, entra num restaurante e é então, depois de ainda escrever «que o seu destino é ser encarcerado ou morrer no cadafalso, que vai cometer um crime, que não pode resistir mais» e de escolher entre a hospedeira e a creada de servir, que comete o crime. Um exame minucioso feito por Legrand du Saulle estabelece o diagnóstico de epilepsia larvada.

A mostrar-nos a falta de «multiplicidade de golpes» temos o caso de Rousseau (observação iv de Legrand du Saulle) que não dá senão um golpe.

Podíamos pois para comentar cada um daqueles caracteres apresentar um exemplo.

Assim: «Para resolver o grave problema médico-forense de saber se um crime foi ou não cometido sob a influência da epilepsia, importa recolher e congregar elementos de diagnose que o simples exame do acto em si mesmo está longe de fornecer.

A epilepsia não é uma doença de tempo definido e uniforme mas um mal de manifestações protaicas, e compreendendo, como estabeleceu Tonnini na sua excelente monografia, cinco variedades distintas pelo menos. Assim,

cada caso particular tem de ser directamente examinado na sua história natural à face de elementos fornecidos por uma complexa exploração clínica. Isto equivale a dizer que cada exemplar tem de ser estudado sob o quádruplo aspecto da etiologia, dos anamnésticos, do estado somático, e da mentalidade na época do crime». (Júlio de Matos).

Nos anamnésticos devemos procurar com especial cuidado a emissão involuntária das urinas, sendo tomado por Trousseau que primeiro chamou a atenção sobre este sinal, como um indicio seguro da epilepsia nocturna.

Não querendo exagerar este valor, teem, no entanto, desde então Gwers e Hamilton posto em evidência a importância deste fenómeno como indicador da epilepsia de crises nocturnas; Legrand du Saulle mostra como mais de uma vez este signal o orientou no provável diagnóstico de epilepsia e que depois foi confirmado.

«Os acessos de noctambulismo e os terrores nocturnos, lançados de ordinário à conta de simples influência dos sonhos, são muitas vezes sintômas de uma epilepsia ignorada». (Júlio de Matos).

Em regra, também, a conformação craneana e facial dos epiléticos hereditários é extremamente viciosa.

Das deformações mais frequentes mencionarei o prognatismo alveolar, a implantação viciosa dos dentes, grande abertura dos ramos do maxilar inferior, arcadas orbitárias salientes, desproporção entre a face e o crânio, o predomínio da semicurva cefálica posterior sobre a anterior e, a que Lasègue dá maior importância, a assimetria concomitante do crânio e da face. Encontra-se também do lado da fisionomia: orelhas em aza e destacadas do crânio, exagerada saliência das regiões zigomáticas, seios frontais desenvolvidos, barba rara, côr uniformemente pálida e olhar altivo, inquieto ou ameaçador.

Não é raro na prática forense observarem-se tentativas de simulação. Existindo em todos os tempos, tem revestido tal ou qual forma segundo as indicações fornecidas pelos costumes e conceitos scientifico e social, da época.

A frequência desta simulação é nascida de ser esta uma representação momentânea adequando-se a ter saúde passado que seja o acesso e de ter sido, neste mal de manifestações proteicas, coroada muitas vezes de bom êxito.

Obedecendo, a maior parte das vezes, o simulador epilético, a instruções préviamente dadas para obter o seu fim, a bem do seu interesse, não duvida de as pôr em prática, aperfeiçoado na simulação que vai fazer.

Geralmente procura imitar o grande ataque. Aqui, se há sintômas que pode facilmente imitar, outros há que lhe é completamente impossível fazê-lo, e a estes iremos buscar os elementos de diagnóstico.

O ataque completo (grande mal, epilepsia maior), escreve Júlio de Matos, 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 flétida para trás.

O rosto, extremamente pálido no momento do acto,

torna-se depois vermelho e por fim cianótico, em consequência da asfixia determinada pelo tétano respiratório.

As pupilas, que no princípio e contemporaneamente ao grito, se apresentam mióticas, por um instante, tornam-se midriáticas 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, do 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 epilético 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.

É esta forma clássica do ataque e que o simulador quer por ignorância, quer por esquecimento de certos detalhes e impossibilidade de reproduzir certos sintomas, não pode no todo imitar. E a autenticidade do ataque epilético pode definir-se.

Ouçamos Krafft Ebbing:

«A questo effetto non hanno importanza assolutamente decisiva nè la improvvisa caduta al suolo nè il grido stridulo iniziale. Maggiore valore hanno il pallore cadaverico della faccia sub principio dell'accesso, il precedere di un periodo di convulsioni toniche a quello delle cloniche, lo spasmo vascolare (polso convulso) nella fase tonica, il, polso pieno

nella clonica, la maggiore accentuazione dei fenomeni convulsivi in una metà del corpo, il succedersi sussultorio delle convulsioni cloniche ad intervalli di tempo sempre minori.

A ciò si aggiunga il decorrere dell'accesso convulsivo attraverso ad un periodo di sopore con dilatazione ed insensibilità pupillare, con insensibilità generale e specifica anche per i più forte stimoli, con decadimento della eccitabilità riflessa, con uno speciale contegno del polso, il quale dà delle curve sfigmiche che nessun altro genere di strapazzo corporeo arriva a produrre».

Foi A. Voisin quem primeiro observou os caracteres esfigmográficos do pulso, sendo os mais importantes: dois ou três segundos antes do ataque, as curvas esfigmográficas são mais baixas, mais arredondadas e mais aproximadas.

Vindo que seja o ataque, vêem-se cinco ou seis pequenas ondulações sucessivas e dispostas segundo uma linha ascendente, depois uma série de curvas muito pouco elevadas. Estas curvas pronunciam-se mais, apresentam uma convexidade superior muito acusada, dando quasi a ideia duma metade de esfera, depois, ao fim de alguns minutos, as linhas elevam-se quasi perpendicularmente a uma altura três ou quatro vezes maiores que antes do ataque. Apresentam no vértice um ângulo mais ou menos agudo, voltam a descer apresentando os caracteres mais acusados do dicrotismo. A duração desta forma do pulso varia duma meia hora a uma hora e meia, tendo durado algumas vezes seis horas depois do ataque.

No reconhecimento dum crime cometido numa crise epilética sejamos os propugnadores da responsabilidade que lhe cabe. Evitaremos assim que a tantos erros cometidos se lhe juntem mais outros.

«O epilético actua sob a influência duma força irresis-

tível, força de que não é possível prevêr a amplitude de irradiação na série de desequilíbrios que vai provocar. Êle pode ser um prejudicial, um nocivo, é-o de facto e muitas vezes; não é porém nunca um culpado». (Lopes Martins).

Procurar nos criminosos suspeitos de epilepsia o verdadeiro significado dessa suspeição, é só batalhar pelos direitos da Humanidade e ideais da Razão.

Conclusões

1.^a — A epilepsia não é uma doença de tipo definido e uniforme, mas um mal de manifestações proteicas.

2.^a — Não deverá chamar-se epilético ao que tendo um único ataque de epilepsia, não apresenta os caracteres específicos do mal comicial: não é o ataque que define a doença mas os caracteres específicos dela.

3.^a — A observação clínica é indispensável para o diagnóstico médico-legal de um crime suspeito de epilepsia.

4.^a — Todo o crime cometido sob a influência duma crise epilética é livre de toda a culpa.

5.^a — A opinião de muitos neurologistas e entre elles a de Tissot de que um comicial, não é irresponsável desde que num impulso cego e irresistível, mata ferozmente o primeiro que depára à sua frente com consciência do seu acto criminoso, deve ser posta de parte.

6.^a — Os tratados de medicina legal que consideram elementos indispensáveis ao diagnóstico de epilepsia a perda

de consciência e a amnésia post accessual, devem ser emendados.

7.^a — Nem sempre o crime define o carácter epilético, Êste é definido pela exploração clínica sob o quádruplo aspecto da etiologia, dos anamnésticos, do estado somático, e da mentalidade na época do crime.

Visto
Magalhães Lemos
Presidente.

Pode imprimir-se
Lopes Martins
Director.

BIBLIOGRAFIA

JÚLIO DE MATOS. — *Elementos de Psichiatria.*

A Loucura. — Estudos clínicos e médico-legais. — Lisboa, 1914.

JOÃO LOPES DA SILVA MARTINS JÚNIOR. — *Os epiléticos em Medicina Legal.* — (Dissertação de concurso apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Pôrto, 1888.

ALFREDO HERCULANO DE SOUZA OLIVEIRA. — *As formas atípicas do ataque epilético.* — (Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Pôrto, 1921.

FRANCO DA ROCHA. — *Esbôço de Psichiatria Forense.* — São Paulo, 1905.

LEGRAND DU SAULLE. — *Étude Médico-Légale sur les Épiléptiques.* — Paris, 1877.

DOUET. R. VON KRAFFT-EBBING. — *Trattato di Psicopatologia Forense.* — Traduzione sull'ultima edizione tedesca del dott. Corenzo Borri, 1897.

H. MANDSLEY. — *Le Crime et la Folie.* — Paris, 1885.

P. ARDIN-DELTEIL. — *L'Épilepsie Psychique.* — (Les rapports dans l'aliénation mentale et la criminalité. — Paris, 1898.

CEZAR LOMBROSO. — *Le Crime, Causes et Remèdes.* — Paris, 1899.

GÉLINEAU. — *Traité des épilepsies.*

E. REGIS. — *Précis de Psychiatrie.* — Paris, 1914.

P. HARTEMBERG. — *Une conception nouvelle de l'Épilepsie* — *Presse Medicale.* — 8 Novembre, 1919.