

PRIMEIROS ENSAIOS DE PSICO-CIRURGIA EM PÔRTO ALEGRE

Dr. Almir Alves

Procuramos neste trabalho resumir o mais possível o histórico, deixando de citar métodos não consagrados, como os praticados na Rumânia, Suécia e Itália, o de Mariotti e Sciutti, mais excêntrico com a sua via de penetração pela órbita.

Preferimos seguir o processo de Freeman e Watts, que nos pareceu o melhor e damos dêle uma definição: a secção sub cortical das fibras de conexão fronto-talâmicas.

Mais ainda nos vem firmar na escolha dessa técnica a opinião de Egas Moniz, que escrevia em Dezembro de 1944: "A leucotomia teve um grande avanço com a obra valiosa de Freeman e Watts; o seu exemplo deve ser imitado. Avançar, mas com o cuidado que merece o órgão mais delicado que possuímos e donde brota o pensamento".

Acentuamos o trabalho, dando-lhe um cunho de técnica operatória, de sorte que qualquer cirurgião possa empreender a operação, sem perigo, uma vez seguidas todas as advertências que exaustivamente fazemos. Assim, observada rigorosamente a técnica, a operação é benigna e dá bons resultados.

Convém lembrar que nossos sucessos se registraram sobre casos em que o cardiazol, a insulina e o eletrochoque não deram resultado, ao passo que o insucesso do processo operatório acompanhou o de tôdas as terapêuticas a êle anteriores.

A operação é quasi sem perigo de vida, em mãos experientes e não diminue a inteligência, nem altera a personalidade do paciente, porquê lesa, apenas na entrada, raras células corticais, o que faria uma agulha ao penetrar na cortex. Ao passo que o choque, o cardiazol e a insulina agem sobre todo o cérebro, causando, às vèzes, altera-

ções profundas do psiquismo, com lesões de células corticais. O leucótomo apenas atravessa a cortex e se dirige ao seu objetivo e só a êle.

Por isso, pensamos que o tratamento cirúrgico das moléstias mentais deveria ser mais largamente usado e que nesse caminho estamos apenas no pórtico do que será em futuro próximo.

Terminamos repetindo a seguinte estatística apresentada por Lloyd Ziegler, em 1943, no American Journal of Psychiatry, na qual dá o resultado da leucotomia realizada em 18 centros norte-americanos e canadenses, estatística essa que, por ser pessoal, torna-se um eloquente apanágio do método.

Número de operados	618
Mortes operatórias	12
Mortes subsequentes	18
Piorados	8
Sem melhora clínica	62
Levemente melhorados	109
Muito melhorados	194
Restabelecidos	214
Restabelecido e em melhores condições que antes	1
Hospitalizados ainda	277
Fóra do hospital e não trabalhando..	60
Fóra do hospital e trabalhando de modo constante ou irregular	201

HISTÓRICO E TÉCNICA OPERATÓRIA

A observação do fisiologista Goltz de que um chimpanzé indomesticável tornara-se docil após um traumatismo sobre o lóbulo frontal, fez com que Burckardt, psiquiatra

suisso, tentasse na sua pátria, no pequeno estabelecimento de que era diretor, aplicar ao homem semelhante terapêutica.

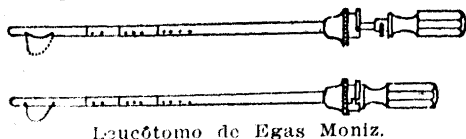
Sobre 6 pacientes fez a retirada de 4 porções em diferentes zonas do lóbulo frontal esquerdo; teve um caso de hemiplegia e um outro de cura clínica.

Entretanto, sabemos que a intenção de curar moléstias mentais abrindo o crânio é da mais remota antiguidade, tendo-se encontrado crâneos perfurados, com intenção terapêutica, na civilização dos Incas no Peru e no Oriente antigo.

Os verdadeiros pioneiros do método de psicocirurgia são, porém, os Prof. Egas Moniz e Almeida Lima, que em 12 de novembro de 1935 praticaram, em Lisboa, a abertura do crânio, primeiramente para a injeção de álcool e depois para a leucotomia. Esses autores regularizaram sua técnica, deram indicações, contra-indicações e resultados post-operatórios, fizeram finalmente a psicocirurgia entrar para o terreno científico.

Pensou Egas Moniz que certos centros de associações corticais deviam ter um rumo preferencial nas desordens mentais e que, portanto, destruindo-os dava-se uma oportunidade de reintegração da atividade cortical, por outras linhas. Pediu, então, a Almeida Lima, cirurgião, que praticasse a intervenção e estabeleceram ambos a seguinte técnica:

Um orifício de trepanação é feito no crânio, de cada lado da linha mediana, distando cada um 3 cm. desta linha e, também, a 3 cm. para diante da linha biauricular.



Leucótomo de Egas Moniz.

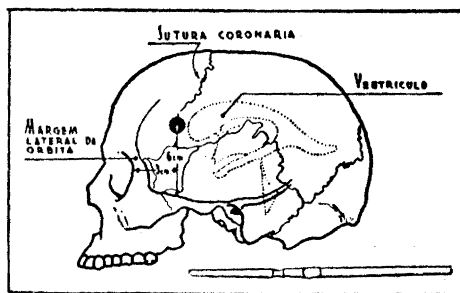
Criaram um instrumento a que deram o nome de leucótomo e que consta de uma agulha grossa graduada, fechada na ponta, e apresentando uma fenda lateral pela qual salta, ou é recolhida por intermédio de um parafuso na outra extremidade, uma alsa cortante com 5 mm de diâmetro.

O leucótomo é inserido em pleno lóbulo frontal e no sentido vertical, a uma profun-

didade de 4 cm da cortex. Movimenta-se o parafuso da extremidade proximal, forma-se a alsa lateral na parte mergulhada na substância branca e faz-se uma volta completa no leucótomo, dá-se volta ao parafuso para recolher a lâmina, deixando-se no lugar um cone de substância branca de 1 cc. de diâmetro para sofrer a autólise. Retira-se o leucótomo a 3 cm e a 2cm e repete-se a formação de cones de substância branca. Retira-se ainda o leucótomo, que é novamente inserido então no sentido ântero-lateral e a 4,5 cm 3,5 cm e 2,5 cm; repete-se a manobra deixando-se mais 3 cones de substância branca.

A técnica por nós seguida nestas operações é a lobotomia frontal de Freeman e Watts, respectivamente, neurologista e cirurgião da George Washington University, em Washington. Estes seguiram nas primeiras 20 operações a técnica de Egas Moniz e Almeida Lima, mas depois modificaram, fazendo uma secção linear sub cortical das fibras de conexão fronto-talâmicas, e continuando a mesma direção da sutura coronária do crânio.

O paciente vai para a mesa de operações, ficando com a cabeça em plano levemente superior ao do corpo, e determina-se no couro cabeludo o ponto que deve marcar o centro da incisão. Este ponto fica a 6 cm acima da arcada zigomática, numa linha



Pontos de reparo e leucótomo da Técnica de Freeman Watts.

vertical tirada a 3 cm para trás do rebordo orbitário externo. Para facilitar a sua determinação, mandamos fazer um aparelho constante de duas réguas graduadas que se cruzam em ângulo reto, tendo uma saliência olivar no centro do cruzamento e outra

em cada extremidade. Têm elas 15 cm de extensão e são fixas no centro por um parafuso. Fixamos a oliva da régua transversal sobre o rebordo orbitário externo; a outra régua, em ângulo reto, forma a vertical, de modo que a 6 cm acima da arcada zigomática faz-se uma pequena pressão sobre a extremidade da régua vertical e a oliva que aí está deixa marcado um ponto pela depressão do couro cabeludo. Deixa-se aí, por meio de um estilete previamente munido de algodão, uma marca com corante antiséptico, geralmente o halocromo; faz-se do outro lado a mesma manobra determinando o outro ponto homólogo. Mandamos passar localmente o antiséptico: tintura de iodo, metafen ou mertiolato, e fixar os cabelos do paciente com esparadrapo. Colocasse-lhe, então, uma máscara também por nós mandada confeccionar e que se assemelha à do cirurgião, diferindo desta, porém, por ser fechada sobre os olhos, com dois orifícios maiores nos lugares da trepanação e um outro para o nariz e a boca. Esta máscara é de grande utilidade, não só porque o paciente com anestesia local move-se, às vezes, bastante, devido à natureza do seu estado mental, retirando assim tôdas as compressas, como também porque ajuda a fixar os cabelos que vinham sobre a operação, mantendo assim uma certeza maior de assepsia e dispensando pinças e compressas, que iriam encher um campo operatório restrito. Usamos marcar o ponto da incisão antes da esterilização do couro cabeludo, porquê depois, mais facilmente, se desvia a marcação do ponto exato, por não estarem esterilizadas tôdas as referências. Fazemos a anestesia local com 10 cc de Novocaina (Sinalgan, Anestex) de cada lado e numa incisão oblíqua mais ou menos no sentido da sutura coronária de 4 a 5 cm de extensão; nesta incisão tôdas as camadas até o crânio são interessadas. Controla-se a hemorragia do couro cabeludo e do músculo e depois afasta-se o pericrânio com uma rugina curva e identifica-se bem a sutura coronária. Nas pessoas jovens esta identificação é muito fácil, ao passo que nos velhos torna-se mais difícil, por ser nêles mais apagada a sutura coronária. Passamos para o outro lado e, de um só golpe,

praticamos a incisão de tôdas as camadas, controlando a hemorragia e descobrindo a sutura coronária. Deixamos de ambos os lados um afastador automático de Jansen, de mastóide. Tomamos o trépano elétrico de De Martel, que está sobre uma terceira mesa de operações e cujo cabo acha-se munido de um manguito de linho esterilizado, ou, então, um trépano mecânico, que deve estar sempre à mão para o caso de alguma dificuldade com o trépano elétrico, e praticamos então um orifício de 1 cm de diâmetro através da sutura coronária, até a dura mater. Retiramos a pastilha e verificamos a hemorragia; se fôr pequena, deixamos uma gaze com soro quente ou embebida em vasostamp e vamos com o trépano praticar a mesma cousa do outro lado.

Voltamos ao primeiro orifício, retiramos a gaze e, se a hemorragia continua, verificamos se provem do diploeé. Neste caso usamos cêra quente ou rebatemos o osso com um pontão. Si vier da dura mater, o bisturi elétrico faz parar o sangue geralmente, ou então um "clip", deixado no lugar, resolve o caso. Si o vaso fôr da corteza cerebral, por ausência ou ruptura da dura mater, no lugar da trepanação, — caso já verificado por nós, mais de uma vez — usamos o mesmo processo.

E' frequente ter parado o escoamento sanguíneo por tamponamento, enquanto se trepana do outro lado. Um projetor de luz concentrada e com pé, e que é manejado por um auxiliar, ilumina a dura através do orifício, e fazemos nela uma incisão de ponta de bisturi, num lugar avascular. Introduzimos, por êsse orifício, uma agulha sem ponta e munida de mandarim, na direção do orifício do outro lado. Retiramos o mandarim e vimos recuando a agulha. Si aparecer líquido céfalo-raquidiano é sinal de que atingimos o corno anterior do ventrículo. Neste caso, devemos retirar a agulha e colocá-la um pouco mais a frente. Porque a incisão não deve interessar o ventrículo. No caso de pressão negativa do liquor, é necessário aspirar com uma pequena seringa, para verificarmos si a agulha está no ventrículo. Inserimos a agulha, novamente, no mesmo sentido e mais inclinada para cima, até encontrarmos a resistên-

cia da foice do cérebro em sua borda livre. Nesse local, a fenda cerebral média dista 5 e meio a 6 centímetros da cortex. Quando a agulha penetra em maior profundidade não se encontra resistência da foice do cérebro, ela passou para o outro hemisfério, através do joelho do corpo caloso.

Agora, dirigimos a ponta da agulha, com um ângulo de 45 graus, para baixo no mesmo sentido da sutura coronária, e, a 4 ou 5 centímetros, devemos encontrar a resistência do teto da órbita, aí representada pela pequena asa do esfenóide. No caso de não encontrarmos resistência, devemos procurá-la mais para a frente. E, somente, contra esta resistência nós estamos seguros de não termos uma hemorragia severa, até mortal, entrando na fossa esfenoidal e atingindo os vasos do buraco despedaçado, a artéria cerebral média ou os seios pétéreos ou laterais. Estando seguros desses três pontos e, principalmente, do último, introduzimos o leucótomo num lugar avascular do córtex, com a ponta dirigida contra o outro orifício, e fazemos a incisão para cima e depois para baixo, até encontrar a resistência do teto da órbita, no sentido oblíquo, continuando a linha da sutura coronária do crânio, cortando o lobo frontal em dois quadrantes. Ou, melhor dizendo, guardando com o leucótomo a direção que a agulha nos ensinou.

Freeman e Watts aconselham que o psiquiatra abra uma pinça em continuação com a sutura coronária, para que o cirurgião siga essa linha de incisão. O cirurgião tem uma tendência natural para se desviar para a fossa esfenoidal. Pensamos que a melhor maneira de evitar isso, é seccionar logo após a verificação dos pontos com a agulha e ainda com a mesma posição do corpo e da mão. A lâmina para fazer a lobotomia não deve ter corte acerado, nem, tão pouco, deve ser introduzida além de 5 centímetros, para não lesar a artéria cerebral anterior, — causa de morte num dos nossos casos, verificada pela autópsia. Causa de morte também verificada em autópsia de Freeman e Watts. Julgamos que seja das causas de morte mais frequentes em todas as estatísticas.

Depois do 21.º caso, introduzimos uma

pequena modificação a essa técnica. Ao invés de fazermos como manda a técnica de Freeman e Watts, diminuimos a largura da lâmina do instrumento cortante e o introduzimos da mesma maneira horizontal; levamos a lâmina para cima e para trás, num sentido oblíquo, até o fim da excursão ascendente do leucótomo; a seguir, fazemos a excursão descendente, uns poucos milímetros para a frente e descemos até encontrar a resistência da pequena asa do esfenóide; a esta altura, desviamos, novamente o instrumento alguns milímetros para trás e vamos fazer a incisão ascendente até encontrarmos a inicial do quadrante superior. Deixamos, assim, uma lâmina de substância branca.

Assim procedemos, porque parece ser mais difícil restabelecer uma conexão cerebral deixando uma lâmina de substância branca, do que um simples corte linear.

Freeman e Watts fazem uma nova lobotomia si até o 3.º dia o doente não apresenta sonolência ou um certo torpor. Ora, esta 2.ª lobotomia, certamente, não deve ser feita no mesmo lugar da primeira, e deve, portanto, deixar uma lâmina de substância branca.

Nas 27 observações que possuímos, portanto, fazendo 54 lobotomias, não encontramos vasos sanguíneos na substância branca. Além disso, Egas Moniz obtinha bons resultados terapêuticos, deixando um cone de substância branca, para autólise. Freeman obtém melhores resultados com a secção linear de quase todas as fibras de conexão frontal.

Julgamos que, deixando a lâmina de substância branca, segundo a nossa técnica, associamos ao método de Freeman o de Egas Moniz e, praticamos, ao mesmo tempo, a reoperação de Freeman.

Temos o direito de pensar que, assim, obteremos melhores resultados terapêuticos, como de fato temos obtido, não sabendo, si por esta ou outra causa, que só o futuro poderá esclarecer.

Costuma ser exangue a lobotomia. Entretanto, algumas gotas de sangue, até um ou dois centímetros cúbicos, podem sair pela incisão, constituindo isso normalidade.

Passamos ao outro lado. Verificamos os

3 pontos com a agulha; introduzimos o leucótomo; fazemos a mesma excursão; e está terminada a operação. Colocamos sulfamida peritonial em ambos os orifícios e suturamos os planos internos com catgut número um e a pele com sêda três ou agrafes. Colocamos o curativo aséptico, envolvendo toda a cabeça com ataduras, que são fixadas para baixo com tiras de esparadrapo. Estes cuidados são necessários, porque é frequente ver-se estes doentes, em virtude do seu estado mental, retirar todos os curativos e até querer arrancar os agrafes. Apesar disso, não tivemos nenhum caso de infecção séria, não tendo perdido nenhum doente por esse motivo. E, em alguns casos, as operações têm sido demoradas, como a 26.^a, que durou três horas, em virtude das incessantes hemorragias. Geralmente, essas operações duram uma hora, ou pouco mais.

Apesar de ser um fato já muito conhecido, mas sempre ainda nos surpreende, é o de que com anestesia somente da pele até o perióstio podemos atravessar o osso, a meníngeas, o cérebro em toda a extensão do lobo frontal, sem a mínima dor. Falamos com o doente durante a lobotomia; mandamo-lo contar, rezar, enquanto atra-

vessamos o lobo frontal nos 4 quadrantes do círculo, para vermos o paciente se desorientar no último. E, às vezes, somos surpreendidos por ver alguns doentes falando sem alteração, antes, durante e depois da lobotomia bilateral.

Freeman injectou um meio de contraste, para tirar radiografias indicando a direção da incisão.

O Dr. Lyerly, de Jacksonville, na Flórida, tem uma modificação nesse processo, adotando a via de entrada de Egas Moniz e Almeida Lima. Faz a trepanação à três centímetros de cada lado da linha mediana e à três centímetros adiante da linha biauricular. Por essa via, executa a secção linear de Freeman. Este processo foi adotado em Rochester, na Clínica dos irmãos Mayo, pelos Drs. Love e Petersen.

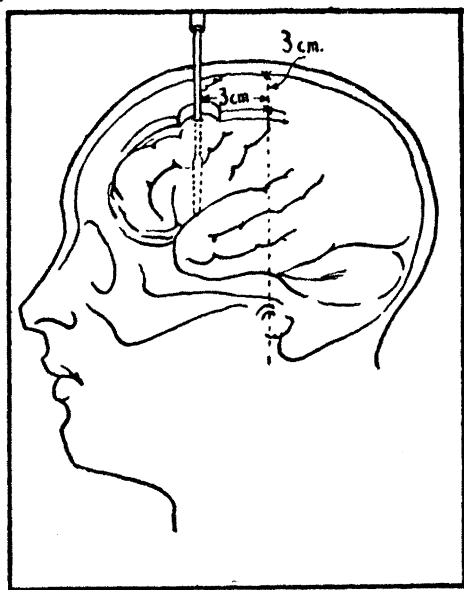
Acidentes — Saída de líquido, ao atravessar o crânio, por ausência de dura mater, ocasionada por um traumatismo antigo ou recente, ou processo inflamatório. — Isto não deve preocupar, podendo-se continuar a operação.

Alguns casos sangram muito, sendo inexplicável a razão dessa hemorragia. — Na 26.^a operação, chegamos a duvidar do primeiro exame e mandamos fazer, na mesa de operações, nova verificação do tempo de sangria e coagulação, tendo encontrado, respectivamente, um e oito minutos.

Durante a lobotomia propriamente dita não vimos hemorragia, nem mesmo no caso acima referido.

Pensamos que, seguindo rigorosamente a técnica indicada, não teremos hemorragia, exceção feita de uma anomalia.

A impressão que se tem, ao cortar um lobo frontal, é a mesma de estar seccionando uma manteiga gelada. Às vezes, entretanto, encontramos resistências que dão a impressão de vasos sanguíneos e que são rompidas pelo instrumento, sem hemorragia. Parecem bridas cicatriciais. Sentimos, às vezes, mais de uma resistência em cada lobo. Em certos pacientes, não é possível a anestesia local. Usamos, então, a morfina no músculo ou na veia, o evipan sodico, o cunarcon e tionenbutal, sem inconvenientes. Na maioria dos casos, a anestesia lo-



Técnica do Dr. Lyerly de Jacksonville na Flórida adotada nas clínicas Mayo em Rochester. Orifício de entrada de Egas Moniz.

cal basta. Devemos nos lembrar que entre os pacientes operamos verdadeiras feras humanas, insociáveis, pessoas que recebem comida só em prato de papelão, nunca saindo do quarto individual.

Durante a operação, um aparelho de pressão é adaptado ao braço do paciente, para que, a qualquer momento, possa ser obtida a sua pressão.

Seqüências operatórias — O paciente vai para um quarto individual. Eleva-se a cabeceira da cama de 30 graus, para facilitar a circulação venosa.

Os traços fisionômicos se relaxam, o doente apresenta um aspecto fisionômico de mais gordo, demorando a responder às perguntas. Desorientado. Alguns chegam ao estado sub-comatoso, com incontinência de urina e fezes. É mais freqüente a retenção de urina e a paralisia intestinal. Alguns vomitam por dois ou três dias; outros apresentam febre alta sem outros sinais de infecção. Em dois ou três dias esses fenômenos se esbatem e o doente apresenta bom humor.

Cuidados pré-post-operatórios — Para a prática da operação, pedimos, em primeiro lugar, uma autorização escrita de duas pessoas da família do paciente. Essa autorização é necessária, porquê, sendo o paciente um irresponsável, não poderá gerir a sua pessoa.

Um exame quantitativo de urina, dosagem da uréia, cloretos, creatinina e reserva alcalina no sangue, são requeridos. Um cuidado especial deve haver para o tempo de sangria e tempo de coagulação. Quando estes excederem, respectivamente, de 2 e dez minutos e não forem corrigidos pela administração de hemostáticos, rejeitamos a operação.

Administramos sempre hemostáticos, na véspera e no dia da intervenção, sendo que na véspera o paciente baixa ao nosso serviço de cirurgia do H. S. P. e rasuram-se os cabelos, totalmente, si fôr homem, e somente o terço anterior, nas senhoras, fixando-se os cabelos restantes com uma tira de esparadrapo. Ainda na véspera, mandamos fazer uma lavagem intestinal e administramos um barbitúrico, sendo que das 7

horas em diante o doente não mais se alimenta. Uma hora antes da operação, toma uma injeção de morfina e mais os hemostáticos.

Já na sala de operações, demarcamos o ponto onde deverá ser feita a incisão, por meio das régua em esquadro. Tomamos este cuidado antes da esterilização do couro cabeludo, porquê isto, feito depois, às vezes, irrita o doente, além de sair mal demarcado, com o temor que possuímos de tocar em lugar não esterilizado.

Realizada a intervenção, o doente é transportado para o leito, cuja cabeceira é elevada de 30 graus, para evitar congestão venosa, permanecendo, assim, por 3 dias. Quando a pressão arterial máxima desce abaixo de 10, a cabeceira volta ao nível normal.

Pulso, respiração, temperatura e tensão arterial são registados cada duas horas no primeiro dia e cada quatro horas nos dias subseqüentes. No primeiro dia continuamos a subministrar os hemostáticos, de 4 em 4 horas.

Quando houver dôr ou agitação psicomotora: barbitúricos e morfina.

Cuidados permanentes da enfermagem são necessários para surpreender qualquer agitação psicomotora ou evitar que o doente com anterior tendência ao suicídio realize seu intento.

Administra-se um purgativo suave no 4.º dia e tiram-se os pontos no sétimo. Nos dois primeiros dias dieta líquida e nos outros alimentação leve são aconselhadas.

INDICAÇÕES

A leucotomia é indicada nas psicoses endógenas, tais a melancolia de involução, a psicose maniaco-depressiva e as esquisofrenias, assim como nas psico-neuroses, quando manifestem tendência à cronicidade e não tenham logrado benefício com as medicações habituais de choque.

Na melancolia de involução, embora datando de alguns anos, os resultados são animadores, pois a dúvida e o temor mórbidos, a par da ansiedade, se esbatem; porém, quando as queixas do paciente dizem

respeito a cenestesia, isto é, nas formas hipochondríacas, o sucesso é menor.

A psicocirurgia é reservada aos casos menos comuns de cronicidade, onde as outras medicações falharam.

Dentre as esquizofrenias, colhem melhores resultados os hebefrênicos, excitados e agressivos; e os catatônicos, com seu quadro negativista. Os primeiros, tranquilizam-se, tornam-se tratáveis e os segundos abandonam a introversão para estabelecer um contato satisfatório com o ambiente. Nas formas paranoides, os distúrbios psicosensoriais pouco se modificam, mas, num e noutro caso, houve mais serenidade e ocupação em tarefas simples.

Nosso caso 1, esquisofrênico paranoide, bastante perigoso, contando várias tentativas de homicídio, praticava estas reações sob o comando de alucinações imperiosas e era mantido no Hospital, debaixo de rigorosa vigilância, dormindo em quarto individual. Após a lobotomia, trabalha e tem uma conduta pacífica.

Na parafrénia obtivemos bons resultados. Caso 20, enfermo ha seis anos, teve bons resultados. Caso 18, enferma ha 10 anos, reintegração na família, com resultado satisfatório.

Nas psiconeuroses, datando de mais de um ano e quando as outras indicações falharam, ou quando ha incapacidade para o trabalho ou receio de autoexterminio, está indicada a operação.

A neurose compulsiva (psicastenia) é aquela que maior êxito tem apresentado, pois as dúvidas, os escrúpulos, as obsessões e as fobias com o seu cortejo de preocupações cedem.

As contra-indicações, considerando o individuo, são restritas às: fragilidade vascular, discrasias sanguíneas e estados de consunção. A idade avançada não constitue uma contra-indicação à lobotomia.

OBSERVAÇÕES

Caso 1 — M. P., com 31 anos de idade, preto, operário, de instrução elementar, ingressou no H. S. P. em 1941, por reações

anti-sociais: tentativas de homicídio. Papeleta 11109.

A conduta hospitalar é péssima, pois frequentemente exhibe impulsões agressivas. Insulado, de afetividade embotada, denota interpretações mórbidas e alucinações auditivas insultuosas, comandando reações violentas.

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide.

Foi submetido à convulsoterapia pelo cardiazol em 27 sessões, à insulínoterapia de Sakel, além da piretoterapia sulfurada sem sucesso algum. Em face da sua periculosidade permanecia em quarto individual ou na sala de clinoterapia.

Leucotomia direita pela técnica de Freeman (4 de maio de 1944). Não bastando os sedativos, recorremos à anestesia geral, porque estava agitado. Obnubilação e sonolência durante uma semana. Abandona o leito, mostra-se calmo, mais comunicativo e começa a trabalhar como servente do Hospital. Destacam-se ainda alucinações auditivas, mas freqüenta o pátio e os dormitórios comuns. Decorridos 4 meses da intervenção agrediu um companheiro e realizamos a leucotomia à esquerda. Bom procedimento à seguir. Resultado considerado satisfatório.

Caso 2 — V. Z., com 24 anos de idade, branco, agricultor, de instrução elementar, ingressou no H. S. P. em fevereiro de 1942. Papeleta 12479.

Intranquilo, ansioso e parcialmente orientado no tempo; humor triste, recolhimento, delírio de ruína e culpabilidade.

Diagnóstico: Melancolia por Psicose Maníaco-depressiva.

Tratado pelos métodos de Sakel, Meduna e Cerletti sem melhora: afetividade depressiva, ansiedade permanente e delírio melancólico.

Leucotomia direita em maio de 1944. Anestesia local. Durante o ato operatório houve inibição do discurso ao ser seccionado o quadrante superior. Obnubilação por dois dias. Depois, conquanto apático, não revelou inquietude, nem ansiedade, deambulando pelo hospital de modo sociável. Já contávamos o resultado como satisfatório, quando duas semanas após a operação o paciente, acidentalmente, viu-se envolvido

na luta corporal de dois outros doentes, traumatizando o crânio. Horas depois teve crises convulsivas, entrou em coma e morreu. À necrópsia, apurou-se hemorragia cerebral com inundação ventricular.

Caso 3 — V. N., com 31 anos, branco, agricultor, inculto, deu entrada no H. S. P. em março de 1943. Papeleta 13761.

Confuso, responde de modo lacônico. Mímica rígida e tendência à introversão. Embotamento afetivo.

Diagnóstico: Esquizofrenia Simples.

Tratado pela eletrocoação e pelo método de Sakel sem melhoria alguma.

Leucotomia bilateral de Freeman em maio de 1944. Anestesia local. Abandonou o leito no próprio dia da intervenção, sem denotar modificação sensível no estado mental. Passados 3 meses mostrou-se mais interessado pelo ambiente, cordato, de humor sintônico, começando a trabalhar no Hospital. Alta do estabelecimento com resultado satisfatório.

Caso 4 — A. C. E., 24 anos, branca, viúva, dançarina, de instrução rudimentar, ingressou no H. S. P., em 1941. Papeleta 11735.

Intranquila, negativista, conserva completamente mutismo. Com a cardiazoloterapia e a insulina de Sakel abandonou a atitude referida para se tornar irritável, excitada de conduta irregular, praticando depredações. Alternativas de acalmia e agitação, exigindo a prática da clinoterapia.

Diagnóstico: Esquizofrenia Hebefrênica.

Lobotomia bilateral de Freeman em junho de 1944, com anestesia geral, dada a agitação psicomotora. Estado confusional por dois dias. Depois calma, de consciência clara e afetividade sintônica. Reservada, coerente, sociável, trabalha como atendente no Hospital. O alienista que a assistia deu-lhe alta restabelecida.

Caso 5 — J. P., 25 anos, branco, agricultor, analfabeto, entrou no H. S. P. em maio de 1942. Papeleta 12719.

Intranquilo, desorientado, incoerente, refere alucinações auditivas. Irritabilidade e crises de excitação psicomotora.

Diagnóstico: Esquizofrenia Simples.

Submetido aos tratamentos habituais de choque sem lograr melhora.

Leucotomia bilateral de Freeman em junho de 1944. Anestesia local. Estado confusional até o quinto dia. Desde então ora calmo, ora irritável, conservando a sua atitude autista. Resultado nulo.

Caso 6 — B. F. S., 45 anos, preto, jornalista, inculto, ingressou no H. S. P. em 1938. Papeleta 8620.

A observação inicial revela idéias delirantes de perseguição e alucinações auditivas e visuais. Alcoolista confesso. Desintoxicado continuou o seu delírio paranoide. Egoísta, perverso, desconfiado e agressivo.

Diagnóstico: Esquizofrenia.

Piretoterapia sem modificação alguma. Passa ao serviço de crônicos, considerado um dos doentes mais turbulentos e agressivos da divisão de homens indigentes.

Lobotomia bilateral de Freeman em julho de 1944. Anestesia local. Permanece estuporado por oito dias. À medida que despertava da obnubilação já mostrava boa sociabilidade e humor jocoso. Instabilidade à marcha e inhabilidade aos movimentos intencionais, delicados das mãos, porém de modo temporário. Incontinência urinária e fecal. Decorrido um mês mostrou-se calmo, de afetividade expansiva, discreta redução da espontaneidade, trabalhando sistematicamente. Teve alta do Hospital sete meses após a leucotomia em boas condições mentais. Resultado bom.

Caso 7 — A. R., 31 anos, branca, doméstica, de instrução elementar, ingressou no H. S. P. em junho de 1941. Papeleta 11632.

Desadaptada, de orientação imprecisa, pensamento de curso rápido e alucinações auditivas. Solilóquio, maneirismo, erotismo e excitação psicomotora com depredações.

Diagnóstico: Esquizofrenia Hebefrênica.

Métodos de Meduna e Sakel sem aproveitamento. Agitação quase constante até 1944. A doença mental data de onze anos.

Leucotomia bilateral de Freeman com anestesia local em agosto de 1944. Não houve alteração sensível; apenas abandonou a depredação. Resultado considerado nulo.

Caso 8 — P. L. R., 33 anos, branca, viúva, doméstica, entrou no Hospital em março de 1943. Papeleta 13749.

Discordâncias, loquacidade, humor expansivo rígido, interpretações mórbidas; endofasia exagerada, delírio persecutório, metabólico e megalomaniaco. Rica simbolística e maneirismo. Excitação e impulsões agressivas.

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide.

Eletrochoque, insulino-terapia e piretoterapia pelo óleo enxofrado sem melhoras. E' conservada em quarto individual pela agressividade.

Leucotomia de Freeman, bilateral, com anestesia local, em agosto de 1944. A intervenção findou sem que houvesse modificação sensível no sensorio; no termo do primeiro dia, no segundo e terceiro manifestou torpor e no quarto dia sonolência e tranqüilidade. Uma semana depois retornou ao estado anterior, menos excitada. Resultado considerado nulo.

Caso 9 — M. L. S., 27 anos, branco, sem profissão, de instrução primária, ingressou no H. S. P., em 1939. Papeleta 9944.

Lúcido, orientado e de bom nível mental. Humor sombrio, desconfiado, mendaz e dissimulado. Agressões e impulsões com um movel sexual; ataca mulheres e tentou contra a vida de uma menina. Homossexualidade e sadismo.

Ultimamente e com freqüência procura, de maneira intempestiva, ferir os companheiros nos olhos, tendo causado ferimentos de natureza grave. Sua periculosidade exige vigilância especial e segregação.

Diagnóstico: Esquizofrenia Simples.

Leucotomia bilateral com anestesia local em setembro de 1944. Não houve alteração mental no postoperatório, nem nos meses que seguiram. Resultado nulo.

Caso 10 — M. S. S. B., 23 anos, branco, jornalista, ingressou no Hospital em abril de 1943. Papeleta 13805.

Gliserodia, discurso moroso, perseveração. Crises epilêpticas ha muitos anos. Extrema agressividade. Fugiu de uma feita do Hospital, tendo promovido desordens na via pública e ferido gravemente um policial que veio a morrer em consequência de uma

tijolada que o doente lhe vibrou. Tentativas de suicidio. E' mantido em quarto individual, sob rigorosa vigilância.

Diagnóstico: Psicose Epilética.

Leucotomia bilateral de Freeman, com anestesia local, em outubro de 1944. Obnubilação sensorial e irritabilidade por alguns dias e depois retôrno ao estado anterior. Resultado nulo.

Caso 11 — D. L., com 18 anos, branco, agricultor, ingressou no H. S. P. em outubro de 1944. Papeleta 12012.

Excitação psicomotora e agressividade. Voz monocórdia lenta. Humor de mutações bruscas. Deficit mental. Líquor e sangue nada acusando digno de nota. Hemiplegia direita em contratura.

Grande periculosidade. Vandalismo.

Diagnóstico: Encefalopatia infantil. Oligofrenia. Imbecilidade. Hemiplegia direita.

Leucotomia bilateral. Anestesia local, em setembro de 1944. Obnubilação sensorial por poucos dias. Menor agressividade. O estado mental permanece inalterado. Um mês depois voltou a excitação e a agressividade anteriores. Resultado nulo.

Caso 12 — S. S., 40 anos, branco, jornalista, ingressou no H. S. P., em outubro de 1939. Papeleta 9785.

Mímica pouco expressiva. Orientação imprecisa. Interpretações mórbidas. Concepções persecutórias. Alucinações auditivas. Nível mental baixo. Excitação episódica. Agressões freqüentes, visando particularmente a face.

Foi submetido a cardiazoloterapia em 1940, em longas sessões, sem sucesso algum. Piretoterapia também sem resultado.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Leucotomia frontal, bilateral em outubro de 1944. Anestesia local. Discreta obnubilação e vômitos nos primeiros dias. 15 dias depois tranqüilo, orientado e coerente. Afetividade sintônica. Abandonou as ideias delirantes e acusa bom procedimento hospitalar. 6 meses após teve alta restabelecido. Resultado considerado bom.

Caso 13 — W. F., 26 anos, branco, agricultor, analfabeto, ingressou no H. S. P. em dezembro de 1939. Papeleta 8868.

Excitação psicomotora e agressividade. Expressão fisionômica aparvalhada. Vocabulário pobre. Forte deficit de inteligência. E' conservado em quarto individual dado o grande perigo que apresenta aos companheiros, pois, nas agressões costuma morder a face e as orelhas. O tratamento visava reduzir a periculosidade do paciente: cardiazoloterapia e piretoterapia sem sucesso.

Diagnóstico: Oligofrenia. Imbecilidade. Agressividade Constante.

Leucotomia bilateral em outubro de 1944. Anestesia local. Durante 4 dias esteve levemente confuso e mais sereno. Depois retornou ao estado anterior, sendo o resultado da intervenção considerado nulo.

Caso 14 — A. M., 52 anos, indiático, militar ingressou no H. S. P., em novembro de 1930. Papeleta 2722.

Agitação psicomotora, verbigeração, alucinações auditivas e ideias delirantes de perseguição. Impulsões agressivas. E' conservado em quarto individual, em consequência de sua periculosidade. Convulsoterapia em várias séries.

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide.

Lobotomia frontal bilateral em novembro de 1944. Ao terminar o paciente estava apenas entorpecido. 5 horas depois da intervenção entrou em coma, exibindo crises epileptiformes. No dia seguinte mantinha-se sonolento, apresentava vômitos e reagia às solicitações. No terceiro dia a temperatura ascendeu a 38°; no quinto dia a 39°; o coma aprofundou vindo a falecer no 8.º dia. A necropsia revelou comprometimento de um ramo da cerebral anterior e invasão sanguínea do ventrículo lateral homônimo.

Caso 15 — V. W., 29 anos, branca, doméstica, polonesa, ingressou no H. S. P. em junho de 1939, em janeiro e maio de 1941. Nas duas primeiras internações logrou alta restabelecida, mas na terceira permaneceu no Hospital. Papeleta 9380.

Humor triste, interpretações mórbidas, intuições delirantes, imitabilidade, incoerências e agitação psicomotora episódica. Estravagâncias e delírio de perseguição. Foi submetida a cardiazoloterapia em duas sé-

ries e ao tratamento de Sakel. Estado mental inalterado.

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide.

Leucotomia frontal bilateral, com anestesia local em novembro de 1944. Não houve alteração somática e mental sensível no post-operatório. As observações ulteriores referem resultado nulo.

Caso 16 — P. M., 56 anos, branco, agricultor, ingressou por 4 vezes no H. S. P.: maio de 1941, junho de 1942, abril de 1944 e agosto de 1944. Nas três primeiras internações teve alta apenas melhorado. Papeleta 3077.

Excitado, loquaz extrovertido. Mímica exuberante, orientação imprecisa. Nível mental baixo e humor elevado. Crises de agitação psicomotora. Eletrochoque em várias séries com discreta melhora e a seguir volta ao estado anterior.

Diagnóstico: Mania Crônica, por Psicose Maniacodepressiva.

Leucotomia frontal bilateral em junho de 1945. Letargia, estado vagal. Quatro dias depois: obnubilação sensorial, tranquilidade, excitação sexual. No fim da primeira quinquena, a consciência clarificou, permanecia tranquilo, sociável e pedia trabalho. Teve alta restabelecido do estado maniaco decorridos 45 dias da intervenção. As informações colhidas nos meses que seguiram referem boas condições mentais, reintegração na sociedade e trabalho regular. Resultado considerado bom.

Caso 17 — A. F. A., 53 anos, preto, marítimo, ingressou no H. S. P., em junho de 1939. Papeleta 9388.

Extrovertido, parcialmente orientado, humor alegre (1939). Agitação psicomotora, causticidade, pseudo-incoerência, (1940-1945). Tratamento de Meduna e Cerletti sem sucesso. O paciente figurava no quadro dos crônicos.

Diagnóstico: Mania Crônica, por Psicose Maniacodepressiva.

Leucotomia bilateral em junho de 1945. Anestesia local. Na primeira semana mantinha-se ora intranquilo, ora entorpecido e negativista. Dois meses depois mostrava-se orientado, calmo, de afetividade sintônica e

coerente. Tornou-se sociável, produzia trabalho regular e insistia na alta. Logrou alta seis meses depois da intervenção, restabelecido da mania crônica. Resultado considerado bom.

Caso 18 — D. B. M., 44 anos, branca, doméstica, tem sido internada em estabelecimentos psiquiátricos desde 1936. Papeleta 17.024. (H. S. P.).

Depois de três hospitalizações no Sanatório São José, aí durante 5 anos, tendo sido submetida aos modernos tratamentos de choque sem sucesso.

Excitação psicomotora, interpretações mórbida, alucinações auditivas, delírios persecutório e metabólico. Hiperendofasia. Agressões violentas e tentativas de homicídio. E' enviada, finalmente, para o H. S. P., afim de ser submetida à psicocirurgia.

Diagnóstico: Parafrenia.

Leucotomia bilateral em julho de 1945. Anestesia local. Obnubilada e deprimida nos dois primeiros dias. Alternativas de serenidade e intranquilidade. Passado um mês, mostra-se calma, de humor sintônico e sociável, recebe os parentes sem atritos, o que não ocorria há oito anos. Persistem as interpretações mórbidas e as idéias delirantes de perseguição, porém, estas não mais condicionaram reações antisociais. Decorridos dois meses, é reintegrada na família, onde atende às tarefas domésticas, revelando, uma e outra vez, irritabilidade. Resultado considerado satisfatório.

Caso 19 — C. C. P., 40 anos, branco, comerciante, foi por 5 vezes hospitalizado no H. S. P., a partir de 1939. Papeleta 9871.

Deprimido, orientado e negativista. Desinteresse pelo trabalho e distúrbios do procedimento. Embotamento afetivo. Crises de agitação psicomotora periódicas. Foi tratado pelo cardiazol venoso, pela insulina e pelo choque, tendo por 4 vezes alta provisória apenas melhorado.

Diagnóstico: Esquizofrenia Simples.

Leucotomia bilateral em novembro de 1945. Anestesia local. Terminada a intervenção houve obnubilação, bradipsiquia e tranquilidade. No segundo dia entrou em torpor, que se arrastou até o quinto dia. A

obnubilação começou a ceder e em pouco estava calmo, orientado e coerente, denotando ainda certa morosidade nos processos psíquicos. Dois meses após, o resultado foi considerado satisfatório.

Caso 20 — A. M., 46 anos, branco, industrialista. Foi internado 8 vezes no H. S. P., a partir de 1939, deixando o Hospital, ora por fuga, ora por solicitação da família, sem melhora. Papeleta 9169.

Lúcido e orientado. Extrovertido. Alucinações auditivas, comandando agressões. Idéias delirantes de perseguição e grandeza. Dissimulação. Tentativas de homicídio e idéias suicidas. Excitação psicomotora. Prolixidade. Insulinoterapia e eletrocoação de Cerletti sem resultados apreciáveis.

Diagnóstico: Parafrenia.

Leucotomia bilateral em novembro de 1945. Anestesia geral pelo thienembutal, dada a agitação do paciente. Intranquilidade por três dias. A seguir estado confusional, letargia e relaxamento muscular. Passada a primeira semana a confusão foi se esbatendo e o paciente tornava-se calmo e cordato. Um mês depois, a observação psiquiátrica referida: tranquilo, orientado, sociável, não revela ideias delirantes. Modulação afetiva regular. Boa conduta. Teve alta restabelecido, meses depois. As informações ulteriores referem boas condições mentais. Resultado considerado bom.

Caso 21 — O. B. A., 24 anos, branco, comerciante, conta 5 hospitalizações no Sanatório São José e duas no H. S. P., a partir de 1939. Papeleta 376 (Sanatório São José).

Extroversão, humor elevado, logorrea, distúrbios de conduta. Irreverência. Excitação sexual. Nas três primeiras hospitalizações o estado psicótico cedia de modo completo por um dos tratamentos de choque usuais. Nas últimas internações permanecia, após a medicação, em estado hipomaniaco e nesta condição perturbava seriamente a família com seus deslises do procedimento.

Diagnóstico: Mania Crônica por Psicose Maniacodepressiva.

Leucotomia bilateral em novembro de

1945. Obnubilação sensorial e apatia por cerca de dez dias. Clarificação progressiva da consciência. Decorridas três semanas permanecia tranquilo, cordato, docil e sociável. No fim do primeiro mês, teve alta restabelecido. A observação posterior mensal, refere ótimas condições mentais. Resultado considerado bom.

Caso 22 — A. A. G., 36 anos, branca, doméstica, ingressou no H. S. P., em abril de 1940. Papeleta 10310.

Excitação psicomotora permanente. Distímia alegre. Orientada. Irritabilidade. Logorreia. Agitação episódica. Insônia rebelde. Tratamento de Meduna, Sakel e Cerletti com resultados nulos.

Diagnóstico: Mania Crônica por Psicose Maniacodepressiva.

Leucotomia bilateral em março de 1946. Sonolência por quatro dias. No fim do primeiro dia da quinzena retornou ao estado anterior apenas logrando uma melhora: dorme à noite. Resultado considerado nulo.

Caso 23 — E. H. D., 33 anos, branca, doméstica, foi internada cinco vezes em estabelecimento psiquiátrico, a partir de 1938. Papeleta 9296. (H. S. P.).

Orientação alopsíquica imprecisa, hipoprosexia, fadigabilidade, apatia alternando com irritabilidade. Poríomania. Demência pragmática. Tratada pela insulino-terapia, pelo cardiazol venoso e pela eletrocoação, sem conseguir melhoras. Nos quatro últimos anos vem exibindo crises de agitação e agressividade, produzindo ferimentos graves nas companheiras. Permanecia na sala de clinoterapia, sob vigilância, dada a sua periculosidade.

Diagnóstico: Esquissosfrenia Simples.

Leucotomia bilateral em Abril 1946. Por dez dias esteve obnubilada e uma que outra vez intranquila. Depois, conquanto se mantinha pouco interessada pelo mundo exterior, deixou a sala de clinoterapia, que frequentara por 3 anos. A observação dos meses seguintes refere: intranquilidade episódica, introversão e abandono das impulsões agres-

sivas. Frequenta o pátio e os dormitórios comuns. Resultado considerado satisfatório.

Caso 24 — M. S. L., 48 anos, branca, doméstica, ingressou por 6 vezes no H. S. P., a partir de 1930. Papeleta 2765.

A última internação deu-se em 1944 e desde então a paciente mantém-se excitada, parcialmente orientada, de humor elevado e loquaz. Crises demoradas de agitação psicomotora. Vandalismo. Foi tratada pelos métodos de Sakel e Cerletti em várias séries, sem resultados sensíveis.

Diagnóstico: Mania Crônica por Psicose Maniacodepressiva.

Leucotomia bilateral em maio de 1946. Anestesia geral pelo thienembutal, em virtude da agitação. Esteve obnubilada por dois dias; intranquila por uma semana e depois serenou, dissipando-se o estado psíquico que permanecia por dois anos. A observação feita um mês e meio após a intervenção cirúrgica refere: "Conserva-se calma, trabalhando com proveito na cosinha. Está orientada, coerente e sintônica. Não apresentou crises de excitação psicomotora. Resultado considerado bom, no fim do terceiro mês de observação.

Caso 25 — I. G. D., 37 anos, branca, doméstica, conta 6 internações no Sanatório São José a datar de 1942. Papeleta 344.

Introversão, instabilidade, interpretações mórbidas e sentimento de extranheza do mundo exterior. Perversão dos sentimentos éticos. Distúrbios do procedimento. Coprolalia. Foi submetida aos tratamentos de Sakel, Meduna e Cerletti, por mais de uma vez, sem haver apresentado melhoras apreciáveis.

Diagnóstico: Esquissosfrenia Simples.

Leucotomia bilateral em junho de 1946. Anestesia local. Sonolência e algias no couro cabeludo por dois dias. Decorridos 15 dias mostrava-se serena, mais sociável e estabelecia melhor contato com o ambiente. Após dois meses de observação, encontrase tranquila, cortês, mais comunicativa, ocupando-se em tarefas domésticas. Resultado bom.

QUADRO ESTATÍSTICO DOS 25 PRIMEIROS CASOS

	Número de Casos	Resultado Bom	Resultado Satisfatório	Resultado Nulo	Morte Operatória	Morte Subseqüente
Psicose maníaco-depressiva (Mania Crônica)	5	4	—	1	—	—
Psicose maníaco-depressiva (Melancolia Crônica)	1	—	—	—	—	1
Esquizofrenia Simples	6	1	3	2	—	—
Esquizofrenia Hebefrênica	2	1	—	1	—	—
Esquizofrenia Paranóide	6	2	1	3	1	—
Parafrenia	2	1	1	—	—	—
Epilepsia (Psicose)	1	—	—	1	—	—
Oligofrenia, Idiotia Erética	2	—	—	2	—	—

Porcentagem: Sucesso total e parcial: 56 % $\left\{ \begin{array}{l} \text{Restabelecidos:} \dots 36 \% \\ \text{Melhorados:} \dots 20 \% \end{array} \right.$

Inalterados 36 %
Morte Operatória 4 %
Morte Subseqüente 4 %

PORCENTAGEM

Sucesso total e parcial 56 %
Restabelecidos 36 %
Melhorados 20 %
Inalterados 36 %
Morte Operatória 4 %
Morte Subseqüente 4 %

CONCLUSÕES

I — A melhor das técnicas para praticar a psicocirurgia é a de Freemann-Watts, com a sua secção subcortical das fibras de conexão fronto-talâmicas.

II — A lobotomia de Freemann-Watts é uma operação benigna, sendo feita por mãos experientes e guardando a técnica rigorosa.

III — A incisão, sendo subcortical, não interessando portanto a cortex, a não ser na brecha insignificante da entrada do leucótomo, não deve prejudicar a capacidade intelectual do operado.

IV — Praticamos a lobotomia em 5 pacientes com o diagnóstico de Psicose Maníaco-depressiva — Mania Crônica e obtivemos a cura de 4 pacientes, tendo um só insucesso.

V — Parafrenia. Operamos dois enfermos com esta moléstia. Um obtivemos um sucesso total: completamente restabelecido (obs. 20). Em outro um sucesso parcial, com a paciente reintegrada na vida familiar (obs. 18 — moléstia datando de 10 anos). Portanto temos 100 % de sucesso na parafrenia, em nossa pequena observação com esta terapêutica.

NOTA — A parafrenia, até aqui, não obedecia a nenhuma terapêutica. A nossa estatística é insignificante para tirarmos uma conclusão definitiva. Chamamos a atenção para um juízo posterior sobre este ponto,

porque não ha na literatura referências a lobotomia nos parafrênicos.

VI — A lobotomia trouxe-nos mais sucessos na Psicose Maníaco-depressiva do que na esquisofrenia.

VII — Não obtivemos resultados na Oligofrenia Idiotia Erética, nem na Psicose Epiléptica.

NOTA — Esta conclusão não deve ser definitiva. Tem o mesmo vício da quinta conclusão: fizemos apenas três casos.

VIII — O método cirúrgico é de valor inegável, quando considerarmos, que, em doentes crônicos, poderá haver recuperação total ou parcial.

Na nossa estatística: 36 % de restabelecidos, 20 % de melhorados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A.* — Cirurgia das Moléstias Mentais — Edit. Luso-Espanhola — 1945.
- Austregésilo, A. e Borges Fortes, A.* — As Syndromes do Lobo Frontal — Med. Cir. Pharm. — Vol. III — N.º J — Dez. 1935.
- Sennett, A. E., Keegan, J. J. e Hilburg, C. B.* — Prefrontal Lobotomy in Chronic Schizophrenia — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 331 — 1943.
- Ciulla, L. e Alves, A.* — Considerações sobre a Psicocirurgia. Resultado da Leucotomia Cerebral em Dez Casos. — Arquivos do Dep. Est. de Saúde do R. G. do Sul — Vol. 5 — 1944.
- Freeman, W. e Watts, J. W.* — Psychosurgery — Edut Charles Thomas — 1942.
- Freeman, W. e Watts, J. W.* — Prefrontal Lobotomy: Problem of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry — Pg. 739. Maio 1945.
- Fulton, J. F.* — As áreas frontais de associação — Fisiologia do sistema nervoso — Editora Scientifica — 1943.
- Fleming e Mc. Kisson* — Prefrontal Leukotomy — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 77 — 1943.
- Hofstatter, L., Smolik, E. A. e Busch, A. K.* — Prefrontal Lobotomy in Treatment of Chronic Psychoses with Special Reference to Section of orbital Areas — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 319 — 1945.
- Hutton e Willway* — Results of Prefrontal Leukotomy — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 80 — 1943.
- Kindwall, J. A. e Cleveland, D.* — Prefrontal Lobotomy — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 319 — 1945.
- Lida, F.* — Effect of Frontal Lobectomy on Intelligence and Personality — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 445 — 1940.
- Petersen — Moersch* — Prefrontal Lobotomy Surgical Technic — Staff Meetings of the Mayo Clinic — Number 20 — 1943.
- Lyerly, J. G.* — Prefrontal Lobotomy with re-

- ference to Involutional Melancholy — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 339 — 1944.
- Mattos Pimenta, A.* — Arquivos da Ass. à Psicopatas de S. Paulo — ano I — N.º 1 — 1936.
- Mixer, W. e Tillston, K. J.* — Reports of Partial Frontal Lobectomy and Frontal Lobotomy Performed on Three Patients: One Chronic Epileptic and Two with Chronic Agitated Depression — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 107 —
- Nicholas, I. e Mc. Vicker Hunt* — Case of Partial Bilateral Frontal Lobectomy — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 275 — 1940.
- Waltman, Smith, Moersch e Love* — Prefrontal Lobotomy In Treatment of Certain Mental Disorders — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 107 — 1941.
- Ziegler, L. H.* — Bilateral Prefrontal Lobotomy — Year Book of Neurology and Psychiatry — Pg. 77 — 1943.

RESUMO

A Psicocirurgia nasceu das experiências do fisiologista Goltz sobre símios indomesticáveis que se tornaram dóceis após lesões sobre os lóbulos frontaes.

Burckardt, na Suíça, retirou então porções indeterminadas do lóbulo frontal esquerdo em 6 pacientes, tendo obtido alguns resultados.

Entretanto, só com os portugueses Egas Moniz e Almeida Lima esta operação entrou na ciência e na prática corrente, sendo por estes autores reguladas a técnica e as indicações.

Em Norte América, Freeman e Watts, da Universidade de Washington, começaram por praticar a leucotomia dos portugueses, transformando-a depois na lobotomia frontal bilateral, pela secção subcortical das fibras de conexão frostral. Esta última técnica foi a adotada neste trabalho.

Nas quatro últimas observações, o autor introduz uma modificação que consiste em fazer dois cortes paralelos, deixando no local uma fatia de substância branca para sofrer a autólise. Dessa maneira, julga ele ter associado às vantagens da técnica de Egas Moniz a de re-

operação de Freeman (praticada no terceiro dia, quando o paciente não apresentou obnubilação) e espera assim obter, para o futuro, melhores resultados do que com ambas as técnicas separadas.

Apresenta ele também um novo instrumento que consiste num esquadro de regoas para demarcar o ponto de penetração do crâneo e uma compressa em feitiço de máscara de cirurgião que tem a vantagem de fixar os cabelos e não deslocar o campo operatório com os movimentos da cabeça do operado.

As conclusões mais interessantes são: sobre 5 casos de Mania Crônica em Psicose Maníaco-depressiva que foram lobotomizados pelo autor, 4 curaram com um insucesso apenas.

Na Parafrenia, moléstia mental sem terapêutica até o momento, em dois casos operados o autor teve um sucesso total e uma melhora acentuada sobre uma paciente cuja moléstia datava de mais de 10 anos.

Não obteve resultado na Oligofrenia Idiotia Erética nem na Psicose Epilética.

RÉSUMÉ

Psychosurgery was born of the experience of the physiologist Golts when an indomitable monkey became gentle after lesions were made on the frontal lobes.

Thus Burckardt in Switzerland took off indeterminate portions of the left frontal lobe in six patients with some success. But only with the Portuguese Egas Moniz and Almeida

Lima did this operation come into science and into practice with regulated techniques and indications.

In the U.S.A. Freeman and Watts from Washington University were beginning to do the Portuguese leucotomy; later they transformed it into a bilateral lobotomy through the subcortical section of the connecting frontal

fibers. The latest techniques were practiced in this work.

Out of the fifty — fine observations cited in the test in the last four the author used a modification that consists in making two parallel incisions in order to leave in the center a slice of white matter to undergo autolysis.

Thus he believes he has combined the advantages of the Egas Monis techniques with the Freeman re-operation that is done on the third day if the patient is not drowsy. He expects better effects than by employing either technique alone. He introduced an instrument that is a square with two rules to determine the point of penetration of the skull, and a com-

press like a surgeon's mask that fixes the hair and moves with the head of the patient and is not thrown off.

The most interesting conclusions are that out of five manic-depressives operated on, four were cured and one showed no improvement. Until now paraphrenia has been a mental disease with no successful treatment; of the two patients operated on for this mental disease one was cured and the other, whose disease was ten years old, became very much better. The author did not obtain results in the oligofrenia in Eretic Idiotcy nor in Epilptic psychosis.

IN MEMORIAM

Professor Serapião Mariante

É com o mais profundo pesar que registamos o falecimento, a 1.º de fevereiro do corrente ano, do pranteado mestre e insigne vulto da medicina rio-grandense, Prof. Serapião Mariante.

Nascido a 30 de outubro de 1861, fêz seus estudos médicos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (atual Faculdade Nacional de Medicina), pela qual colou grau em 1885. No ano seguinte embarcou para a Europa, onde frequentou os serviços de grandes vultos da cirurgia francesa, como Championnière, Tillaux, Réclus e Guyon, dedicando-se com especial atenção à ginecologia e obstetrícia.

De retôrno a Pôrto Alegre, assumiu, em 1889, a direção de um dos serviços cirúrgicos da Santa Casa de Misericórdia, transformando-o numa verdadeira escola de formação e aperfeiçoamento de cirurgiões.

Com a fundação da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, sua vocação docente encontrou oportunidade para exercer-se de forma sistematizada e contínua. Investido na cátedra da 1.ª Clínica Cirúrgica, nela e, depois, na de Ginecologia, conservou-se por quase trinta anos. No decurso dêsse longo período, várias vêzes foi chamado a colaborar na regência dos destinos da nossa Faculdade, tendo sido Diretor da mesma de 1907 e 1909 e Vice-Diretor desde 1917 até 1934, ano em que o cargo foi extinto.

Cirurgião de excepcionais qualidades técnicas, distinguia-se sobremodo pela serenidade e critério no julgamento dos casos e no planejamento e execução da conduta cirúrgica. Conhecedor profundo dos recursos de sua especialidade, fugia entretanto das tentativas aventureiras ou das improvisações brilhantes mas pouco sólidas, reafirmando sempre a necessidade de subordinar o tempo e a possível elegância do ato cirúrgico aos interesses do doente e à segurança e eficiência da técnica executada. Nem por isso deixava de ser um cirurgião elegante e preciso; mas sua preocupação fundamental, a que caracterizou o espírito de sua escola cirúrgica, foi a boa qualidade dos resultados obtidos. Animado dessa orientação, imprimiu ao serviço que dirigia um extraordinário desenvolvimento, fazendo dêle um centro de irradiação dos conhecimentos ginecológicos de sua época. Particularmente notáveis, como demonstração de habilidade operatória, eram suas intervenções ginecológicas por via vaginal, em cuja realização revelava dotes invulgares de capacidade e segurança.

Como professor, foi um orientador esclarecido de sucessivas gerações de médicos, das quais saiu a quase totalidade dos profissionais mais idosos que

exercem a medicina em nosso Estado. Formou também um seletto grupo de discípulos, alguns dêles hoje catedráticos e outros docentes livres de nossa Faculdade. Sua ação administrativa foi devotada e fecunda, cooperando largamente para que nossa Faculdade conseguisse vencer as dificuldades e tropeços em que foram tão férteis seus primeiros lustros de existência.

Como órgão oficial da Faculdade, os Anais tributam ao insigne mestre a sentida homenagem da instituição a que o seu nome por tantos anos e de forma tão brilhante esteve ligado.