

I
ALEIXO PEREIRA PATINHA

N.º 239
12

O CRIME NOS MELANCÓLICOS

(Leves considerações
acerca de um caso de infanticídio)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina do Pôrto



PÔRTO

Tip. da Enciclopédia Portuguesa, L.^a
47, Rua Cândido dos Reis, 49

1926

221/A FMT

O CRIME NOS MELANCÓLICOS

(Leves considerações acerca de um caso de infanticídio)

ALEIXO PEREIRA PATINHA

N.º 239

O CRIME NOS MELANCÓLICOS

(Leves considerações
acerca de um caso de infanticídio)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina do Pôrto

221/1 FMT

PÓRTO

Tip. da Enciclopédia Portuguesa, L.^a
47, Rua Cândido dos Reis, 49

1926

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

Prof. Dr. Alfredo de Magalhães

SECRETÁRIO

Dr. Hernâni Bastos Monteiro

CADEIRAS

Professores ordinários

Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Dermatologia e Sifiligrafia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Anatomia Patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Bacteriologia e doenças infecciosas	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Anatomia Cirúrgica	Dr. Hernâni Bastos Monteiro
Clínica obstétrica	Manuel António de Morais Frias
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Vaga
História de medicina e Deontologia	Vaga

Professores jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Prof. Dr. ALEXANDRE DE MOURA

A Escola não se responde pelas doutrinas expendidas na dissertação
e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, art. 155.º)

À sagrada memória de

Saavedra Guedes

A meu Pai

Um pouco pelo muito que vos devo.

A minha querida Mãe

A meus irmãos

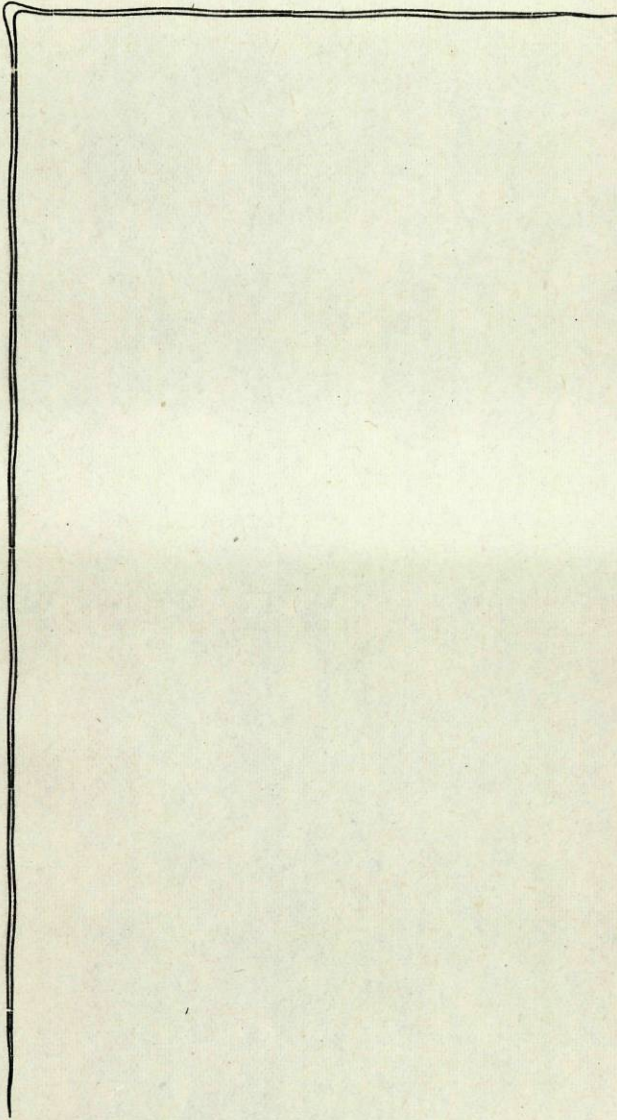
Aos meus condiscípulos

horas alegres que daqui por deante
serão saudades.

AO MEU PRESIDENTE DE JÚRI

Prof. Magalhães Lemos

Protestos da mais alta consideração
como Mestre e como Sábio.



I

Esboço clínico da melancolia aguda

(Forma delirante)

Resenha histórica

Hippocrates refere já alguns casos de melancolia que atribuía à atrabilis, dando-lhe porisso o nome de loucura atrabiliária. Referindo-se a esta psicose, diz que “quando o temôr ou a tristesa duram muito tempo provocam um estado de melancolia,,.

Hippocrates filiava a origem da melancolia na existência de bilis negra, como a própria palavra indica. A propósito da evolução doença, diz Hippocrates que na melancolia e nas doenças dos rins o aparecimento de hemorroidas é um sintoma favorável à sua cura. Sob o ponto de vista da etiologia geral, insiste sobre a influência das estações e da bÍlis, dizendo que é na primavera e no outono que aparecem mais casos desta doença, sendo as vítimas em geral indivíduos de “temperamento bilioso,,.

Encontram-se em Hippocrates três observações muito pitorescas de melancolia: A primeira refere-se a um rapaz que, “depois de ter bebido muito vinho, se deitou a dormir numa tenda. Pouco depois uma serpente chamada “Arges,, entrou-lhe pela boca.

Não sabendo o rapaz o que era, serrou os dentes, mordendo a serpente. Passado algum tempo era acometido de um grande sofrimento; levava as mãos à garganta

como se estivesse sufocante; atirava-se para o chão e morreu em convulsões,,. Os outros dois casos referem-se um ao criado de Timochares e o outro a Adimante.

Aretêo da Capadócia (1.º sec. ant. C.) já nos fornece detalhes mais concretos ácerca desta doença; são dele estas palavras: "A melancolia não perturba logo no início as faculdades intelectuais; os doentes encontram-se tristes e as suas digestões tornam-se dolorosas; tem eructações fétidas, exalando um cheiro a peixe. Às vezes a êste estado de abatimento sucedem-se esboços de furor. No melancólico as angústias do seu espírito são fixas e inerentes a um mesmo pensamento. Na mania, os doentes entregam-se ora a violências ora à alegria. Os melancólicos, pelo contrário, são ordinariamente tristes e desgostosos,,.

Galeno (2.º sec. d. C.) admite a maior parte das ideias de Hippocrates, dizendo como este que a melancolia é motivada por uma super-abundância de bÍlis negra "no interior mesmo do cérebro,, admitindo, como Diocles de Caristo, que toda a melancolia tem a sua origem nas perturbações do estômago.

Celso (V sec. d. C) crê, como Hippocrates, que a melancolia é determinada pela atrabilis e coloca-a entre as afecções a que êle chama *delírios parciais*.

Para Esquirol (1722-1840) a melancolia ou lipemania, como ele lhe chamava, era sinónimo de *delírio parcial*. Sobre a natureza desta doença, diz o eminente psiquiatra: "A melancolia com delírio ou lipemania é uma doença cerebral caracterizada pelo delírio parcial, crónico, sem reacção fébril, alimentada por uma tristeza debilitante e opressiva,,.

Esquirol separa a melancolia do “estado habitual de tristeza de alguns indivíduos”, dando-nos uma descrição mais ou menos circunstanciada de certas perturbações de percepção nos melancólicos asténicos. “Eu ouço; eu vejo; eu palpo, diz um dos seus doentes, mas sinto que não sou como dantes. Os objectos que me cercam não se identificam com o meu sêr; uma nuvem espessa escurece o aspecto e a tinta de tudo o que vejo; os corpos mais polidos parecem-me ásperos”.

A seguir descreve a abúlia dos melancólicos. Eis o que êle conta de um dos seus doentes lipemânicos: “Se lhe falo de viajar, de cuidar dos seus negócios, êle responde-me: eu reconheço que devia e que posso fazê-lo; os vossos conselhos são úteis; eu queria segui-los, mas estou convencido de que nada me tira esta vontade de não querer fazer aquilo que a minha razão me aconselha; as fôrças abandonam-me quando quero agir”.

Falret (1851) chama-nos a atenção sôbre as diferenças que separam os “melancólicos vulgares”, da melancolia periódica dos autores actuais.

Para êste autor a melancolia ordinária não é mais que uma variedade de delírio parcial depressiva que se opõe à alienação parcial expansiva dos perseguidos megalomanos. Mais tarde, 1854, depois da intensa discussão com Baillarger, Falret apresenta-nos uma nova entidade nosológica: a *Loucura Circular*, forma de doença mental caracterizada pela *reprodução sucessiva e regular dum estado maníaco, dum estado melancólico e dum intervalo lúcido*. Este intervalo lúcido, para Falret, é geralmente mais curto que os períodos de excitação e de depressão considerados isolados.

Baillarger (1854), recolhendo e comparando um grande número de observações, verifica que existem muitos casos nos quais não é possível isolar os dois estados de excitação e de depressão, que se sucedem num mesmo doente.

Para êle êstes dois estados não são mais que dois períodos dum mesmo acesso. "Êste acesso não pertence, pois, nem à mania nem à melancolia, mas sim a um gênero especial de alienação, caracterizado pela existência regular de dois períodos, um de excitação e outro de depressão „. É a esta psicose que Baillarger dá o nome de *Loucura de dupla forma*.

A única diferença, portanto, que separa a Loucura Circular de Falret da Loucura de Dupla Forma de Baillarger, é o facto de êste último excluir do acesso o intervalo lúcido, que o primeiro considera parte integrante. Podemos, pois, dizer que êstes dois autores descreveram quasi ao mesmo tempo a mesma doença sob dois rótulos diferentes. Notemos, todavia, que é a Falret que cabe a glória de ter sido o primeiro a pôr em relêvo os principais sintomas e caracteres desta nova psicose, nomeadamente o papel importantíssimo da hereditariedade, a sua maior freqüência no sexo feminino, a gravidade do seu prognóstico, enfim, todos os caracteres que hoje são admitidos por todos os psiquiatras.

Cotard (1880) descreveu uma forma de delírio especial na melancolia anciosa crónica: o delírio das negações.

Êste delírio pode, por uma exagerada extensão, levar os doentes às ideias de imortalidade.

Com efeito, êstes doentes negando tudo, negando a

sua própria existência, não admitem também a morte. "Morre sómente o que nasceu, diz um doente, mas eu como não nasci, não posso morrer, tenho que viver eternamente."

Estas ideias de imortalidade podem, todavia, como notou M. Lemos, ter outro ponto de partida: Podem derivar ainda, e assim acontece em muitos casos, dum processo psicológico em que as ideias de culpabilidade são o factor primordial. Êsses doentes, com efeito, não admitem a morte, não por negarem a sua existência, mas simplesmente por estarem condenados ao suplicio eterno, para expiação das suas faltas.

Magnan (1882) isola a melancolia dos estados melancólicos nos "degenerados," e põe nitidamente à margem a Loucura Intermitente. É a êste autor que se deve a constituição da *hermenêutica clínica* da degenerescência.

Daqui por diante fica o alienista na posse de dois processos clínicos para o diagnóstico da degenerescência: um, fundando-se na história progressa do doente, na sua biografia médica, familiar e social; o outro, no exame directo, na presença de estigmas, que por vezes, por si só, são tão eloqüentes como a própria psicose.

Magnan, alargando bastante os limites da degenerescência hereditária, colocou no seu campo quási todos os estados mórbidos conhecidos.

De fóra apenas ficaram as psicoses fliáveis directamente em causas exogênicas e o grupo nosológico constituído pela mania, melancolia, loucura periódica e o delírio crónico de evolução sistematisada, embora o autor concordasse que nunca a degenerescência deixa de influenciar,

mesmo até nas psicoses exogénias, pelo menos como causa predisponente.

Kraepeling (1889), apresentando na 6.^a edição do seu tratado de Psiquiatria uma nova classificação das doenças mentais, fez entrar a melancolia clássica na *Psicose Maníaco-Depressiva*.

Para o ilustre psiquiatra de Munich, os estados depressivos chamados melancólicos dividiam-se em dois grupos: os que sobreveem no período de involução e na senilidade e os que aparecem nas outras fazes da vida. Os primeiros constituem um grupo separado, o da *melancolia de involução senil ou pre-senil*. Quanto aos estados depressivos que aparecem em outra qualquer idade, filiou-os na psicose maníaco-depressiva.

Um dos principais factores que levou Kraepeling a banir a melancolia simples do quadro das psicoses autónomas foi o facto de ter verificado "que o acesso maníaco ou melancólico é sempre precedido ou seguido de uma fase distímica oposta que, embora fugaz e pouco perceptível, é sempre suficientemente caracterizada para fechar, com a fase principal, o ciclo maníaco-depressivo." Quanto aos casos em que os doentes durante toda a sua vida tiveram apenas um único acesso, diz Kraepeling que uma anamnese mais detalhada ou um exame mais rigoroso nos mostra que o seu psiquismo obedece, da mesma forma, a uma sucessão mais ou menos regular de oscilações afectivas, que constituem verdadeiras fases da psicose maníaco-depressiva, embora não atinjam a intensidade suficiente para entrar praticamente no fôro da alienação mental cíclica.

Ultimamente, 1911, J. Tastevin procurou demons-

trar que a mania não se opõe à melancolia, mas sim à astenia ou hipostenia, que não são necessariamente sinónimos de melancolia.

ETIOLOGIA

As causas da melancolia, seja qual fôr a sua variedade, podem ser divididas em ocasionais, determinantes e predisponentes.

Causas ocasionais: A única causa ocasional da melancolia é uma emoção chóque, intensa, de duração rápida ou prolongada.

Causas determinantes: Entre as causas determinantes temos a considerar, como principais, a menopausa, a evolução senil e as auto-intoxicações, principalmente a gastro intestinal, cuja existência se verifica, por assim dizer, em todos os casos. Veem depois, em segundo plano, as fadigas físicas e mentais, as infecções, as hemorragias, etc.

Causas predisponentes: Entre estas, a principal, é sem dúvida, a hereditariedade similar ou desimilar.

SINTOMATOLOGIA

A melancolia apresenta três períodos; o de invasão, o de estado e o de terminação.

A) PERÍODO DE INVASÃO — O comêço, geralmente insidioso, é marcado por um estado emocional doloroso e motivado ora pela morte duma pessoa querida, dum filho, dum espôso, dum amigo; ora por uma contrariedade da vida, a perda de uma carreira, um desastre financeiro,

etc. Sempre com o espírito atravancado pela ideia do mal sucedido, o doente começa a abandonar frequentemente o seu trabalho profissional ou as suas occupações domésticas, a procurar o isolamento, fugindo da vida movimentada que o incomoda e aborrece.

Em quasi todos êstes doentes o temôr e a inquietação depressa se juntam ao desgosto e à tristêsa, tornando o estado emocional mais doloroso e complexo. O doente sente-se não só triste e abatido mas também receoso e inquieto.

A fisionomia do melancólico torna-se então muito característica.

O olhar fixo, a testa enrugada, a cabeça pendida, os supra-cílios aproximados e levantados, as commissuras labiais levemente contracturadas, os sulcos da face bem marcados — tal é, em ligeiros e apagados traços, a máscara do melancólico, tradução fiel do seu doloroso sofrimento.

As perturbações somáticas são importantes, interessando, por assim dizer, todos os aparelhos. A epigastralgia é um sintoma notado desde os antigos autores.

Embora o doente não exprima sempre espontaneamente esta sensação dolorosa, o facto é que, pedindo-lhe para localisar a dôr, êle aponta, por um gésto automático, o cavado epigástrico. As cefaleias são por vezes intensas e veem, em geral, acompanhadas de insónias. Os doentes, ainda que fatigados, não conseguem dormir ou se o fazem é só durante alguns momentos. A anorexia é frequente e vem sempre acompanhada de perturbações gastro intestinaes intensas. As perturbações respiratórias consistem em modificações do ritmo que se atraza ou acelera; a respi-

ração é superficial. As secreções, principalmente a urinária, estão diminuídas; o suco gástrico é hipertóxico. A menstruação é irregular, havendo às vezes metrorragias. As funções genitais diminuem, podendo haver até impotência completa. A sensibilidade encontra-se, duma maneira geral, diminuída.

Êste período, como dissemos, é geralmente longo, podendo demorar vários meses ou até mais dum ano.

B) PERÍODO DE ESTADO — O quadro mórbido que acabamos de apresentar, em que a dôr moral produzida pela emoção recebida constitue o sintoma principal, agrava-se sobremaneira no período de estado, mercê da aparição de outros elementos que se lhe veem juntar: ideias delirantes; perturbações psico-sensoriais geralmente episódicas; astenia, etc. Observam-se ainda neste período, em quasi todos os doentes, fenómenos de ansiedade: o doente não só lamenta a sua situação actual como tambem se preocupa extraordinariamente com o futuro. Os sintomas somáticos observados no primeiro período da doença, persistem neste ou agravam-se ainda mais.

Ideias delirantes — As ideias delirantes observadas na melancolia são ideias de auto-acusação — ideias de culpabilidade, de indignidade e de condenação — ; ideias de ruína e, raras vezes, ideias de perseguição e de hipocondria, fundadas todas elas, em geral, em interpretações absurdas. Deixaremos de lado as ideias de negação, de immortalidade e de enormidade (Sindr. de Cotard) visto só aparecerem na melancolia crónica.

Sempre ligado a um fixo e pertinaz sentimento doloroso, o delírio melancólico é bem, segundo a expressão consagrada, “uma tentativa de interpretação do estado psicológico em que os doentes se encontram,” ou pelo me-

nos, como diz J. Matos, “uma adequada expressão ideativa”. Sendo assim, o delírio jámais se observa como sintoma primário nesta doença; pelo contrário, só aparece em seguida aos sintomas do período de início, isto é, depois de instalado o sentimento dôr e impotência, que constitue o seu substractum patogénico.

Estas ideias, ao princípio mais ou menos difusas, não tardam a afirmar-se perante a consciência dos doentes, na representação nítida duma falta real ou imaginária de que assumem inteira responsabilidade. Assim, doentes há que se consideram únicos responsáveis de todas as desgraças, de todos os males, de todos os crimes de que tiveram conhecimento. Outros vão ainda mais longe: de platônicos auto-acusadores passam a auto-denunciadores, apresentando-se junto das autoridades locais como autores de um crime que na realidade não cometeram. Êste facto pode, por uma coincidência singular, dar origem a erradas interpretações da Justiça — o doente referir-se, por exemplo, a um crime real e recente de que assume inteira responsabilidade —. Nestes casos só o médico-legista pode esclarecer a questão.

Entre os actos invocados pelos doentes há alguns que na realidade foram por êles cometidos: são quási sempre ligeiras faltas, pequenos pecados, a maior parte dos quais praticados na infância ou numa época distante.

Assim, tal doente para explicar o seu estado, que lhe parece traduzir um abandono da Graça Divina, acusa-se amargamente de ter mentido uma vez a um amigo, de ter faltado a uma missa, de ter feito uma confissão incompleta, etc. Certos doentes religiosos, depois de uma confissão, recusam-se a receber o Senhor dizendo *que a sua*

confissão foi incompleta e desta maneira voltam de novo a procurar o sacerdote para lhe confessar novas faltas: um furto de maçãs praticado na infância, a falta a uma missa num domingo de chuva, etc.

Como disse Ségla, "as menores faltas são interpretadas pelos doentes no sentido das suas ideias, tornando-se outras tantas provas das suas convicções. Não se limitando ao presente, os doentes invocam todo o seu passado para encontrar a cada passo novas provas da sua indignidade e das suas culpas,". — Com efeito, para o melancólico tudo é matéria de remorso: as menores faltas da sua vida, até então apagadas da sua memória, são por êle morbidamente hipertrofiadas, julgando-se porisso condenado a grandes suplícios que muitas vezes pesarão também sôbre a sua família.

As ideias de ruína acompanham muitas vezes as de culpabilidade. O doente julga-se arruinado, perdido; não tem nada de seu e vê no futuro um *mare magnum* de misérias e privações a que não pôde fugir, êle e os seus.

As ideias de perseguição são algumas vezes bastante desenvolvidas, principalmente nos derradeiros tempos da doença. O doente receia apresentar-se deante das pessoas porque julga toda a gente conhecedora das suas faltas, dos seus pecados. O melancólico não sonha, porém, nunca em vingar-se; pelo contrário, acha justas todas as perseguições e resigna-se, lastimando apenas a sua triste condição.

As ideias hipocondríacas são mais raras que as precedentes e parecem estar principalmente em relação com os fenómenos de astenia secundária. Elas ocupam, todavia, em alguns casos uma situação saliente: os doen-

tes dizem não possuir estômago, não poder digerir os alimentos, ter a garganta obturada, etc.

Como se vê, pelo que acabamos de dizer, o delírio nos melancólicos apresenta sempre um caracter monótono e triste como triste e monótono é o terreno da sua geração. É uma verdadeira "litania", como disse Séglas. Ao contrário dos delírios sistematisados que a todo o momento se complicam, o delírio dos melancólicos, traduzindo sempre a mesma depressão de dôr e de impotência, torna-se monótono e fixo. Os doentes passam semanas e meses com as mesmas palavras nos lábios e o mesmo scenário na alma.

Julgando-se perdidos, incapazes de qualquer esforço por menor que seja, pecadores, criminosos, condenados a terríveis suplícios, passam os dias e as noites a gemer, quando não procuram o suicídio.

O delírio do melancólico é humilde e resignado. Os seus actos, por mais violentos que sejam, nunca traduzem uma revolta contra outrem, isto é, nunca obedecem a um espírito de vingança ou de destruição, mas sim ao sentimento doloroso que os martirisa, como adiante verificaremos.

Ilusões e alucinações. — É freqüente encontrarmos na melancolia delirante perturbações psico-sensoriais que se traduzem por illusões ou alucinações. Entre estas, as mais freqüentes, são as do ouvido. Os doentes ouvem então, no silêncio da noite, vozes terrificantes de ameaça e de acusação: "tu és um miserável, tu és um criminoso, vais ser condenado a um grande suplício, às penas do inferno . . ." As illusões aparecem, segundo alguns autores, com mais freqüência que as alucinações.

Astenia secundária. — No período de estado da melancolia delirante observam-se quasi sempre, em virtude da complexidade do quadro mórbido, fenómenos muito notáveis de astenia psíquica e motora. Os doentes, apresentando uma acentuada preguiça da sua dinâmica psíquica, sentem uma grande dificuldade na rememoração dos factos, na associação das ideias, etc. A depressão da vontade não é menos evidente. Como já notou Esquirol, a abulia pode ser completa.

Perturbações perceptivas. — Estas perturbações consistem num acentuado embotamento das sensações internas e externas. Os doentes queixam-se de que tudo que os cerca lhes parece estranho, insólito e muito diferente do que era dantes. As pessoas, as casas, as árvores, os pássaros, os campos, tudo para elles perdeu aquele colorido relevo que dantes tão harmoniosamente impressionava o seu espirito. Vêm tudo diferente; até o affecto que os ligava a pessoas amigas elles vêem desaparecido; para elles todos são estranhos, figuras móveis num mundo de misérias!

Anciedade. — A agitação anciosa aparece frequentemente nas melancolias delirantes. Os doentes encontram-se então inquietos, cheios de negros presentimentos, com uma preocupação constante pelo que lhes vai acontecer. Manifestam uma tendência impulsiva em todos os seus actos: açoitados pelo delírio ou por alucinações, levantam-se da cama, passeiam apressadamente pelo quarto, fogem de casa a gritar.

Todas as suas palavras traduzem o seu estado ancioso: “O que vai ser feito de mim? O que vai ser feito de minha mulher, de meus filhos? . . .”

Êste estado acompanha-se de uma dôr precordial mais ou menos intensa, de uma opressão respiratória e de perturbações da circulação. No aparelho digestivo há, em geral, espásmos gástricos, dores, diarreias súbitas, etc. É debaixo dêste estado ancioso que os doentes cometem, na maior parte das vezes, actos violentos (suicídio, homicídio, etc.).

Mutismo e recusa de alimentos. — O mutismo e a recusa de alimentos são dois fenómenos reaccionais muito freqüentes na melancolia delirante. Os doentes conservam-se silenciosos, não respondem às perguntas que se lhes fazem. As raras palavras que emitem reduzem-se, em geral, a monossílabos apagados e quási imperceptíveis. Os motivos dêste mutismo giram sempre à volta de ideias de culpabilidade, de perseguição, ou então da astenia em que encontram. A recusa de alimentos (sitofobia) acompanha, em geral, este sintoma.

Marcha. Duração. — A marcha desta doença é vagarosa; o período de estado dura alguns meses, às vezes anos, sem que as ideias delirantes desapareçam ou se atenuem mesmo.

C) **TERMINAÇÃO** — A doença evolue a maior parte das vezes para a cura por desapareção gradual das perturbações psico-sensoriais, do delírio, da agitação anciosa, etc. Os fenómenos de astenia persistem, no entanto, durante um tempo mais ou menos longo. Uma vez curado, o doente conserva a memória dos factos passados durante a sua doença, sendo capaz de nos explicar todas as suas etapas, as suas ilusões, as suas alucinações, etc. Existem, todavia, algumas lacunas de memória devidas talvez às perturbações de percepção que tiveram numa dada altura da sua psicose.

Esta doença pode, todavia, não curar (mel. crónica) e evoluir para a demência, ou estacionar em delírios sistematizados. A morte é muitas vezes o término dos melancólicos mercê das complicações viscerais que esta doença provoca.

A desapareição dos sintomas pode ainda ser meramente temporária. A remissão, com efeito, observa-se em alguns casos, principalmente naqueles em que existe da parte do doente uma tara mórbida hereditária.

DIAGNÓSTICO — A melancolia, que acabamos de apresentar como psicose autónoma, póde constituir apenas um síndrome ou um estado evolutivo de outras entidades nosológicas. O diagnóstico de um estado melancólico é sempre fácil de fazer. Os sintomas são, em geral, tão suficientemente característicos e evidentes que fácil é a qualquer um diagnosticar um estado melancólico.

Mas o mesmo já não acontece, todavia, no diagnóstico duma melancolia doença, onde por vezes se encontram sérias dificuldades.

Nestas circunstâncias o diagnóstico diferencial tem de ser baseado principalmente na etiologia e evolução.

Os casos em que esta doença aparece apenas como síndrome passageiro de outra psicose são muito fáceis de reconhecer, pois que, por detraz do cenário melancólico encontramos sempre o da psicose principal. Assim, na paralisia geral encontramos numa dada fase da sua evolução o síndrome melancólico com o delírio de auto-acusação; o mesmo acontece, por vezes, na paranoia com ideias suicidas. No entanto ao lado destes síndromas, próprios da melancolia, encontramos sempre as características principais destas psicoses.

A principal dificuldade surge como já dissemos quando queremos saber se estamos em face duma melancolia-doença ou dum simples acesso melancólico. Nestes casos só a evolução nos poderá esclarecer o problema. Notemos, todavia, que a hereditariedade mórbida é um elemento que muito nos poderá elucidar neste caso. Com efeito, averiguado está que a loucura periódica, depressiva, de formas alternas ou circular desencadeiam-se quasi sempre em terreno enfraquecido ou degenerado. Esta circunstancia, contudo, não é causa sufficiente; esperar pela evolução é o único processo de diagnóstico.

TRATAMENTO: Combater a anorexia. A alimentação deverá ser, na medida do possível, abundante, regular e variada, devendo usar-se, principalmente, o leite, ovos, purés de legumes, frutos, etc. Não usando nunca de violências mas de paciência, consegue-se quasi sempre alimentar sufficientemente estes doentes.

As perturbações gastro-intestinais devem ser cuidadosamente combatidas, recorrendo-se às lavagens do estômago, enteroclise e laxantes. O repouso deve ser sempre mantido, muito especialmente nos casos de melancolia anciosa, que exigem a permanência no leito. O isolamento deve praticar-se em todos os casos de delírio ou anciedade, devendo para isso os doentes recolher a um manicómio.

A tonificação é uma indicação primordial, quer se faça por uma super-alimentação quer por meio de tónicos estimulantes. A terapêutica sedante está indicada nos casos delirantes ou anciosos. A insónia e a angústia combatem-se por meio de banhos quentes de imersão ou pelo ópio. Por vezes é necessário recorrer aos hipnóticos.

Nos casos de sitofobia deve-se recorrer ao emprêgo da sonda esofágica.

O que adiante dizemos sôbre as tendências suicidas, observadas muito freqüentemente nêstes doentes, exige uma vigilância rigorosa e contínua da parte do pessoal de enfermagem.

A psicoterapia é essencial nestes casos, como em toda a patologia mental. Na melancolia, a psicoterapia pode reduzir-se simplesmente a uma conversa afectuosa e íntima com o doente, feita com doçura e paciência. O successo da psicanálise de Freud em alguns melancólicos é devida, diz Benon, mais à sua acção terapêutica lenta e íntima, do que próprioamente ao seu carácter científico.

II

Patogenia da ideia criminosa
nos melancólicos

Apresentação dum caso de crime

A intensa dôr moral que constitue o elemento psicopatológico da melancolia pode criar reacções altamente perigosas para os próprios doentes ou para os entes que lhes são mais queridos. Torturados por lúgubres pensamentos que os perseguem sem tréguas, possuidos de uma firme convicção de que não existe lenitivo algum para a sua situação, os melancólicos reagem frequentemente pelo suicídio, como recurso supremo contra o seu desesperado sofrimento. Martirizados pela depressão dolorosa de impotência que a sua disestesia lhes provoca, a vida para estes doentes não é mais que uma grilhêta que inexoravelmente os prende ao sofrimento, que os vai esmagando lentamente, cruelmente. Nestas circunstâncias a morte para eles constitue qualquer coisa de Nirvana, de asilo amigo e acolhedor onde o sofrimento acaba e o descanso começa!

Esta reacção pode, porém, complicar-se com ideias homicidas quando é envolvida a família no pessimismo mórbido do doente. Assim, para libertar a mulher, os filhos, um parente idolatrado duma vida de pavorosas misérias, os melancólicos, por um excesso de dedicação,

matam-nos suicidando-se em seguida. O melancólico não mata, portanto, indivíduos que teme ou que odeia como faz o perseguido, por exemplo, mas sim os seres que lhe são mais queridos, no intuito único de os fazer escapar das misérias, da desonra, dos castigos que o seu delírio lhes atribui.

Não é, todavia, esta a única patogenia que orienta o crime nos melancólicos. Com efeito, doentes ha que, considerando-se atravez do seu delírio os sêres mais abjectos, mais repugnantes, matam simples e unicamente por quererem que a sua degradação seja por todos conhecida. Logo que a sociedade não tem por eles o desprezo que as suas faltas merecem, o seu dever é cometer um crime repugnante, um crime que lhes acarrete a desconsideração de toda a gente.

Nos países onde existe a pena de morte é relativamente freqüente o suicídio indirecto, isto é, os doentes matam somente com o fim de encontrar a morte na pena capital que com certeza, dizem eles, lhes será imposta. Este fenómeno patológico observa-se principalmente nos doentes que, por crenças religiosas ou por falta de coragem não conseguem pôr em prática as suas ideias suicidas.

O crime nestes doentes pode ainda obedecer a outro mecanismo. Pode sêr o produto immediato duma ordem que o doente recebe sob a forma de alucinação auditiva, ordem que geralmente é cumprida pela interpretação mórbida que o doente lhe dá.

O homicídio observa-se ainda nos doentes possuídos do delírio místico. É muito conhecido o caso daquele camponez alemão que, julgando-se obrigado a

renovar o sacrificio de Abraão, matou por estrangulamento o seu filho único.

Estes últimos casos são, porém, muito raros. Os mais vulgares são, como já dissemos, aqueles em que os doentes, por uma extensão do seu delírio, matam as pessoas amigas com o fim de as libertar de terríveis sofrimentos a que vão ser submetidas. Podemos mesmo dizer que é esta a patogenia clássica das ideias criminosas nos melancólicos.

Doentes há em que a razão acolhe com horror a ideia do acto violento, travando-se então na sua consciência alarmada uma luta cruel entre a ideia e o acto. Consoante o maior ou menor vigor das forças inibitórias ou conseguem espontaneamente dominar-se; ou, confessando a alguém o seu propósito, invocam auxílio para evitá-lo; ou então cedem passivamente e executam-no. Pode ainda acontecer que à elaboração ideativa suceda imediatamente o acto, sem luta prévia na consciência, acionados por um impulso irresistível a que não podem furtar-se.

Dito isto, vamos agora apresentar um exemplo de crime nos melancólicos.

Trata-se duma mulher atacada de melancolia delirante com ideias de culpabilidade e de condenação que foi, ha pouco mais de três anos, apresentada ao Conselho médico-legal desta cidade como autora dum crime de infanticídio.

*

* *

T. A. R., de 45 anos de idade, viúva, lavradeira, filha natural, residente no lugar do C., freguesia de L., concelho de P. de L.

Carta precatória da comarca de P. de L. para o 1.º Juízo de Investigação Criminal.

Crime: Infanticídio.

Auto das perguntas no posto da guarda: Em 22 de Junho de 1922 foi a casa de uma sobrinha M. R. da C. e trouxe para sua casa uma criança de dois anos, filha desta, e uma machada. Levando depois a criança para a soleira da porta, deu-lhe pão, uma caixa de fósforos de cêra vazia, um alfinete de segurança e um postal com a fotografia da morte de Martim Moniz, onde se representam indivíduos empunhando machados. Tudo isto para a criança brincar. Pouco depois deitou-lhe a cabeça sobre a soleira da porta (dizendo que era para a criança não sofrer tanto) e deu-lhe com a machada dois golpes na cabeça, matando-a logo. Em seguida levou-a para uma sala contígua, mais próxima da porta de entrada para que a mãe a visse logo que chegasse para lhe dar de comer.

Foi em seguida entregar-se à prisão, dizendo aí que não andava de mal com os pais da criança, nem com ninguém, que fez aquela morte para ir para a cadeia, que já tentara suicidar-se deitando-se a afogar ao rio, mas por levar pouca água nada conseguiu.

Falava com muito acerto, dando, no entanto, indícios de alienação mental.

Auto das perguntas no tribunal: Confessou o crime de que era acusada. Interrogada sobre os motivos que con-

dicionaram o acto criminoso respondeu "*que tinha de acabar em prisões; as prisões são tão más, custam tanto a sofrer!...*" Disse ser muito amiga da criança, que nenhum mal lhe fizera e que tinha muita pena dela.

Chamada a mãe da criança, para prestar declarações, disse que trabalhava num campo próximo da sua residência e quando, pelo meio dia, veio dar de comer aos filhos só encontrou o rapaz, de 6 anos, que lhe disse ter a tia, a arguida, levado a menina. Mandando buscar a pequena a arguida disse que fôsse embora porque ela própria a levaria. Dirigiu-se então imediatamente a casa da arguida, a quem já não encontrou, deparando-se-lhe no meio da sala o cadáver da pequena. Disse mais que nenhuma desinteligência tinha com a arguida, mostrando-se esta muito amiga da criança, passando todos os dias à sua porta a brincar com ela.

A autópsia feita ao cadáver da criança revelou a existência de dois golpes no crâneo, um transversal e outro oblíquo que atravessaram e laceraram todo o cérebro até à base do crâneo.

Auto do exame médico: Levada a arguida, no dia 28 de Junho de 1922, à presença de três peritos, esta apresenta-se cambisbaixa, olhar apagado, fisionomia inexpressiva, triste, atitude de desalento e resignação dolorosa. Responde em voz monótona, frouxa e hesitante. Narra o crime.

Que trouxe a criança para sua casa no propósito de a matar. Que lhe deu a segunda machadada "*para que a criança, a quem muito estimava, morresse depressa, pois via-a estrebuchar e não queria que ela padecesse.*"

Que nunca reparara na scena representada no postal,

escolhendo a machada por lhe parecer que a morte seria mais rápida.

Que era uma grande pecadora e para se salvar precisava fazer penitência nas prisões e ter no céu uma inocente a interceder por ela; que há mais de um mês lhe nascera esta ideia e também se lembrara uma vez de matar uma filha com quem vivia e de quem era muito amiga, desistindo porque a filha já tinha pecado.

Interrogada sobre êsses pecados que tanto a martirizavam, acusou-se de ter roubado algumas capas de palha e ter faltas a missas a que algumas vezes não assistia por sentir grandes agonias durante êsse acto. Confessou as duas tentativas de suicídio por submersão, que não levou por diante por ter medo da água.

Algumas hesitações na narrativa dos factos; incoerência em promenores secundários, não se observando todavia lapsos de memória, falta de atenção nem afrouxamento ideativo. A doente explicava os factos com certa lógica, colhendo os peritos a impressão de ter a arguida actuado em obediência a uma ideia que a obsecava — a de se perder —. Dizia-se arrependida, mas não denunciava o sentimento do remorso. Resignada com a sua sorte, vê sem estremecimento o futuro, ainda que com a perspectiva de “dura penitência numa enxovia escura, com os pés na água”.

Leve embotamento da sensibilidade táctil e à dôr no membro inferior esquerdo. Não apresenta deformidades de qualquer espécie, nem estigmas degenerativos. Compleição fraquíssima.

Chamada a filha da arguida para prestar esclarecimentos disse que há cerca de 1 ano a mãe começou a

emagrecer, tendo-se operado nos últimos 4 meses uma grande mudança no seu carácter: de faladora passou quasi ao mudismo; de trabalhadeira a desmazelada; sempre triste e chorosa, dizia "tenho muito que passar, minha filha, senão não me salvo; tenho a minha alma perdida; não tenho alegria alguma; não sei o que tenho...; dão-me estas horas de fazer mal e um dia parece-me...; só queria morrer... Tenho que fazer grande penitência para poder salvar-me... Tenho ouvido dizer que quem matar um anjinho salva-se,,. Uma madrugada, talvez três semanas antes do crime, tendo acordado sobresaltada com barulho, viu a mãe junto da sua cama com um machado nas mãos. Perguntando-lhe o motivo por que se encontrava ali, saiu sem nada responder.

Fazia frequentes fugas de casa, sendo uma vez encontrada pela declarante junto a um poço, munida de uma cesta contendo uma grande pedra e uma corda. Uma outra vez uma vizinha encontron-a numa ponte, já meia despida.

Desde há muito tempo que dormia pouco, carecendo de tomar medicamentos para obter algum repouso. Conheceu-a sempre adoentada, sofrendo dos intestinos, de nevralgias e de ataques nervosos.

Ultimamente dormia muito pouco, levantando-se de noite para sair de casa e esse sono era agitado, sonhando alto.

Relativamente aos ataques nervosos, eram de natureza histérica. Não perdia o conhecimento, dava grandes gritos, succedendo-se quasi sempre a qualquer contrariedade.

A argüida tem três filhos e uma filha, todos de constituição fraca. O mais velho foi para o Brasil nunca tendo mandado noticias suas. O mais novo entrega-se à vadia-

gem. Já por várias vezes tem ido para Lisboa para empregar-se mas volta pouco depois. Expulso de casa pela mãe, cometeu vários furtos que causaram a esta grandes desgostos, filiando neles o desarranjo mental que tem apresentado e que é notório no local onde residem.

A mãe da argüida morreu nova e doida; teve quatro filhos sendo esta a mais nova. A irmã mais velha já esteve cinco anos sem juízo, passando agora regularmente.

Conclusão: — A argüida está padecendo de um estado melancólico e foi sob a sua influência que cometeu o crime; nem os anamnésticos nem o exame clínico fornecem elementos suficientes para se poder diagnosticar se êste estado melancólico constitui uma psicose autónoma, um estado transitório ou fase evolutiva de outra qualquer entidade nosológica.

Só a observação num manicómio pode esclarecer o problema. A argüida é uma doente perigosa que urge sequestrar em casa adequada ao seu tratamento.

Exame no hospital

Procedendo-se ao exame da argüida nos dias 23 de Novembro, 11 de Dezembro de 1922 e 11 de Janeiro de 1923, verificou-se o seguinte:

No primeiro destes dias apresentou-se triste, profundamente deprimida, olhar baixo; as suas respostas são morosas, hesitantes, em voz sumida, quási imperceptível; muitas das vezes evasivas destituidas de sinceridade, procurando aparentar um estado amnésico manifestamente falso: dizia não se recordar do motivo da sua prisão, do crime cometido, do número de filhos, etc.

Muito diversa foi a sua attitude no dia 11 de Dezembro, submetendo-se franca e lealmente à nossa observação. Confessou a razão das suas respostas evasivas em 23 de Novembro, dizendo que “era com receio de que a internassem no manicómio”.

Perdeu em grande parte o aspecto deprimido; as suas respostas agora são precisas, em voz clara, encarando modestamente, mas com uma certa naturalidade, o interrogador e a assistência.

Relatou neste dia o acto criminoso, descrevendo também todas as fases que atravessou a sua doença: a princípio sentia cefaleias; longas e pertinazes insónias; crueis pesadelos agitavam os seus curtos sonos; constante desassocego, por ela inexplicável; profunda tristeza, incapacitando-a de se ocupar dos seus trabalhos domésticos.

Progressivamente se foi acentuando êste seu sofrimento, agravando-o a invasão de pensamentos torturantes que cruelmente a perseguiram de dia e de noite: a ideia de ser uma grande pecadora, sem salvação possível.

Sentia uma necessidade imperiosa de fugir de casa, de se isolar de toda a gente, de não falar a ninguém, lembrando-se até de pôr termo à vida.

Ouvira dizer que se salvaria quem matasse um inocente porque a Deus pediria pela pecadora.

Surgiu-lhe então no espírito a ideia de matar uma criança para assim obter a remissão dos seus pecados, ideia que não mais a abandonou até à perpetração do crime.

Prestou-se da melhor vontade ao longo exame somático a que foi submetida.

Na terceira sessão, 11 de Janeiro, notou-se maior vivacidade na mímica fisionómica, a normalisação da affecti-

vidade, tendo caído de todo o sombrio veu que lhe envolvera o espírito durante o tempestuoso período da doença.

Não compareceu no dia 18 de Dezembro, que tinha sido marcado para a continuação do exame, por se encontrar presa duma crise histérica.

As perturbações somáticas consistiam numa hemi-anestesia sensorial: auditiva e numa hemianestesia sensitiva: táctil, dolorosa e profunda.

A doente tem tido metrorragias e diarreia sanguinolenta.

DIAGNÓSTICO E CONCLUSÕES

Uma circunstância que nos cumpre desde já mencionar é que pesa sobre a arguida uma incontestavel tara mórbida hereditária. Foi bem averiguado, como menciona o relatorio, que a mãe, nova ainda, morreu alienada; fugia constantemente para a água (tentativa de suicídio?). Uma irmã, tia da vítima, sofreu durante cêrca de cinco anos duma doença mental de que parece estar curada, não consentindo durante o período agudo da sua doença que os filhos se alimentassem.

Lançando agora a nossa atenção sôbre a história progressa da doente, verificamos que desde muitos anos se affectou a sua saúde (ataques hysteriformes), sofrimento que há cêrca de um ano lhe vinha sendo agravado com perturbações gastro-intestinais, nevralgias, insónias, etc. A sua vida doméstica até então regular, começa, a partir dum certo tempo, a ser atribulada, crivada de emoções penosas, para o que mais contribuiu o pêsximo comportamento de um dos seus filhos. A doente, até então fala-

dora, começa progressivamente a envolver-se no mutismo. De trabalhadeira passa a desmazelada, a abandonar frequentes vezes os seus trabalhos, a sair de casa sem motivos justificáveis. Evitando o mais possível o convívio, fugia, procurava o isolamento.

Sempre triste e abatida, começou a preocupar-se, embora vagamente, da sua situação.

Até aqui estamos, pois, em face duma *melancolia simples*. A doente ainda não apresenta perturbações psíquicas alarmantes, ainda não pratica actos desmedidos, insensatos, nem revela perturbações ideativas.

A família reconhece apenas que uma mudança se operou no seu character e nos seus hábitos domésticos (como a própria filha declara).

A doente apresenta-se tristonha, indiferente mas lúcida e mais ou menos silenciosa.

Êste estado assim caracterizado não é mais que o esqueleto, o prelúdio de um outro mais complexo que não tarda a surgir com fenómenos mais alarmantes, mais inquietadores.

Com efeito, precisados êstes sintomas principalmente durante os últimos quatro meses, a doente começa então a inquietar-se extraordinariamente com o seu estado e com o seu futuro, rompendo com um delírio de culpabilidade e de condenação, resultado, sem dúvida, duma mórbida interpretação do seu sofrer. Julgava-se uma grande pecadora, acusava-se de ter roubado uns molhos de palha e de ter faltado a umas missas, embora justificasse que não podia assistir a esse acto religioso por sentir grandes agonias durante a sua celebração. Sentia remorsos de ter praticado essas faltas; o futuro para ela

era um mar de sofrimentos e expiações. Sentia-se inquieta não parava em parte alguma, não comia, não dormia, sempre com o pensamento fixo nas suas faltas e no seu futuro.

Esta desesperada condição despertou-lhe ideias suicidas que tentou, por duas vezes, levar a cabo. Ela própria declarava à filha que se julgava perdida, que não tinha alegria nenhuma, que só queria morrer . . .

Estamos, pois, agora em face duma *melancolia delirante e ansiosa* com ideias de culpabilidade e de condenação. A doente não só se julga culpada de faltas, de pecados como também receia imensamente o futuro, numa inquietação desesperada que a tanto a faz sofrer. Conjugaram-se, portanto, o sofrimento físico e moral para despertar a hereditária disposição mórbida, até aqui mais ou menos silenciosa, surgindo um acesso de melancolia ansiosa, nitidamente caracterizado pelos sintomas que acabamos de apontar e de que o acto criminoso foi ainda um episódio patológico de lamentável dramatização.

O que há, porém, de interessante neste caso, é o facto da doente cometer o crime com uma finalidade muito diferente daquela que é vulgar e até característica nos doentes desta ordem. Assim, reagindo ao princípio por ideias suicidas e como verificasse, que não podia realizar o seu intento “por ter medo da agua”, a doente começa então a reagir no sentido da sua própria salvação, procedendo sem grande luta pela tibieza da sua tensão inibitória.

Ela, que ao princípio possuía a absoluta e inteira convicção de não existir lenitivo para o seu estado, passa a ser confortada pela ideia “de que poderia salvar-se se matasse um inocente”.

Agarrando-se, pois, à única tábua de salvação que o seu obsecado espírito lhe oferecia, a doente caminhou sem hesitar para a realização do crime, certa de nêle encontrar o ambicionado bálsamo para os seus pecados e sofrimentos. Para se salvar não lhe chegava a dura penitência na terra; era preciso mais, era necessária também a intervenção dum anjo que no Ceu pedisse a Deus por ela.

Foi, pois, movida por um mórbido egoismo de defesa contra a sua angustiosa situação que esta doente cometeu o crime, facto que muito se afasta da vulgaridade nos melancólicos, como se pode verificar pela rápida exposição que atraz fizemos sôbre a patogenia da ideia criminosa nestes doentes.

Entrou a arguida na convalescença da sua doença. Este acesso pode não se repetir. Doentes há que, fazendo um acesso de melancolia de que curam, não mais voltam a apresentar qualquer indício desta doença durante o resto da sua vida. Este facto observa-se mesmo em indivíduos novos, que vivem o resto da sua vida perfeitamente bem, sem qualquer perturbação psíquica.

No entanto, quando a tara hereditária é pesada, como acontece no nosso caso, estão os doentes expostos com muito mais facilidade a repetições de acessos. Sendo assim, êste facto legítima aconselhar a família a tomar todas as precauções. Desde que seja notado algum novo prenúncio da doença deve a família avisar as autoridades para immediato internamento da doente.

Confirmando o parecer dos peritos comarcãos formulado no seu relatório estabelecemos as seguintes conclusões:

- 1.º Tereza Augusta Rodrigues encontrava-se em pleno acesso de melancolia anciosa à época da perpetração do crime de que é acusada.
- 2.º O acto criminoso derivou da sua doença mental.
- 3.º Não lhe cabe responsabilidade criminal.

*
* *

O crime nos melancólicos, longe de constituir uma raridade patológica, observa-se, pelo contrário, com relativa frequência. Assim, Tamburini em 36 alienados presos no cárcere de Regio encontrou 4 melancólicos homicidas. Júlio de Matos em 8 alienados homicidas encontrou 3 melancólicos.

Em Portugal, a falta de uma estatística desta natureza, não nos permite verificar, duma maneira mais ou menos exacta, o contingente de criminosos que esta forma nosológica dá.

Sob o ponto de vista médico-legal, o crime nestes doentes aparece, em geral, despido de dificuldades na imputação da responsabilidade. Com efeito, ligado quasi sempre a ideias delirantes que constituem o sintoma mais saliente da melancolia, o crime nestes doentes não é mais que um acidente meramente episódico na evolução desta psicose. Longe de obedecer a um possível determinismo impôsto por uma tara degenerativa, o crime nos melancólicos obedece apenas a um estado delirante episódico e quasi sempre efémero. Desaparecidas estas perturbações ideativas, desaparece, por assim dizer, o perigo social destes doentes. Isto, é claro, quando se trata dum indivíduo

sem tara alguma degenerativa porque, no caso contrário preciso é tomar outras precauções mais rigorosas. Sendo assim, estes indivíduos, uma vez curados, podem ser entregues de novo à família mediante uma prolongada e contínua fiscalisação, No hospital Conde de Ferreira morreu há anos uma mulher que, tendo feito, muitos anos antes, um acesso de melancolia com tentativas de suicídio e homicídio, curou completamente da sua doença que nunca mais se repetiu apesar dos longos anos que ainda esteve internada.

No que se refere a este nosso caso, a doente devia, por Lei, ter dado entrada no manicómio do Estado apesar de estar nessa altura já curada. Escrevemos há tempos para Lisbôa a pedir informações sôbre o seu estado mas não obtivemos até hoje resposta alguma. Repetir-se-hia o acesso? Estará o doente já entregue à sua família? Não pudemos infelizmente saber. Uma das dúvidas dos peritos comarcãos fica, por consequência, ainda em aberto.

Há ainda no nosso caso um ponto por elucidar: As figuras com machados despertariam a ideia da forma por que foi perpetrado o crime?

Embôra a doente no interrogatório a que foi submetida declarasse que nunca reparara nessas figuras, o que é certo é que não nos repugna admitir que fôsem elas de facto que lhe despertaram, embora inconscientemente, a ideia de usar duma machada para levar a efeito o crime. Esta opinião é tanto mais plausível quanto é certo que ela, na tentativa que fez para matar a filha, usou do mesmo instrumento.

BIBLIOGRAFIA

M. LEMOS — Evolution des ideés délirantes dans quelques cas de mélancolie crônique à forme anxieuse, Pôrto, 1903.

JÚLIO DE MATOS — Elementos de Psiquiatria, Pôrto, 1923.

IDEM — Os alienados nos Tribunais, Lisbôa, 1903.

IDEM — A Loucura, S. Paulo, 1889.

KRAFFT-EBING — Trattato de Psicopatologia Forense. Roma, 1877.

EMIL KRAEPELING — Psychiatrie (trad. Francesa) Paris, 1907.

IDEM — Psychiatrie, Leipzig, 1903.

REGIS — Precis de Psychiatrie, Paris, 1914.

FRANCO DA ROCHA — Esboço de Psychiatria Forense, S. Paulo, 1904.

E. TANZI ET E. LUGARO — Trattato delle Malattie Mentali, Milão, 1914.

R. BENON — La Melancolie, Paris, 1925.

DONDY ET CAMUS — La Psychose Amaniaque-Depressive, Paris, 1907.

SOBRAL CID — Classificação e Sistemática geral das Psicoses, Lisbôa Médica, pág. 209, Abril de 1924.

BEVAN LEWS — Mental Diseases, Londres, 1899.

M. DURAND — Psychiatrie,olec. Sergeant, Paris, 1907.

ANDRÉ BARBÉ — Examen des aliénés, Paris, 1921.

RITTI — Mélancolie — Revue neurologique, Paris, 1913.

SOUKHANOFF ET GANNOUCHKINE — Etude sur la Mélancolie, Paris, 1904.

ERNEST DUPRÉ — Les Auto-accusateurs au point de vue Médico-Legal — R. Neurologique, Paris, 1902.

VISTO.

O Presidente,

Magalhães Lemos.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O Director,

Alfredo de Magalhães.