

LOBOTOMIA PRÉ-FRONTAL. RESULTADOS CLÍNICOS EM HOSPITAL PRIVADO

PAULINO W. LONGO *
A. MATTOS PIMENTA **
JOY ARRUDA ***

O tratamento cirúrgico de algumas formas de doenças mentais, pela lobotomia, constitui método terapêutico de eficiência comprovada. Todas as glórias do sucesso desta terapêutica cabem a Egas Moniz, cuja brilhante inteligência tem sido dedicada aos estudos da fisiopatologia dos lobos frontais, desde a realização do Congresso Internacional de Neurologia em Londres, em 1935, até este novo Congresso em que obtem êle os mais brilhantes louros de sua vitória científica.

A lobotomia teve seu marca inicial em 12 de novembro de 1935, quando Egas Moniz, em colaboração com o cirurgião Almeida Lima, e o psiquiatra Cid Sobral, empreendeu o tratamento de pacientes psicóticos, pela secção das fibras de ligação do lobo frontal ao tálamo. O resultado favorável foi divulgado imediatamente em varias comunicações resumidas ¹ e, em junho de 1936, era publicada uma monografia descrevendo os resultados em 20 casos ². Estes trabalhos de Egas Moniz atraíram a atenção da maioria dos psiquiatras e neurocirurgiões de todos os países. No Brasil, a primeira operação foi feita em agosto de 1936, no Hospital de Juqueri, por um de nós ³ que, nessa epoca, operou 4 pacientes: 3 eram portadores de depressão ansiosa e um de esquizofrenia crônica. Houve duas melhoras temporárias e uma remissão completa que posteriormente recidivou. Estas tentativas não foram continuadas em vista da ausência daquele neurocirurgião que permaneceu em estudos em países estrangeiros até 1942, quando já outros neurocirurgiões principiavam a aplicar o método em nosso meio.

Trabalho do Serviço de Neuro-Psiquiatria do Instituto Paulista (Diretor-clínico: Prof. Paulino W. Longo), apresentado ao Congresso Internacional de Neuro-cirurgia, realizado em Lisboa, em setembro de 1948.

* Diretor-clínico do Serviço de Psiquiatria do Instituto Paulista. Catedrático de Neurologia na Escola Paulista de Medicina.

** Neurocirurgião do Hospital de Juqueri.

*** Psiquiatra do Serviço de Neuro-Psiquiatria do Instituto Paulista e da Secção de Higiene Mental Escolar.

1. Moniz, Egas — Les possibilités de la chirurgie dans le traitement de certaines psychoses. *Lisboa med.*, 13:141 (março) 1936.

Moniz, Egas — Les premières tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. *L'Encephale*, 31 (junho) 1936.

Moniz, Egas e Almeida Lima — Symptomes du lobe préfrontal. *R. Neurol.*, 65:582, 1936.

2. Moniz, Egas — Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. Masson et Cie. Ed., Paris, 1936.

3. Mattos Pimenta, A. — Leucotomia cerebral. *Arquivos Assist. Psicop. de S. Paulo*, 1:259, 1936.

Freeman e Watts⁴, nos Estados Unidos, foram dos primeiros a por em prática o método de Moniz, executando a primeira operação em setembro de 1936. Em vista do resultado favorável, o método foi seguido por outros e expandiu-se progressivamente aos diversos centros médicos americanos, ingleses e latino-americanos, sendo menor a contribuição dos centros europeus.

Recente revisão do desenvolvimento da psicocirurgia foi feita por Freeman e Watts⁵ desde a primeira operação praticada em 1935 por Egas Moniz. Consideram estes autores que com a interferência da guerra no desenvolvimento deste processo na Europa, os Estados Unidos tomaram dianteira na sua aplicação. Portugal e Itália, originariamente líderes do processo, ficaram para trás, parecendo que, atualmente, o maior entusiasmo está prevalecendo na Inglaterra, pois o "Proceedings of the Royal Society of Medicine" revelava estatísticas de mais de 800 casos. Nos Estados Unidos, cerca de 2.000 operações já foram procedidas. Relatórios esparsos têm sido publicados, provenientes da América Latina, Suíça, Checoslováquia, Índia, Nova Zelândia e Hawaii.

A psicocirurgia, portanto, tem sido aplicada amplamente como método de tratamento das desordens mentais e seu progresso evidencia-se pela enorme literatura já existente e pelo número crescente de casos registrados. Atualmente, em lugar de apresentação de casos individuais ou de pequenas séries, são apresentados em grupos de centenas ou mais.

O tempo de observação dos resultados nos casos operados, já é suficientemente longo para que aqueles que acompanham o método desde o seu aparecimento possam avaliar convenientemente o que tem sido feito de modo favorável. Os resumos dos relatórios das várias clínicas de todo o mundo revelam grande semelhança nos resultados terapêuticos e, no dizer de Freeman e Watts⁵, grosseiramente, um terço dos doentes são curados, um terço melhora e um terço não se influencia.

A maioria dos problemas referentes ao processo têm sido debatidos, havendo notáveis trabalhos sobre cada um deles. Estão assim, senão resolvidas, pelo menos estudadas e encaminhadas várias pesquisas com o fim de melhorar a sua aplicabilidade. Verificamos, no estado atual, grandes progressos e grandes perspectivas futuras. Assim, em relação às suas indicações, muito se tem escrito e existem tendências para a ampliação de seu uso fora das doenças mentais. Em relação a estas é Frank⁶ quem, de maneira simples, resume suas indicações, considerando como favoráveis os casos de início súbito conseqüente a alguma

4. Freeman, W. e Watts, J. W. — Prefrontal lobotomy in agitated depression case. *Ann. Med. District of Columbia*, 5:326 (novembro) 1936. Citado por Halstead¹⁹.

5. Freeman, W. e Watts, J. W. — Psychosurgery during 1936 — 1946. *Arch. Neurol. a. Psychiat.*, 58:425 (outubro) 1947.

6. Frank, J. Clinical survey and results of 200 cases of prefrontal leucotomy. *J. Ment. Sc.* 92:497, 1946.

causa física ou psicológica e que apresentam plasticidade na produção de sintomas tal como produtividade delirante, certo grau de tendência cíclica, uma ilhota de personalidade íntegra preservada no desastre psicótico. Serão desfavoráveis aqueles em que ha incapacidade de formar conceitos de natureza abstrata, associada com desordens de linguagem tipicamente esquizofrênica. Os casos com início insidioso, com tendência autística na história pessoal, pré-psicótica e ausência de períodos tempestuosos de agitação psicomotora são de significado agravante. Nos hebefrênicos com embotamento afetivo e nas formas simples com evidente embotamento emocional, a leucotomia é, em geral, contra-indicada.

Freeman e Watts⁵ observam que os melhores resultados têm sido notados em estados de tensão obsessiva e em síndromes de ansiedade crônica. Esta opinião é corroborada pela maioria dos autores. Myerson⁷ mostra-se céptico quanto ao seu valor em qualquer forma de esquizofrenia, mas indicadíssima e de resultados muito favoráveis na ansiedade crônica e estados compulsivo-obsessivos. A maioria dos autores concordam em que os resultados obtidos nas neuroses obsessivas e estados depressivos ansiosos são, em geral, superiores àqueles obtidos na esquizofrenia.

A lobotomia tem sido experimentada no tratamento de outros casos⁸. Em casos de dores incuráveis, Poppen recomenda utilizar inicialmente, processos operatorios simples e, posteriormente drásticos, justificando, assim, o emprego da lobotomia em casos de dores crônicas insuportáveis. Horrax⁹, entre outros, tem recomendado a lobotomia para o tratamento da alucinose dos amputados. Ela tem sido aconselhada, também, para o tratamento de desordens de conduta pós-encefálicas, por Thorpe¹⁰, abrindo novo campo de ação para a criminologia. Sargant¹¹ registra um caso de neurose crônica de guerra, tratado com sucesso pela lobotomia. Freeman e Watts¹² procuram aplicá-la na esquizofrenia em crianças, dada a gravidade da doença nessa idade; em um primeiro relato baseado em 10 casos, apesar de pouco satisfatórios os resultados, os autores mostram-se entusiastas. No Brasil, uma série de crianças esquizofrênicas, internadas no Hospital de Juqueri, já foi submetida a êsse

7. Myerson, A. e Merson, P. G. — Prefrontal leucotomy or lobotomy. *Digest of Neurology and Psychiat. Instit. of Living*, abril 1947, pag. 200.

8. Freeman, W. e Watts, J. W. — Pain of organic disease relieved by prefrontal lobotomy. *Lancet*, 1:935, 1946.

Freeman, W. e Watts, J. W. — Psychosurgery. In *Progress in Neurology and Psychiatry*. Grune & Stratton, 1946, pag. 649.

9. Horrax, G. — Experiences with cortical excisions for the relief of intractable pain in the extremities. *Surgery*, 20:593, 1946.

10. Thorpe, F. T. — Prefrontal leucotomy in treatment of post-encephalitic conduct disorder. *Brit. M. J.*, 1:312, 1946.

11. Sargant, W. e Stewart, C. M. — Chronic battle neurosis treated with leucotomy. *Brit. M. J.*, 4:866-869, 1947. Resumo em *Digest of Neurol. a. Psychiat., Institute of Living* (Janeiro) 1938.

12. Freeman, W. e Watts, J. W. — Schizophrenia in Childhood. Its modifications by prefrontal lobotomy. *Digest of Neurol. a. Psychiat. Inst. of Living* (abril) 1947.

tratamento, sendo os resultados considerados bons. As contra-indicações dizem respeito, em geral, ao grave estado de deterioração mental do paciente, o que certamente prejudica totalmente o resultado da operação. Em vista de observações interessantes sobre a influência da lobotomia sobre a hipertensão arterial e sobre o sistema nervoso autônomo (Greenblatt e colaboradores¹³) fala-se em sua indicação no tratamento da hipertensão e certas desordens psicossomáticas.

Por outro lado, muitos têm sido os trabalhos que procuram demonstrar os possíveis prejuízos intelectuais nos lobotomizados. Robinson¹⁴ procura demonstrar que tais pacientes pagam alto preço pelas suas melhoras, consistente na diminuição do fator de deliberação ou atenção prolongada. Outros autores, entretanto, como Kisker¹⁵, Halstead e colaboradores¹⁶, e outros, baseados em estudos psicológicos, antes e depois da operação, mostram que muitas das alterações da personalidade verificadas após a operação dependem do tipo de personalidade pré-psicótica do indivíduo, não sendo diretamente imputáveis à operação. Não ha, entretanto, ainda estudos convincentes sobre possíveis prejuízos causados pela lobotomia. O certo é que certos sinais de deficiência do lobo frontal têm sido descritos (diminuição da inibição, dificuldade de síntese e de iniciativa, preguiça, etc.) que, como Nichols e Hunt¹⁷ salientam, compensam a sintomatologia psicótica anterior.

Os problemas de técnica operatória têm sido muito debatidos preferindo uns a preconizada por Egas Moniz, outros a de Freeman e Watts e outros a de Lysterly; entretanto, os resultados globais obtidos com todas elas aproximam-se muito.

Como todo processo novo de tratamento psiquiátrico a lobotomia foi recebida com ceticismo. Ainda hoje, há autores que a combatem, mesmo sem possuírem experiência alguma do método. E isto não constitui privilégio de determinados países. Lembramos, por exemplo, a parcialidade dos profissionais fortemente estruturados nos conceitos psicanalíticos, a ponto de não admitirem nada mais além da sua teoria. É o que Brill deixa entrever ao discutir um dos trabalhos de Freeman e Watts, dizendo não poder compreender as vantagens da lobotomia pré-frontal e, muito menos, as conclusões de alguns autores. Para êle não ha razão alguma para o interesse em relação a êsses trabalhos

13. Greenblatt, Arnot, Poppen e Chapman — Report on lobotomy studies at the Boston Psychopathic Hospital. *Am. J. Psychiat.*, **104**:361-368, 1941.

14. Robinson, M. F. — What price lobotomy? *J. Abnormal & Social Psychol.*, **41**:421-436, outubro, 1946. Resumo in *Digest of Neurol. a. Psychiat. Inst. of Living* (janeiro) 1947, pag. 53.

15. Kisker, G. W. — Remarks on the problem of psychosurgery. *Am. J. Psychiat.*, **100**:2 (setembro) 1943.

16. Halstead, W. C., Carmichael, H. T. e Bucy, P. C. — Prefrontal lobotomy. *Am. J. Psychiat.*, **103**:2, 217-228 (setembro) 1946.

17. Nichols e Hunt — in Cobb, S. — *Bordelands of Psychiatry*. Harvard Univ. Press, 1943.

que nada mais mostram do que interessante experimentação. Zilborg¹⁸ refere-se a esta e outras terapêuticas psiquiátricas como uma expressão de sadismo dos médicos, não orientados analiticamente. Seguem estes autores, ortodoxamente, seu mestre que defendia sua teoria dizendo que a razão da não aceitação da psicanálise dependia do temor de cada um para com a mesma. Winnicott¹⁹ clama contra a operação e contra os tratamentos de choque usados pelos psiquiatras sem qualquer explicação sobre a ação terapêutica, constituindo verdadeiros “tiros no escuro”; segundo este autor, “diante do progresso da terapêutica física das desordens mentais é preciso que se recorra rapidamente a um novo tipo de habeas corpus, como garantia contra a interferência sociologicamente perigosa da cirurgia no cérebro — um habeas cerebrum”.

Vários trabalhos mostraram a inoportunidade desses ataques, citando-se entre eles os de Kislser¹⁵ e de Halstead¹⁶, e as centenas de conclusões favoráveis à sua aplicação em todos os países. Têm, pois, toda a razão Freeman e Watts²⁰, em afirmar que a psicocirurgia já venceu a etapa de resistência por parte dos conservadores pessimistas: “Negar que a psicocirurgia conseguiu um lugar na terapêutica das desordens mentais indica ou ignorância ou intolerância, ambas prejudiciais ao progresso”.

A lobotomia em nosso país tem sido bastante experimentada nos últimos anos. Iniciada por Mattos Pimenta⁵, tem sido feita por outros neurocirurgiões que já tem apresentado seus resultados em colaboração com psiquiatras. Barreto²¹ publicou os seus resultados em 100 casos, obtendo 24% de remissões e melhoras. Este mesmo autor²² descreveu um lobótomo idealizado pelo Serviço de Cirurgia do Hospital de Juqueri que simplifica muito a intervenção, servindo ao mesmo tempo de catéter, lobótomo e para a injeção de lipiodol. Yahn²³, em aula proferida em curso de especialização psiquiátrica, relata sua casuística pessoal, constante de 209 casos, dos quais 161 foram operados pelo processo de Moniz e 48 pelo método de Freeman e Watts. Os resultados clínicos globais não exprimem as grandes vantagens da terapêutica (14% de remissões e 6% de melhoras apreciáveis) talvez, em virtude da qualidade do material humano dos hospitais psiquiátricos públicos, já muito deteriorado pela longa duração da moléstia; houve incidência letal de 1%.

18. Zilborg, G. — Historia de la Psicología Medica. Libreria Hachette, edit. Buenos Aires, 1941.

19. Winnicott, D. H. e outros — Physical therapy in mental disorders. Correspondencia do Brit. Med. J. (dezembro 1945 a maio de 1946).

20. Freeman, W. e Watts, J. W. — Psychosurgery. In Progress in Neurology and Psychiatry. Grune & Stratton, 1946, pag. 461.

21. Barreto, A. C. — Leucotomia pré-frontal de Egas Moniz. Arq. Neuro-Psiquiat. (S. Paulo), 2:248-254 (setembro) 1944.

22. Barreto, A. C. — Lobotomia pré-frontal. Arq. Neuro-Psiquiat. (S. Paulo), 3:420-427 (dezembro) 1945.

23. Yahn, M. — Sobre a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz. Arq. Neuro-Psiquiat. (S. Paulo), 4:213-238 (setembro) 1946.

Cavalcanti²⁴, numa pequena série de casos (13), obteve benefícios em mais de metade (7) tendo 3 obtido alta clínica; 4 não melhoraram, um piorou e um faleceu em virtude da intervenção. Vianna²⁵ analisa os resultados obtidos em 16 casos, seguindo um critério sintomatológico, anotando 2 casos de morte operatória.

Uma visão de conjunto dos resultados da lobotomia registrados na literatura mostra que os mesmos melhoram quanto mais nos distanciamos do início de sua aplicação; parece que isto se deve não tanto aos aperfeiçoamentos técnicos, mas à seleção dos casos. Os resultados obtidos pelos autores brasileiros constituem um dos mais baixos; julgamos poder explicar esse pouco sucesso, principalmente por ser o método aplicado em casos crônicos e, em geral, após o fracasso de outras terapêuticas. A este respeito são muito instrutivos os comentários de Freeman²⁶, ao discutir trabalho de Greenblatt e outros¹³. Para Freeman os resultados podiam ser melhorados atendendo a três aspectos que considera de grande importância. O primeiro refere-se à escolha do paciente na base da tensão emocional ainda evidente; Freeman chama a atenção para a elevada percentagem de curas nas séries de pacientes operados em seu primeiro ano de hospitalização. O segundo aspecto diz respeito à família, devendo-se dar preferência a pacientes cujas famílias ainda mostram interesse na reabilitação pós-operatória; a família sendo cooperativa, muito pode ser feito, mesmo nos casos mais crônicos de esquizofrenia e depressão agitada. O terceiro aspecto refere-se à tática cirúrgica; com os aperfeiçoamentos introduzidos considera Freeman que, em cada operação, deve-se decidir onde e como fazer as incisões: em casos crônicos e graves com deterioração, para obter bons resultados, as incisões devem ser feitas 6 a 10 mm. atrás do plano da espinha esfenoidal.

OBSERVAÇÕES

O material humano dos hospitais psiquiátricos públicos muito deixa a desejar em relação aos dois primeiros aspectos de seleção aconselhados por Freeman. Desejando contribuir para a casuística brasileira procuramos, no presente trabalho, tecer considerações em torno de nossa pequena experiência em hospital particular, com pacientes cujas famílias cooperam e cujo estado de cronicidade da doença ainda não é muito avançado. As observações abaixo dão uma visão de conjunto, resumida, da sintomatologia, diagnóstico, tempo de duração, resultados e evolução de nossos casos.

24. Cavalcanti, J. — Lobotomia pre-frontal. *Neurobiologia* (Recife), 4:220 (dezembro), 1946.

25. Vianna, J. M. — Lobotomia pre-frontal. Tese de doutoramento. *Fac. Med. da Bahia*, 1946.

26. Freeman, W. — Discussion of the report on lobotomy studies. *Am. J. Psychiat.*, 104:6-367 (dezembro) 1947.

CASO 1 — Lídia L. H., síria, 42 anos, branca, casada. *Súmula clínica*: Excitação psicomotora permanente. Desconexão psíquica, indocilidade, atitudes de pavor, indiferença ou agressividade. Rebaixamento global intelectual. Não influenciada pelos tratamentos de choque. Doente ha mais de 10 anos. *Diagnostico*: Esquizofrenia crônica, estado demencial. *Lobotomia*: Procedida em 15 de agosto de 1945. *Resultado imediato*: Estado mental não influenciado. Retirada do hospital em 2 de outubro de 1945. *Resultado ulterior*: Permanece no lar, apresentando melhoras que tornam compatível sua vida na família, sem exercer atividade pratica util. Pouco melhorada, continuava em casa, em maio de 1948.

CASO 2 — Francisco S., brasileiro, 40 anos, solteiro, médico, *Súmula clínica*: Doente ha 14 anos. Síndrome delirante, alucinatória, persecutória e polimorfa; desagregação ideativa, inafetividade, irritabilidade psicomotora; risos, gestos e atitudes estereotipadas; incapaz de atividade coordenada e util; surtos de agitação, agressividade e destrutibilidade. Submetido a todos os tratamentos de choque, sem resultado. *Diagnostico*: Esquizofrenia paranoide, em estado crônico. *Lobotomia*: Primeira operação em dezembro de 1946, seguida de convulsões predominantes à direita e estado comatoso durando cerca de tres dias. *Resultado imediato*: Boas melhoras mentais e físicas, com desaparecimento dos sintomas psicóticos, durante 5 meses. *Resultado ulterior*: Reincidência da síndrome alucinatória de influência estranha. Comportamento calmo. Falta de consciência do estado mórbido. Vida pragmática facil e rudimentar sem seqüelas neurológicas. Pouco melhorado. Continua no hospital em maio de 1948.

CASO 3 — Olga D., branca, russa, casada, 40 anos. *Súmula clínica*: Constantes atos obsessivos (lavar quase permanentemente as mãos, braços e boca, em agua fervente, alimentar-se de chás e sopas ferventes, manter-se em banhos de assento). *Diagnostico*: Neurose obsessiva crônica, datando de, aproximadamente, 10 anos. *Lobotomia*: Procedida em 27-8-46, tendo apresentado no dia seguinte, crises convulsivas frustra que cederam com Gardenal injetavel. *Resultado imediato*: Desaparecimento dos atos obsessivos, acalmia e conduta aparentemente normal. Saiu do hospital considerada curada em 28-11-46. *Resultado ulterior*: Cerca de um ano depois da operação a paciente voltou a apresentar novos sintomas obsessivo-compulsivos e idéias delirantes, persecutorias com atitudes agressivas aos familiares, sendo reinternada em hospital psiquiátrico estadual. Sem resultado. Continuava no hospital em maio de 1948.

CASO 4 — Dorah V. B., brasileira, branca, solteira, 29 anos. *Súmula clínica*: Doente ha 5 anos. Agitação psicomotora descoordenada e permanente. Desagregação psíquica. Inafetividade, desinteresse, despuodor, agressividade, atividade descoordenada e inutil. Estereotipia de pensamentos, alucinações. *Diagnóstico*: Esquizofrenia paranoide em estado crônico. *Lobotomia*. Procedida em dezembro de 1946. *Resultado imediato*: Sem influência tendo apresentado acalmia transitoria. *Resultado ulterior*: Continua inalteravel o seu estado mental. Internada no Sanatorio Pinel sem atividade prática. Sem resultado, continuava no hospital em maio de 1948.

CASO 5 — Eva T., inglesa, casada, 42 anos. *Súmula clínica*: Doente desde 1942. Síndrome alucinatoria de influência, delirios polimorfos, desconexão ideativa, inafetividade, indiferença e carência de atividade prática. *Diagnóstico*: Esquizofrenia forma paranoide, rebelde aos tratamentos de choque. *Lobotomia*: Realizada em abril de 1947. *Resultado imediato*: Remissão acentuada dos sintomas. Alta clínica. *Resultado ulterior*: Muito melhorada. Continuava em casa em maio de 1948.

CASO 6 — Francisco R. M. P., espanhol, casado, operário, 53 anos. *Súmula clínica*: Doente desde junho de 1945. Excitação psicomotora descoordenada, constante estereotipia de linguagem, atividade deambulatória permanente. *Diagnóstico*: Síndrome confusional crônica, de natureza heterotóxica, rebelde a todos os tratamentos de choque. *Lobotomia*: Primeira operação em janeiro de 1946 com remissão completa. Reincidência e segunda operação em novembro de 1946. *Resultado imediato*: Remissão pós-operatória total. *Resultado ulterior*: Alta clínica. Volta ao lar. Desempenha trabalhos caseiros. Persiste a remissão. Desempenha atividade prática rudimentar, desinteressado do futuro e sem ambições, calmo e consciente. Persiste a melhora em maio de 1948.

CASO 7 — W. Monaco, brasileiro, branco, solteiro, estudante, 25 anos. *Súmula clínica*: Doente ha 5 anos. Apatia, indiferentismo, pobreza ideativa, fugas sem destino, estereotipia de linguagem, alucinações auditivas nenhuma atividade prática, impulsibilidade. *Diagnóstico*: Esquizofrenia forma simples, rebelde aos tratamentos de choque. *Lobotomia*: Realizada em 29 de março de 1948. *Resultado imediato*: Acalmia, conduta mais próxima da normal, mais expansivo, alegre, cortez, adaptável ao regime hospitalar. *Resultado ulterior*: Alta do hospital em 10 de abril de 1946. Remissão social. Continua em casa, melhorado, fazendo pequenas tarefas simples, sob orientação, comportamento pragmático rudimentar. Reage à lembrança da operação com revolta. Pouco melhorado. Revisto em maio de 1948.

CASO 8 — A. A. Teles, 30 anos, brasileiro, casado advogado, *Súmula clínica*: Doente ha um ano. Síndrome delirante interpretativa, com desconfiança, ciúmes, angústia, reações impulsivas e agressivas. *Diagnóstico*: Esquizofrenia paranoide. Rebelde aos tratamentos de choque. *Lobotomia*: Em 15 de março de 1947. *Resultado imediato*: Desaparecimento dos sintomas psicóticos. Reintegração social parcial. *Resultado ulterior*: Vida familiar e social regular, Reintegrado nas funções de seu cargo público. Considerado como curado em maio de 1948.

CASO 9 — Silvio E. L., brasileiro, branco, solteiro, industrial, 36 anos. *Súmula clínica*: Doente ha 7 anos. Desajustamento familiar, com desordens afetivas, reações impulsivas, agressivas e anti-sociais. Pobreza e estereotipia de pensamentos. Atividade prática e iniciativa reduzidas. Surto de isolamento e sitiofobia. *Diagnóstico*: Esquizofrenia catatônico-paranoide. *Lobotomia*: em 18 de junho de 1948. *Resultado imediato*: Acalmia, bem estar geral, melhor adaptabilidade e docilidade. *Resultado ulterior*: Reincidência das inaptações familiares, inafetividade aos familiares, discórdias, reações, impulsivo-agressivas. Reinternação em hospital psiquiátrico para tratamento reeducacional, o que foi ineficiente. Pouco melhorado. Revisto em maio de 1948.

CASO 10 — Enio R. D. S., branco, brasileiro, solteiro, médico, 29 anos. *Súmula clínica*: Doente ha dois anos. Surto frequentes caracterizados por interiorização, ambivalência, ansiedade, pensamentos obsessivos, perversões afetivas e sexuais, e agitação psicomotora, mitigada por insônia rebelde. *Diagnóstico*: Esquizofrenia catatônica, evoluindo em surtos, rebelde a todos os tratamentos de choque. *Lobotomia*: Feita em março de 1948. *Resultado imediato*: Acalmia, bem-estar, satisfação, pequenas atividades, docil, aliviado da agitação da ansiedade; ambivalência. *Resultado ulterior*: Alta do hospital. Adaptação sócio-familiar. Reintegração em trabalho médico de rotina. Interesse pelo futuro e relativo estado subjetivo de dúvida nesse sentido. Considerado curado em maio de 1948.

CASO 11 — Marcio M., branco, brasileiro, solteiro, estudante, 25 anos. *Súmula clínica*: Doente ha 3 anos. Inferiorizado, apático, isolado, indiferente, siticóbio,

negativista, rebaixamento mental, carência de iniciativa, volição e atividade. Convulsões epileptiformes. *Diagnóstico*: Esquizofrenia simples e epilepsia. Nenhum resultado com os tratamentos de choque. *Lobotomia*: Em fevereiro de 1948. *Resultado imediato*: Expansividade, alegria e docilidade, apresentando comportamento prático aparentemente normal. *Resultado ulterior*: Volta ao lar, adaptando-se perfeitamente. Reincidência de distúrbios do comportamento, tornando-se irritável, impulsivo, e de atividade descoordenada. Tratado pela insulina. Reinternado permanece muito melhorado (maio de 1948).

CASO 12 — S. Nutes, branca, israelita, casada, 41 anos. *Súmula clínica*: Doente ha 6 anos. Síndrome depressiva, ansiosa, com inúmeros sintomas cenestésicos; lamentações, choros, insônias constantes; sintomas não influenciados pelas terapêuticas de choque. *Diagnóstico*: Síndrome depressiva ansiosa. *Lobotomia*: Em 8 de abril de 1948. *Resultado imediato*: Evidente acalmia, satisfação, bem estar e desejo de regresso ao lar. Alta clínica. *Resultado ulterior*: Voltou para casa aliviada totalmente da ansiedade e das perturbações cenestésicas. Interessada em atividades práticas do lar. Considerada curada (em observação) em maio de 1948.

CASO 13 — S. V., brasileiro, branco, advogado, casado, 60 anos. *Súmula clínica*: Doente ha dois anos. Agitação psicomotora constante. Excessiva euforia. Loquacidade, fugas de idéias, baixa de autocrítica, tendência à espúrcia e gatismõ. Estado pré-demencial. *Diagnóstico*: Psicose maniaco-depressiva, em fase maníaca em estado crônico pré-demencial. *Lobotomia*: Em 31 de março de 1948. *Resultado imediato*: Acalmia geral. Estado de satisfação, bem-estar, com hábitos normais. Interesse reduzido, pequenas ambições. Ideação aparentemente normal, persistindo ligeiro déficit da autocrítica. *Resultado ulterior*: Curado. Continua em observação adaptado ao ambiente familiar e social, capaz de trabalhar, sem nenhum sintoma psicótico (maio de 1948).

CASO 14 — F. B. Barata, americana, casada, 47 anos. *Súmula clínica*: Doente desde 1932. Constante excitação psicomotora, impulsividade, agressividade, destrutibilidade, mantendo-se isolada, negativista. Desagregação psíquica. Alucinações. Estereotípias. Soliloquios. Inafetiva. *Diagnóstico*: Esquizofrenia catatônica em fase demencial, rebelde a todos os tratamentos de choque. *Lobotomia*: em 29 de março de 1946. *Resultado imediato*: Acalmia transitória. Mais docil e menos irritada. *Resultado ulterior*: Sem resultado. Está fora do hospital, sem trabalhar e sob enfermagem (maio de 1948).

CASO 15 — A. Barbato, italiano, solteiro, 20 anos. *Súmula clínica*: Doente desde outubro de 1943. Excitação psicomotora intensa. Canta, chora, ri, enfeita-se extravagantemente, agressivo, chafurda-se em espúrcia, desconexão ideativa, insônia. *Diagnóstico*: Excitação maníaca. Psicose maniaco-depressiva. Surto anterior, em 1935 tipo mania. *Lobotomia*: Em 20 de dezembro de 1944. *Resultado imediato*: Melhoras imediatas e progressivas. Acalmia, interesse prático e atividades simples. Ideação e comportamento normais. *Resultado ulterior*: Acentuação das melhoras. Reintegração satisfatória no ambiente familiar, social e no trabalho. Considerado curado em maio de 1948.

CASO 16 — R. Sant'Anna, brasileiro, solteiro, 24 anos. *Súmula clínica*: Doente ha três anos. Desconexão ideativa. Síndrome de influência estranha, alucinações, distúrbios cenestésicos. Impulsividade, agressividade, negativismo, inafetividade, isolamento, falta de atividade. *Diagnóstico*: Esquizofrenia forma paranoide, rebelde aos tratamentos de choque. *Lobotomia*. *Resultado imediato*: Acalmia, atenuação dos sintomas psicóticos, interesse em atividades rudimentares em indústria particular. *Resultado ulterior*: Reincidência dos sintomas, de forma atenuada e passageira. Considerado como pouco melhorado (maio de 1948).

CASO 17 — Odete M., 41 anos, brasileira, solteira. *Súmula clínica*: Inter-nada desde 1916. Franco estado demencial. Constante agitação, estereotípia de movimentos, solilóquios; ideação quase nula, selvageria, fragmentação da linguagem, isolamento, vida vegetativa. *Diagnóstico*: Esquizofrenia forma cata-tônica demencial. *Lobotomia*: Em 8 de maio de 1946. *Resultado imediato*: Acalmia transitória. *Resultado ulterior*: Inalterado o estado mental (maio de 1948).

CASO 18 — Maria C. D., 40 anos, branca, brasileira, casada. *Súmula clínica*: Doente ha 3 anos. Instabilidade psicomotora, lamentações, idéias de incapacidade e imprestabilidade, ansiedade, atividade reduzida, volição inibida. Rebelde aos tratamentos psicoterápicos e de choque. A pneumencefalografia revela atro-fias corticais nos dois hemisférios, mais acentuadas nas regiões frontal e parietal. *Diagnóstico*: Síndrome depressiva ansiosa. *Lobotomia*: Em junho de 1947. *Resultado imediato*: Acalmia, bem-estar, consciência do estado mórbido. *Resul-tado ulterior*: Perfeitamente restabelecida sem sintomas psicóticos e neuróticos; reintegrada na vida familiar, social e nos afazeres domésticos. Considerada como curada (maio de 1948).

CASO 19 — M. L. S. R., 33 anos, brasileira, solteira. *Súmula clínica*: Doente desde a infância, com crises convulsivas. Desde os 18 anos de idade, frequentes surtos de instabilidade psicomotora, com impulsividade, irritabilidade, agressividade, necessitando permanecer em hospital. Tratamentos sintomáticos e convulsoterapia sem resultados. *Diagnóstico*: Surtos psicóticos em debil mental com epilepsia. *Lobotomia*. *Resultado imediato*: Ligeira acalmia. *Resultado ul-te-rior*: Continua sem modificações em seu estado mental. Considerada como não melhorada em maio de 1948.

CASO 20 — Delover, V., *Súmula clínica*: Doente ha 6 anos. Apatia, indife-rentismo, inatividade, inafetividade, pobreza intelectual, abulia. Rebelde aos tra-tamentos de choque. *Diagnóstico*: Esquizofrenia forma simples, estado de croni-cidade. *Lobotomia*. *Resultado imediato*: Pequena melhora no interesse vital pessal. *Resultado ulterior*: Reincidência de seu estado mental anterior, apatia, indiferentismo, etc. Não melhorada (maio de 1948).

CASO 21 — Edith P., branca, brasileira, solteira, 22 anos. *Súmula clínica*: Doente ha 3 anos. Surtos psicóticos, com remissões transitórias, agitação psico-motora, idéias persecutórias, agressividade, impulsividade, inafetividade, atividade descoordenada, religiosidade. *Diagnóstico*: Esquizofrenia forma paranoide, evo-luindo em surtos com remissões transitórias. *Lobotomia*: Em dezembro de 1947. *Resultado imediato*: Acalmia progressiva, consciência do estado mórbido. Melhora da atividade prática. Volta da afetividade e dos interesses vitais. *Resultado ulterior*: Adaptada ao ambiente social familiar. Dedic-se a afazeres domésticos. Vagas ideias persecutórias, afetivamente descoloridas. Considerada como muito melhorada em maio de 1948.

Resumidamente, nossos resultados podem ser esquematizados, segundo o critério de Ziegler, da seguinte maneira:

Doentes operados	21
Falecidos em consequência da operação	—
Falecidos posteriormente	—
Considerados piorados depois da operação	—
Clinicamente não melhorados com a operação	7

Clinicamente pouco melhorados com a operação	5
Clinicamente muito melhorados com a operação	3
Curados após a operação (desaparecimento dos sintomas psicóticos ou neuróticos)	6*
Pacientes ainda hospitalizados	7
Pacientes fora do hospital, porem incapazes de trabalhar	6
Pacientes fora do hospital, em atividade util (parcial ou total).	8

Simplificando os resultados, afim de melhor avaliar a eficiência do método, podemos dividi-los do seguinte modo: Curados, 6; beneficiados, 9; não influenciados, 6. Estes resultados aproximam-se da afirmativa de Freeman, Watts de que 1/3 dos pacientes cura-se, 1/3 melhora, 1/3 não é influenciado.

A classificação nosológica do nosso material é a seguinte: 1 — Esquizofrenia, 14 (forma demencial 2, forma catatônica 2, forma paranoide 7, forma simples 3); 2 — Neurose obsessiva, 1; 3 — Síndrome depressiva ansiosa 2; 4 — Psicose maniaco-depressiva (mania) 2; 5 — Síndrome confusional crônica 1; 6 — Debilidade mental (surto psicótico) 1.

Os casos que apresentaram melhores resultados foram os diagnosticados como: mania crônica (casos 15 e 13), esquizofrenia (casos 8 e 10), síndrome confusional crônica e síndrome depressiva ansiosa (casos 12 e 18).

Pareceu-nos que os estados de ansiedade crônica foram os que mais rápida e positivamente se influenciaram. Dois destes casos poderiam ser considerados como curados, dado o seu estado de adaptação perfeita; contudo o período de observação ainda não é suficiente para avaliação definitiva. O tempo de duração da moléstia variou, em nosso material, de maneira muito ampla, sendo os primeiros casos operados com 30 e 20 anos de doença; na maioria dos casos a duração da doença oscilava entre um e cinco anos.

Em alguns casos, apesar da longa duração da moléstia observamos, após a operação, alguma melhora no comportamento do doente, tornando sua hospitalização e enfermagem muito facilitada e trazendo ao doente maior acalmia e bem estar. Os resultados brilhantes foram obtidos nos casos com menos de 2 anos de doença (casos 8, 10, 13, 15). Os resultados desfavoráveis foram observados nos casos em que a duração da moléstia era muito longa e que já se encontravam em estado demencial. Temos a impressão de que, quanto mais cedo se intervier, evitando-se as possibilidades de rebaixamento intelectual, tanto melhores serão os resul-

* Dois destes casos, por serem recentes, ainda continuam em observação apesar de perfeita reintegração nos ambientes social, familiar e de trabalho.

tados. Isto foi bem demonstrado, principalmente por Lyerly, que em casos com menos de um ano de duração da moléstia, obteve 71,8% de melhoras. É essa, talvez, a razão dos nossos ótimos resultados.

A técnica operatória, usada em todos os casos, foi a de Freeman e Watts. Não houve acidentes operatórios de gravidade, observando-se, em muitos deles, hipertermia durante alguns dias.

As complicações observadas nos casos operados consistiram em crises convulsivas frustras, no dia subseqüente à operação em dois casos, sendo transitórias em um (caso 3) e mais intensas em outro, que permaneceu em estado semi-comatoso, durante dois dias (caso 2). Desaparecidos estes sintomas, não mais se repetiram as crises convulsivas. Dois de nossos casos eram considerados epiléticos, um deles apresentando crises epilepticas típicas (caso 19) e outro, convulsões progressas com EEG mostrando disritmia cerebral (caso 11). Em nenhum destes casos, houve piora do estado comicial, não tendo os doentes apresentado qualquer reação convulsiva após a operação. A evolução foi seguida, através de entrevistas mais ou menos periódicas, ou por informes dos familiares, diretamente ou por cartas.

Só em dois casos, a evolução pós-operatória é de poucos meses, tendo a maioria um seguimento de mais de um ano; um dos casos foi operado ha 4 anos, continuando em ótimas condições.

Quando às modificações da personalidade, observadas nos doentes operados, limitamo-nos ao exame clínico, verificando que, logo no dia seguinte ao ato cirúrgico, o paciente liberta-se da ansiedade, dos pensamentos obsessivos, da ambivalência e dos sentimentos de inferioridade. Torna-se consciente de si próprio e é capaz de voltar aos seus interesses externos. Responde adequadamente aos estímulos, porem mostra-se eufórico, ligeiramente superficial e infantil. Não mostra aspirações elevadas, projetando-se pouco no futuro. Sua ambição é reduzida e satisfaz-se com a vida diária. Torna-se amavel, bondoso, um tanto indiferente à opinião alheia. Perde a impulsividade e agressividade. Um de nossos pacientes refere-se a certa dificuldade em fazer projetos para o futuro (caso 10), a esposa de outro (caso 8) relata notar que o paciente tornou-se excessivamente amavel, cortez e cheio de mesuras.

Não observamos nos casos que previamente mostravam bom nível intelectual, o déficit apontado por muitos autores. Pensamos, com Halstead e colaboradores, que a lobotomia não altera o déficit intelectual já existente, assim como não o suprime. Kisker refere-se a déficits no pensamento abstrato, que não podem ser medidos por testes psicológicos estandardizados. De qualquer maneira, verificamos que os pacientes cujo nível intelectual era bom, continuaram depois da operação tão eficientes quanto o eram antes.

De maneira geral, baseados em nossa pequena experiência e no conhecimento da literatura sobre o assunto, podemos concluir que a lobotomia é método terapêutico de grande valor para certas formas de doenças mentais, principalmente nos casos de ansiedade crônica e na esquizofrenia paranoide. Temos a convicção de que ela deve ser indicada nos casos com tendências à evolução crônica, não se levando muito em conta, o título diagnóstico e sim a forma clínica. Somos de opinião que quanto maior a tensão emocional e a produtividade psicopatológica e menor o rebaixamento intelectual, mais brilhantes serão os resultados. Daí a necessidade de intervir precocemente.

RESUMO E CONCLUSÕES

Os autores consideram que o tratamento cirúrgico de algumas formas de doenças mentais pela lobotomia é plenamente justificada; após ter vencido a fase experimental, a lobotomia constitui, hoje, um método terapêutico de eficiência comprovada. Salientam que todas as glórias do sucesso desta terapêutica, cabem a Egas Moniz cuja brilhante e clarividente inteligência tem sido dedicada profundamente aos estudos da fisiopatologia dos lobos frontais, desde a realização do Congresso Internacional de Neurologia (Londres, 1935).

Fazem um histórico do processo terapêutico desde o seu marco inicial, em 12 de novembro de 1935, quando Egas Moniz, em colaboração com o cirurgião Almeida Lima e o psiquiatra Cid Sobral, empreendeu o tratamento de pacientes psicóticos pela secção das fibras de ligação do lobo frontal ao tálamo. Após a divulgação do método através da monografia de Egas Moniz (junho de 1936) no Brasil, Aloysio Mattos Pimenta procedeu à primeira operação em 21 de agosto de 1936, no Hospital de Juqueri. Freeman e Watts, nos Estados Unidos, em 14 de setembro executaram a primeira operação e desde então prosseguiram intensivamente em seus estudos dos quais resultaram intensa aplicação do novo método terapêutico e sua difusão nos centros neuro-psiquiátricos do mundo todo.

Focalizam o progresso sempre crescente da terapêutica cirúrgica quanto às suas aplicações nos vários campos neuro-psiquiátricos, os seus resultados clínicos e algumas das futuras perspectivas. Fazem uma comparação dos resultados de varios autores, incluindo os brasileiros, explicando os pequenos resultados destes em virtude de operarem, em geral, casos cuja moléstia é de muito longa duração e já com estado mental bastante deteriorado.

Comprovando estes comentários, procuram no presente trabalho relatar os resultados clínicos bastante favoráveis que obtiveram em hospital psiquiátrico privado, no qual a maioria dos doentes acham-se em um estágio da moléstia anterior à deterioração mental. Seus resultados

podem ser esquematizados, segundo o critério de Ziegler, da seguinte maneira:

Doentes operados	21
Falecidos em consequência da operação	—
Falecidos posteriormente	—
Considerados piorados depois da operação	—
Clinicamente não melhorados com a operação	7
Clinicamente pouco melhorados com a operação	5
Clinicamente muito melhorados com a operação	3
Curados após a operação (desaparecimento dos sintomas psicóticos ou neuroticos)	6
Pacientes ainda hospitalizados	7
Pacientes fora do hospital, porem incapazes de trabalhar	6
Pacientes fora do hospital, em atividade util parcial ou total	8

Estes resultados, afim de melhor serem avaliados, podem ser assim classificados: Doentes operados 21; curados 6; beneficiados 9; não influenciados 6. Estes resultados aproximam-se da afirmativa de Freeman e Watts de que um terço dos pacientes cura-se, um terço melhora e um terço não é influenciado. Concluem os autores pela necessidade da intervenção precoce, antes que a doença mental determine o rebaixamento mental irremovível. Sua impressão é a de que os casos de ansiedade crônica e os de esquizofrenia paranoide são os que mais se influenciam com o tratamento.

SUMMARY

Leucotomy, the so called surgical therapy of certain forms of mental diseases, is considered by the authors as having successfully passed its experimental stage. Emphasis is given to Egas Moniz, as the responsible man for the success of such method, which achieved recognition thanks to his brilliant and penetrating mind, deeply engaged in the study of physiopathology of the frontal lobes since the International Congress of Neurology in London, 1935, until the present Congress, when his scientific achievement wins full recognition. History of the therapy dates back to November 12th., 1935 when Moniz with Almeida Lima and Cid Sobral undertook the treatment of psychotic patients by means of the surgical interruption of the frontal association pathways to the thalamus. After the report of the process through Egas Moniz's monography (June, 1936), Aloysio Mattos Pimenta performed the first operation on August 21st, 1936, at the Juqueri Hospital, S. Paulo, Brasil. Freemann and Watts, in U. S. A., were the first to use Moniz's method, and performed their first operation on September 14th., 1936, and then the method gained recognition in the world's neuro-psychiatrics centers, its use being quickly widespread. The great progress of the

application of the method is pointed out and also its great possibilities outside the field of mental diseases. The results of the leucotomy found in the literature show that those obtained by the Brazilian authors are among the most unfavorable, due chiefly to the fact that operations are only performed in very chronic cases at state hospitals. In this paper, the authors report the successfully results obtained in a private hospital, where the patients still have a family wishing to cooperate and where the chronic state of the disease is not as advanced as in most state hospitals cases.

Summing up, the results of the authors can be shown, according to Ziegler, as follows:

Number of cases operated on	21
Deaths as a consequence of the operation	—
Deaths after the operation	—
Considered clinically worse after the operation	—
Showing no clinical improvement after the operation	7
Showing little improvement after the operation	5
Showing great clinical improvement after the operation	3
Recovery after the operation (disappearance of psychotic and neurotic symptoms)	6
Number of patients in the hospital at present	7
Number of patients out of the hospital but unable to work	6
Number of patients out of the hospital, performing active duty, partially or totally	8

Results can be simplified in the following manner to show more clearly the efficiency of the method: recovered, 6; improved, 9; not influenced, 6. These results approach to Freemann and Watt's affirmation that one third recoveries, one third becomes better and one third shows no improvements. The authors are convinced that it is necessary to operate on the patients as early as possible, before the intellectual deterioration takes place. They also believe that leucotomy is a therapeutic method of great value, chiefly in cases of chronic anxiety and paranoid schizophrenia.