Egas Moniz e o Prémio Nobel
Enigmas, paradoxos e segredos
<table>
<thead>
<tr>
<th>Capítulo</th>
<th>Título</th>
<th>Página</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>PARA COMEÇAR</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>POLÍTICO E CIENTISTA</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.1. Densidade e contradição</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.2. Um (vastíssimo) ano de política</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.3. Figurações</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.4. Da República Nova ao Estado Novo</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>VISUALIZAR O CÉREBRO</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.1. À porfia do Prémio Nobel</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>PSICOCIRURGIA</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1. Algumas críticas</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2. O discípulo candidata o mestre</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>NOBELIZAÇÃO</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>MUDAR O PASSADO</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6.1. A leucotomia posta em causa</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6.2. Vozes de lobotomizados</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6.3. A resposta da Fundação</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6.4. A campanha e os media</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>PARA TERMINAR</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7.1. O alçapão chauvinista</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7.2. O leito de Procusto</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7.3. Direito à Memória</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>CONCLUSÃO</td>
<td>95</td>
</tr>
</tbody>
</table>
BIBLIOGRAFIA..........................................................................................................................99

ANEXOS ........................................................................................................................................101

DOCUMENTO 1 – Avaliação de 1928............................................................................................103
DOCUMENTO 2 – Avaliação de 1933............................................................................................105
DOCUMENTO 3 – Avaliação de 1937.............................................................................................115
DOCUMENTO 4 – Avaliação de 1944.............................................................................................121
DOCUMENTO 5 – Avaliação de 1949.............................................................................................133
FONTES ORIGINAIS NA CULTURA CIENTÍFICA:
O NOBEL PORTUGUÊS EGAS MONIZ

Ana Leonor Pereira(*)
João Rui Pita(**)

Egas Moniz, médico, cientista-professor, Prémio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1949, figura relevante da vida científica, cultural e política tem sido objecto das nossas investigações historiográficas. Até ao presente ano de 2006, Egas Moniz é o único Prémio Nobel português na área das ciências o que, só por si, justifica a existência de uma linha de investigação a ele dedicada no CEIS20. Este procedimento nada tem de singular antes é comparável ao esforço de conhecimento e de divulgação de Prémios Nobel que é realizado pelas comunidades científica, historiográfica e jornalística doutros países.

Em 1998, começámos a organizar o saber sobre Egas Moniz e a sua época que se foi acumulando durante várias décadas. Essa organização passou necessariamente pela classificação do vasto e heterogéneo capital de saber acumulado, tendo como referentes as fontes originais e os perfis dos diferentes produtores de representações do médico-cientista e da sua época.


(**) Professor Associado com Agregação da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; Investigador e Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência do CEIS20.
Estes estudos foram realizados tendo como instituição acolhedora o Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra, particularmente o seu Grupo de História e Sociologia da Ciência, que coordenamos. Com efeito, Egas Moniz é historiograficamente percepcionado como um campo temático que exige um investimento científico programado para vários anos e com fases diferentes. O primeiro projecto que desenvolvemos no CEIS20 intitulou-se *Egas Moniz — vida, obra e polémicas*; foi financiado pelo CEIS20 no âmbito do financiamento plurianual deste Centro pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) e teve o apoio da Câmara Municipal de Estarreja/Casa Museu Egas Moniz, ao abrigo do acordo assinado entre o CEIS20 e aquele município. Nesta primeira fase, o projecto decorreu entre 1998 e 2000, sob nossa orientação científica. Uma segunda fase do projecto desenvolveu-se entre 2001 e 2002, igualmente financiada pelo CEIS20 no âmbito do financiamento plurianual concedido a este Centro pela FCT. Em função da nova organização da investigação científica e do financiamento dos centros de investigação em Portugal foi proposto a partir do CEIS20, como sub-projecto de investigação financiado pela FCT o seguinte: *Egas Moniz: vida e obra de um Prémio Nobel / EMPNOBEL*. Este projecto de investigação foi concebido para três anos, portanto entre 2003 e 2005, tendo sido aceite prolongamento de investigação até final de 2006. A equipa de investigação manteve-se (sendo IR, Prof.ª Doutora Ana Leonor Pereira), tendo-se alargado a colaboração ao Mestre Manuel Correia.

Para além da investigação realizada pelos investigadores dos projectos de que resultou a apresentação de diversos trabalhos em reuniões científicas nacionais e internacionais e de diversas publicações, houve a preocupação de fazer obras colectivas reunindo a colaboração de autores muito diferentes e todos decisivos para se avançar no conhecimento de Egas Moniz. Entre algumas das nossas publicações mais relevantes podemos referir: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Rosa Maria Rodrigues, *Retrato de Egas Moniz* (Círculo de Leitores, 1999, 199 p., com prefácio do Professor Doutor João Lobo Antunes); esta obra, de cariz fotobiográfico realizada a partir de
pesquisas feitas na Casa Museu Egas Moniz, foi publicada por ocasião da comemoração dos cinquenta anos da atribuição do Prémio Nobel a Egas Moniz, justamente em 1999. Em 2000 organizámos uma obra colectiva intitulada *Egas Moniz em livre exame* (Coimbra, MinervaCoimbra, 2000, 414 p.) trabalho que demonstra bem a figura multifacetada de Egas Moniz; contou com a colaboração de A. Castro Caldas (Universidade de Lisboa), Alfredo Rasteiro (Universidade de Coimbra), Aliete Pedrosa (Centro de Saúde de Celas, Coimbra), Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra), António Lafuente (C.S.I.C., Madrid, Espanha), A. Macieira Coelho (Economista), António Pedro Pita (Universidade de Coimbra), António R. Damásio (Universidade Iowa — U.S.A.), A. Rocha e Melo (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto), A. Malheiro da Silva (Universidade do Minho, Braga), A. Tavares de Sousa (Universidade de Coimbra), Carlos Amaral Dias (Universidade de Coimbra; ISPA, Lisboa; Instituto Miguel Torga, Coimbra), Guilherme de Oliveira (Universidade de Coimbra), J. Cunha Oliveira (Hospital Psiquiátrico do Lorvão, Coimbra), Jaime Milheiro (Centro Hospitalar de Gaia; Institutos de Psicanálise de Lisboa e Porto), João Rui Pita (Universidade de Coimbra), José Morgado Pereira (Hospital Sobral Cid, Coimbra), Miguel Castelo Branco (Instituto Max Planck — Alemanha), Rosa Maria Rodrigues (Casa Museu Egas Moniz, Avanca), Tiago Saraiva (C.S.I.C., Madrid, Espanha). Nesta obra somos autores de uma biografia de Egas Moniz intitulada «Egas Moniz: uma apresentação» (pp. 19-37), de uma «Cronologia sumária da vida e obra de Egas Moniz» (pp. 381-388) e de uma «Bibliografia seleccionada sobre Egas Moniz» (pp. 391-403); no que diz respeito à bibliografia sobre Egas Moniz (trabalho que continuamos a desenvolver) devemos acrescentar o nosso trabalho intitulado «Escritos maiores e menores sobre Egas Moniz» publicados nos *Cadernos de Cultura. A Medicina na Beira Interior. Da Pré-História ao Século XXI* (14, 2000, pp. 41-45). A passagem de Egas Moniz pela Universidade de Coimbra, enquanto aluno, professor e cientista tem sido estudada por nós sendo de referir a publicação dos trabalhos «Egas Moniz, antigo


Manuel Correia é licenciado em Sociologia pelo ISCTE — Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa — e Mestre em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação, também pelo ISCTE. Conhecemos o Mestre Manuel Correia através de um casal de amigos: Dr.ª Lina Seabra Dinis e Dr. Armando Myre Dores a quem ficaremos sempre muito gratos pois, além de terem doado a valiosa e especializada Biblioteca de Joaquim Seabra Dinis ao CEIS20 da Universidade de Coimbra, ainda nos puseram em contacto com pessoas interessadas em fazer um doutoramento na nossa área de estudos, como é justamente o caso do Mestre Manuel Correia.
do despeito na sua recusa em lhe fornecer pacientes para poder, com Almeida Lima, prosseguir a série de neurocirurgias que havia planeado, não se lhe conhece outra alusão, reflexão ou resposta à oposição do seu amigo e par científico.

Quatro anos depois da segunda nomeação para o Nobel, Egas Moniz é de novo apontado como candidato para o galardão da Academia Sueca. Passaram dois anos sobre a realização das primeiras leucotomias. Os nomeadores — Moreira Júnior e Azevedo Neves — enfatizam, a par da invenção da Angiografia Cerebral (com as vantagens que apresentava como método de diagnóstico), a Leucotomia pré-frontal, enquanto terapêutica promissora para a cura de certas psicoses. Todavia, Herbert Olivercrona, o membro do Comité Nobel que teve a incumbência de elaborar o relatório referente às nomeações de Moniz para o prémio de 1937, apenas se debruçará sobre a problemática da Angiografia Cerebral, omitindo, paradoxalmente, a argumentação de Moreira Júnior e Azevedo Neves em torno da Leucotomia Pré-frontal. Isto apesar de os nomeadores, quer um quer outro, serem taxativos a respeito da importância que, em paralelo com a Angiografia, atribuíam à leucotomia.

Após realçar, na primeira parte da sua carta, o alcance da Angiografia, Moreira Júnior enfatiza:

À la fin de 1935, Monsieur le professeur Egas Moniz a initié de nouveaux travaux dans une nouvelle orientation. En faisant une très développée étude sur les fonctions des lobes pré-frontaux et en mettant en jeu les phénomènes organiques en liaison avec les manifestation psychiques, il a créé une théorie organiciste sur l’activité mentale qui l’a conduit à faire des tentatives opératoires pour obtenir la guérison de certaines psychoses, tentatives suivies de résultats encourageants.\(^{(49)}\)

\(^{(49)}\) Carta de nomeação assinada por Manuel António Moreira Júnior, Arquivos Nobel, Volume 1936-1937, Gr. IV, pp. 122. Moreira Júnior era então Professor de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Director da Maternidade de Santa Bárbara;
Segue mais duas páginas de elogio a esta segunda «descoberta» de Egas Moniz, ficando claro que a intenção expressa do nomeador era a de justificar a candidatura com base naquelas duas invenções.

Azevedo Neves, por seu turno, logo na primeira página da sua carta de nomeação, faz a advertência de que, por seu turno, divide os trabalhos originais de Moniz em «duas categorias». A primeira é a criação da «Angiographie clinique» — consagrandolhe cerca de duas páginas — esclarecendo seguidamente que

La seconde catégorie de travaux de Egas Moniz date de 1935 et ils sont dirigés dans un sens tout à fait différent: «Traitement opératoire de quelques psychoses».(50)

ocupando, com o desenvolvimento desta «segunda categoria», as três páginas restantes da sua carta, que remata num parágrafo de síntese.

A Egas Moniz nous devons un grand travail original, presque complet, sur l’angiographie cérébrale qui a rendu de grands services en clinique et prêté de notables renseignements sur questions anatomique et physiologiques liées à la circulation du cerveau. Aussi important que ce travail est la découverte de la leucotomie préfrontale, pleine de promesses pour la clinique et pour l’étude de la physiologie du cerveau humain.(51)

Face à determinação de ambos os nomeadores em colocar praticamente em pé de igualdade a Angiografia e a Leucotomia, Olivercrona lavra um relatório que omite, em absoluto, a Leucotomia.

Cirurgião dos Hospitais; Membro Efectivo da Academia de Ciências de Lisboa; Antigo Deputado e Ministro de Estado.

(50) Carta de nomeação assinada por João Alberto Pereira d’Azevedo Neves, Arquivos Nobel, Volume de 1936-1937, Gr. IV, pp. 127. Azevedo Neves assina nas qualidades de Professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Director do Instituto de Medicina Legal de Lisboa; Reitor da Universidade Técnica de Lisboa e Membro da Academia de Ciências de Lisboa.

(51) Idem, ibidem, 130.
Olivercrona começa por historiar a candidatura anterior de Moniz (1933), recordando a apreciação de que fora objecto por Jacobeaus. Recenseia a sucessão de substâncias opacificantes ensaiadas — dos iodetos ao torotraste — apontando o progresso realizado com os primeiros flebogramas. Todavia, a tese central de Olivercrona é a de que

(...) o método é demasiado complicado para concorrer com a ventriculografia e não tem praticamente utilidade senão em casos especiais, como por exemplo, desconfiando-se de um aneurisma na artéria vertebral.\(^{(52)}\)

Admite que, em muitas circunstâncias, o grau de perigosidade é menor, mas continua, na senda de Jacobeaus, a achá-lo menos potente que a ventriculografia. Consequentemente, a recomendação final é a de que

_A descoberta de Moniz deu-nos um novo método de diagnóstico dos tumores cerebrais, que sobretudo no que diz respeito à determinação da espécie do tumor se mostrou de grande utilidade prática. Contudo sou de opinião que precisamos de mais experiências comprovativas, antes de decidir definitivamente sobre o valor do método para o diagnóstico de espécie dos tumores cerebrais, e por isso penso que Moniz não deve, por enquanto, ser considerado candidato ao prémio. De acordo com Jacobeaus sou da opinião que não é possível conceder o prémio a Moniz sem que Dandy também o receba. A sua descoberta da ventriculografia tem sem dúvida maior significado práctico do que a descoberta de Moniz._\(^{(53)}\)

Pesou bastante, nesta recomendação, a influência das anteriores apreciações de Jacobeaus (a de 1928 e, sobretudo, a de 1933); o eclipse da leucotomia préfrontal, bastante destacada nas duas cartas de nomeação já aludidas; e a sombra tutelar de Walter Dandy e da sua ventriculografia.

\(^{(52)}\) (Olivercrona, 1937).
\(^{(53)}\) Idem, ibidem.
Curiosamente, Walter Dandy foi nomeado por duas vezes para Prémio Nobel da Medicina ou Fisiologia. Da primeira vez, em 1934, o Prémio foi para três concidadãos seus, de Harvard (George Richards Minot e William Perry Murphy), e de Rochester (George Hoyt Whipple). Recorde-se que Jacobeaus, no seu relatório de 1933 acerca da nomeação de Egas Moniz, declarara não ser «justo» atribuir o prémio a um, (Moniz), sem também o atribuir ao outro, (Dandy). Tal como em 1934, em 1936, quando Walter Dandy foi nomeado pela segunda vez, o Comité Nobel recusou-o, galardoando ex-aequo Sir Henry Hallet Dale, inglês, e Otto Loewi, austríaco, por descobertas relacionadas com a transmissão química de impulsos nervosos. Mais curiosamente, ainda, o avaliador da candidatura de Walter Dandy, nesse ano foi, precisamente, Herbert Olivercrona!

Em suma, não seria justo atribuir o prémio a Egas Moniz sem o atribuir, também, a Walter Dandy, segundo os avisados pareceres de Jacobeaus, primeiro, e de Olivercrona, a seguir. Todavia Dandy foi «chumbado» nas únicas duas vezes que foi nomeado, sendo que, na última, o relator foi o mesmo que considerou a ventriculografia «superior» à Angiografia. Assim, o Nobel não foi atribuído a Moniz porque seria injusto premiá-lo deixando Dandy de fora; e na ocorrência, também não foi concedido a Dandy...

4.2. O discípulo candidata o mestre

Em 1944, em plena II Grande Guerra, Egas Moniz é nomeado, uma vez mais, para candidato ao Prémio Nobel da Medicina ou Fisiologia. Passam 7 anos sobre a candidatura imediatamente anterior (a terceira). O candidato vai fazer, em breve, 70 anos. Contudo, o seu amigo e parceiro do outro lado do Atlântico, Walter Freeman, irá nomeá-lo. Será, aliás, o único cientista acreditado pelo Comité Nobel, a fazê-lo. Passara a haver entre os dois neurologistas (Moniz e Freeman) para além de uma larga identidade de pontos de vista, admiração recíproca, estima e, como mencionámos antes, uma assinalável cumplicidade.
Na sua carta\(^{54}\), Freeman expõe sucintamente as razões científicas que o levam à nomeação de Egas Moniz — a sua contribuição fundamental para o tratamento cirúrgico de psicoses funcionais — embrenhando-se, a seguir, em considerações acerca do facto de Moniz se ter, entretanto, reformado, e de padecer de sequelas relacionadas com o atentado de que fora vítima em 1939. Junta literatura de apoio às suas pretensões e, a fechar, pede ao Comité Nobel o favor de entregar ao Doutor Gösta Rylander a monografia de que era co-autor, juntamente com o neurocirurgião James Watts.

Termina reafirmando que, fazendo-lhe o Comité Nobel esse favor, ficaria duplamente grato...

Erik Essen-Möller (1901-1992) foi o psiquiatra encarregado pelo Comité Nobel de elaborar o relatório sobre a candidatura de Moniz, em 1944. Essen-Möller começa por fazer a resenha das anteriores candidaturas de Egas Moniz, acentuando que as nomeações se deveram à «arteriografia cerebral», o que não era, de todo, exacto. Primeiro, porque, com a realização das fleboografias, — já destacadas anteriormente por Olivercrona — Moniz conseguiria visualizar não apenas a parte arterial do sistema vascular (arteriografia), mas, igualmente, a parte venosa (flebografia), dando assim lugar à Angiografia Cerebral; depois, porque, apesar de Olivercrona não ter (inexplicavelmente) considerado a fundamentação dos nomeadores na sua integralidade, uma vez que eles apontavam quer a Angiografia Cerebral, quer a Leucotomia Pré-frontal, como justificações da candidatura.

Essen-Möller passa em revista a história das experiências relacionadas com os lobos frontais, isolando teorias e debruçando-se mais pormenorizadamente sobre alguns enunciados de Egas Moniz, detendo-se, finalmente, nas «provas».

Passando em revista os 20 casos correspondentes a psicocirurgias efetuadas entre 1935 e 1936, Essen-Möller observa:

\(^{54}\) Carta assinada por Walter Freeman, MD, datada de Washington DC, 1943/12/1, Arquivos Nobel, Volume de 1943-1944, nº 12, Gr. IV, pp. 1.
Ao olhar para todo o trabalho de Moniz, podemos em primeiro lugar pôr em causa se a teoria sobre a natureza das psicoses abordadas, que deu origem à operação, está bem fundamentada. Entre outras, podemos questionar se a hipótese de localizar fundamentalmente a principal actividade patológica nos lobos frontais está certa e se em vez disso não será o tronco cerebral que tem o principal papel; o facto de terem sido constatadas melhors depois da operação à parte frontal do cérebro não prova muito (segundo até o próprio Moniz)\(^{(55)}\).

Acrescentando, depois, que

Se passarmos por cima das bases teóricas e tentarmos avaliar o valor prático do método, a ideia com que ficamos do trabalho de Moniz é que realmente alguns estados de instabilidade afectiva e psicomotora melhoraram logo a seguir à operação, e que essas melhors não se podem remeter somente a uma tendência de regressão espontânea. Contudo, não é possível tirar qualquer conclusão sobre se as melhors foram mais do que temporárias, visto os períodos de observação depois das operações terem sido espantosamente curtos\(^{(56)}\).

Essen-Möller sopesa enunciados teóricos e resultados, colocando, a dado passo, uma questão curiosamente semelhante à que Sobral Cid avançara cerca de 7 anos antes\(^{(57)}\):

\[\text{Podemos perguntar-nos evidentemente se as melhors não teriam acontecido espontaneamente mesmo se os doentes não tivessem sido operados}\(^{(58)}\).

Com efeito, as reservas quer de Essen-Möller, quer de Sobral Cid, radicam menos na descrição do quadro clínico pós-operatório, — visto que ambos constatam as mudanças apontadas por Moniz, — e mais na interpretação

\(^{(55)}\) (Essen-Möller, 1944).
\(^{(56)}\) Idem, Ibidem.
\(^{(57)}\) Ver anterior nota nº 46.
\(^{(58)}\) (Essen-Möller, 1944).
e na explicação das alterações. A passagem seguinte revela, com maior clareza, a natureza das objecções do avaliador.

Perguntamo-nos se outros métodos de tratamento, menos intervenientes não poderiam dar resultados da mesma forma favoráveis. Como se sabe as opiniões estão ainda bastante divididas sobre o valor permanente dos métodos de insulina, cardiazol e electrochoques, quando se compara com casos não tratados e durante o mesmo tempo de observação e tomando em conta as recidivas. Que esses métodos têm um certo efeito parece ser incontestável, mesmo sendo por ventura menor do que se esperava quando da sua introdução. Mesmo se supusermos, com maior ou menor grau de veracidade, que a frequência de melhoras depois de tratamento cirúrgico está ao mesmo nível que os tratamentos de insulina e de electrochoques parece contudo ser possível que a operação tenha resultados mais permanentes e menos recaídas. É verdade que os choques eléctricos podem ser repetidos sempre que necessário. Contudo há diversos casos relatados, em que o tratamento de choques mostrou não ter resultados mas uma posterior leucotomia trouxe melhoras. Mas tudo isto é difícil de julgar no seu valor real; não seria de admirar se houvesse casos que não tivessem sido melhorados pela operação mas por uma cura de insulina!(59)

A suspeita quanto à alegadamente comprovada eficácia do método, analisados os resultados e perscrutados os fundamentos teóricos, ressalta da passagem anterior com toda a evidência. Essen-Möller confessa, aliás, logo a seguir:

Sinto a falta sobretudo de uma comparação exaustiva, sistemática, de um material de leucotomias bem acompanhadas com um material correspondente tratado por outros métodos(60)

exprimindo assim a dificuldade de julgar, fora de um plano experimental a que faltava um grupo de controlo, o grau de eficácia de um método que

(60) Idem, Ibidem.
se impunha, ele próprio, como critério absoluto das vantagens terapêuticas que comportava.

A postura de Essen-Möller relativamente à generalidade das soluções cirúrgicas era moderada. Para ele « A intervenção cirúrgica é e será sempre uma operação mutilante.»(61) Assim sendo, só perante uma nítida e bem fundamentada vantagem terapêutica, o método cirúrgico poderia ser por ele valorizado e avalizado.

Ora o avaliador, sem deixar de reconhecer vantagens aparentes e parciais nas descrições dos resultados que lhe chegavam (entre elas, avultava o testemunho do nomeador de Moniz, nesse ano, Walter Freeman), permanece de pé atrás. Na sua opinião, Moniz não explicita satisfatoriamente as bases teóricas do seu método. Por outro lado, a caracterização dos resultados é insuficiente e cobre períodos de acompanhamento demasiado curtos.

(...)

Deste modo, Essen-Möller expõe as ideias de base que irão fundamentar a não recomendação de Moniz para o Nobel de 1944. Contudo, é no penúltimo parágrafo do seu parecer, que explicita com maior profundidade um entendimento dilemático acerca das «terapias experimentais».

A questão poderia ser assim formulada:

— Estará a leucotomia pré-frontal entre as práticas que provocam alterações esperançosas mas deixam indesejáveis sequelas?


Para quem não conhece de perto a praxis do Comité na avaliação é apro-priado recordar a decisão deste respeitante a outros métodos terapêuticos dentro da psiquiatria, que já foram objecto de apreciação particular. O tratamento da Malária contra a paralisia geral que sociabilizou um número não insignificante de doentes mas que de resto mantêm as várias sequelas, foi no seu tempo laureado, os novos métodos de tratamento de insulina e electrochoques não o foram. Talvez experiências futuras venham justificar a equiparação do método de Moniz, quanto ao seu valor e utilidade terapêutica, com o de Wagner von Jaureg; por agora deve contudo ser remetido para a categoria dos métodos insuficientemente comprovados.

A equiparação do método de Moniz ao método do já nobelizado Jauge-reg(65), introduz aqui um dado particularmente curioso. Julgava-se, na época em que Jauregg foi nobelizado, (um ano antes da primeira candidatura de Moniz), que infligir ao paciente uma doença (malária) para debelar uma outra (paralisia), constituía um progresso que fazia com que as sequelas (de ambas as doenças) se tornassem razoáveis e aceitáveis. Foi precisamen-te na medida em que tal aceitação parecia constituir um progresso (para a medicina e para a sorte do doente) que o médico austríaco ganhou o prémio Nobel.

Essen-Möller dá a ideia de duvidar que o método de Moniz possa, de imediato, vir a ser considerado do mesmo modo.

O método de Moniz (a *Leucotomia pré-frontal*) lesionava o córtex pré-frontal, alterando o comportamento do doente. As conclusões a que chegara, tentavam demonstrar que, após a operação, uma alta percentagem dos leucotomizados vivia melhor do que antes. Porém, para Essen-Möller,

---

(65) N.T. O plasmódio da Malária era utilizado para o tratamento da sífilis, uma infecção provocada pela espiroqueta. A febre elevadíssima atingida pela malária inactivava a espiroqueta, mantendo no entanto as lesões irreversíveis entretanto instauradas.

(64) (Essen-Möller, 1944).

(65) Julius Wagner Jauregg (1857-1940), Prémio Nobel da medicina ou Fisiologia em 1927 pela «descoberta do valor terapêutico da inoculação da malária no tratamento da então chamada demência paralítica». 
ou os restos destas que pudessem existir ao fim de um prolongado estado de doença psíquica. O mecanismo dessas alterações, geralmente muito profundas, na mente de um doente está ainda por esclarecer, mas podemos esperar que a continuação das investigações, em especial as leucotomias diferenciais, a excisão de certas e determinadas zonas corticais nos lobos frontais ou o seu isolamento funcional feito através de intervenções locais limitadas na substância branca directamente abaixo deste, a pouco e pouco esclarecerá esses fenómenos até agora obscuros.

O método que Moniz inicialmente usou para mutilar as ligações dos lobos frontais com o restante cérebro, nomeadamente injeções de álcool na substância branca ou mutilação mecânica das vias de ligação através de um instrumento especial, foi sujeito posteriormente a significativas modificações. Freeman e Watts melhoraram o método original de Moniz, de mutilar mecanicamente as ligações dos lobos frontais com o resto do cérebro a partir de uma pequena perfuração. Leyerly introduziu o chamado método aberto que consistia em realizar um corte de osso bilateral, que possibilitava a realização da intervenção sob controlo visual. Assim chegou-se ao que se pode chamar de uma leucotomia padronizada, na qual a substância branca é dividida num plano frontal situado imediatamente à frente dos ventrículos laterais, sendo a maior parte dos lobos frontais isolada das suas ligações com as restantes partes do cérebro. Aqui, tornou-se evidente que o efeito é alterado substancialmente dependendo do plano em que a divisão das vias de associação dos lobos frontais acontece. Quanto mais para trás esse plano ficar localizado, mais profundas serão as alterações de personalidade que permanecem depois do efeito de choque imediato diminuir e o estado de saúde estabilizar. A influência sobre os estados de tensão afectiva, que justificaram a intervenção, será mais evidente se o corte for localizado mais atrás. Por outro lado, as alterações de personalidade permanentes assim como a influência nos estados de tensão afectiva serão menos nítidos se o corte for localizado mais à frente. A operação pode, por outras palavras, ser realizada mais ou menos radicalmente, e o cirurgião tem na sua mão a possibilidade
de alterar o efeito desejado segundo o grau e as características do quadro patológico do doente. Como foi mencionado anteriormente, têm realmente sido realizadas nos últimos anos leucotomias parciais ou segundo o termo usual, leucotomias diferenciais. A razão destas é evidentemente o desejo de alcançar a eliminação dos estados de tensão afectiva que recomendam a intervenção, mantendo tanto quanto possível a personalidade normal ou pré-mórbida do doente. A mesma intenção está na origem das intervenções chamadas girectomias ou topectomias, nas quais se retiram os campos corticais de Brodman n°s 9 e 10.

Em resumo, sobre o desenvolvimento depois de 1944 pode dizer-se que a leucotomia se tornou um método de operação padronizado, e como tal, encontrou um vasto campo prático de aplicação, e que a investigação agora, para além da definição das indicações e da avaliação dos resultados a longo prazo da leucotomia padrão, se concentra na diferenciação da leucotomia para ir ao encontro de diferentes necessidades, com o objectivo de alcançar um resultado clinicamente satisfatório com um mínimo de alteração de personalidade.

O material a que podemos recorrer hoje em dia para fazer uma avaliação dos resultados da leucotomia é muito abundante, mas também muito heterogéneo, dependendo de como foi recolhido, das indicações clínicas, realização técnica, critérios de avaliação de resultados, tempo de observação, etc., razão pela qual não vale a pena tentar obter dados quantitativos com base em todos os casos publicados como fundamento de uma avaliação dos resultados. Podemos conseguir uma expressão mais fiável do valor do método, avaliando os resultados de uma ou de várias séries mais vastas, em que as indicações, os critérios de avaliação de resultados e a realização técnica sejam mais uniformes. O material para uma tal avaliação encontra-se disponível na literatura e será abordado mais detalhadamente a seguir.

Uma contribuição importante para a avaliação da importância da leucotomia vem do «The Conneticut Lobotomy Committee» (The Frontal Lobes, 1948, Williams and Wilkins Baltimore), que publicou os resultados de 200 casos
uniformemente avaliados e bem acompanhados. A maioria dos casos, 163, eram esquizofrenias, um grupo de doenças em que a leucotomia não oferece da mesma maneira esperança de tão bons resultados, como nas psicoses degenerativas, perturbações obsessivas, etc., mas que devido ao seu mau prognóstico, à sua frequência e sobretudo pelo seu peso social, tem de se considerar valioso para a avaliação do valor da leucotomia como método de tratamento. O resto do material compreende psicoses maníaco-depressivas, psicoses degenerativas, doentes obsessivos e outras patologias semelhantes. Como as esquizofrenias compunham o maior e simultaneamente o grupo de prognóstico mais reservado há razão para olhar para este grupo com cuidado.

Dos doentes esquizofrénicos, 94% estavam doentes há mais de dois anos e 90% tinham sido internados em hospital psiquiátrico há mais de um ano. A média do tempo de internamento era de 5 anos. Muitos tinham sido tratados com electrochoques em uma ou várias formas, nos restantes o quadro clínico era tal que se considerou que este tratamento não teria qualquer efeito. Para avaliação dos resultados das operações usaram-se os seguintes critérios:

1) Sem sintomas: livre de sintomas subjectivos, recuperado socialmente, capaz de viver em sua casa em condições normais, capacidade de trabalho e de subsistência iguais às que tinha antes do início da doença.

2) Muito melhorado: sintomas subjectivos e objectivos não desapareceram completamente, boa adaptação ao ambiente em casa ou no hospital, razoável capacidade de trabalho, embora não ao nível da fase pré-mórbida.

3) Medianamente melhorado: melhoras acentuadas dos sintomas, fáceis de cuidar, melhor adaptação ao meio e ao trabalho. Neste grupo encontrava-se um número de casos difíceis de cuidar que depois da operação puderam participar em actividades recreativas e terapia ocupacional, ou executar tarefas simples no hospital.

4) Pouco melhorado: nenhuma melhora na adaptação ao meio e ao trabalho, mais fácil de cuidar do que anteriormente mas ainda com necessidade de vigilância cuidadosa. Estes pacientes ficaram geralmente
livres de tendências agressivas ou destrutivas, recusa de alimentação ou tendências suicidas.

5) Sem melhoras ou pior: nenhuma alteração do estado de saúde, pioras significa exacerbação de tendências já existentes e não tratáveis.

Com estes critérios, constatou-se que um ano depois da operação 10 % dos casos não tinham melhorado ou tinham piorado, 25 % tinham melhorado pouco, 27 % tinham melhorado medianamente, 30 % tinham melhorado muito e 8 % estavam recuperados ou sem sintomas. Da investigação sobressaiu ainda que aqueles que ao fim de três meses depois da operação não tinham mostrado tendência para melhorar ou pertenciam ao grupo pouco melhorado, também não mostravam melhoras mais tarde, enquanto que por outro lado os pacientes que pertenciam aos grupos medianamente melhorado e muito melhorado mostravam melhoras significativas no mesmo intervalo de tempo, e o grupo recuperado ou sem sintomas subiu de 2 % para 8 % e o grupo muito melhorado de 22 % para 30 %.

Dos operados, 90 % estavam a ser tratados em enfermarias fechadas ou enfermarias para doentes agitados, um ano depois da operação ainda se mantinham nessas enfermarias 47 % dos operados, enquanto que 49 % tinham tido alta para casa e 4 % estavam em enfermarias abertas. Um ano depois da operação 60 % dos operados trabalhavam, dos quais 20 % trabalhavam a tempo inteiro. Os doentes não esquizofrênicos mostraram, como se podia esperar, ainda melhores resultados. Desses, 53 % tinham tido alta e 64 % trabalhavam, 29 % a tempo inteiro e no mesmo tipo de ocupação que antes da doença.

Para dar uma imagem mais concreta da influência da leucotomia nos diversos sintomas que são comuns nas esquizofrenias, reproduzo a tabela 35 do trabalho anteriormente referido.

Desta tabela transparece que os sintomas mais perturbadores para o paciente e para o próximo, a angústia, a depressão, a impulsividade, a agressividade e as tendências destrutivas, desapareceram em cerca de 75 % dos casos operados. Transparece também do estudo, que deste material, na
sua totalidade composto por casos de prognóstico desfavorável e refractários quanto a outras terapias, cerca de 2/3 tinham melhorado substancialmente a ponto de poderem ser tratados em casa ou transferidos para enfermarias calmas. Apesar da recuperação social só ter sido alcançada num grupo relativamente pequeno, compreende-se facilmente que significa um enorme alívio no problema do tratamento poder enviar para casa ou transferir para enfermarias calmas 2/3 desses casos tão difíceis de cuidar.

Mais heterogéneo, com critérios mais diversos na avaliação de resultados e em parte também acompanhado com menos cuidado, é o material publicado pelo Board of Control for England and Wales 1947. Este material compreende 1000 leucotomias e é composto por 599 esquizofrenias e 250 maníaco-depressivos, sendo os restantes casos diversas patologias psíquicas que estavam a ser tratadas em hospitais psiquiátricos. O tamanho da amostra justifica a sua referência aqui, ainda que resumidamente e assumindo que constitui uma prova menos fiável do que o trabalho de Conneticut atrás referido. De todos os casos operados tiveram alta como recuperados 24,8 %, como melhorados 10.5 % (9 % destes dois grupos sofreram recidivas), 32.3 % melhoraram mas continuavam no hospital psiquiátrico, 25 % não tinham melhorado, 1 % estavam piores e 3 % tinham morrido em consequência da operação. Olhando para o grupo de esquizofrenias, 16,2 % tiveram alta como recuperados, 9.8 % como melhorados (11.5 % destes sofreram recidivas), 36.2 % tinham melhorado mas continuavam internados no hospital psiquiátrico, 32 % não tinham tido alteração e 1 % estavam piores. O resultado quanto às esquizofrenias é um pouco pior do que no material de Connecticut, provavelmente porque cerca de metade do material compreendia psicoses degenerativas com um período de internamento superior a 5 anos. A investigação comprovou também o que se esperava, que o resultado é muito pior nos casos degenerativos do que nos casos recentes. Dos que tinham sido tratados durante 2 anos no hospital psiquiátrico antes da operação, receberam alta como recuperados ou muito melhorados cerca de metade, enquanto que entre os que tinham sido tratados mais de 10 anos o número correspondente foi de 9 %. Deve ser
talvez acrescentado que a maioria dos casos operados compreendia patologias resistentes a qualquer outro tipo de terapia ou casos em que as tentativas nesse campo foram consideradas inúteis.

No geral, os resultados terapêuticos nas estatísticas acima referidas coincidem, e a coincidência dos resultados é também boa quanto ao restante material publicado. Existem variações evidentemente, dependendo das diferenças na composição do material operado. A hipótese de Moniz de que seria possível eliminar os estados de ansiedade emocional através da leucotomia foi comprovada de forma flagrante. O resultado é, por conseguinte, geralmente melhor em patologias dominadas por estados de ansiedade afectiva, em que a personalidade por trás da fachada emocional está intacta. Assim é em casos de síndromes de ansiedade graves, neuroses obsessivas e depressões com agitação. Nas esquizofrenias o resultado não é tão bom, certamente porque se processa uma deterioração da personalidade. Mas também aqui se verifica que são as formas de esquizofrenia em que os estados de tensão são uma parte dominante do quadro clínico, as que melhor reagem à leucotomia. Os resultados são por conseguinte melhores nas formas paranóicas, um pouco piores nos estados catatônicos e piores ainda nas formas hebefrênicas.

Para avaliar o valor de uma intervenção cirúrgica é necessário também abordar as suas desvantagens. Como em qualquer intervenção cirúrgica existe aqui uma certa mortalidade. Esta varia evidentemente, mas com bom preceito técnico e necessária experiência do cirurgião pode ser calculada entre 1 e 2 %. A conta da operação não fica assim agravada por uma percentagem de mortalidade muito elevada. Incontinência, desorientação e sonolência durante os primeiros tempos pós-operatórios podem propiciar o aparecimento de complicações, mas são no geral de menor importância e costumam regredir no espaço de algumas semanas. Podem aparecer distúrbios vegetativos, sobretudo se o corte for localizado muito atrás.

De maior importância é a alteração de personalidade que acontece após a leucotomia, mais perceptível em indivíduos psiquicamente normais leucotomizados como tratamento de estados de dor crónica. Essas alterações psíquicas
são quase imperceptíveis, mas uma exploração psíquica detalhada, feita entre outros por Rylander, mostra que existem alterações de personalidade. Um certo aplanamento emocional, falta de tacto, e também, no plano intelectual, perda de capacidade criativa, são as alterações mais salientes. Não é raro a família queixar-se de que o paciente se tornou uma pessoa completamente diferente. Estas alterações são evidentemente de segundo plano quando se trata de psicoses graves e de estados patológicos tais que transformam a existência do paciente num inferno insuportável, mas impõem evidentemente ao médico certas restrições relacionadas com as indicações, sobretudo nos casos em que a mente do paciente está intacta. Também é possível, ou até mesmo provável, que as leucotomias diferenciais e as excisões corticais limitadas, que no presente são alvo de experiências em grande escala, possam vir a resultar em intervenções cirúrgicas que não impliquem risco de alterações de personalidade pós-operatória.

Observaram-se ataques epilépticos em cerca de 8 a 10% dos pacientes leucotomizados. Trataram-se exclusivamente de casos ligeiros de epilepsia que se controlaram sem dificuldade com medicamentos adequados.

Em resumo pode dizer-se sobre as complicações das leucotomias e os seus efeitos secundários desfavoráveis, que são de menor significado em casos de patologias graves que invalidam o paciente, mas que a indicação deve ser sujeita a reflexão cuidada quando a invalidez do paciente é relativa, e sobretudo quando a mente do paciente está intacta.

Para além do tratamento de psicoses, a leucotomia tem sido usada nos últimos anos como forma de tratamento da dor crónica, sobretudo em casos de tumores malignos, mas também em estados de dor de outra natureza como o síndrome talâmico, nervalgias provocadas pelo vírus herpes zoster, crises de tabes, dores fantasmas pós-amputações e outros estados dolorosos em que outras diligências menos intervenientes não puderam ser tomadas ou não surtiram o efeito desejado. A ideia de tratamento da dor através de leucotomia não veio de Moniz mas sim de Freeman e Watts, embora a ideia fundamental seja a mesma do uso da leucotomia para tratamento da
psicose, nomeadamente a eliminação da tensão emocional que se segue a cada experiência de dor intensa. A consciência da dor propriamente dita não é afectada pela leucotomia, visto esta não atingir as vias sensoriais ou os centros da dor, enquanto que a vivência subjectiva da dor é alterada profundamente. É verdade que o paciente sente dor como antes, mas experiência essa dor de forma diferente ao ser retirada a componente afectiva. Se perguntarmos a uma pessoa leucotomizada se tem dores, ela responde quase sempre afirmativamente, mas ao mesmo tempo mostra-se satisfeito e dá-nos a impressão de que não se preocupa com isso. Os narcóticos que antes da operação eram consumidos em grandes quantidades podem ser dispensados, o sono e o apetite mantêm-se inalterados. Existe hoje em dia uma grande experiência sobre a leucotomia realizada como tratamento da dor. Podemos contabilizar que 2/3 dos casos operados ficam completamente livres de dores, na medida em que não se queixam espontaneamente de dores, os narcóticos são dispensados completamente e o sono fica inalterado. Da restante terça parte a maioria teve melhoras consideráveis, os narcóticos diminuíram em quantidade mas não foram retirados completamente, e num pequeno grupo o estado manteve-se inalterado. As leucotomias unilaterais são um pouco menos eficientes, assim como as topectomias e as leucotomias diferenciais, mas têm a vantagem de deixar a personalidade do paciente praticamente intacta, o que evidentemente é de grande significado para esses pacientes, que regra geral são psiquicamente normais. Este aspecto tem um significado menor quando o estado doloroso é provocado por tumores malignos e a expectativa de vida é curta.

Do que foi dito anteriormente parece comprovar-se que a leucotomia significa um avanço científico de grande significado, pela qual um número grande de psicoses, refractárias a outro tipo de tratamento ou com várias recidivas a seguir a tratamento de choques ou outro, puderam ser socialmente recuperadas ou de tal forma melhoradas que passaram a ser cuidadas em casa ou em enfermarias calmas. Uma das provas do grande significado terapêutico da leucotomia é a enorme procura deste tratamento que existe nos hospitais
psiiquiátricos do nosso país, e que ultrapassa em muito a capacidade que as nossas clínicas neurocirúrgicas podem prestar. Também como tratamento cirúrgico da dor a leucotomia parece ter um valor consistente.

Chegada a altura de tomar uma posição quanto à concessão do prémio, temos evidentemente que abordar a prioridade. Em conformidade com Essen-Möller, também eu julgo não haver dúvidas sobre a prioridade de Moniz.

Os fundamentos teóricos que serviram de ponto de partida a Moniz foram também em grande parte comprovados pelas experiências, apesar dos mecanismos das alterações profundas da vida mental que tomam lugar depois de uma leucotomia não terem sido ainda esclarecidos.

Em resumo, quero aqui expressar a minha opinião de que a descoberta da leucotomia por Moniz é uma contribuição de excepcionalmente grande significado prático e de interesse teórico significativo, razão pela qual julgo preencher bem os requisitos dos estatutos do prémio. A descoberta tem já 13 anos, mas é natural que um método de tratamento tenha de ser comprovado durante alguns anos antes de se poder calcular com segurança o seu valor. A descoberta de Moniz enfrentou de início uma grande desconfiança e o método começou a ser usado em grande escala somente vários anos depois de ter sido tornado público, razão pela qual só em anos recentes se publicou material suficiente que servisse de base à sua avaliação.

Estocolmo, 3 de Setembro de 1949.

H. Olivecrona