

**ANA LEONOR PEREIRA  
JOÃO RUI PITA  
(Eds)**

**III JORNADAS  
DE  
HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL  
Reunião internacional**

**COIMBRA**

**CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉCULO XX  
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA-CEIS20 / GRUPO DE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA  
DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA – GHSCT**

**2012**

**Colecção:**

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

**Directores:**

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX” pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 6

**NOTA:**

Os textos publicados nesta obra colectiva são da responsabilidade dos autores

**FICHA TÉCNICA**

Título: III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia-CEIS20 em colaboração com Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

Ano de edição: 2012

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-972-8627-41-6

Depósito Legal: 320445/10



Projeto n.º FCOMP-01-0124-FEDER-022660  
PEst-C/HIS/UI0460/2011

**SHIS**

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

## ÍNDICE

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Introdução

5

Francisco Molina Artaloytia

Estigma e interacción: un análisis filosófico del discurso  
del Dr. Asdrúbal d' Aguiar sobre el homoerotismo

7-12

Jean-Noël Missa

La tentation psychochirurgicale. La leucotomie en Belgique  
dans les années 1940 et 1950

13-28

Zbigniew Kotowicz

Egas Moniz dans l'histoire de la psychiatrie

29-36

Manuel Correia

A 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia: entre entusiastas mimetizadores,  
inovadores e céticos

37-43

Ruben Gaio

A recepção de antidepressivos em Portugal através da análise  
de uma década do *Jornal do Médico* (1957-1967)

45-50

Inês Pinto da Cruz

Breve abordagem da história da psiquiatria forense na Madeira em inícios do  
século XX – um caso mediático

51-54

Miguel Angel Miguélez Silva; María José Louzao Martínez;

Tiburcio Angosto Saura

Uma visão schneideriana” de um dos crimes do século: o caso Leopold and Loeb

55-60

Luís Quintais

Como apagar memórias: breve viagem ao admirável mundo novo  
da neurociência contemporânea

61-65

Adrián Gramary; Luísa Ramos

Os jardins do Centro Hospitalar Conde de Ferreira: taxonomia botânica, nosografia  
psiquiátrica e espaço terapêutico

67-72

Paulo Archer de Carvalho  
Sílvio Lima e a receção crítica à psicanálise em *O Amor Místico*  
73-81

Carolina Gregório Mendes Álvaro  
O Ninho dos Pequenos de Coimbra (1930-1939): como instituição de acolhimento  
de crianças filhas de mães doentes psiquiátricas  
83-86

Cristina Nogueira  
Bissaya Barreto e a assistência psiquiátrica:  
investigação e fontes  
87-90

Dina Maria Silva Baptista  
Um marco na história da psiquiatria e da saúde mental:  
A Archipathologia (1614) de Filipe Montalto (1567-1616)  
91-95

Elisabete Lopes; Lurdes Sousa; Madalena Brás, Assistente Social; Sérgio Vaz  
Perspectiva histórica da execução das penas e o cidadão portador de doença mental  
97-100

Sara Repolho  
Stress e terapêuticas complementares (2ª metade do século xx)  
101-107

Victoria Bell  
A anestesia e os antibióticos como fatores dinamizadores da psicocirurgia  
109-113

Programa das III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental  
115-119

## INTRODUÇÃO

Nos dias 3 e 4 de Maio de 2012 decorreram na Sala Sá de Miranda da Casa Municipal da Cultura as *III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Reunião Internacional*. Pela primeira vez o termo *internacional* foi introduzido no título destas *Jornadas*. Esta modificação respeita o que já vinha acontecendo na prática pois a presença de investigadores estrangeiros era uma realidade destas *Jornadas*. Este evento foi uma organização conjunta do Grupo de História e Sociologia da Ciência do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 e da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS. A primeira instituição organizou especificamente o Simpósio sobre a história da psicocirurgia que integrou a reunião.

Na sequência das *II Jornadas* realizadas em 2011, a terceira edição desta reunião científica internacional visou, pois, dar continuidade às temáticas então apresentadas e, como vem sendo regra, introduzir novas frentes de debate e discussão.

Esta terceira edição das *Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental* integrou um simpósio temático sobre a história da psicocirurgia e o legado do cientista português Egas Moniz.

Contudo, com o objectivo de permitir ser um fórum de discussão das pesquisas que se vão realizando em Portugal e no estrangeiro, as *III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental* centraram-se sobretudo nos seguintes tópicos:

1. Filosofia, psicologia e psiquiatria na época contemporânea
2. Psiquiatria e neurologia em Portugal desde meados do século XIX até finais do século XX
3. Psiquiatria forense e medicina legal desde 1910 a finais do século XX
4. Dispositivos assistenciais, tratamentos e terapias das doenças mentais desde meados do século XIX a finais do século XX

Esta obra tem, então, reunidos textos que serviram de base a apresentações feitas nas *III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Aos autores agradecemos as importantes contribuições que tornaram possível a publicação desta obra.

Ana Leonor Pereira  
João Rui Pita

Professores da Universidade de Coimbra  
Investigadores e Coordenadores Científicos  
do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20



## **ESTIGMA E INTERACCIÓN: UN ANÁLISIS FILOSÓFICO DEL DISCURSO DEL DR. ASDRÚBAL D' AGUIAR SOBRE EL HOMOEROTISMO**

**Francisco Molina Artaloytia**

UNED- Doctorando

Profesor-Tutor de Lógica y Filosofía del Lenguaje (UNED)

Profesor de Enseñanza Secundaria – IES EUGENIO FRUTOS (Guareña)

E-mailfma.filos@gmail.com

Palabras claves: homosexualidad, Hacking, Searle, Asdrúbal D'Aguiar, filosofía de la ciencia, ontología.

En nuestro proyecto de tesis doctoral, consistente en un análisis filosófico de los discursos biomédicos sobre la homosexualidad en los autoritarismos ibéricos del siglo XX, una parte fundamental de la investigación se centra en la recepción y desarrollo de la sexología por parte de la medicina portuguesa, en particular la medicina legal y sus contrastes con el caso nacionalcatólico español. Existen herramientas epistemológicas como la teoría de las clasificaciones interactivas de I. Hacking y la de los hechos institucionales, de J. Searle, que pueden prestar fecundos servicios a un análisis de la historia de la medicina en una cuestión en la que se entrelazan diferentes discursos entre el estigma y la normalización. En este sentido es clave la producción forense del Dr. Asdrúbal D'Aguiar cuya especificidad y contraste con los discursos coetáneos españoles merecen un análisis detenido.

### **1) Enfoques filosóficos e historia de las prácticas biomédicas**

El debate construccionismo/esencialismo es un clásico en filosofía de la ciencia que cobra especial importancia en las llamadas ciencias sociales. Si atendemos al hecho de que las ciencias biomédicas, podrían ser consideradas una suerte de tecnociencias sociales y que no son independientes de los contextos en que aparecen, las clasificaciones médicas, particularmente la psiquiatría y la medicina legal pueden ser objeto de un análisis filosófico en tres vertientes no excluyentes sino incluso solapantes:

- un análisis ontológico, preocupado por las entidades sujetas a estudio, sean sujetos, entidades nosográficas, etc.

- un análisis epistemológico, que revise la dinámica y la estática de las teorías, o en una visión más práctica de la ciencia, de las actividades científicas y que ponga al descubierto sesgos, traslaciones de universo discursivo, implicaciones y coimplicaciones de tipo social, predicciones autocumplidas, sin dejar atrás una revisión formal y material de las prácticas clasificatorias, etc.

- un análisis axiológico que atienda no sólo a los valores genuinamente científicos, sino a los valores éticos y políticos en juego, tanto en el seno de la propia ciencia, como de sus aplicaciones prácticas en la vida material de los sujetos.

Si queremos que esta ontología, esta epistemología y esta axiología estén bien hilvanadas con el asunto que estudiamos, será clave que estén bien entretejidas con estudios empíricos y que vayan de la mano permanente de la historia de las materias sometidas a análisis.

## 2) Ontología de los hechos institucionales de John Searle

Searle establece la diferencia entre los hechos brutos (*brute physical facts*), independientes de los estados mentales y de las instituciones humanas y hechos institucionales (*institutional facts*), que dependen del lenguaje y son convenciones que tienen que ver con las creencias y los estados mentales. Estos hechos institucionales son un tipo de hechos sociales que se caracterizan por:

i) La intencionalidad colectiva, propia de los hechos sociales, que requiere que el estado mental intencional sea compartido. (ii) Asignación de funciones de estatus: se impone una función a un objeto u hecho preexistente de forma que es la intencionalidad colectiva, y no las propiedades físicas del hecho u objeto, la que posibilita el cumplimiento de esa función. (iii) Reglas constitutivas, que no regulan comportamientos preexistentes sino que son como reglas de juego y constituyen sus condiciones de posibilidad. Estas reglas constituyen los hechos institucionales y describen su estructura como “X cuenta como Y en el contexto C”.

La posición de Searle es mentalista: la realidad social estaría constituida por las actitudes que tomamos hacia ellas. Los estados mentales serían los componentes de esa realidad, además de los “hechos brutos” que les sirven de base material.

Los hechos institucionales se aplican sobre un hecho (sea institucional o un hecho bruto) al que se aplica una función de estatus (de forma no causativa, dado que el hecho-objeto es insuficiente) en un contexto en el que existe intencionalidad colectiva y que requiere cierta aceptación intersubjetiva de las reglas constitutivas. Esta aceptación genera lo que denomina poderes deónticos (normas, derechos, obligaciones, prohibiciones...). En todo este utillaje se hace imprescindible el lenguaje en tanto que requisito de simbolización para la asignación de funciones.

De acuerdo con Searle, la realidad social es construida, pero su ontología es realista y lleva aparejada una teoría de la verdad como correspondencia: dicha construcción se hace sobre una realidad bruta, preexistente y necesaria. Los hechos brutos tienen primacía lógica sobre los institucionales, pues, al final de la cadena, siempre habrá hechos brutos (aunque el hecho institucional se hiciera sobre otra institución).

## 2) Nominalismo dinámico y clases interactivas: Ian Hacking

De acuerdo con Hacking<sup>1</sup>, hay clasificaciones naturales (indiferentes), en cuanto que lo clasificado (fenómenos naturales) no entra en interacción con la clasificación, y clasificaciones humanas, interactivas, en las que entra en juego el llamado efecto bucle (*looping effect*), de forma que las personas clasificadas, la clasificación y sus criterios, las instituciones vinculadas y el conocimiento, tanto del lego como del experto, entran en un entramado interactivo. El efecto bucle puede también tornarse efecto biobucle, si nos detenemos en lo que pueden ser acontecimientos psicosomáticos. No se excluye, tampoco, la posibilidad de que sujetos clasificados sean objetos de una clasificación mixta, pues si bien entran en interacción en el sentido apuntado, sí cabe también el tratamiento clasificatorio en base a criterios “naturales”, como podría ser el caso de un

---

<sup>1</sup>Véase la literatura del autor directamente relacionada, y de forma muy didáctica M.L. Martínez, *Ontología histórica y nominalismo dinámico: la propuesta de Ian Hacking para las Ciencias Humanas*. Cinta Moebio, 39. 130-141. Universidad de Chile, 2010.

trastorno mental que tuviera base o explicación orgánica, sin que eso excluya todas las consecuencias de una interacción y efectos bucle, bien se conozca ahora la explicación (síndrome de Down), bien no se sepa pero se tengan buenas razones para pensar que existe.

El resultado es que hay clases de gente que vienen a *ser* a la vez que son clasificadas, es decir, a la vez que son descritas por un concepto clasificatorio y, que ello trae consecuencias de interrelación en la forma en que esas personas se ven a sí mismas, son vistas por los demás, bien legos, bien especialistas. Esto tiene un alcance ético y político (filosófico-práctico en sentido amplio) en cuanto que limita los cauces de ser y de actuar de los diferentes agentes en juego.

Estos objetos son tratados entonces bajo la forma de una “ontología histórica” que analiza la emergencia de las clases dentro de lo que denomina nicho ecológico, en el que cabe analizar varios vectores. En el caso de las llamadas enfermedades mentales transitorias (no porque sea un “trastorno acotado” en la vida del individuo, sino porque dichos trastornos fueron constituidos en el sentido histórico apuntado).

Es importante resaltar la noción de redescrición, efecto de reinterpretación de nuestros recuerdos, de nuestras propias vivencias y no sólo en un sentido biográfico, sino en un sentido histórico al permitir la reorganización del pasado de una forma tan significativa que incluso nos “regresa” cargado intencionalmente de una forma que antes no lo estaba.

### 3) Medicina legal y homoerotismo en Asdrúbal D'Aguiar

A los estudiosos de la historia de la medicina lusa no les resultará en absoluto extraña la figura de Asdrúbal D'Aguiar. El tratamiento forense más extenso que hace del homoerotismo, lo encontramos en el capítulo II del segundo volumen (*Sexologia Forense*) de su enciclopédica *Medicina Legal* (sa: 487 y ss.), de forma más esquemática en su *Guía clínica médico-legal* (D'Aguiar:1929), y un estudio amplio de estilo más histórico y antropológico, de atrayente erudición, en «*Evolução da Pederastia e do Lesbismo na Europa*» (1926)<sup>1</sup>. Es D'Aguiar heredero de su tiempo y recoge y sistematiza las principales corrientes sexológicas y criminológicas de la Europa que vivió. Un detalle que queremos ya avanzar como una de las conclusiones provisionales de nuestro proyecto de Tesis, es que la medicina portuguesa del *Estado Novo*, fue cualitativa y cuantitativamente diferente de la nacionalcatólica del Franquismo. Siendo ambos autoritarismos dos dictaduras anormalmente largas en la historia contemporánea europea, y siendo católico su sesgo ideológico, la ciencia positivista y el psicoanálisis encontraron unas posibilidades de desarrollo que fueron truncadas en el caso español tanto por la Guerra Civil como por el exterminio y exilio, exterior e interior, de las principales figuras formadas en el primer tercio del siglo.

El hecho de que las relaciones homosexuales fueran objeto de tratamiento forense, en cuanto a la consideración de las mismas como delictivas o predelictuales, en connivencia con una concepción patologizante, es algo de lo que no escapa ningún país europeo, e incluso a escala mundial, en la etapa en la que produce su obra D'Aguiar.

Para una cartografía de la sexualidad “disidente”, podemos remitir directamente a la obra del autor. A los efectos de nuestro análisis queremos resaltar algunas ideas clave:

<sup>1</sup>Asdrúbal Antonio D'Aguiar: «*Evolução da Pederastia e do Lesbismo na Europa. Contribuição para o Estudo da Inversão Sexual*», Arquivo da Universidade de Lisboa, 11 (1926), pp. 335-620

- 1) La idea de graduación de la virilidad y la femineidad.
- 2) La existencia de verdaderos homosexuales (invertidos), frente a los *pseudohomosexuales* (pervertidos), con la presencia de las categorías de pasivo/activo, y la vinculación de los pervertidos con el mundo de la delincuencia en general, con total responsabilidad sobre sus actos, si bien en los dedicados a la prostitución se hallaría mayor versatilidad.
- 3) Testimonio de la clasificaciones que incluyen la pederastia (con halos estéticos del mundo clásico), la sodomía (coito anal, por excelencia, pero conservando otros matices que nos harían llegar a la teología medieval<sup>1</sup>), el uranismo (concepto con una fuerte tradición en Europa), y la noción de *commasculatio* para cualquier relación entre varón y varón.
- 4) La revelación física o conductual de la “anomalía” como algo posible, o no.
- 5) Subclasificaciones tan variopintas como homófilo, alófilo y antífilo.
- 6) Clasificaciones y subclasificaciones análogas para el caso de la homosexualidad femenina, que además, frente a otros discursos biomédicos nacionales, recibe un tratamiento explícito.
- 7) Etiologías predisponentes y precipitantes tanto de corte biológico como educativo o ambiental.
- 8) Omnipresencia histórica y sociocultural (algo ya recogido por Egas Moniz en su *A vida sexual*<sup>2</sup>).
- 9) Una comprensión humanitaria desde el papel médico sobre la “no culpabilidad” del homosexual congénito, que no tendría mayor consecuencia moral que la que tendría el heterosexual congénito.

Léanse como especialmente significativas las citas:

*Em tôdas as classes há homossexuais, como nas várias raças e nas diferentes civilizações. Juizes, cientistas, médicos, etc se têm confessado como tais (D'Aguiar, op.cit.: 515)*

*«Têm tanta culpa de serem homossexuais como os heterossexuais a têm de ser heterossexuais, como os cegos de nascença de não ver, como os surdos congénitos de não ouvir. Já não sucede isso com os pervertidos. Estes se praticam actos homossexuais, é porque assim o querem e não porque a sua maneira de ser a isso os leve sem remédio»(p. 489)*

Estos rasgos muestran una intersección teórica, muchas veces inconsistente, una mixtificación de la comprensión y la condena, una amalgama de imaginario social y medicina, una herencia intermitente por parte de la tradición teológico pastoral, y muy especialmente una preocupación por el control de la vida de los ciudadanos (zonas de

---

<sup>1</sup>Puede verse, a título ilustrativo y más bien divulgativo aunque con menciones directas al caso ibérico: Molina Artaloytia, F.: *Los avatares (ibéricos) de la noción de sodomía entre la Ilustración y el Romanticismo* en: Fernando Durán López (ed.), *Obscenidad, vergüenza, tabú: contornos y retornos de lo reprimido entre los siglos XVIII y XIX. XV Encuentro de la Ilustración al Romanticismo*, Cádiz, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 2012 pp. 101-120

<sup>2</sup>Para el caso de Moniz como estudio monográfico, y presentación general del panorama sobre la homosexualidad en la época véase el artículo de CLEMINSON y MOLINA (2012) citado en la Bibliografía.

encuentro, formas de identificación...) que ha de llevarnos históricamente al fenómeno urbano europeo en sí mismo<sup>1</sup>.

#### 4) **Discusión: hecho institucional, estigma e interacción**

Nuestra postura quiere ilustrar que las nociones cuya explicación hemos esbozado tienen posibilidades metateóricas para el estudio de la historia de las sexualidades. La noción de hecho institucional es perfectamente válida para la caracterización de la homosexualidad, y la que hace D'Aguiar no es una excepción. Así afirmaremos, con Vázquez y Moreno Mengíbar que el personaje homosexual

*[...] sólo es posible cuando un conjunto de prácticas (médicas, jurídicas, administrativas) convierten al sexo en criterio decisorio para establecer la identidad individual [...] es una figura sólo posible en el marco de esas reglas que perfilan el dispositivo de la sexualidad, del mismo modo que el jaque mate sólo tiene sentido en el ámbito restringido de las reglas del ajedrez.*<sup>2</sup>

La noción de hecho institucional permite, además, que los mismos hechos brutos, sean interpretados de forma muy diferente según los contextos y las reglas en juego. De esa manera se podrían explicar las homosexualidades situacionales, el efecto de la curiosidad, la prostitución etc. El caso de la inversión como homosexualidad congénita queda dentro del marco conceptual dado que se trataría de un hecho “bruto”, aunque la ciencia de la época – ni la de ahora ciertamente- puedan caracterizarlo.

Una vez producido el estigma, unido a una diagnosis, surgen inmediatamente las interacciones. Los y las homosexuales, al hilo de los discursos que sobre ellos se ciernen, se reconstruyen e interactúan. Desde el hecho de casarse para disimular, o incluso llegando a acuerdos con la pareja oficial, los lugares y símbolos de encuentro, la propia concepción de uno mismo y de su biografía, quedan definitivamente marcadas con el concepto clasificatorio generado por la medicina forense. La excusa de la embriaguez, de la penuria económica, de la curiosidad, de la seducción por parte del invertido auténtico, y el análisis de los documentos concretos, muestran cómo se las intentaban ingeniar los homosexuales para hacer frente a un entorno hostil tanto desde las instancias legas, como las expertas. Asimismo la adopción del afeminamiento, ciertas profesiones o roles sociales, permitían cierta socialización según los lugares y momentos, siempre, eso sí, con la posibilidad de que todo el peso moral, social y legal cayera sobre uno. Todo esto cobra mayor fuerza en lo que llamaremos, con Vázquez y Cleminson<sup>3</sup> modelo mediterráneo de sexualidad. En este modelo la polaridad activo/pasivo, masculino/femenino, cobra una operatividad menos apreciable en los modelos identitarios de corte nórdico. Su presencia en el sur de Europa, latinoamericano

<sup>1</sup>Véase el estudio introductorio realizado por Francisco Vázquez en BENTHAM, Jeremy, *De los delitos contra uno mismo*, Biblioteca Nueva, Madrid: Biblioteca Nueva, 2002. Edición a cargo de Francisco Vázquez García y José Luis Tasset Carmona.

<sup>2</sup>VÁZQUEZ, F. y MORENO MENGÍBAR, J.: *Sexo y Razón. Una genealogía de la moral sexual en España XVI-XX*. Madrid, Akal Universitaria, 1997. p.16.

<sup>3</sup>VÁZQUEZ, F. y CLEMINSON, R.: *Los invisibles. Una historia de la homosexualidad masculina en España (1850-1939)*. Granada, Comares, 2011.

y no menos, dentro de su peculiaridad, norte de África, deja patente su calado histórico y sociocultural.

Es esta simplemente una oportunidad para exponer unas líneas más programáticas que concluyentes. Nuestra idea se basa en la convicción de la filosofía de la ciencia, incluso la de raigambre más rigorista y sus campos de estudio afines, proporcionan herramientas de análisis para la historia sobre las tipologías humanas, como las generadas por la medicina, particularmente la medicina forense. Este tipo estudio no tiene por qué estar exento de consecuencias prácticas (ético-políticas). Más asepsia, a nuestro juicio, merecerían las posiciones teóricas, y metateóricas, que sean por sí mismas excluyentes de otras alternativas racionales. Pero eso ya es otra historia.

## **FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA**

CLEMINSON, R. y MOLINA, F. (2012): Entre los «vicios genésicos» y la normalización de la homosexualidad: *A Vida Sexual* de Egas Moniz, en *Ayer. Revista de Historia Contemporánea*. N° 87. Homosexualidades. pp.67-88.

D'AGUIAR, A.: Medicina Legal II. Sexologia Forense. Empresa Universidade Editora. s.l./s.a.

D'AGUIAR, A.: Guía clínica médico-legal, 3 vols., Lisboa, Livrarias Aillaud e Bertrand, s.a. [1929]

HACKING, I.: *The Social Construction of What?*, Harvard University Press, 1999.

SEARLE, J: La construcción de la realidad social. Barcelona, Paidós, 1997.

## **AGRADECIMIENTOS**

A José Morgado Pereira y Ana Leonor Pereira, anfitriones y expertos encomiables, mis directores Francisco Vázquez y David Teira y mi supervisor António Fernando Cascais, todos de paciencia tan infinita como su saber y buen hacer, a Richard Cleminson, por dejarme trabajar y aprender con él. A todos los que me dejo por limitación de espacio. Sobre todo, a Diego Martín Arce, que nos dejó mientras yo viajaba a Coimbra...

**LA TENTATION PSYCHOCHIRURGICALE.  
LA LEUCOTOMIE EN BELGIQUE DANS LES ANNEES 1940 ET 1950**

**Jean-Noël Missa**

Directeur de Recherches au F.N.R.S.; Professeur à l'Université libre de Bruxelles  
E-mail:jmissa@ulb.ac.be

La Belgique attendit fort longtemps avant d'entamer les premiers essais de psychochirurgie. En 1936, la publication de l'ouvrage de Moniz ne suscita qu'un bref compte rendu de quatorze lignes, au ton très neutre, dans le *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*<sup>1</sup>. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que la psychochirurgie allait se développer en Belgique. Les premiers essais débutèrent après la guerre. Pourtant, dès 1937, le psychiatre belge De Greeff avait effectué un séjour de recherches dans le service de Fulton et Jacobsen. Boursier de la C.R.B. Educational Foundation, il avait eu le privilège de passer l'année 1936 dans le laboratoire du Professeur Fulton aux côtés de Jacobsen et de ses élèves. Il avait été frappé « par le contraste violent qui oppose l'affectivité exubérante, colérique, agressive, du chimpanzé normal au calme du chimpanzé lobectomisé bilatéral préfrontal. »<sup>2</sup> Plein d'espoir, il propose l'intervention en Belgique, mais les psychiatres freinent son enthousiasme. Faut-il autoriser la pratique d'une intervention mutilante qui doit, par la section qu'elle comporte, entraîner un déficit intellectuel, voire même modifier la personnalité ? Les nombreux succès rapportés dans les pays anglo-saxons (Freeman et Watts, Golla, Brody, Jackson, M.Kissoch...) finirent par forcer l'attention et le nombre de leucotomisés français et belges augmenta progressivement. En 1947, la *Revue du CNP* consacre un éditorial à la lobotomie frontale qui se conclut ainsi : « Après la malariathérapie de la paralysie générale, après l'insulinothérapie de la démence précoce, après les autres thérapeutiques de chocs (cardiazol, acétylcholine, électrochocs), il n'est pas exagéré de dire que la lobotomie frontale constitue une nouvelle et importante étape sur la voie du progrès. »<sup>3</sup> Après que la valeur de la méthode eut été sanctionnée par l'attribution du prix Nobel à son auteur, des essais de plus en plus nombreux furent tentés à Titeca et dans d'autres institutions belges. Mais les médecins du CNP n'appliquèrent pas cette thérapie avec leur enthousiasme coutumier pour les nouvelles techniques. « Quant au Centre neuro-psychiatrique, il ne fut pas cette fois à la tête du mouvement : très longtemps ses médecins ont hésité à proposer une intervention aussi mutilante. Ce n'est que relativement tard que nous nous sommes résignés à préconiser le recours à la psychochirurgie dans des cas bien sélectionnés. »<sup>4</sup> Aux confins des années 1940 et 1950, un nombre non négligeable d'opérations furent néanmoins réalisées à Titeca par le Dr Ectors, neurochirurgien. Il s'agissait, en principe, d'un traitement de dernier recours. « Après échec des thérapeutiques de choc, le psychiatre est amené à tenter l'insulinothérapie ou même en désespoir de cause à proposer une lobotomie frontale. »<sup>5</sup> Jacques Flament garde un souvenir assez précis de la psychochirurgie en

---

1 Voir *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 36, 1936, p. 471.

2 E. De Greeff, L. Ectors, « Leucotomie préfrontale », *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1950, p. 325-391 (P. 326).

3 « À propos de la lobotomie frontale », *Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*, 1947, p. 42 (volume 1947-1952, p. 68).

4 « La psychochirurgie au Centre neuro-psychiatrique », *Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*, 1952.

5 *Ibid.*

Belgique dans les années 1950 : « Moniz a publié son ouvrage sur la psychochirurgie en 1936, avant la guerre. Mais, en Belgique, la psychochirurgie n'a commencé qu'après la guerre. Toutes ces choses qui se sont développées dans le monde anglo-saxon ne sont venues ici qu'après la guerre. Tout d'abord, il fallait que des chirurgiens du système nerveux acceptent de s'y intéresser. Nous avons obtenu la collaboration de neurochirurgiens assez facilement dans la mesure où ils n'avaient pas de responsabilité autre que technique. L'indication, tout ça, c'était nous, les psychiatres. Et on en a pratiqué beaucoup, trop. Pas autant que les cures d'insuline... Mais, tout de même, beaucoup. La lobotomie préfrontale principalement. En réalité, les indications étaient mal définies. C'est dans la schizophrénie que l'on a le plus tenté au début. La section de voies entre le cortex et les régions sous-corticales pour améliorer les inhibitions, etc. Et avec des succès incontestables, pas très spectaculaires, suffisants pour qu'on continue pendant un certain temps, en constatant très vite qu'il y avait des effets secondaires non négligeables. Il y avait généralement, après la disparition des symptômes majeurs, quelques possibilités de reclassement de ces malades dans la société. On observait après l'opération un déficit capacitaire : des gens qui avaient moins d'initiatives (le lobe frontal est intéressé directement dans cette fonction), moins d'activités, moins d'intérêts. On sortait de nos mains, et de celles des neurochirurgiens, des malades qui n'étaient plus inhibés, qui étaient socialisables mais qui étaient diminués. »<sup>1</sup> Ce bilan mitigé de Flament rejoint l'analyse assez lucide de la psychochirurgie qui fut faite dans la *Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*. En 1950, après la consécration des travaux de Moniz par le prix Nobel de médecine, la *Revue du CNP* revint sur le traitement chirurgical des troubles psychiques. Le ton est nuancé. « Les interventions médicales qui portent atteinte, d'une manière transitoire ou définitive, mais très apparente, à l'intégrité de notre esprit, de notre volonté suscitent toujours dans le public un émoi d'ailleurs bien compréhensible. Lors de la publication de ses premiers résultats, vers 1935, cet auteur rencontra de nombreuses résistances dans les milieux psychiatriques, surtout en France. Cependant, il eut des imitateurs, surtout aux États-Unis, en Italie, puis en Angleterre. »<sup>2</sup> Les médecins de Titeca rappelaient l'importance prise par le lobe préfrontal au cours de la phylogénèse. Cette région avait un rôle très important dans la vie psychique. Cependant, ils croyaient pouvoir constater que les lésions préfrontales ne déterminaient souvent que peu ou pas de troubles : il fallait déjà des altérations très étendues et bilatérales des lobes préfrontaux pour provoquer des perturbations mentales importantes. Cette double notion de l'importance du lobe préfrontal dans la vie psychique et de sa relative tolérance aux lésions en foyer fit choisir cette aire cérébrale comme un champ d'expérimentation pour tenter de modifier chirurgicalement des troubles mentaux. L'idée primitive de Moniz était que les maladies mentales résultaient de connexions cellulaires anormales qu'il suffisait d'interrompre pour permettre l'établissement de circuits nouveaux, substratum d'une pensée plus normale. De là, l'idée d'aller sectionner ces fibres par l'opération de la « leucotomie ». Certes, « l'hypothèse était fautive », admettaient les médecins de Titeca mais l'opération avait le mérite de donner des résultats : « Dans beaucoup de cas, des modifications favorables de l'état mental furent obtenues. »<sup>3</sup> Le bilan de la psychochirurgie tel qu'il est fait à Titeca en 1950 est donc globalement positif. « Il ressort de toutes les publications qu'un très grand nombre de malades mentaux chroniques, ou atteints d'affections graves, qui s'étaient

1 Entretien avec le Dr Jacques Flament, à Uccle, le 25 juin 1999.

2 « Le traitement chirurgical de certains troubles psychiques », *Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*, 1950 (volume 1947-1952, p. 367).

3 *Ibid.*

montrés rebelles aux autres traitements, ont été améliorés au point de pouvoir être rendus à la vie familiale, et parfois même professionnelle. Les malades qui n'ont pu être libérés ont souvent vu leur état s'améliorer et leur vie à l'intérieur de l'établissement devenir beaucoup moins pénible. En réunissant les résultats de diverses statistiques, on arrive grosso-modo aux chiffres suivants : récupération sociale : 30%; amélioration : 12% ; sans changement : 24% ; aggravation : 1% ; décès : 3%. Sans doute faut-il n'accepter ces pourcentages qu'avec prudence : dans beaucoup d'observations, il manque le recul du temps ; on ne connaît pas le pourcentage des rechutes ; certains observateurs ont pu se montrer trop optimistes ; les degrés d'amélioration sont évalués d'une manière peu précise. Il saute aux yeux cependant que, quelles que soient les erreurs possibles et les objections de principe que l'on puisse adresser à la psychochirurgie, de tels résultats ne peuvent être ignorés. Ils peuvent l'être d'autant moins que ces interventions sont encore à l'étude et que leurs indications demandent à être précisées. [...] En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances, les avantages de ces opérations, réservées à certains symptômes mentaux graves et rebelles, paraissent dépasser très largement leurs inconvénients possibles. On assiste parfois à de véritables résurrections mentales dans des cas qui étaient considérés comme désespérés. L'essentiel est de ne se résoudre à préconiser cette importante mutilation du cerveau que dans des cas soigneusement étudiés, et lorsque toutes les autres thérapeutiques ont échoué. »<sup>1</sup>

La technique de Moniz ne fut guère pratiquée en Belgique. À l'opération relativement aveugle préconisée par Moniz, les chirurgiens belges préféraient la lobectomie. Cette opération consistait en l'ablation d'une portion plus ou moins grande de l'écorce cérébrale de la région préfrontale droite, éventuellement suivie d'une ablation à gauche. Toute la pointe du lobe préfrontal (environ 50 à 60 grammes de substance cérébrale, et parfois jusqu'à 120 grammes<sup>2</sup>) était ainsi confisquée par le neurochirurgien pour alléger les souffrances du malade. L'opération la plus souvent pratiquée en Belgique et à Titeca fut la lobectomie unilatérale droite. Cette opération – plus légère que la leucotomie bilatérale de Moniz ou la « lobotomie standard » de Freeman – avait pour objectif de limiter les effets secondaires en cas de nécessité psychochirurgicale. L. Massion Verniory et E. Dumont, médecins à l'hôpital neuropsychiatrique de la Ramée (Bruxelles) justifiaient leur pratique de la façon suivante. Ils s'étaient trouvés en présence de patients dont l'angoisse tenaillante et la souffrance morale incommensurable avaient résisté à toutes les thérapeutiques neuro-psychiatriques connues. Ils avaient suivi avec angoisse l'évolution de ces malades, soit qu'ils eussent déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide, soit qu'ils fussent obsédés par la pensée de mettre fin à leurs jours. Ayant à leur portée une méthode chirurgicale qui paraissait fournir des garanties suffisantes de succès, ils n'hésitèrent pas à recourir à la leucotomie classique. Leur première opération remonte à 1948. Malgré les effets jugés remarquablement sédatifs de cette intervention, ils furent quelque peu effrayés par ses conséquences. Le sujet « guéri » passait par une période assez longue où les fonctions végétatives et les pulsions paraissaient échapper complètement au contrôle conscient et volontaire. C'est la raison pour laquelle, dès juin 1948, ils eurent recours à la leucotomie unilatérale. Dans la suite, devant les résultats immédiats et tardifs fournis par cette méthode, ils la firent pratiquer systématiquement. Parfois un complément opératoire était jugé nécessaire : « Dans les cas où cette intervention échoua, et là où nous y fumes autorisés, nous priâmes notre neurochirurgien, le Dr Ectors, de la compléter par une

1 *Ibid.*, p. 363.

2 *Ibid.*, p. 360-361.

leucotomie de l'autre côté. »<sup>1</sup> Le Dr Ectors fut un des neurochirurgiens belges qui effectua le plus d'opérations psychochirurgicales. Il opérait dans différentes institutions pour malades mentaux, à la demande des psychiatres. Il fut notamment le neurochirurgien attitré de l'Institut Titeca. Évoquons le cas exemplaire d'un malade<sup>2</sup>, F.C., qui fut opéré par Ectors à Titeca en 1950. Il s'agissait d'un cas de mélancolie stuporeuse. En 1946, à l'âge de 55 ans, le malade avait manifesté des troubles du caractère et était devenu nettement déprimé, peut-être à la suite d'une promotion à son travail qui avait mis le sujet face à de plus grandes responsabilités. En 1948, il subit à l'asile de Glain (Liège) des traitements incluant 59 comas insuliniques, 4 électrochocs, un abcès de fixation et diverses injections tonifiantes. Un an plus tard, il entra à Titeca en mars 1949 pour recevoir électrochocs et comas insuliniques. Sans succès. Les médecins décidèrent alors – un peu rapidement – d'opérer. C'est que le contexte était favorable à la psychochirurgie. C'était l'âge d'or de la psychochirurgie. Il n'y avait pas de raison de ne pas en faire bénéficier le malade. Aucune amélioration n'ayant été obtenue avec les chocs, on procéda finalement à une lobectomie frontale gauche : « 21 octobre 1949. On propose une topectomie »<sup>3</sup>, lit-on dans le dossier. Ectors passa alors à l'action. Fait rarissime, le protocole opératoire est repris dans le dossier du malade (c'est le seul protocole d'intervention psychochirurgicale que nous ayons trouvé dans les dossiers de Titeca). Le 10 novembre 1949, date de l'opération, Ectors y notait que la composante anxieuse était très accentuée chez le malade. Vu le caractère marqué de l'angoisse, le neurochirurgien décida de faire une lobectomie gauche. Pratiquée sous anesthésie locale, l'opération se fit sur un malade qui resta conscient. Ectors décrit ainsi l'attitude du malade au cours de l'opération : « Anxieux à l'extrême pendant tout le début de l'intervention. Un peu d'agitation au milieu de l'intervention (agitation banale chez tous les trépanés). Pendant tout ce temps, le malade refuse de répondre aux questions et ne parle pas du tout. À la suture de la peau, le malade fait une première phase de jurons (nom de Dieu) puis il répète avec colère tout ce qui est dit par l'opérateur (trépanation, 1cm, dure-mère, calme et anxieux). Après cette phase calme complet. »<sup>4</sup> Quinze jours après l'intervention, le Dr Hamoir dressait le bilan de l'intervention. Il n'était guère brillant. « 2 décembre 1949 (Dr R. Hamoir). Le malade a subi le 16 novembre 1949 une lobectomie frontale gauche. Depuis lors on n'a observé aucune modification de son état dépressif. Reste toujours aussi bradypsychique et inhibé qu'auparavant. Quand on cherche à lui parler, il ne répond qu'à voix basse avec un faciès douloureux. Par contre, depuis l'intervention, il se montre nettement plus agressif. En effet, auparavant, lorsqu'on cherchait à le forcer à manger, le malade avait parfois des gestes brusques et se mettait à jurer. Cette agressivité se manifeste maintenant plus fréquemment. Il se montre parfois brusque et colérique avec son épouse, ce qui auparavant ne se produisait jamais. »<sup>5</sup> En février 1950, Jean Titeca fit le même constat et suggéra une nouvelle intervention du côté droit. « 20 février 1950 (Dr J. Titeca). L'état mental du malade ne s'est pas du tout amélioré. Il y aurait donc lieu de pratiquer la lobotomie frontale du côté droit également. Mais comme cette intervention ne peut pas être faite avant le mois de mai, il est décidé, à l'intervention de la Mutuelle, de renvoyer jusqu'à ce moment le

1 L. Massion-Verniory et E. Dumont, « Considérations sur la leucotomie unilatérale », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 54, 1954, p. 331-350.

2 Classeur Noir 1950, Malade 66, F.C., 55 ans, mélancolie stuporeuse, séjour du 29 mars 1949 au 20 février 1950.

3 *Ibid.*

4 *Ibid.*

5 *Ibid.*

patient. »<sup>1</sup> Le malade – pas si fou – ne revint jamais à Titeca. Ce cas illustre bien l'évolution générale des malades leucotomisés. En désespoir de cause, après avoir tenté tous les traitements de choc, on pratiquait une lobectomie. Les effets étaient souvent désastreux. Dans le meilleur des cas, le malade pouvait retourner dans sa famille. Exceptionnellement, il reprenait même une activité professionnelle. Voici un exemple de malade repris par la famille après échec de la chirurgie. En 1947, Y.D., un dément précoce ayant déjà subi en 1944 sans succès l'insulinothérapie associée aux électrochocs et au corvis, fut réadmis en clinique pour leucotomie frontale. À lire la note du Dr Titeca, le résultat ne fut pas un succès éclatant. « 8 décembre 1947. D'après le personnel infirmier, il n'y a aucune modification dans le comportement du malade depuis la leucotomie. Peut-être ne présente-t-il plus, comme auparavant, à de rares intervalles, des tendances impulsives. Le jeune homme passe la plus grande partie de la journée à errer sans but, sans s'occuper à rien d'utile. Il soliloque fréquemment et a des gestes stéréotypés. En présence de l'interlocuteur, ne se soucie guère de la présence de celui-ci. Il ne répond presque jamais aux questions qu'on lui pose. Les quelques rares réponses qu'il donne sont tout à fait fausses. Par exemple, quand on lui demande son âge, il répond "4 ans". Pendant qu'on lui parle, il détourne la tête et balbutie des paroles inintelligibles, ne fait pas preuve de la moindre affectivité lorsqu'on lui parle des siens. Est totalement indifférent à son état. Accepte avec la même indifférence la visite de ses parents. Se contente alors de manger des friandises qu'on lui apporte (Dr J. Titeca). »<sup>2</sup> Le 13 décembre 1947, le malade eut la chance d'être repris en famille.

Mais il arrivait plus fréquemment que le malade au cerveau mutilé doive rester à l'hôpital ou être interné dans un asile de province. Un pourcentage non négligeable des malades décédaient des suites de l'opération. Ce fut le triste destin du malade G.D.<sup>3</sup> de 48 ans, qui avait présenté en 1951 un état mélancolique soigné par insulinothérapie. Dès son retour à la maison, il commença à émettre des doutes au sujet de la fidélité de sa femme et fit preuve d'une certaine brutalité à son égard. Ces signes de rechute entraînèrent le retour du malade à l'Institut. L'insulinothérapie étant cette fois mal supportée, on préconisa une leucotomie. Celle-ci fut pratiquée par le Dr Ectors le 26 janvier 1953. Le malade entra directement dans le coma et n'en ressortit plus. « Coma profond dès l'intervention. Température élevée le 28. Hyperréflexivité au membre supérieur gauche. Traitement par serum glucosé et physiologique et pénicilline-streptomycine. Décès sans avoir repris connaissance. »<sup>4</sup> Ce malade avait eu la malchance de souffrir de troubles mentaux aux confins des années 1940 et 1950, à l'époque florissante de la psychochirurgie.

Le Dr Ectors fut un des premiers neurochirurgiens à pratiquer la psychochirurgie en Belgique. Il opérait des malades anxieux ou psychasthéniques, des schizophrènes et des mélancoliques. L'intervention proposée était soit une leucotomie bilatérale, soit une lobectomie préfrontale unilatérale, généralement faite à droite (le cas que nous avons évoqué, opéré à gauche, constitue une exception). Les raisons invoquées pour pratiquer l'opération de ce côté étaient plutôt oiseuses<sup>5</sup>. Mais, aspect plus inquiétant qu'une

1 *Ibid.*

2 Classeur Noir 1947, Malade 64, Y.D., démence précoce, séjour du 1<sup>er</sup> octobre 1947 au 13 décembre 1947 (séjour antérieur en 1943-44, 3<sup>e</sup> séj. en 1948).

3 Classeur Noir 1953, malade 81, G. D., séjour du 9 juillet 1952 au 29 janvier 1953. Premier séjour du 10 au 11 décembre 1951.

4 *Ibid.*

5 Qu'on en juge. DeGreeff et Ectors affirment que le choix a été déterminé par une raison physiologique. Le neurochirurgien estime que la prépondérance physiologique de l'hémisphère gauche chez le droitier doit dans certaines conditions pathologiques difficiles à préciser, être atténuée ou contrecarrée par

justification théorique boiteuse, les résultats présentés par Ectors et De Greeff étaient loin d'être enthousiasmants, en particulier dans les cas de lésions bilatérales qui altéraient la personnalité. C'était souvent le désespoir relatif à l'état du malade qui était le facteur déclenchant de la prise de décision opératoire. Le cas de R. H. illustre le désespoir de malades qui étaient prêts à ce que le psychiatre, éventuellement associé à un chirurgien pour traiter le corps en même temps que l'esprit, tente n'importe quoi pour améliorer leur état. Le malade R.H. se réveilla un jour de 1942, à l'âge de 22 ans, avec l'impression de sortir d'une torpeur « absolue totale » « comme si son cerveau s'était effondré ». Cette dépression céda à la strychnine. En 1943, nouvelle dépression, la strychnine n'agit plus. Il fut soigné alors dans un centre neuro-psychiatrique. Pendant un mois et demi, on le soumit aux électrochocs, à l'insuline et au cardiazol. Aucune amélioration. Son occupation préférée était de sommeiller, de se plonger dans un état d'absence de pensée. Un traitement antisiphilitique au bismuth fut tenté. « Ce traitement l'endort encore davantage, l'animalise complètement », notent De Greeff et Ectors. Le malade ayant entendu parler de pénicilline, il exigea qu'on lui en fasse une cure. Ce que les médecins firent, sans résultat. « En désespoir de cause, nous finissons par déclarer au malade qu'il est guéri, que tous ses examens et tous ses organes sont normaux et que nous ne pouvons plus lui donner de certificat pour sa mutuelle. Il part, lamentable. Deux jours plus tard, il est à nouveau là : "Je viens de faire un petit héritage, dit-il, je puis encore vivre quelques semaines sans travailler. Avec ce qui me reste, prenez-moi ici et faites tout de même quelque chose. Tentez n'importe quoi." Et il ne veut plus quitter notre bureau. Cette détresse nous donne la mesure de son malheur et nous nous décidons à la leucotomie. Il accepte. Comme beaucoup de ces malades, il accepterait n'importe quoi pour sortir de cette situation. »<sup>1</sup> La leucotomie fut pratiquée le 16 juillet 1947. Le lendemain de l'opération, le malade suivait le Tour de France en lisant les journaux et parlait des vainqueurs des étapes antérieures. Le malade sortait de l'opération fortement amélioré. Il était libéré de son inhibition et de son angoisse constante. Sa philosophie devenait optimiste, parlant de ses moments de dépression, il affirmait : « Comme c'est maintenant, ce n'est plus rien. Ce sont des histoires qui arrivent à tout le monde. Et je sais que ça passe. »<sup>2</sup> Les médecins notaient également une certaine diminution de la qualité intellectuelle. Le patient se complaisant « dans la petite vie sans horizon où il est installé ».

La lobotomie n'avait pas toujours que des effets négatifs. La leucotomie était un traitement symptomatique aux indications floues. « Quelles sont les indications ? Il n'est pas possible de dire que telle ou telle maladie mentale relève de la lobotomie. Jusqu'à présent, les interventions psychochirurgicales sont des thérapeutiques uniquement symptomatiques. »<sup>3</sup> L'anxiété était le symptôme qui disparaissait le plus fréquemment après la lobotomie. Une autre malade soignée par De Greeff et Ectors illustre bien les effets anxiolytiques de la psychochirurgie. La patiente souffrait d'une

---

l'activité de l'hémisphère droit. Cette opposition peut déterminer un déficit mental d'une part, un état anxieux de l'autre. D'où l'idée de pratiquer des leucotomies et des lobectomies droites. D'autre part, pour De Greeff et Ectors, il est évident que la lésion droite est moins mutilante que la lésion gauche du point de vue fonctionnel. Le psychiatre estime de son côté que l'espace gauche est plus chargé d'anxiété que l'espace droit, d'après les études sur l'inconscient (E. De Greeff, L. Ectors, « Leucotomie préfrontale », *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1950, p. 325-391, p. 326).

1 E. De Greeff, L. Ectors, « Leucotomie préfrontale », *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1950, p. 325-391, p.360-361.

2 *Ibid.*, p. 325-391 (p. 363).

3 « Le traitement chirurgical de certains troubles psychiques », *Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*, 1950 (volume 1947-1952, p. 363).

peur étrange, « tellement absurde qu'elle n'ose pas le dire » : elle craint que l'heure ne passe sans qu'elle s'en aperçoive et vit dans l'appréhension qu'un temps extraordinairement long se soit écoulé sans qu'elle l'ait remarqué. Cette phobie la condamnait à vivre dans une hâte perpétuelle. Dès qu'elle était quelque part, réunion, bal, magasin, elle craignait toujours qu'il ne lui reste plus de temps, que celui-ci s'écoule à une vitesse vertigineuse. Au début, elle surmontait cette peur en consultant sa montre. Mais peu à peu, elle se mit à craindre que sa montre ne s'arrêtât, si bien qu'il lui fallut se procurer une seconde montre pour contrôler la première. Cette mesure se révéla bientôt insuffisante. Elle s'imaginait qu'on allait lui voler sa montre. Cette idée la plongeait dans un état d'angoisse indescriptible. C'est au cours d'un bal qu'elle éprouva cette illusion que le temps fuyait sans qu'elle le sût, et à ce bal-là, elle avait sacrifié par trop de temps à se préparer voulant être la plus jolie et la plus adulée. Par la suite, quand elle avait à se préparer pour sortir, elle commençait le matin pour être prête le soir. Même pour se préparer à faire une course, elle s'y prenait à l'avance. Elle finit par ne plus faire de course. Même pour acheter un kilo de sucre, elle n'avait pas le temps et se sauvait du magasin pendant qu'on la servait, prise de panique qu'il soit trop tard. Elle vivait un véritable cauchemar. Elle avait l'impression qu'il y avait deux places dans son cerveau : une pour le bon sens et une pour les idées baroques qui avaient le dessus. Elle n'avait même plus le temps de réfléchir, car, lorsqu'elle était absorbée un instant, l'épouvante du temps qui s'était écoulé la reprenait. Une volonté supérieure à la sienne s'était emparée de son âme. Plusieurs fois, elle avait voulu se suicider. Les psychiatres commencèrent une cure au pentothal. Puis elle subit quelques électrochocs et une cure d'insuline. Sans résultat. Elle envisagea alors la psychochirurgie. Elle avait entendu parler d'une opération à la tête et connaissait une malade guérie. Elle souhaitait subir la même opération. Les médecins Ectors et De Greeff jugeaient plus prudent d'attendre, craignant un processus d'autopunition. Ils lui promettent de l'opérer, mais pas avant six mois, « car pendant ces six mois l'insuline aura agi et elle verra elle-même que l'opération n'est pas nécessaire. »<sup>1</sup> Mais, au cours des six mois d'attente, l'état s'aggrava encore. On décida alors d'intervenir. Une leucotomie unilatérale droite fut réalisée début 1949. Quinze jours après l'intervention, la jeune femme écrivit une lettre à son médecin : « Je vais essayer de voir clair en moi-même parce que tout est si confus. Je ne saurais dire quelles réactions j'aurai. Depuis, il y a comme un frein intérieur qui m'empêche de m'en faire pour le présent et englobe l'avenir dans un nuage fort épais. [...] J'ai peur de l'avenir et pourtant je suis sûre que tout ira bien. Tous ces jours derniers, je les ai passés sans soucis, ce qui ne m'arrivait jamais avant. Je n'ai plus la force de m'en faire, advienne que pourra, si cela pouvait durer. Rentrer est mon plus cher désir, tant ma curiosité est grande de voir mon comportement... Et si cela n'allait pas bien, eh bien, il y a encore le côté gauche... »<sup>2</sup>

De Greeff et Ectors n'ignoraient pas que l'intervention consistait en une sorte de mutilation psychique. L'amélioration n'était qu'un trouble nouveau moins gênant socialement que l'état antérieur. Il s'agissait de faire disparaître les symptômes gênants pour en faire apparaître d'autres, « plus heureux ». C'est ainsi que l'on présentait généralement la leucotomie dans les études scientifiques. Les deux médecins admettaient que la déconnexion d'une partie de l'écorce cérébrale devait nécessairement provoquer une diminution psychique. Mais ils se demandaient ce que valait ce raisonnement devant l'individu malade. Il leur paraissait tout aussi évident que la

1 E. De Greeff, L. Ectors, « Leucotomie préfrontale », *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1950, p. 325-391 (p. 366).

2 *Ibid*, p. 365.

convulsivothérapie, l'insulinothérapie et autres méthodes de choc ne donnaient certains résultats thérapeutiques qu'en provoquant certaines altérations cellulaires, partiellement réversibles, sans doute, mais bien réelles. Qui donc aurait pu soutenir qu'en soumettant le malade à une électrocution submortelle on ne nuisait pas à son système nerveux et que par conséquent on ne provoquait pas, dans une certaine mesure, un déficit psychique ? Et pourtant, qui aurait pu soutenir que ces méthodes n'avaient pas opéré « des sauvetages magnifiques » ? L'attitude du psychiatre devait être la même devant la leucotomie. A priori, il était évident qu'une intervention de ce genre devait provoquer une diminution psychique. Mais les psychiatres ne savaient-ils pas que l'unité psychique se reconstruisait alors sur les éléments qui subsistaient ? Et le problème de la leucotomie est de savoir si la nouvelle synthèse serait nécessairement inférieure à celle qui existait auparavant. « L'intervention ne se fait jamais, ne l'oublions tout de même pas, que sur des malades pour lesquels la preuve est faite qu'ils ne peuvent vivre normalement... Il s'agit donc, non pas d'améliorer un cerveau normal en déconnectant une partie de ses associations, mais d'améliorer une personnalité devenue morbide, en provoquant un nouveau regroupement de ses fonctions. »<sup>1</sup>

Pour expliquer l'efficacité de l'opération, les psychiatres de Titeca reprenaient l'idée de Freeman d'une déconnexion des sphères cérébrales responsables de l'émotion et de la raison. Les centres de la base interviennent dans la régulation de notre vie instinctive et affective, tandis que la sphère intellectuelle dépend plutôt des fonctions du cortex cérébral. Ce sont les interactions entre l'écorce et la base, par l'intermédiaire de fibres d'association, qui règlent notre équilibre psychique. Or ces fibres d'association passent précisément par le centre ovale, où le leucotome va les sectionner sur une étendue plus ou moins grande. L'opération agit donc en libérant les processus idéatifs, intellectuels, de leurs composantes affectives, émotionnelles, instinctives. En d'autres termes, « on enlèverait à l'idéation une partie plus ou moins grande de son contenu émotionnel »<sup>2</sup>. Cette coupure entre sphère émotionnelle et sphère rationnelle est bien illustrée par le récit qu'une malade – au cerveau leucotomisé par le Dr Ectors – fait de sa propre expérience.

Voici comment une femme opérée par le Dr Ectors – à la clinique La Ramée de Bruxelles – décrit les changements qu'elle a ressentis dans sa vie mentale après l'opération, dans une lettre adressée à son psychiatre<sup>3</sup>: « Cher Docteur, ainsi que vous me l'avez demandé, je viens vous faire part des quelques observations que j'ai pu faire sur moi-même quant aux changements survenus dans ma psychologie à la suite de la

1 *Ibid*, p. 326.

2 « Le traitement chirurgical de certains troubles psychiques », *Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*, 1950 (volume 1947-1952, p. 363).

3 Le Dr Léon Cassiers se rappelle des interventions chirurgicales du Dr Ectors à La Ramée: « J'ai commencé la psychiatrie en 1954 à Lovenjoul, dans le service de Rouvroy. Un service classique: grand asile fermé où on faisait des cures d'insuline et des électrochocs en parallèle au Largactil®. On commençait à utiliser le Largactil®. En 1956, je suis parti à La Ramée avec Massion-Verniory et Émile Dumont, les deux patrons de l'institution. Avec Ectors, le neurochirurgien, on pratiqua un certain nombre de leucotomies à La Ramée. C'étaient des leucotomies faites de manière assez prudente, de manière unilatérale. Ectors était un neurochirurgien 'glorieux mais prudent'. Les indications étaient principalement les angoisses incoercibles ou les névroses obsessionnelles ravageuses et seulement quand les gens étaient vraiment très handicapés dans leur existence. On faisait alors une leucotomie. J'ai vu des résultats remarquablement brillants. Cela était totalement empirique. On en a fait beaucoup à La Ramée sous l'égide de Massion-Verniory et de Dumont » (entretien avec le Dr Léon Cassiers, à Bruxelles, le mardi 13 avril 2004).

leucotomie latérale droite que vous m'avez fait subir en mai 1952, il y a donc dix-huit mois. Comme vous le savez, j'étais déprimée depuis plus de treize ans, mais depuis quatre ou cinq ans cette dépression s'était aggravée d'idées de suicide, du renforcement de l'idée de damnation et d'une répulsion presque invincible pour la nourriture et aussi pour tout ce qui était "vie", depuis les relations conjugales jusqu'à la communion. Devenue de plus en plus "invivable" pour mon entourage, vous avez décidé, après des rémissions temporaires dues à une série d'électrochocs, puis à une cure d'insuline, faites dans différentes cliniques, de me faire faire cette opération. À ce moment, j'étais en période de rechute, très angoissée, le matin surtout, cette angoisse se traduisant par des vomissements, le refus de manger. Je ne mangeais qu'après de pénibles scènes, persuadée qu'ayant raté ma vie et étant une charge pour mon mari et mes enfants, il valait mieux que je me suicide. Attirée par les fenêtres, j'essayais de m'y pencher sans avoir le courage de me jeter dans le vide. J'appréhendais fort l'opération envisagée, craignant surtout la diminution qui, à mes yeux, s'ensuivrait. Et depuis des mois, je faisais la sourde oreille à vos suggestions dans ce sens. En allant à la clinique, j'ai encore été prise d'une terreur et d'une angoisse telles que, si j'avais été seule et en taxi, j'aurais ordonné au chauffeur de rebrousser chemin. Le matin même, une demi-heure avant d'être emmenée à la salle d'opération, je me disais que, puisque j'étais tout de même damnée, il n'y avait pas d'avance à m'opérer. Dès le retour dans la chambre, et progressivement au cours de la journée, je me sentis comme libérée d'un nœud coulant moral qui m'aurait enserrée. Je me suis aperçue du soleil qui brillait par la fenêtre, du cri des oiseaux et des canards de l'étang voisin que j'entendais la veille sans les remarquer. J'ai pris plaisir à écouter ces bruits de la nature, me sentant revivre avec elle. Chaque matin de mon séjour à la clinique, ce plaisir, tout nouveau pour moi, auparavant absorbée par une pensée obsédante, reprenait, et je m'amusais à reconnaître les cris qui différaient suivant l'heure. Ce plaisir était complété par celui que me causait la grappe de raisin déposée sur ma table de nuit et dont je mangeais, avec délice, un grain de temps en temps. J'avais encore peur de l'heure des repas, car le mauvais souvenir y attaché n'avait pas disparu et je mangeais encore très lentement. Heureusement, personne ne m'en fit la remarque et, la convalescence aidant, cela redevint normal. Il me fallut cependant longtemps (au moins 3 ou 4 mois) pour que manger cessât d'être un effort pour moi. Maintenant, je vois arriver l'heure des repas avec plaisir.»<sup>1</sup> Dans la lettre à son psychiatre, la malade évoquait aussi les modifications d'ordre émotionnel : « Comme on m'avait dit qu'on faisait cette opération aux cancéreux, je croyais qu'elle atténuait la douleur. Or, il me semble qu'il n'en est rien, seulement on souffre d'une façon plus animale et on ne s'inquiète pas de ce qui va arriver. On n'a même plus guère d'appréhension à s'asseoir dans le fauteuil du dentiste ! Là où j'ai remarqué une différence, c'est au point de vue affectif ou, plus exactement, émotionnel. Il me semble être devenue incapable de ressentir une forte émotion : qu'il s'agisse du récit d'un accident tragique, d'une lecture touchante ou d'un film sentimental, plus rien ne m'émeut. Je ne sens surtout plus monter en moi cette "grosse émotion" qui gonfle le cœur et monte à la gorge. Enfin, il paraît qu'il y a au cinéma les gens qui pleurent et ceux qui ne pleurent pas. Je suis maintenant dans ceux qui ne pleurent pas. J'avais peur d'avoir perdu cette finesse de sensibilité qu'on appelle "les antennes" et qui fait deviner les sentiments des autres et aide à dire ou faire ce qu'il faut dans telle circonstance délicate. Grâce à Dieu, il me semble avoir conservé ce genre d'intuition. J'ai conservé aussi l'affection profonde qui me lie à mon mari, à mes enfants, et la leur témoigne

1 Cité in L Massion-Verniory et E. Dumont, « Considérations sur la leucotomie unilatérale », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1954, p. 331-350 (cas 1).

aujourd'hui de façon plus normale. J'ai aussi conservé tous les amis très chers, mais ne sais si je serais capable de "m'emballer" pour une personne nouvelle. Je remarque que mon cercle amical ne s'est pas élargi. Pour la vie conjugale, elle s'est, petit à petit, entièrement normalisée. Alors qu'étant malade je subissais les approches de mon mari avec répugnance toute contractée et, ainsi qu'il disait pour me taquiner "comme en disant mes prières", je les attends maintenant avec plaisir. Je serais certainement privée s'il me délaissait et je n'aurais plus aucun scrupule à aller communier le lendemain d'une nuit ardente. J'ai même fait, pourrait-on dire, des progrès dans ce domaine, non que je veuille rattraper le temps perdu, mais parce que la jouissance me paraît une chose toute naturelle et que je n'ai plus aucun scrupule à me laisser faire ou même à rechercher le plaisir. Je me demande parfois ce qu'il adviendrait d'une personne dans mon cas placée dans un moins bon milieu ou insatisfaite dans sa vie conjugale. Il me semble qu'une fois leucotomisée, on a moins de défense morale, en ce sens qu'on est plus indifférent aux conséquences de ses actes. [...] Peut-être, placée dans un milieu où on s'amuse ou entreprise par un homme sans conscience, pourrais-je tomber plus facilement, sans éprouver, à supposer la faute commise, les remords rongeurs que j'éprouvais autrefois pour des fautes imaginaires. »<sup>1</sup> On sait aujourd'hui que la lésion du cortex préfrontal peut engendrer des perturbations de la sphère émotionnelle. L'émotion fait partie intégrante des processus de décision. Chez les hommes au cortex préfrontal lésé, le mécanisme du raisonnement n'est plus affecté de façon non consciente et même de façon consciente par des signaux provenant des rouages neuronaux qui régissent l'émotion. Cette hypothèse – introduite par le neuropsychologue américain Antonio Damasio<sup>2</sup> sous le nom d'hypothèse du marqueur somatique – suggère que la réduction sélective de l'émotion est aussi préjudiciable à la rationalité que l'émotion excessive. Une émotion bien ciblée et bien utilisée est un système de soutènement sans lequel l'édifice de la raison et du sens moral ne peuvent pas fonctionner. À l'instar de Phineas Gage – cet ouvrier qui avait subi une lésion accidentelle du cortex préfrontal –, les malades leucotomisés connaissaient des problèmes liés à la prise de décision et au respect des règles morales.

Le Dr Simone Duret-Cosyns – qui s'occupa dans les années 1950 du traitement psychothérapeutique d'un certain nombre de malades leucotomisés par le Dr Ectors – donna une description de l'état mental du malade opéré dans les semaines et les mois qui suivent l'opération. « Le lobotomisé est, avant tout, un être indifférent, apathique et aboulique. Ses centres d'intérêt sensoriel et intellectuel sont limités au concret, ses facultés spéculatives sont réduites, son attention est instable et vagabonde. La diminution de sa spontanéité et de son initiative idéomotrice, jointe à une indulgence exagérée envers soi-même, créent en lui un état de dépendance narcissique vis-à-vis du monde extérieur rappelant curieusement le monde infantile. On trouvera dans les travaux d'Ectors et De Greeff, Freeman, Brody, Golla, Frank et Mayer Gross des portraits psychologiques suggestifs de cet état. En plus de cette diminution globale de ses capacités intellectuelles et de son affectivité, le malade leucotomisé peut, évidemment, garder des troubles mentaux préexistants à l'opération comme des idées délirantes, des hallucinations et des obsessions. »<sup>3</sup>

Chez le malade leucotomisé, la victoire contre l'agitation ou l'angoisse s'obtenait au prix

1 *Ibid.*

2 Voir à ce sujet les livres de A.R. Damasio, *Descartes' Error* (trad. fr., *L'Erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob, 1996) et *Looking for Spinoza* (trad. fr., *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob, 2003).

3 S. Cosyns-Duret, « Considération sur la psychothérapie après lobotomie », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1954, p. 378-387.

d'une altération globale des capacités intellectuelles et émotionnelles. Une rééducation basée sur des méthodes psychothérapeutiques pouvait toutefois contribuer à diminuer les symptômes postopératoires. Le Dr Simone Duret-Cosyns fut une des pionnières de ce traitement qu'elle entreprit au début des années 1950 à l'Institut de psychiatrie de l'hôpital Brugmann de Bruxelles. Dans un entretien que nous avons eu avec elle, elle nous a fait part de son expérience en la matière : « Je ne me suis pas beaucoup impliquée dans le problème des leucotomies, encore que pour trois ou quatre malades, j'en avais posé l'indication. Il s'agissait de malades où toutes les thérapeutiques avaient échoué, des malades en souffrance intense et pour lesquels l'alternative, c'était l'asile ou l'opération. J'étais donc favorable – ou plutôt, je n'étais pas opposée – à la leucotomie. On la faisait très rarement à l'Institut psychiatrique de l'hôpital Brugmann. Je me prononçais en faveur de l'opération lorsque, sur le plan de la souffrance générale du malade et de sa famille, elle pouvait avoir des conséquences favorables. C'était un pis-aller plus humain que le statu-quo. Entre autres, j'ai donné le feu vert – c'est une des rares fois où j'ai conseillé une leucotomie – chez un jeune malade, un caractériel grave et débile mental chez qui on avait tout essayé. Le patient était à certains moments d'une agitation et d'une agressivité telles que le père ne voulait plus entendre parler de son fils à la maison. On avait tout essayé : électrochocs, insuline, sédatifs à fortes doses... Il n'y avait plus comme issue que le placement définitif dans un asile. La mère était si fragile qu'elle aurait pu se suicider. La souffrance pour la mère et pour le fils étaient telles que la solution, c'était la leucotomie. Le couple ne pouvait tenir que si on trouvait une solution pour que le fils ne "démolisse plus les meubles". C'est un des cas que j'avais en charge et j'avais souhaité la psychochirurgie. J'ai rarement posé des indications de leucotomie. Mais, j'ai réalisé plusieurs psychothérapies post-opératoires dans des cas où je n'étais pas responsable de l'indication. À l'Institut psychiatrique, les opérations étaient faites par Ectors. Le Dr Ectors était chirurgien à l'hôpital universitaire Saint-Pierre. C'était un des piliers de la faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles. J'avais constaté que quand on ne faisait rien après une leucotomie bilatérale, les patients, après l'opération, étaient dans un état de bradypsychie, d'apathie et de manque d'initiative. J'ai commencé la psychiatrie à Brugmann en 1950 en tant que jeune assistante. Quand les leucotomisés rentraient après l'intervention, c'étaient véritablement des "légumes" comme on les appelait à l'époque. J'avais le goût d'un contact individualisé avec le malade et je me suis aperçue qu'en s'occupant d'eux au jour le jour, ils restaient beaucoup moins apathiques et beaucoup moins bradypsychiques. Alors je me suis mise à faire de la rééducation. Il s'agissait d'un travail presque d'institutrice, de rééducatrice. Je les faisais lire et regarder des images dans des revues en leur demandant le lendemain ce qu'ils avaient vu, pour essayer de stimuler leur mémoire, leur attention, leur réflexion. Cela a donné des résultats assez spectaculaires pour ceux qui ont ainsi été pris en charge. Pour ceux qui n'avaient pas bénéficié d'une rééducation, la symptomatologie éventuellement pénible avait disparu, mais ils restaient à peu près comme des légumes. J'avais vu l'un d'eux avant l'opération, un mélancolique grave et anxieux. Je le revis un an après, il vendait des fleurs à côté d'un cimetière. Il était sur sa chaise toute la journée avec le visage de quelqu'un qui regarde passer les trains. Alors que ceux que j'avais stimulés étaient dans un état bien différent. Le premier que je remis sur rails après sa leucotomie était un jeune schizo dangereux de 30 ans, un docteur en Droit qui occupait une situation assez importante. C'était un père de famille, il avait sept enfants. Il décompensa, devenant dangereux pour ses enfants et pour sa femme. Comme traitement, on n'avait pas grand chose à l'époque. On finit par faire une leucotomie, avec l'accord de sa femme. Après l'opération, je me suis occupée intensément de ce type avec la collaboration de son épouse qui était docteur en

philologie romane. Avant son opération, le malade avait commencé un mémoire sur le plan Schumann. Après la rééducation, il a terminé son travail et a repris ses fonctions antérieures. La rééducation avait été efficace. »<sup>1</sup>

### *Une pratique controversée*

Le bel optimisme des premières années de la psychochirurgie s'effrita bien vite. Jacques Flament, qui fut psychiatre à Titeca et à Brugman dès la fin des années 1940, nous confie que, dans son service, les médecins étaient, dans l'ensemble, opposés à la psychochirurgie. « C'était mutilant. C'était très traumatisant. Les résultats n'étaient pas garantis. C'était un traitement aventureux. »<sup>2</sup> À Titeca, le Dr Jacques Ley fut le médecin le plus opposé à la psychochirurgie. Jacques Flament décrit Jacques Ley, qui fut son confrère à Titeca, comme un « médecin très sérieux », adepte de la psychiatrie sociale et farouche opposant de la psychochirurgie. En 1954, Jacques Ley revint sur le cas de la psychochirurgie dans un article des *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*<sup>3</sup> intitulé « La tentation psychochirurgicale »<sup>4</sup>. Il s'agissait de la première évocation de la psychochirurgie à la Société de médecine mentale de Belgique – la « Mentale » comme l'appelaient familièrement ses membres – depuis le mémoire de E. De Greeff et L. Ectors sur la leucotomie préfrontale qui avait été publié en juillet 1950 dans le *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*. Or, depuis 1950, expliquait Ley, la psychochirurgie avait fait l'objet de discussions passionnées au cours desquelles on avait entendu les voix les plus autorisées soutenir des opinions très divergentes. Ley faisait référence à différentes réunions ou débats sur la psychochirurgie qui s'étaient tenus en Europe : la séance de la Société médico-psychologique de Paris du 12 mars 1951 ; l'enquête du journal suisse *Médecine et Hygiène* parue au début de 1952 ; le débat ouvert par la revue française de psychiatrie théorique et pratique *La Raison*, qui avait consacré son numéro 5 à une analyse critique de la question. Des voix s'élevaient un peu partout, même au pays de Freeman, contre certains abus de la psychochirurgie. Pour Ley, il s'agissait de faire à nouveau le point sur une pratique qui devenait de plus en plus controversée. L'acte chirurgical créait délibérément des lésions organiques irréversibles avec l'intention de modifier la pensée dans le sens d'une régression. C'était une altération de la personnalité qui était recherchée, puisqu'il s'agissait en définitive de rendre le malade plus ou moins indifférent à son trouble. Même les plus chauds partisans de la lobotomie ne contestaient pas que la réussite de l'opération était liée à une altération définitive de la personnalité. L'idée qu'il serait possible, en déconnectant certaines fibres, de neutraliser électivement un symptôme comme l'angoisse, sans toucher en même temps à l'ensemble du fonctionnement cérébral, était physiologiquement indéfendable. Pour Ley, « le lobotomisé reste un "frontal", un très petit frontal parfois mais un frontal quand même »<sup>5</sup>. Il s'agissait donc d'une opération radicale. Or, Ley considérait que l'on intervenait souvent trop rapidement. Pour lui, il était indéniable que dans certains services, souvent sous l'influence des familles ou de leurs médecins, on tendait à « faire vite », à raccourcir la période d'observation, à se contenter d'un diagnostic approximatif pour appliquer rapidement l'électrochoc,

1 Entretien avec le Dr Simone Duret-Cosyns, Uccle, le 20 février 2004.

2 Entretien avec le Dr Jacques Flament, à Uccle, le 25 juin 1999.

3 J. Ley, « La tentation psychochirurgicale », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 54, 1954, p. 317-330.

4 *Ibid.*

5 *Ibid.*

l'insuline, le cardiazol, l'acétylcholine, les chocs thermiques, et, lorsque ce cycle avait été accompli sans succès, on déclarait le malade incurable et on songeait automatiquement à la lobotomie. On agissait donc trop vite et sans tenir compte de méthodes alternatives, oubliant ainsi qu'il était possible d'obtenir des succès plus complets et durables par des techniques psychothérapeutiques et sociales, notamment par l'ergothérapie. Il était démontré que, dans les établissements où les malades mentaux chroniques étaient bien soignés, le problème psychochirurgical ne se posait que très rarement ou pas du tout. Ley condamnait ainsi l'aspect immoral de la psychochirurgie d'asile : « Non seulement nous provoquons chez le malade chronique, par l'insuffisance de nos soins, des symptômes graves et pénibles, mais nous nous arrogeons ensuite le droit de détruire une partie de son cerveau pour masquer (quand cela réussit) les troubles dont nous sommes nous-mêmes responsables. C'est comme l'a dit d'une manière lapidaire M. Baruk dans une réponse à M. Ey : "un terrible cas de conscience avec une double culpabilité : celle de ne pas faire ce qu'il faut faire et celle de faire ce qu'il ne faut pas". »

Jacques Ley dénonçait alors deux formes de la tentation psychochirurgicale. Une première forme de dérive était de vouloir opérer des malades au comportement trop gênant. Les partisans de la psychochirurgie vantaient ses effets bénéfiques : les agités avaient disparu, les leucotomisés quittaient l'asile pour rentrer chez eux, certains reprenaient même le travail. Mais, ces soi-disant guérisons étaient obtenues au prix d'une véritable démence affective. Ley proclamait donc avec force que l'agitation, l'agressivité ou le comportement difficile d'un malade ne constituaient pas des indications de leucotomie. Les psychiatres étaient loin d'avoir toujours réussi à résister à cette première forme de tentation psychochirurgicale, laquelle avait déjà été dénoncée par De Greeff et Ectors en 1950 : « L'importance de la matière à sacrifier ne doit pas se mesurer à la violence des symptômes, à moins qu'on ne soit décidé à réduire coûte que coûte le malade au silence, comme il semble hélas ! qu'on l'ait déjà fait en grande série. »<sup>1</sup>

La deuxième forme de la tendance psychochirurgicale était inhérente à sa nature expérimentale. L'expérimentation thérapeutique était certes une nécessité. Mais, elle ne devait pas être plus dangereuse pour le malade que la maladie elle-même. Or, les préoccupations expérimentales dominaient parfois le souci thérapeutique. Très souvent, les essais étaient tentés en désespoir de cause sans grande précision. Certains chirurgiens se servaient de la psychochirurgie pour affiner la connaissance des fonctions cérébrales. Ley : « Certains esprits localisateurs auront peut-être des idées trop précises : quelle tentation pour eux de se dire que, tout en soulageant ces pauvres aliénés qui souffrent (ou dont la personnalité est quand même déjà si altérée qu'on ne peut plus leur faire grand mal...), on va pouvoir "déconnecter" successivement les diverses aires de Brodmann et voir ce qui va se passer... »<sup>2</sup> Ley pensait que la psychochirurgie était dénuée de bases scientifiques sérieuses. Moniz lui-même avait abandonné son

1 E. De Greeff, L. Ectors, « Leucotomie préfrontale », *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1950, p. 325-391 (p. 326).

2 Ley poursuit: "On se défendra bien entendu de faire de l'expérimentation in anima vili: ce sera toujours un traitement, mais on fera en cours de route des observations intéressantes... Et nous savons que les localisateurs ont des théories à vérifier: Kleist localisait le "moi" dans l'area II; le sentiment dans l'aire 47; la pensée constructive dans l'aire 46; l'initiative dans l'aire 9, etc. À côté de ces conceptions déjà anciennes, il en est d'autres plus récentes mais de la même veine. La plus pittoresque est certainement celle de Rees d'après laquelle la lobotomie résout les conflits en séparant le sur-moi qui siège dans le lobe préfrontal, de la libido qui siège dans le thalamus... L'auteur ne dit pas dans quelle aire siège le sur-moi mais ne doutons pas que, l'expérience psychochirurgicale aidant, il y parvienne bientôt" (J. Ley, « La tentation psychochirurgicale », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 54, 1954, p. 317-330).

hypothèse initiale des blocages neuronaux et les théories édifiées ultérieurement pour tenter de justifier les interventions n'étaient guère plus convaincantes. En réalité, la psychochirurgie n'était pas sortie de l'empirisme le plus grossier.

Restait, aux yeux de Ley, une seule indication défendable de la psychochirurgie : la souffrance violente, physique ou morale, lorsque toutes les autres thérapeutiques possibles, somatiques ou psychologiques ont échoué, et lorsque cette souffrance, en devenant chronique, entraîne des troubles graves de la personnalité et de la vie sociale. Un traitement de dernier recours. Dans de tels cas, l'intervention devait être acceptée. Mais il ne fallait pas oublier qu'une telle thérapeutique écartait les psychiatres du droit chemin, « celui de la recherche patiente d'une explication scientifique des phénomènes pathologiques, seule base rationnelle d'une thérapeutique véritable comme d'une prévention efficace »<sup>1</sup>. Ley prônait donc une attitude pragmatique : l'opération était admissible en cas de souffrances incurables. Il comprenait difficilement l'attitude de ceux qui, pour des raisons doctrinales, s'opposaient radicalement à toutes les formes de psychochirurgie et étaient partisans de son interdiction légale. S'il était possible, en déconnectant chirurgicalement une région bien déterminée du cortex dans un seul hémisphère, d'obtenir la disparition d'une anxiété chronique ayant résisté à tous les traitements somatiques et psychologiques, il ne voyait pas au nom de quelle doctrine il aurait fallu s'en abstenir. On devait évidemment essayer de s'en tenir à ces interventions unilatérales ; mais, même lorsqu'on était amené, dans un deuxième temps, à opérer aussi du côté opposé, même alors l'intervention se justifiait, lorsqu'on avait des raisons de croire que les troubles de la personnalité qui en résulteraient seraient moins graves que ceux qui existaient du fait de la souffrance chronique. Or, les cas dans lesquels on avait pu parler d'un véritable sauvetage de la vie psychique par la psychochirurgie n'étaient pas tellement rares. Tout résidait donc, selon Ley, dans le choix de l'indication et dans une intervention aussi limitée que possible. Sans doute, admettait-il, détruire une région du cerveau c'était supprimer un problème que les psychiatres devaient s'efforcer de résoudre. Mais, quelle que soit l'énergie avec laquelle les praticiens de la médecine mentale allaient poursuivre la recherche de voies thérapeutiques nouvelles, il restera – pendant longtemps encore et peut-être toujours – des sujets qui échapperont à leur action. « Quelle sera, vis-à-vis de ces malades, l'attitude la plus humaine », demande Ley, celle qui consiste à poursuivre sur ces cas chroniques et désespérés l'expérimentation toujours aléatoire de moyens nouveaux, ou celle qui aura pour but de soulager ces malheureux, même au prix de troubles mentaux définitifs, mais moins pénibles que ceux qu'ils remplacent ? Lorsqu'on envisage ce dilemme sans passion, il faut opter « pour la solution qui consiste en somme à faire la part du feu »<sup>2</sup>. Mais avant d'agir, il fallait être sûr de se trouver réellement devant ce dilemme.

À Titeca, tous les médecins n'étaient pas aussi hostiles que Ley à l'encontre de la psychochirurgie. Dans un article de la *Revue du CNP* de 1950, étaient développés des arguments pour répondre à ceux qui critiquent la psychochirurgie et la réprouvent au nom du respect de la personne humaine. L'auteur de ce texte estimait que « le risque valait la peine d'être couru »<sup>3</sup> dans la mesure où la psychochirurgie déterminait souvent une « résurrection de la personnalité ». La première objection des opposants consistait à dire que ces opérations étaient contraires à la tradition médicale, en ce qu'elles

1 J. Ley, « La tentation psychochirurgicale », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 54, 1954, p. 317-330.

2 *Ibid.*

3 « Le traitement chirurgical de certains troubles psychiques », *Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*, 1950, volume 1947-1952, p. 366.

détruisaient un tissu dont l'état pathologique n'était pas démontré. Les médecins de Titeca admettaient que la psychochirurgie créait un déficit nouveau pour tenter de rétablir un certain équilibre psychique, qu'il s'agissait d'une méthode palliative et non curative. Mais fallait-il pour autant la rejeter ? « Si nous devons, en thérapeutique, attendre toujours avant d'agir de connaître toutes les conséquences possibles de nos actes, nous pourrions neuf fois sur dix nous croiser les bras. Comment agissent l'électrochoc, le coma insulinaire ? Que faisons-nous lorsque nous appliquons des rayons X, du radium ? Dans quelle mesure modifions-nous la personnalité lorsque nous faisons une psychanalyse ? lorsque nous enlevons la thyroïde ? les ovaires ? un membre même ? Faudrait-il laisser souffrir le malade plutôt que de le soumettre à une intervention apaisante dont toutes les conséquences ne sont pas connues ? Et pourquoi devrait-on, avant d'agir, exiger ces connaissances rigoureuses précisément dans le domaine où elles sont les plus difficiles à acquérir ? »<sup>1</sup>

Dès lors, les médecins de Titeca admettaient le recours à la psychochirurgie, mais sans enthousiasme. Cette intervention devait « rester l'ultima ratio de la thérapeutique psychiatrique »<sup>2</sup>. L'Institut Titeca n'éprouva pas pour la psychochirurgie son engouement habituel pour les nouvelles techniques. C'est par nécessité, et à contre-cœur, qu'on s'est résigné à utiliser le scalpel : « Quant au Centre neuro-psychiatrique, il n'a pas été cette fois à la tête du mouvement : très longtemps ses médecins ont hésité à proposer une intervention aussi mutilante. Ce n'est que relativement tard que nous nous sommes résignés à préconiser le recours à la psychochirurgie dans des cas bien sélectionnés. »<sup>3</sup>

La leucotomie était un traitement controversé, ainsi que le rappelle le Dr Meurice qui fut psychiatre à Liège puis à Lierneux au début des années 1950<sup>4</sup>. Plusieurs séances de la Société de médecine mentale de Belgique furent consacrées à la psychochirurgie. Lors de la séance du 30 mai 1953, après un exposé de S. Duret-Cosyns sur la « psychothérapie d'un syndrome de Cotard après leucotomie », une vive discussion s'engagea entre les membres de la société sur le bien-fondé de l'opération<sup>5</sup>.

Dans une séance ultérieure du 30 janvier 1954, J. Ley eut l'opportunité de préciser ces

1 *Ibid.*

2 *Ibid.*, p. 368.

3 « La psychochirurgie au Centre neuro-psychiatrique », *Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*, 1952, p. 77-84.

4 Dr Meurice: "La Société de médecine mentale de Belgique organisa une réunion sur la psychochirurgie. Il y avait des partisans et des opposants à la psychochirurgie. Un des plus enthousiastes était Ectors, le neurochirurgien, qui rêvait d'aller dans les grands hôpitaux psychiatriques avec son scalpel et d'en sortir après avoir fait cent psychochirurgies. L'opposition forcenée était très limitée. Jacques Ley fut un des principaux opposants en Belgique. Je me rappelle d'une séance consacrée à la psychochirurgie à la *Société de Médecine Mentale* de Belgique. Un psychiatre avait publié la lettre d'un malade expliquant "Mon sens moral s'est atténué. Si j'étais l'objet d'une forte séduction, je ne crois pas que j'y résisterais." On ne réalisait l'opération qu'après échec des autres traitements et dans des cas graves où la souffrance de l'individu était énorme. Le débat sur la psychochirurgie se déroula dans la sérénité. Jacques Ley était un homme très respecté. Il marchait avec une canne.

Les mutilations engendrées par les opérations psychochirurgicales étaient souvent plus légères que certaines opérations neurochirurgicales, notamment lors de résection de tumeurs. Quand j'étais encore étudiant, notre professeur de neurochirurgie, le Dr Christophe, disait "La neurochirurgie s'édifie sur un monceau de cadavres". Les indications les plus nettes de la psychochirurgie étaient les états obsessionnels graves. On faisait peu d'opérations. À Lierneux, on a lobotomisé deux ou trois malades avec des résultats pratiquement nuls. On a pensé qu'il était préférable de ne pas continuer. D'autant plus que les électrochocs et l'insuline donnaient certains résultats, et puis les neuroleptiques sont arrivés assez vite. (entretien avec le Dr Meurice, Liège, le 22 décembre 2001).

5 S. Cosyns-Duret, « Considération sur la psychothérapie après lobotomie », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 54, 1954, p. 378-387.

critiques à l'égard de la leucotomie. La lobotomie n'était pas une victoire sur la maladie mais « un acte barbare qui consacrait notre impuissance, notre défaite ». La psychochirurgie constituait un acte grave qui levait, chez le malade, certaines inhibitions morales. Aux yeux de Ley, le lobotomisé devenait véritablement un sous-homme. La mission du psychiatre était de « défendre le cerveau jusqu'à l'extrême limite du possible contre toutes les thérapeutiques agressives, et surtout contre les thérapeutiques mutilantes ». Il regrettait que les interventions des psychiatres aient trop souvent tendance à se standardiser, à se figer dans un rituel commode. C'est vrai en particulier des traitements de choc « qui nous font oublier que nos malades ont chacun leur spécificité propre et que les traitements doivent être individualisés au maximum ». Ley exprimait son antipathie pour les traitements violents même s'il leur reconnaissait une certaine efficacité dans beaucoup de cas. Selon lui, ces traitements expéditifs pratiqués en série éloignaient les psychiatres des thérapeutiques rationnelles de resocialisation du malade mental. Ley mettait beaucoup d'espoir dans une plus grande ouverture de la psychiatrie à la psychothérapie. Au début des années 1950, cette thérapie par l'écoute et le langage – longtemps négligée pendant la vague des thérapies de choc – connut un succès grandissant auprès de la nouvelle génération de psychiatres. Jacques Flament nous a confié que plusieurs psychiatres de sa génération suivaient des formations psychanalytiques, parfois clandestinement pour ne pas subir l'ire de leur chef, le Dr Nyssen, psychiatre à l'hôpital Brugmann, qui n'était guère ouvert aux pratiques nouvelles et qui aurait même menacé de renvoyer ses collaborateurs qui auraient eu l'audace d'entreprendre une psychanalyse. Pour Ley, ce n'était que par des recherches étiologiques et thérapeutiques, sans négliger le rôle des causes sociales des maladies mentales et de l'accompagnement psychothérapeutique, que l'on verrait se développer une psychiatrie digne de ce nom, une psychiatrie scientifique humaniste. La psychochirurgie était un symptôme de l'impasse dans laquelle se trouvait la psychiatrie au début des années 1950. Certes, l'électrochoc constituait un remède efficace pour soigner les malades mélancoliques et dépressifs. Mais la schizophrénie restait une maladie incurable. L'insulinothérapie avait représenté un espoir et suscité l'enthousiasme des psychiatres à la fin des années 1930. Au début des années 1950, les psychiatres n'y croyaient plus trop et l'appliquaient de façon mécanique. Pour les malades psychotiques trop agités ou rejetés par leur famille, la seule alternative, c'était l'asile de province ou la leucotomie. Ces malades gênants « au comportement impossible » qui stigmatisaient l'échec de la psychiatrie de cette époque, on s'en débarrassait en les envoyant en province ou en les confiant aux bons soins du Dr Ectors. Les premiers neuroleptiques allaient fournir un nouvel espoir et faire de la psychochirurgie une thérapeutique dépassée, symbole de l'impuissance de la psychiatrie avant l'ère psychopharmacologique.

## EGAS MONIZ DANS L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

**Zbigniew Kotowicz**

Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa  
Filósofo; Investigador

E-mail: z.kotowicz@yahoo.fr

Palavras-chave: Egas Moniz, leucotomie, neurologie, « neuronismo radical », « maladie mentale est une maladie du cerveau », psychiatrie.

Egas Moniz a performé la première leucotomie le 30 décembre 1935. L'année suivante, l'éditeur médical parisien Masson publie la monographie *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses* et l'ère de l'intervention directe dans le cerveau pour traiter des affections psychiques est née.

Quel genre de conviction se trouve derrière cette procédure ? C'est la conviction que la maladie mentale est une maladie du cerveau. C'est cette thèse que nous allons examiner dans ce propos.

Commençons par quelques remarques historiques.

L'idée selon laquelle le cerveau serait responsable pour la façon dont on pense, dont on sent, dont on imagine, etc., autrement dit, l'idée selon laquelle la psyché émanerait du cerveau a été déjà énoncée dans le corpus hippocratique :

from the brain, and from the brain only, arise our pleasures, joys, laughter and jests, as well as our sorrows, pains, grieves and tears. (Hippocrates: *On the Sacred Disease*, 175)

Les textes sur l'histoire de la neuroscience citent souvent ce passage. Notre attention est aussi attirée vers les travaux d'anthropologues au Pérou où des crânes trépanés ont été découverts suggérant que l'idée de l'intervention dans le cerveau est plus répandue qu'on ne croit. Ainsi, on fabrique une rhétorique qui voudrait que l'attribution de la psyché au cerveau soit effectivement une ancienne sagesse. Mais en réalité, historiquement et culturellement c'est une idée minoritaire. Les Grecs n'ont jamais adopté cette doctrine, la citation hippocratique a été effectivement un énoncé isolé car les Grecs ont aussi cru que la psyché était logée dans la poitrine, dans le sang, etc. ; les Orientaux n'ont jamais situé la psyché dans le cerveau. Cette idée est devenue dominante seulement en Europe au XIXème siècle, et plus spécifiquement dans le domaine de la psychiatrie dans le dernier tiers de ce siècle.

Cependant, on note que deux siècles avant, l'Anglais Thomas Willis, dans *Cerebri Anatomie* publié en 1664, avait déjà présenté une théorie similaire avec un détail considérable. Dans ce livre qui a donné à Willis la réputation de Vésale du cerveau (et où les desseins de Christopher Wren sont aussi magnifiques que dans la grande œuvre de Vésale) Willis dit que la recherche sur le cerveau démontre que :

the true and genuine reasons are drawn of very many actions and passions that are wont to happen in our body, which otherwise seem most difficult and inexplicable; no less from this fountain than the hidden causes of diseases and

symptoms, which are commonly ascribed to the incantations of witches, may be found out and clearly laid open. (Willis 1664 vol. 2: 125)

Le travail de Willis est à l'origine de discours riches sur les nerfs, qui s'accroissent vers la fin de XVIII<sup>ème</sup> siècle, lorsque Luigi Galvani démontre alors que les nerfs ont une charge électrique. Et jusqu'à nos jours on parle de nerfs « solides », « fragiles », etc. Mais la psyché n'a pas pour autant été assimilée au cerveau, probablement dû à l'influence de la philosophie de John Locke. (Curieusement, Locke a suivi le cours de Willis à Cambridge dont il se serait inspiré pour sa pensée matérialiste, très semblable au raisonnement de Willis, mais sans la matière cérébrale.) On voit donc que lorsqu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle émerge la psychiatrie avec les travaux de Vincenzo Chiarugi, Samuel Tuke et Philippe Pinel, le cerveau ne fait pas partie de leur discours. C'est le psychiatre allemand Wilhelm Griesinger qui affirme que la maladie mentale serait une maladie du cerveau. C'est en effet ce que l'on peut lire dans son ouvrage *Die Pathologies und Therapie der psychischen Krankheiten*, dont la deuxième édition de 1864 a eu un succès énorme, traduite en anglais et français elle fut le texte psychiatrique le plus lu pendant trois décennies (Griesinger 1867).

Griesinger propose la *single disease theory* selon laquelle toutes les affections qu'on rencontre dans les asiles psychiatriques comme les paranoïaques, syphilitiques, mélancoliques, etc. sont des symptômes d'une seule maladie du cerveau. Cette maladie commence avec les symptômes légers qui progressent lorsque la condition clinique s'aggrave. On voit donc que Moniz a adopté une théorie qui existait depuis 70 ans.

La place de Moniz dans cette histoire est particulièrement importante. Pour le présenter simplement : avant Moniz le cerveau a déjà donné lieu à bien des spéculations et conjectures mais l'intervention directe dans celui-ci était considéré absurde, voire grotesque. Avec l'introduction de la psychochirurgie l'absurde devient le quotidien.

Mais il y a plus que juste l'audace de Moniz. Il a présenté une théorie neuronale de la maladie mentale

*As fibrilhas e as synapses são [...] os órgãos fundamentais do pensamento.*  
(Moniz 1950:88). [ha] certa correlação entre as alterações psíquicas e as alterações químicas que produzem a altura das synapses.

Do exposto concludo que:

*As doenças mentais têm, nas sinapses, o principal substrato anatómico*  
(ibid.: 90, souligné en original).

Le jeune collaborateur de Moniz le psychiatre Barahona Fernandes a appelé cette théorie « neuronisme radical » (Fernandes 1983:132) et c'est remarquable de noter que dans certains discours psychiatriques d'aujourd'hui on trouve exactement le même raisonnement. Moniz a fourni aussi un argument d'un autre ordre – les autres traitements de choc qui avaient déjà été introduits dans la clinique psychiatrique (le coma provoqué par insuline, la malaria thérapie, les attaques épileptiques provoquées par Cardiazol) frappent le cerveau en masse, tandis que la psychochirurgie cible les sites spécifiques et va donc contribuer à la compréhension du fonctionnement du cerveau, autrement dit, elle a une valeur neuroscientifique. En effet, aux Etats-Unis un programme de recherche autour de la lobotomie a été lancé par John Fulton et financé par la Rockefeller Foundation.

Les premiers enthousiastes ont été les italiens, Emilio Rizzatti étant le plus proéminent. En 1942 les américains Walter Freeman et James Watts publient une monographie *Psychosurgery* qui a eu une influence énorme. Pendant les vingt années qui ont suivi,

des dizaines de milliers de patients ont été lobotomisés. Et au début des années soixante la procédure est brusquement abandonnée.

Cependant, bien que la lobotomie soit abandonnée, le programme neuroscientifique introduit par Moniz est retenu et le cerveau devient la cible légitime de l'intervention directe (laser, Deep Brain Stimulation, pharmacologie qui est aujourd'hui présentée comme une intervention précise dans la chimie des synapses). Le discours dominant de la psychiatrie propagé par l'*American Journal of Psychiatry* est basé sur la théorie de Moniz, à savoir, que les troubles psychiques sont provoqués par la fixation de circuits neurales et la signalisation synaptique défectueuse.

Nous venons de voir donc l'esquisse de l'histoire du problème. Comment l'analyser ? La tâche est de démontrer que la théorie selon laquelle la maladie mentale est une maladie du cerveau est une théorie erronée, autrement dit, ce n'est pas une question de technique encore inadéquate qu'il faudrait raffiner mais plutôt l'idée elle-même qui serait erronée.

On commence par noter qu'il n'est pas possible de contredire l'énoncé selon lequel la maladie mentale est une maladie du cerveau. On peut néanmoins énumérer toutes les difficultés associées à cette théorie (il s'agit de démontrer que le symptôme est toujours précédé par une activité spécifique du cerveau, que quand le symptôme est absent l'activité cérébrale l'est également, etc.) mais il reste impossible de démontrer que la maladie mentale n'est pas une maladie du cerveau. Du point de vue popperien un tel énoncé ne serait donc pas scientifiquement valide puisqu'il n'est pas falsifiable. Mais on sait que les scientifiques n'attachent aucune importance aux opinions des philosophes et donc une telle objection a peu de poids.

Si on ne peut pas réfuter la théorie qui veut que la maladie mentale est une maladie du cerveau, on peut analyser la conséquence de cette doctrine ; elle est bien formulée dans ce titre de l'article qui est paru dans *American Journal of Psychiatry* :

The integration of Neurology, Psychiatry, and Neuroscience in the 21<sup>st</sup> century.  
(Martin 2002)

On peut voir qu'avec l'aide de la neuroscience, la doctrine de Griesinger se voit ressuscitée dans cette nouvelle vision ; tous les symptômes neurologiques (Parkinson, Alzheimer, etc.) et psychiatriques (dépression, kleptomanie, paranoïa, etc.) font partie de la même maladie du cerveau.

Le programme de Griesinger était un programme scientifique, plus strictement parlant, une recherche anatomique ayant pour objectif de vérifier une théorie. C'est intéressant de noter que cette recherche a abouti dans la séparation entre la neurologie et la psychiatrie. En 1908 Franz Nissl, proéminent neurologue allemand déclare :

It was a bad mistake not to realise that the findings of brain anatomy bore no relationship to psychiatric findings. (Shorter 1997: 109).

Et en effet, l'histoire de la psychiatrie et de la neurologie démontre que dans le XIX<sup>ème</sup> siècle les mêmes noms apparaissent dans les deux disciplines (Jean-Martin Charcot, Theoder Meynert, Carl Wernicke), dans le XX<sup>ème</sup> siècle la séparation est nette (Joseph Babinski, Alois Alzheimer, Kurt Goldstein sont de neurologues, Emil Kraepelin, Eugen Bleuler, Kurt Schneider sont des psychiatres). C'est dans le *Zeitgeist* de cette séparation nette que Moniz a travaillé. Mais lui, en tant que neurologue, avait une opinion très basse des psychiatres, ainsi il a écrit sur José de Matos Sobral Cid, éminent psychiatre

de Lisbonne, qu'il employait une belle phraséologie pourtant 'esquecendo por completo que a psiquiatria é um ramo da ciência que professamos [c'est-à-dire neurologie]' et donc selon le grand neurologue il n'y a pas de séparation entre la psychiatrie et la neurologie. Cette opinion est assez répandue aujourd'hui, en voici un exemple :

The distinction between diseases of 'brain' and 'mind', between 'neurological' problems and 'psychological' problems, it is an unfortunate cultural inheritance that permeates society and medicine. It reflects a basic ignorance of the relation between brain and mind. (Damasio, 1994, 40)

La question suivante se pose alors : est-ce que la distinction entre la psychiatrie et la neurologie est valide ?

On peut commencer en notant que les origines de ces disciplines sont différentes. La neurologie a émergé dans le contexte clinique et ses fondements médicaux sont incontestables, la psychiatrie est basée sur une idéologie qui permettait d'exclure les indésirables de la société. C'est bien les réflexions sur ces racines idéologiques qui ont nourri la pensée antipsychiatrice des années soixante et soixante-dix. L'idée de l'anti-neurologie ne fait aucun sens.

Cependant, les antipsychiatres ont jamais nié que la folie existe, par exemple, *Le moi divisé* de l'antipsychiatre écossais R.D.Laing est une exploration phénoménologique de la folie. Donc la question doit être formulée d'une façon différente : la folie est-elle essentiellement différente des désordres neurologiques ?

Commençons par une observation clinique. Les désordres neurologiques se présentent comme cliniquement stables – les symptômes de Parkinson ont été les mêmes depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle jusqu'à nos jours. L'existence des maladies neurologiques est établie de la même façon que celle des maladies de la médecine générale. Deux ou trois cas sont présentés (la première communication d'Alzheimer a été basée sur trois cas), à la suite de quoi les observations sont confirmées par d'autres médecins et la maladie est alors nommée d'après celui qui a fait la première description clinique (Parkinson, Korsakoff, Huntington etc.). Ainsi encadrée elle entre dans le domaine médical. Les maladies psychiatriques ne démontrent pas une telle stabilité, on ne trouve pas le délire de Chiarugi, ou l'hallucination de Pinel. La symptomatologie change avec le temps et à travers les différentes cultures.

Cette observation préliminaire suggère que la distinction entre la psychiatrie et la neurologie est justifiée. Cette distinction peut être mise en lumière par une analyse de deux types de maladies qu'on trouve dans la médecine générale. Le premier vient des désordres du milieu intérieur (le diabète est un bon exemple), le deuxième vient des maladies provoquées par une invasion de l'extérieure (tuberculose). Georges Canguilhem a expliqué la différence d'une façon typiquement élégante :

[la maladie] est soit une lutte de l'organisme et d'un être étranger, soit une lutte intérieure de forces affrontées. (Canguilhem 1966: 13)

Donc, on peut se demander : la même distinction est-elle valable pour séparer la psychiatrie et la neurologie ? Cette question ne sera pas abordée par la recherche cérébrale. Autrement dit, au lieu de faire appel aux techniques de scanning il s'agit d'analyser un autre aspect de la distinction entre les deux types de maladies – le mode de transmission. C'est assez simple - les désordres du milieu intérieur seraient transmis seulement par hérédité, processus alors appelé transmission verticale. Les maladies écologiques sont seulement transmises par la contagion, autrement appelé transmission

horizontale. Quand on analyse la différence entre la psychiatrie et la neurologie à travers cette lumière la moitié de la réponse est tout à fait claire – les désordres neurologiques sont des désordres du milieu intérieur car ils ne sont jamais contagieux, s'ils sont transmis c'est par l'hérédité (maladie de Huntington, par exemple). Quand il s'agit des affections psychiatriques la réponse à cette question ne se présente pas aussi immédiate. Commençons par l'hérédité. Les études sur les jumeaux ont été présentées comme la preuve de la transmission génétique des maladies mentales. Cependant, les experts qui ont analysé des résultats de ces études notent l'aspect contradictoire des données et des procédés statistiques suspects (Bentall 2004: 76-83). Le Human Genome Project est beaucoup trop complexe pour donner une réponse claire. En plus, il reste la question du diagnostic psychiatrique qui n'est pas fiable.

Qu'est-ce qu'on peut dire concernant la transmission horizontale de la maladie mentale ? La première chose qui traverse l'esprit est que la maladie mentale n'est pas contagieuse, on peut entrer dans un hôpital psychiatrique sans craindre d'attraper une paranoïa ou une catatonie. Mais si on parle de la folie d'une façon assez libre on peut voir qu'elle a certains aspects qui suggèrent une dimension écologique. D'abord, il est possible de provoquer délibérément la folie, de rendre un esprit dérangé ; le lavage de cerveau est un bon exemple. Cela suggère une dimension écologique car il est impossible de provoquer un désordre intérieur tel que le diabète ou la maladie de Parkinson par exemple ; en revanche, des maladies dites écologiques comme la malaria ou la tuberculose sont d'habitude facilement engendrées.

Mais il y a un autre aspect de la folie qui est encore plus important à souligner, à savoir que la folie peut s'exprimer collectivement. En psychiatrie on trouve le diagnostic « folie à deux » ou « folie à plusieurs » qui désigne la situation dans laquelle deux personnes ou plus partagent un même délire. Et notre histoire est remplie de psychoses collectives. Quand au XIV<sup>ème</sup> siècle la peste noire a décimé une partie importante de la population en Europe, le continent entier a été témoin des processions de flagellants, les exécutions de juifs, sorcières ou tout autre mécréant sur le bûcher, etc., etc. Un autre exemple c'est l'épidémie de Spiritisme du XIX<sup>ème</sup> siècle. Elle a eu son début aux États-Unis dans les années 1840, traverse l'Atlantique en 1852 et la contagion se propage dans toute l'Europe pour enfin connaître une récession vers la fin des années 1860. (Henri Ellenberger raconte cette histoire en employant les termes de « contagion » et « épidémie ». Ellenberger 1970 : 84) On pourrait remplir des volumes entiers avec les exemples de phénomènes psychiques collectifs. Nietzsche s'est d'ailleurs exprimé sur le sujet :

La démence, chez l'individu, est quelque chose de rare, - chez les groupes, les parties, les peuples, les époques, c'est la règle. (Nietzsche 1968: 70, maxim 156)

Il n'y a rien de semblable dans le domaine neurologique. Et, donc, si ces remarques sont justes il faut conclure que l'unification entre la psychiatrie et la neurologie n'est pas justifiée.

Ces considérations doivent être suivies par quelques remarques concernant l'impact de la doctrine qui voudrait que la maladie mentale est une maladie du cerveau sur la clinique. Tandis que la doctrine cérébrale du XIX<sup>ème</sup> siècle a été accompagnée par le nihilisme thérapeutique, ce qui veut dire que cette théorie n'avait aucune utilisation clinique (les maladies du cerveau n'est pas guérissables), la version moderne propage l'optimisme thérapeutique. Moniz a été le premier à exprimer cet optimisme, en déclarant dans sa monographie : « opérés, ils ont été guéris » (Moniz 1936: 221)..

António Damasio est lui aussi optimiste : « the understanding of neurobiology of sociopathy might lead to prevention and cure » (Damasio 1994:178), ou encore, dans cette déclaration mégalomane :

During the next several decades, we can expect to identify the abnormalities in brain geography and topography that define the various types of mental illness. Once this is accomplished we will know where the enemy is. The techniques of molecular biology will give us the capacity to do precision bombing, while our maps of brain terrain will give us targets at which to aim. (Andreasen 2001: 320)

Ça c'est l'opinion de la rédactrice en chef du *American Journal of Psychiatry*, Nancy Andreasen. Ce passage, qui fait presque rire, suggère pourtant quelque chose d'inquiétant dans cette imagerie guerrière. Mais voyons le raisonnement de Pinel quand il a rejeté l'hypothèse que la maladie mentale prend son origine dans le cerveau. Premièrement, il remarque que les recherches anatomiques ne confirment pas cette théorie, mais il dit aussi :

numerous cures which have been performed in England and France; the fully established success of the moral treatment in a great variety of instances [...] appear to establish a contrary opinion. (Pinel 1806: 111)

Cette remarque est particulièrement pertinente. Aucune maladie neurologique, ce qui veut dire maladie à partir de laquelle on peut démontrer une lésion (ou dérèglement) dans le cerveau ou dans le système nerveux, n'est guérissable. Et puisque on témoigne des guérisons des maladies mentales elles ne peuvent pas être des maladies du cerveau. Donc, en effet, la théorie cérébrale consigne la folie dans la zone non-guérissable. D'ailleurs, certains neuropsychiatres contemporains sont du même avis : « mental ills should be treated like chronic diseases » (Hobson and Leonard 2001 : 65). Il faut noter que du point de vue de la doctrine cérébrale c'est plus cohérent d'adopter le nihilisme thérapeutique que l'optimisme propagé par les autres. Néanmoins, est-ce possible que les témoignages innombrables de récupération après un coup de folie soient tous faux ? Une remarque finale. Le nombre de guérisons reporté par Pinel et les autres psychiatres de sa génération est impressionnant et la méthode de Pinel qui visait à faciliter la guérison spontanée est la meilleure méthode dont l'histoire de la psychiatrie fait mention. Cette façon de penser les questions cliniques a disparu, la guérison spontanée n'est pas mentionnée une seule fois dans le vaste manuel de diagnostic américain DSMIV.

Pour finir, une remarque sur le titre de cet exposé : « Egas Moniz dans l'histoire de la psychiatrie ». On pourrait se demander : Est-ce pertinent de mentionner Moniz ? Autrement dit, pourrait-on saisir toutes les questions importantes concernant la doctrine cérébrale de la maladie mentale juste en analysant l'évolution de cette doctrine sans impliquer Moniz, ce qui reviendrait à faire l'histoire sans l'auteur ? Deux aspects spécifiquement liés avec l'illustre portugais ont déjà été soulignés – en premier il s'agit de la théorie synaptique de la maladie mentale, une théorie qui a été adoptée aujourd'hui ; en deuxième l'optimisme thérapeutique qui a lui aussi été adopté. Mais il reste encore un problème qui peut facilement échapper à notre attention.

Un article récemment publié en *Science* illustre en effet ce problème. Il porte le titre « The future of psychiatric research : genomes and neural circuits », il est signé par six auteurs dont trois lauréats du Prix Nobel (Sidney Brenner, Eric Kandel and James

Watson) et il prédit que la recherche va démontrer que les maladies mentales comme l'autisme ou la schizophrénie sont des conséquences des perturbations dans les circuits neurales (Akil *et al.* 2010). Évidemment, tout le monde a beaucoup de respect pour les scientifiques qui gagnent le prix Nobel, mais depuis quand ce prix rend le nominé automatiquement compétent en matières psychiatriques ? La psychiatrie est un métier complexe et il faut beaucoup de temps et d'expérience clinique pour le maîtriser. Moniz n'avait ni l'expérience de la clinique psychiatrique ni l'intérêt manifeste à ce sujet, la longue liste de ses publications est assez révélatrice – à part sa vaste œuvre neurologique, il semble avoir écrit sur tout les sujets qui ont attiré son intérêt, sexologie, hypnose, psychanalyse, psychoses sociales, jeux de cartes, art moderne, littérature, études historiques, etc., etc. mais on ne trouve pas dans ces écrits un seul mot sur la psychiatrie, soit-elle théorique ou clinique. Donc, Moniz n'avait aucune compétence qui aurait pu légitimer son entrée dans ce domaine. C'est déjà grave en soi mais c'est encore pire car Moniz a ouvert la porte pour d'autres comme lui. On peut apercevoir les conséquences si on compare la réception de la première tentative opératoire sur le cerveau pour alléger les troubles psychiques qui a eu lieu en 1888 et 1889. Le psychiatre suisse Gottlieb Burckhardt enlevait les morceaux du cortex de six patients dans le but de les calmer (Whitaker, *et al.* 1986). Il a présenté son travail au congrès de psychiatrie à Berlin en 1890 et ses collègues, horrifiés, l'ont interdit de continuer ses expériences. Burckhardt a publié un rapport mais aucun débat n'a suivi, sa tentative est passée sous silence et vite oubliée. Quand le travail de Moniz a été présenté (par son assistant Diogo Furtado) à Paris la réception a été similaire – les critiques ont été sévères et sa spéculation sur les circuits neurales a été dénoncée comme « mythologie cérébrale » (Moniz et Furtado 1936). Et pourtant, un peu plus que dix ans plus tard Moniz reçoit le prix Nobel. Comment est-ce possible ? C'est simple. Quand Moniz a été nommé pour le prix la première fois, sa candidature a été examinée et rejetée par le psychiatre Eric Essen-Möller. La deuxième fois le neurologue Herbert Olivecrona a examiné la candidature et recommandé l'attribution du prix.

En fin de compte il faut reconnaître que cette « révolution » en psychiatrie a été déclenchée par un non-psychiatre, l'approbation scientifique a été conférée à cette révolution par d'autres tout aussi éloignés du domaine psychiatrique. Et la situation continue, les neuroscientifiques nous parlent de la dopamine ou de la sérotonine, les lauréats du prix Nobel s'y prononcent... Un étrange avenir se profile à l'horizon.

### **Bibliographie**

- Akil, H., Brenner, S., Kandel, E., Kendler, K. S., King, M. C., Scolnick, E., Watson, J. and Zoghbi, H. Y. (2010) The future of psychiatric research: genomes and neural circuits. *Science*, 327, 1580-81.
- Andreasen, N.C. (1984) *The Broken Brain. The Biological Revolution in Psychiatry* New York: Harper and Row
- Bentall, R.B (2004) *Madness Explained* London : Penguin
- Canguilhem, G. (1966) *Le normal et le pathologique* Paris: Presses Universitaires de France.
- Damasio, A. (1994) *Descartes' Error* London: Picador.
- Ellenberger, H. (1970) *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* New York: Basic
- Fernandes, B. (1983) *Egas Moniz, Pioneiro de Descobrimientos Médicos* Lisboa: Instituto da Cultura et Língua Portuguesa.

- Freeman, W. and Watts J.W. (1942) *Psychosurgery; Intelligence, Emotion and Social Behavior following Prefrontal Lobotomy for Mental Disorders* Springfield: Charles C. Thomas
- Griesinger, W. (1867) *Mental Pathology and Therapeutics* (Facsimile reprint, New York: Hafner, 1965).
- Hippocrates, (1923) *On the Sacred Disease* The Loeb Classical Library, 17, 2 London: Heinemann
- Hobson, J. A. and Leonard, J. A. (2001) *Out of its Mind: Psychiatry in Crisis: A Call for Reform* Oxford: Perseus
- Martin, J. B. (2002) The integration of neurology, psychiatry and neuroscience in the 21st Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 695-704.
- Moniz, Egas (1936a) *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses* Paris: Masson.
- (1950) Ramón y Cajal. In *Conferências médicas e literárias* vol III, Lisboa: Portugália.
- Moniz Egas and Furtado, D. (1937) Essais de traitement de la schizophrénie par la leucotomie préfrontale. *Annales Médico-Psychologiques* II, 298-309.
- Nietzche, F. (1913) *Par delà le bien et le mal. Prélude d'une philosophie de l'avenir*. Trad. Henri Albert. Mercure de France, 1913 [dixième édition] (Œuvres complètes de Frédéric Nietzsche, vol. 10)
- Pinel, P. (1806) *A Treatise on Insanity* (Facsimile edition, New York: Hafner 1962)
- Shorter, E. (1997) *A History of Psychiatry* Chichester: John Wiley and Sons.
- Willis, T. (1664) *Cerebri anatome, cui accessit nervorum descriptio et usus* (London: J. Martin and J. Allestry). Reprinted as *The Anatomy of the Brain and Nerves* Ed. W. Feindel Montreal: McGill University Press, 1965.
- Whitaker, H. A., Stemmer B. and Joannette, Y. (1996) A Psychological chapter in the history of cerebralisation: The six cases of Gottlieb Burckhardt (1891). In C. Code, C.-W. Wallesch, Y. Joannette and A. R. Lecours (eds), *Classic Cases in Neuropsychology* (Hove: Psychology Press), 275-304.

## A 1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PSICOCIRURGIA (1948): ENTRE ENTUSIASTAS E CÉTICOS

**Manuel Correia**

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra –  
CEIS20

Investigador

E-mail:manuel.correia@uc.pt

Palavras Chave: Psicocirurgia, Psiquiatria Biológica, História e Sociologia da Ciência,  
Egas Moniz.

Quando se realizou a 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia em Lisboa, no verão de 1948, o método proposto por Egas Moniz e prosseguido por Walter Freeman e outros estava já em crise. A Conferência, reunindo entusiastas mimetizadores, inovadores e céticos, pôs em destaque três aspetos estruturantes desta fase da história da psiquiatria biológica:

1. A explicação teórica para as alterações produzidas pela lesão frontal;
2. A indicação exata das áreas e dos alvos neurocirúrgicos e
3. O fundamento e a grelha mais adequada à interpretação dos resultados.

As fragilidades teóricas, a obsolescência do método face ao desenvolvimento da neurocirurgia e as chamadas alterações da personalidade nos pacientes, embora reconhecidos não desmobilizaram a determinação de prosseguirem na criação de novas oportunidades experimentais. A consagração do seu mais recente impulsor, Egas Moniz, ficaria a dever-se pois mais à laboratorialização do cérebro vivo do que ao acerto do método que propôs.

A Psicocirurgia emerge na história da psiquiatria como mais uma forma de compreender e tratar as doenças mentais.

Autores como Jean-Noël Missa colocam-na historicamente na sequência dos métodos a que recorreu a Psiquiatria Biológica (Acalmar, Abanar, Cortar e Curar)<sup>1</sup>; outros, como Zbigniew Kotowicz atribuem-lhe a congeminação de um “Programa de Pesquisa”, no sentido da conceptualização de Imre Lakatos, prosseguindo na senda da tese que Griesinger, por exemplo, plasmou em meados do século XIX ao proclamar que “a doença mental é uma doença do cérebro”. Segundo Kotowicz, ao sustentar que era nas sinapses que residia a parte mais significativa do psiquismo e ao determinar que as lesões frontais iriam desencadear efeitos benéficos, Moniz deu nascimento a uma espécie de novo paradigma, no sentido Kuhniano. Daí o título do seu livro mais recente: (traduzido do inglês) *Psicocirurgia. O nascimento de um novo paradigma científico. Egas Moniz hoje*<sup>2</sup>.

Com essa intuição, Egas Moniz outorgava-se o livre-trânsito para fazer do cérebro dos humanos vivos um laboratório privilegiado onde, por tentativa e erro, se propunha tratar as doenças mentais, recorrendo ao arsenal técnico da neurologia na vertente neurocirúrgica com propósitos (aleadamente) psiquiátricos.

A sua tese acerca da dinâmica cerebral com o foco psíquico nas sinapses não era verificável e a opção de interromper circuitos neuronais com as lesões que preconizava parecia afastar-se das preocupações com o que de facto se poderia passar nas sinapses.

Vivia-se então a controvérsia acerca da natureza do que mais tarde se viria a chamar neurotransmissores. Os trabalhos científicos que comprovavam a sua existência vinham dos princípios do século XX. No início dos anos 20 desse século, Otto Loewi tinha

comprovado a ação da acetilcolina (também utilizada nas terapias convulsivantes) identificada por Henry Dale por volta do início da I Grande Guerra, e o Prémio Nobel da Fisiologia ou Medicina que fora atribuído a ambos em 1936 chamara necessariamente a atenção para o potencial das trocas energéticas (químicas e elétricas) que ocorriam nas sinapses.

Os resultados e as reflexões suscitadas sobre os neurotransmissores, anteriores às primeiras leucotomias e premiados pela Fundação Nobel no mesmo ano em que Egas Moniz publicou em Paris as suas “Tentativas Operatórias”, não foram, no entanto, equacionados pelos pioneiros da Leucotomia e da Lobotomia.

Sabendo embora da existência dos neurotransmissores e intuindo a sua importância, a investigação diretamente associada à clínica psiquiátrica e neurológica reunida na 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia devotou as atenções sobretudo ao balanço e discussão dos resultados de cerca de uma década de prática da leucotomia pré-frontal e suas já então numerosas variantes. O foco na neurocirurgia era a preocupação principal<sup>3</sup> e os traços mais salientes das apresentações prendem-se com as inexplicadas e persistentes anomalias; a contestação do método primitivo; a crescente atenção às “alterações da personalidade”; o reconhecimento de que as teorias adiantadas eram claramente insatisfatórias.

A 1ª Conferência permite pois testemunhar que doze anos após o arranque, a leucotomia e suas derivadas debatiam-se numa crise profunda.

### **Um *lobby* médico e científico**

A iniciativa do conclave inscreveu-se claramente numa dupla estratégia: demonstrar a influência mundializadora da leucotomia num evento de carácter fundacional sublinhando o seu carácter neuropsiquiátrico, ao mesmo tempo que, estrategicamente, reforçava o *lobby* destinado a levar Egas Moniz ao Nobel.

A primeira sugestão terá partido de Walter Freeman que escreveu a Egas Moniz a 14 de Setembro de 1946 auscultando-o para o efeito. A ideia fez caminho, mas face às múltiplas manifestações congratulatórias que Moniz ia recebendo (Reunião da Sociedade Britânica de Neurocirurgiões em Lisboa, em 1947), o adiamento da realização primeiro para Abril e finalmente para Agosto de 1948 foi por isso vista com bons olhos<sup>4</sup>.

O enquadramento político foi imponente com o Chefe de Estado e algumas figuras do Governo na sessão inaugural; a cobertura mediática foi generosa; e a apresentação de uma moção recomendando Egas Moniz para o próximo Prémio Nobel, aprovada por “aclamação” na sessão final ilustra bem a componente estratégica orientada para o simbólico. Se juntarmos à moção a disposição anunciada por alguns dos participantes em diligenciar junto das entidades estatais dos respetivos países para apoiar “diplomaticamente” essas nomeações para o Nobel<sup>5</sup>, teremos o quadro quase completo desta parte da estratégia de *lobby*.

Todavia, apesar dos propósitos políticos do conclave serem óbvios, o conteúdo das comunicações apresentadas pelos delegados introduziu, na sua diversidade, numerosas notas dissonantes por contraponto à efusividade congratulatória cuja verve referimos.

### **Nem tanto ao mar...**

Revelou-se assim vivo contraste entre o plano de atuação simbólico e o plano da discussão das matérias em agenda que fizeram ressaltar um conjunto de observações

críticas. Tais observações puseram em relevo as insuficiências do método, a inexatidão na interpretação dos resultados clínicos e as imprecisões teóricas de origem. Porém, em paralelo, manifestavam-se quase sempre os apoios ao prosseguimento das experimentações, as declarações de grande convicção quanto à orientação geral, a par de reiteradas propostas de alargamento da aplicação da leucotomia a outras patologias.

A questão dos efeitos colaterais indesejáveis, também chamada das “alterações da personalidade” foi chamada à colação em várias intervenções. Praticamente desde o início, o problema das “alterações” foi alvo de várias advertências que Egas Moniz minimizava ou desprezava, no que era acompanhado por Freeman e outros entusiastas do método. Nesta 1ª Conferência, porém, o reconhecimento dessas alterações e a evidência da diminuição ou regressão do estado mental das pessoas operadas foi sublinhada por quase todos os intervenientes e apontada por muitos como um dos maiores inconvenientes do método. Uns limitavam-se a constatar a sua existência; outros propunham modificações do método com vista à redução dos embotamentos e alheamentos, dos decréscimos de tonicidade e das crises epiléticas.

Os riscos implicados na cirurgia foram recenseados nalgumas comunicações: hemorragias e lesões imprecisas estariam na base dos tais efeitos indesejáveis que iam das afeções incapacitantes à mortalidade cujas taxas se agravavam à medida que se comparavam os resultados do pós-operatório com as catamnéses mais longas.

A amenização dos sintomas por vezes verificados contrastava com a promessa inicial das supostas “curas” e mesmo com a eficácia no tratamento das doenças psiquiátricas designadas. A constatação de que a ansiedade em geral diminuía surgia em paralelo com a constatação de que, no caso das psicoses, o conteúdo permanecia inalterado; no caso das condições obsessivo-compulsivas apurava-se que os impulsos continuavam mas o paciente por vezes encontrava uma resposta diferente; quanto à dor crónica, o paciente ainda sentia a dor mas incomodava-se menos e conformava-se melhor com o seu estado. As fragilidades teóricas em que quer Moniz quer Freeman baseavam a definição dos alvos a lesionar e a explicação para as modificações pretendidas, apesar de alguns dos participantes não parecerem particularmente interessados nelas, originaram discussões dum acentuado empenhamento técnico e científico.

O método e os alvos cirúrgicos ditados por Egas Moniz a Almeida Lima e outros tinham entrado em colisão com o desenvolvimento da neurocirurgia de crescente exigência quanto ao rigor, precisão e definições positivas. O desacordo de muitos neurocirurgiões com o método primitivo de Moniz e Lima, de Freeman e Watts, de Fiamberti (adotado mais tarde também por Freeman) foi significativamente sublinhado a traço grosso.

Finalmente, os excessos experimentalistas quer em relação à idade dos pacientes<sup>1</sup> quer em relação ao espectro das indicações alegadamente terapêuticas fizeram-se ouvir, sob a reivindicação comum da necessidade de prosseguir as experiências, as tentativas, em busca de padrões e critérios mais sólidos.

Em face dos resultados apresentados e do exame crítico exercido por reputados psiquiatras e neurocirurgiões, a 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia permitia uma leitura cheia de recomendações precaucionárias que evidenciava não apenas a necessidade de abandonar o método primitivo, como, também, de proceder a um reexame mais rigoroso da interpretação dos resultados revendo e desenvolvendo as bases teóricas que Egas Moniz, Walter Freeman e outros tinham até então divulgado.

---

<sup>1</sup> Ver YAHN, Mário; KRYNSKI, Stanislaw; PIMENTA, Aloisio Matos; SETTE JÚNIOR, Afonso -“Sobre a leucotomia pré-frontal de Freeman e Watts em crianças”. Psychosurgery. 1st International Conference (August 4th – 7th 1948). Lisbon: Bertrand (Irmãos) Lda, 1949. 334 p. pp. 129 -145.

É essa leitura que, com gradações diversas, os próprios colaboradores de Moniz virão a adotar nos anos seguintes.

### Obstáculos e falhas

Os propósitos terapêuticos que Egas Moniz consignava para a Leucotomia pré-frontal constam do texto seminal “Tentativas Operatórias<sup>1</sup>” e anunciam uma eficácia distribuída por 7 (sete) curas — “Guérisons cliniques” — 7 (sete) melhorias consideráveis — “...surtout de l’agitation psychomotrice” — e 6 (seis) sem alterações, numa amostra de 20 pessoas operadas<sup>2</sup>.

Neste caso, o seguimento dos doentes operados era demasiado curto (menos de 1 ano) e as “curas” relevavam de um otimismo terapêutico fantástico. Doze anos depois, o panorama tornara-se muito diferente.

Vários dos trabalhos apresentados consideravam muito seriamente as alterações da personalidade, a imprevisibilidade das reações, a regressão geral e uma taxa de morbilidade e mortalidade que se agravava a prazo.

Na mesa redonda acerca dos resultados operatórios, os critérios de classificação dos resultados propostos por Walter Freeman e outros foram discutidos, postos em causa e diferentemente interpretados<sup>3</sup>. Aí caíram as designações de “cura” previamente utilizadas por Moniz “por escrúpulo de aplicar o conceito a doentes lesados no seu encéfalo”<sup>4</sup>. Surge também a categoria de “piorados” que Freeman e outros propunham acobertar sob as designação de “Poor” na seu esquema simplificado da divisão dos resultados em “Good”, “Fair” e “Poor”.

O voluntarismo otimista dos mimetizadores entusiastas (W. T. Peyton, Matera, T. de Lehoczky) deram a ideia de que o método, com algumas das limitações apontadas provava apesar de tudo. A eles devem juntar-se E. Busch que veio a ser um dos nomeadores de Moniz para o Prémio Nobel de 1949, e Matos Pimenta que apresentou a comunicação sobre leucotomia em crianças, suscitando uma discussão viva de onde se concluiu que “só em casos desesperados deve ser usada a leucotomia”<sup>5</sup>.

Os entusiastas inovadores (Cunningham Dax, Jacques Le Beau, M. Petersen, Carlos Barreto, Sjoqvist, Puech, Wertheimer, R. Carrillo, Barcala, J. Delay e Desclaux) empenhados em diversificar a técnica, evitar os impactos negativos, quer neurocirúrgicos quer neuropsiquiátricos, propondo intervenções seletivas, melhor definição dos alvos e mesmo abordagens alternativas. Vêm juntar-se a este grupo H. Wycis que apresentou o aparelho estereotáxico e Scoville que propôs um método auxiliar de visualização que evitava alterações da personalidade tão severas quanto as constatadas na leucotomia primitiva.

Os céticos (O. Odegaard e Diogo Furtado) expõem conjuntos de resultados que do seu ponto de vista são desfavoráveis. Não propõem alternativas nem aperfeiçoamentos no método como os entusiastas inovadores.

<sup>1</sup> MONIZ, Egas – Tentatives opératoires dans le traitement de certaine psychoses. Paris: Masson, 1936. 248 p.

<sup>2</sup> MONIZ, Egas – Ob. Cit., p. 210.

<sup>3</sup> “Congresso Internacional de Psicocirurgia”. Anais Portugueses de Psiquiatria. Lisboa: Edição do Hospital Júlio de Matos. Nº1 (1949) p. 131-138.

<sup>4</sup> “Congresso Internacional de Psicocirurgia”. Anais Portugueses de Psiquiatria. Lisboa: Edição do Hospital Júlio de Matos. Nº1 (1949) p. 137.

<sup>5</sup> Idem, ibidem, p. 133.

A onda dominante é a dos inovadores. O esforço de melhorar radicalmente o método subentende um evidente inconformismo com a nebulosidade que envolvia a definição dos alvos, a técnica neurocirúrgica, a interpretação e explicação dos resultados.

Os entusiastas mimetizadores vinham na onda seguinte, mais baixa mas ainda poderosa. Estavam atentos às inovações que iam surgindo mas tinham-se fixado (pelo menos até então) nos procedimentos primitivos ou nas primeiras transformações introduzidas por Walter Freeman e Fiamberti. Saliente-se que apesar dos argumentos persuasivos trazidos à Conferência pelos Inovadores, o método primitivo continuou ainda a ser aplicado durante muito tempo.

No ano seguinte, Almeida Lima toma também posição contra o método primitivo exarando uma espécie de autocritica, dado estar historicamente associado à gênese da leucotomia<sup>1</sup>. A declaração de Almeida Lima segundo a qual esse método deveria decididamente ser abandonado pode ser tomada como a confirmação da crise. Tal como anunciará mais tarde noutra parte, Lima, apesar de indicado por Moniz como um dos fundadores da Psicocirurgia, demarca-se afirmando que nunca fizera outra coisa que não fosse neurocirurgia(s).<sup>2</sup>

### **A Cirurgia ao serviço da Psiquiatria e vice-versa...**

Egas Moniz utilizou várias vezes uma expressão que traduz a ideia que tinha acerca da fronteira existente entre a Psiquiatria e a Neurologia: “A Cirurgia ao serviço da psiquiatria”<sup>3</sup>. Os saberes da neurologia seriam assim mobilizados não já apenas para objetivos precisos, delimitados, com base anátomo-fisiológica positivamente detetável mas também para tratar as chamadas doenças funcionais, psiquiátricas.

Tal como Zbigniew Kotowicz sublinha, Egas Moniz não teve preparação psiquiátrica específica<sup>4</sup>. A sua produção bibliocientífica não inclui nenhum trabalho que dê conta de observações ou reflexões aturadas sobre clínica psiquiátrica. Ainda que na primeira metade do Século XX a noção de Neuropsiquiatria recobrisse por vezes aspetos práticos da clínica e uma certa nebulosidade envolvesse o exercício de ambas as especialidades, Moniz afirmava-se como neurologista, dizia-se ciente das diferenças entre as duas disciplinas e apontava-lhes as características metodológicas e .... Assim sendo, a sua disposição de impor a cirurgia para o tratamento de doenças do foro psiquiátrico implicava uma espécie de transgressão, atuando com os instrumentos da neurologia em território psiquiátrico. O seu ascendente – o poder institucional que detinha e as alianças que estabeleceu à partida – asseguraram-lhe um controlo das reações hostis, logo reforçado doutrinarmente pela retórica da “convergência” a que o seu dileto aliado Barahona Fernandes juntou a teoria da “regressão sintónica”.

Passada a fase em que as “alterações da personalidade” podiam ser minimizadas, Barahona Fernandes arquitetou um sistema teórico que permitiu constatar a degradação mais ou menos pronunciada que os leucotomizados evidenciavam, tomando-a como

---

<sup>1</sup> LIMA, Almeida - “A técnica cirúrgica da leucotomia cerebral (1)”. *A Medicina Contemporânea*, Ano LXVII, 1949, Julho, nº 7, pp. 267-271.

<sup>2</sup> LIMA, Almeida, —Platão – Bacon – Egas Moniz. A propósito do tratamento das doenças mentais. *Separata. O Médico*, nº 1142, Vol. XLVIII, 1973, p. 5.

<sup>3</sup> MONIZ, Egas — “A cirurgia ao serviço da psiquiatria”. *A Medicina Contemporânea*, Ano LIV, nº 19, p. 159-160, Lisboa, 1936.

<sup>4</sup> KOTOWICZ, Zbigniew - *Psychosurgery. The Birth of a New Scientific Paradigm. Egas Moniz and the present day*. 1<sup>st</sup> Edition. Lisboa: Centro de Filosofia da Ciência da Universidade de Lisboa. p. 102.

“regressão” necessária com vista à reeducação e progressão a caminho de um estágio mais elevado. À nova recetividade que a “regressão” alegadamente proporcionava, chamou-lhe Fernandes “sintonia”, de onde a designação com que batizou o seu esquema – “regressão sintónica”, englobando finalmente o decaimento e o estado de embotamento como condição “esperada” e até “propícia” para a psicoterapia que deveria seguir-se.

Foi esse esquema de enquadramento dos danos colaterais que foi delineado na comunicação de que Barahona Fernandes foi coautor na Conferência. Depois de Egas Moniz proclamar que a leucotomia punha a cirurgia ao serviço da psiquiatria, Barahona Fernandes veio oferecer o suplemento simétrico, a “regressão sintónica”, pondo, por sua vez, a psiquiatria ao serviço da cirurgia.

Amarro Fiamberti — o iniciador da técnica transorbital popularizada por Walter Freeman — veio à 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia esclarecer que *A lobotomia pré-frontal, operação destrutiva, não se pode dizer que traga melhoras propriamente ditas à condição psíquica dos pacientes. Todavia pode dar resultados favoráveis através de modificações na afetividade anormal ligada aos processos psíquicos.*<sup>1</sup>

Sublinhando com esta crueza frontal os limites da sua expectativa relativamente aos resultados. No entanto, com raras exceções, os conferencistas concluíam que era necessário, continuar a tentar, a experimentar, em busca de novos padrões, aperfeiçoando as técnicas, corrigindo erros, mas, de um modo ou outro, continuar — continuar a experimentar.

Atentos aos desvios éticos no comportamento dos pacientes lesionados mas pouco importados com os limites éticos da experimentação; cientes de que o método primitivo era demasiado “pesado” — isto é, que danificava o cérebro dos pacientes em demasia — e confessando ignorar uma explicação satisfatória para as modificações meramente sintomáticas que produziam, os conferencistas de 1948 puseram em evidência que além da vontade indomável de continuar a experimentar e da determinação em propor o autor do método para o Prémio Nobel, pouco mais tinham a apresentar.

Gösta Rylander (1903-1979) psiquiatra sueco que acompanhou as aventuras e desventuras da psicocirurgia desde o início, recorda a dado passo que se entusiasmou com o relato de Egas Moniz no livro “Tentativas operatórias...” e propôs ao seu chefe de então — o Professor Viktor Wigert — a aplicação do método nalguns casos selecionados. Para sua surpresa, quer Wigert quer Herbert Olivecrona recusaram a ideia. O primeiro, horrorizado; o segundo com um comentário sarcástico. No imediato a proposta de Moniz estava a ser tratada de modo a fazer lembrar as reações descritas aos resultados apresentados por Burkhardt em 1891<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> “Prefrontal lobotomy, a destructive operation, cannot be said to bring about an improvement, properly speaking, in the psychic conditions of patients. Nevertheless it can give favorable results through modifications of the abnormal affectivity in connection with psychic processes.” FIAMBERTI, A. M. — “Transorbital lobotomy: technique and indications”. *Psychosurgery*. 1st International Conference (August 4th – 7th 1948). Lisbon: Bertrand (Irmãos) Lda, 1949. p. 329.

<sup>2</sup> RYLANDER, Gösta — “The Renaissance of Psychosurgery” in LAITINEN, Lauri V; LIVINGSTON, Kenneth — *Surgical approaches in psychiatry*. 1<sup>st</sup> Edition. Baltimore: University Park Press, 1973. p. 3.

<sup>3</sup> RYLANDER, Gösta — “The Renaissance of Psychosurgery” in LAITINEN, Lauri V; LIVINGSTON, Kenneth — *Surgical approaches in psychiatry*. 1<sup>st</sup> Edition. Baltimore: University Park Press, 1973. p. 3.

Sabendo que o Karolinska Institutet utilizou abundantemente a leucotomia e que Herbert Olivecrona foi o membro do Comité Nobel que recomendou Moniz para o Prémio Nobel de 1949, o que mudou, nos anos seguintes, para além da obstinação experimentalista, não ficou inteiramente claro.

A 2ª Conferência Internacional de Psicocirurgia viria a ocorrer cerca de 22 anos depois, em 1970, em Copenhaga. Com a realização da III Conferência em Cambridge, em 1972, e da IV em Madrid, em 1975, fecha-se um ciclo ao longo do qual a avaliação mais rigorosa dos resultados associada às precauções éticas, o desenvolvimento da neurocirurgia com as tecnologias estereotáxicas e a emergência da psicofarmacologia remetem aquilo a que poderia chamar-se a “fase lesional”<sup>1</sup> da psicocirurgia para um capítulo particular das tentativas sucessivas de curar ou tratar as doenças mentais por via somática.

### **BIBLIOGRAFIA**

AAVV, Psychosurgery. 1st International Conference (August 4th – 7th 1948). Lisbon: Bertrand (Irmãos) Lda, 1949.

KOTOWICZ, Zbigniew – Psychosurgery. The birth of a new scientific paradigm. Egas Moniz and the present day. 1st Edition. Lisbon: Centre for Philosophy of Science. University of Lisbon.

LAITINEN, Lauri V ; LIVINGSTON, Kenneth – Surgical approaches in psychiatry. 1<sup>st</sup> Edition. Baltimore: University Park Press, 1973.

LIMA, Almeida - “A técnica cirúrgica da leucotomia cerebral (1)”. A Medicina Contemporânea, Ano LXVII, 1949, Julho, nº 7, pp. 267-271.

MISSA, Jean-Noël – Naissance de la psychiatrie biologique. 1<sup>ère</sup> Edition. Paris : PUF, 2006

### **AGRADECIMENTOS**

Estas Jornadas constituíram uma oportunidade particularmente feliz para o desenvolvimento do projeto de pós-doutoramento em torno do capítulo da História da Psiquiatria que ficou conhecido por Psicocirurgia. Por isso devo especiais agradecimentos à Fundação para a Ciência e a Tecnologia que financia a respetiva Bolsa de Pós-doutoramento (SFRH / BPD / 75838 / 2011), à Professora Ana Leonor Pereira e ao Professor João Rui Pita, organizadores das Jornadas e orientadores científicos do projeto ; ao Dr. José Morgado Pereira colega do Grupo de Investigação em História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, pelo seu apoio, e aos restantes colegas do CEIS20-UC ; ao Professor Jean-Noël Missa da Universidade Livre de Bruxelas e ao Doutor Zbigniew Kotowicz do Centro de Filosofia da Ciência da Universidade de Lisboa.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.

---

<sup>1</sup> Expressão utilizada por António Bracinha-Vieira em entrevista.



## A RECEPÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS EM PORTUGAL ATRAVÉS DA ANÁLISE DE UMA DÉCADA DO JORNAL DO MÉDICO (1957-1967)

**Ruben Gaio**

Bolseiro de doutoramento pela FLUC/FCT; Investigador do CEIS20,  
Universidade de Coimbra, Portugal

E-mail: gaio.ruben@gmail.com

Palavras chave: antidepressivos, imipramina, iproniazida, psiquiatria, Portugal

### INTRODUÇÃO

De um modo independente, os dois primeiros antidepressivos da história da psiquiatria, a imipramina e a iproniazida, são “descobertos” e uma nova era no tratamento da depressão inicia-se nos finais da década de 50 do século XX. A exiguidade de meios de tratamento anterior a estas descobertas dá lugar a uma época de investigação que abre caminho a um manancial de teorias e novas moléculas que calcificam a psiquiatria na sua *golden age* e a afirmam de modo seguro no seio das outras especialidades da medicina. Também em Portugal estes ecos de novidade se fazem ouvir, sendo objectivo deste trabalho analisar a recepção e experimentação por parte da comunidade médica portuguesa destas novas moléculas. Para tal, recorre-se ao periódico *Jornal do Médico* entre os anos de 1957 a 1967, dando-se especial importância à literatura feita por e para médicos portugueses.

### A RECEPÇÃO DA IMIPRAMINA E DA IPRONIAZIDA EM PORTUGAL

A imipramina e a iproniazida, os dois primeiros antidepressivos da história da psiquiatria surgem *head to head* e no entanto de modo independente.

A iproniazida, um inibidor da monoaminoxidase, resulta de observações feitas no Seaview Hospital de Staten Island (Nova Iorque) por Irving J. Selikoff e Edward Robitzek que, em 1952, observam que um dos efeitos da iproniazida nos doentes tuberculosos é a estimulação do SNC: estes apresentam mais vitalidade e maior actividade social. Em 1957, Nathan Kline, usando uma amostra de 17 sujeitos com esquizofrenia e 7 com depressão, refere o efeito antidepressivo da iproniazida nos doentes deprimidos num meeting da *American Psychiatric Association*.

A imipramina surge a partir de esforços dos laboratórios Geigy para encontrar substâncias clorpromazina-*like*. Em 1956, Khun, um psiquiatra discípulo de Klaesi, escreve para a Geigy alertando que um dos compostos que está a testar, o G-22355, pode ser um antidepressivo. Em finais de 1957, a imipramina já é comercializada na Suíça, com o nome comercial de Tofranil.



Imagem 1: Publicidade ao Tofranil (imipramina). *Jornal do Médico*, 1960, Ano XX, Vol XLII, 911, p. 508.

A descoberta destas duas moléculas representa uma charneira no campo do tratamento das depressões, capaz de “resgatar” os doentes deprimidos das suas curas por terapia electroconvulsiva e tratamentos com anfetaminas.

Em Portugal, a comunidade médica está atenta a estas duas novas moléculas.

Analisando os artigos publicados no *Jornal do Médico*, na década de 1957 a 1967 sobre este tema, denota-se que existem três grandes questões a serem discutidas:

- 1-O perfil farmacodinâmico/terapêutico, efeitos secundários e eficácia dos novos medicamentos;
- 2- A relação dos antidepressivos com os métodos vigentes;
- 3- A incorporação e agregação dos antidepressivos na complexidade inerente ao doente deprimido.

### **O PERFIL FARMACODINÂMICO/TERAPÊUTICO, EFEITOS SECUNDÁRIOS E EFICÁCIA DOS NOVOS MEDICAMENTOS**

Os novos antidepressivos são alvo de alguns trabalhos de experimentação por parte da comunidade médica portuguesa para avaliação dos seus efeitos, mecanismo de acção e eficácia.

A iproniazida é objecto de estudo numa experiência efectuada por Fernando Sarmiento Pimentel Neves, chefe do Serviço de Assistência Psiquiátrica do Norte em 1959. Trabalhando com um grupo de 40 doentes, 25 homens e 15 mulheres, o autor refere ter obtido resultados terapêuticos excelentes, destacando a acção da iproniazida sobre a vitalidade (NEVES, 1959). António Coimbra Ayres de Mattos refere-se ao aparecimento da iproniazida como um passo importante na quimioterapia das doenças mentais pelas implicações bioquímicas que comporta e pela sua acção na depressão, ainda que o autor defenda que deve existir uma selecção criteriosa dos casos a tratar pela iproniazida devido aos seus efeitos secundários e toxicidade hepática elevada (MATTOS, 1959). Pedro Polónio defende o uso dos novos medicamentos na prática clínica argumentando a sua validade e eficácia no tratamento das depressões. O autor refere que os derivados da hidrazina funcionam como “activadores e desinibidores”, enquanto a imipramina parece funcionar como um “lisante e um fluidificante das tensões emocionais”. Note-se ainda uma visão original de Pedro Polónio: a sugestão de que a depressão será uma doença crónica que necessita de acompanhamento permanente. O autor refere mesmo que os doentes deprimidos poderão necessitar do uso de medicamentos antidepressivos tal como um hipertenso necessita de medicamentos hipotensores de modo crónico (POLÓNIO, 1960). Diogo Furtado, num estudo que dedica ao Tofranil (imipramina) debruça-se sobre a explicação do mecanismo de acção da molécula, que à data se encontrava ainda envolto em incertezas (FURTADO, 1960).

### **A RELAÇÃO DOS ANTIDEPRESSIVOS COM OS MÉTODOS VIGENTES**

O tratamento da depressão até ao aparecimento dos antidepressivos baseava-se na terapêutica convulsionante, nomeadamente os electrochoques (terapia electroconvulsiva) e no uso de medicamentos não específicos como as anfetaminas. Enquanto a terapia electroconvulsiva oferecia eficácia de resultados, não era facilmente aceite pelo doente. Por outro lado, as anfetaminas de mais fácil utilização pelo doente deprimido não ofereciam resultados duradouros e palpáveis. O aparecimento dos medicamentos antidepressivos veio marcar uma fase de reflexão sobre a terapia da depressão.

Pimentel Neves escreve “é facto que a terapêutica convulsionante resolve em período ligeiramente mais curto as depressões endógenas, mas é facto também que os doentes aceitam com mais facilidade a terapêutica pela iproniazida, que esta não apresenta as contra indicações da terapêutica convulsionante” (NEVES, 1959, p.179). Pimentel Neves refere ainda que não se deve descartar o uso de terapia electroconvulsiva de forma indelével, uma vez que a sua eficácia está provada de forma mais inequívoca que com as novas substâncias (NEVES, 1960). António Coimbra Ayres de Mattos referindo-se à iproniazida refere o interesse em procurar ensaiar terapêuticas que possam substituir o electrochoque ou outros agentes convulsionantes, uma vez que há casos em que a depressão se apresenta como renitente a quaisquer tratamentos além destes. Relata ainda os resultados que obteve em 6 casos em que trabalha com a iproniazida: 5 doentes respondem favoravelmente. O doente que não responde favoravelmente é sujeito a electrochoques com resposta positiva. Ainda que os sucessos sejam mais frequentes que com o electrochoque, o autor defende que deve existir uma selecção criteriosa dos casos a tratar pela iproniazida devido aos seus efeitos secundários e toxicidade hepática elevada (MATTOS, 1959).

Diogo Furtado escreve sobre a imipramina, referindo que a eficácia do medicamento *per si* é menor do que quando associada à terapia electroconvulsiva, sendo no entanto vantajosa a sua utilização por se traduzir num menor número de electrochoques e numa menor percentagem de recaídas (FURTADO, 1960).

Pedro Polónio desenvolve um estudo envolvendo 150 doentes com vista a estabelecer um campo de acção e indicações específicas do electrochoque e dos medicamentos antidepressivos. Polónio conclui que existe um grupo de depressões endógenas com bom prognóstico que reage igualmente bem a qualquer um destes tratamentos. Os melhores resultados foram mesmo obtidos com uma associação de electrochoques e medicamentos. As depressões crónicas, periódicas, personalidades asténicas, inseguras, obsessivas e fóbicas, ansiosas e hipersensíveis poderão necessitar de um tratamento permanente com estes medicamentos (POLÓNIO, 1960).

Nota-se portanto um interesse nos novos medicamentos, sobretudo pelo facto destas moléculas poderem substituir as terapêuticas convulsionantes de modo seguro e com uma maior aceitabilidade por parte do doente. No entanto, o valor e uso da terapêutica electroconvulsiva não são de todo refutados, com os médicos a associarem a terapia medicamentosa com a terapia física de modo frequente, ou a recorrer aos electrochoques quando o tratamento com antidepressivos não produz os resultados esperados.

### **A INCORPORAÇÃO E AGREGAÇÃO DOS ANTIDEPRESSIVOS NA COMPLEXIDADE INERENTE AO DOENTE DEPRIMIDO.**

Barahona Fernandes refere, em 1960, que “há cerca de dois anos foram, porém, utilizadas algumas novas drogas que abrem novas perspectivas à terapêutica das depressões e constituem um dos mais agudos centros de interesse da Psiquiatria actual. (...) Devemos começar, desde logo, por considerar arriscado o uso indiscriminado destas drogas, sem suficiente base farmacológica e sem critérios clínicos, suficientemente fundamentados. (...) A descoberta desta e outras novas drogas não implica que, para tratar depressões e neuroses, baste dar pílulas segundo um esquema rígido. Em vez da felicidade desejada pode-se correr o risco de causar mais sofrimento aos nossos doentes. A terapêutica das depressões, enriquecida agora por novas descobertas científicas, continua a ser uma arte autenticamente médica, quer dizer – humana”.(FERNANDES, 1960, p.313)

Barahona Fernandes já tinha expresso esta mesma opinião aquando da introdução da clorpromazina para o tratamento da esquizofrenia. Se atentarmos, por exemplo, numa das suas intervenções no I Colóquio Internacional sobre a clorpromazina (Paris, 1955) Barahona defende uma integração dos novos medicamentos da psicofarmacologia com a visão única e abrangente do médico psiquiatra, algo que o autor define como uma abordagem convergente. É interessante a comparação que Barahona faz entre uma úlcera do estômago, que pode ser tratada usando um medicamento com o doente em casa e o tratamento de uma doença mental, que tem de ter em conta as várias camadas e idiosincrasias do doente enquanto pessoa (FERNANDES, 1956). Ainda em 1960, a propósito de um artigo sobre o “Colóquio sobre depressões e seu tratamento” (realizado a 2 de Abril em Lisboa e promovido pela Clínica Psiquiátrica de Faculdade de Medicina de Lisboa), Barahona Fernandes (que presidia à comissão organizadora do referido colóquio) reitera as virtuosidades dos novos fármacos que apelida de “ativos e eficazes em determinadas indicações e certas condições” e reconhece o valor destas novas armas terapêuticas em ajudar os doentes. No entanto deixa um acautelamento para o “risco de se automatizar demasiado o homem”: “A doença fá-lo baixar de nível e perder as suas qualidades. Para reatar o curso da vida própria é necessário evitar que a personalidade seja dominada pelos efeitos dos fármacos. Cumpre-nos ajudá-lo a que se sirva deles para retomar o sentido da sua existência, evitando os desvios e abusos e toxicofilias. Daí o complemento necessário da presença e acção psicológica do Médico, que sabe utilizar o largo espectro de acções terapêuticas possíveis nas condições pessoais de cada doente”. (“Colóquio sobre depressões e seu tratamento,” 1960, p.726).

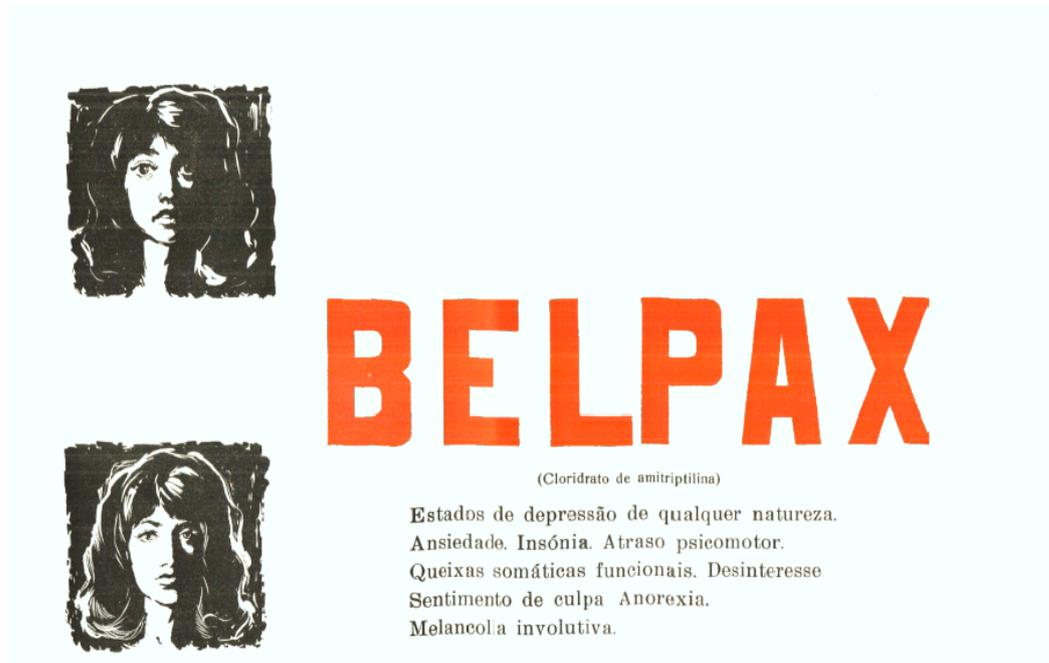
Note-se portanto a importância dada ao psiquiatra como elemento agregador da eficácia clínica do “químico”, que funciona de modo auxiliar e não totalitário no tratamento da doença – um *sidekick* do psiquiatra e não o contrário.

Sarmiento Pimentel Neves parece também considerar este aspecto integrador da terapêutica antidepressiva. O autor refere que “não são, pois, as novas substâncias introduzidas na terapêutica das depressões uma espécie de panaceia universal que venha resolver o problema na totalidade, aliás como o próprio electrochoque. Há que lutar contra esta tendência da novidade terapêutica de fácil administração e em geral inócua, pois nada há mais perigoso e negativo do ponto de vista médico que o uso e abuso de uma terapêutica” referindo no entanto que “estas substâncias são um valioso contributo para a terapêutica das depressões, têm indicações que cada dia se vão tornando mais concretas, e constituem, sem dúvida, um novo caminho para a investigação farmacológica”. (NEVES, 1960, p.171-172).

Se por um lado existe o reconhecimento de que as novas substâncias são úteis e eficazes, por outro lado o acautelamento do seu uso e sobretudo a precaução da sua integração num regime completo de tratamento psiquiátrico e psicológico são uma preocupação patente no discurso dos autores.

Em 1962, já com alguns anos de sedimentação da quimioterapia da depressão, Barahona Fernandes escreve: “a experiência psicológica ganha com os novos fármacos em Psiquiatria põe-nos perante um difícil problema. Por um lado a droga – por outro a Pessoa do doente. Uma estrutura molecular e uma estrutura hierarquizada em camadas. (...) A resposta final: fármaco – Pessoa do doente envolve o conjunto dos sistemas de regulação orgânica do sistema nervoso central, vegetativa e endócrino-humoral, bem como os processos de organização da Personalidade e a sua reactibilidade psicodinâmica ao ambiente (o médico, as outras pessoas...)” (FERNANDES, 1962, p.136). Mais uma vez, Barahona reafirma a interligação inolvidável entre os efeitos obtidos com o fármaco e o próprio doente com o ambiente que o rodeia, nomeadamente o médico psiquiatra.

A partir de 1962 e até 1967, não são encontrados mais artigos originais escritos por médicos portugueses. Note-se no entanto a importância dada ao lançamento da amitriptilina (antidepressivo da família da imipramina) em 1961 pela farmacêutica Merck Sharp & Dome através de vários recortes de publicidade que são encontrados.



**BELPAX**

(Cloridrato de amitriptilina)

Estados de depressão de qualquer natureza.  
Ansiedade. Insónia. Atraso psicomotor.  
Queixas somáticas funcionais. Desinteresse  
Sentimento de culpa Anorexia.  
Melancolia involutiva.

Imagem 2: Publicidade ao Belpax (amitriptilina). *Jornal do Médico*, 1964, Ano XXIV, Vol. LIII, 1094, p.99.

**DEPRESSÃO**  
CONTROLA A DEPRESSÃO  
E A ANSIEDADE...  
QUANDO OS OUTROS  
MEDICAMENTOS FALHAM

**TRYPTIZOL**  
Marca Registrada  
(CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA)



A depressão, quer seja causa de doença somática ou resultado dela, tem com frequência como sintoma predominante a ansiedade. O Tryptizol é um potente medicamento antidepressor com um componente tranquilizante único, sem nenhum parentesco químico com qualquer dos medicamentos psicoativos já existentes. Não sendo um inibidor da aminoxidase, o Tryptizol controla eficazmente quase todos os tipos de depressão, endógena ou reactiva, enquanto alivia a ansiedade e a agitação que complicam muitos estados depressivos. É bem tolerado e os seus efeitos secundários são geralmente benignos. Está também recomendado no tratamento da enurese nocturna causada pela ansiedade e outras perturbações emocionais.

**Apresentação:** Comprimidos com 10 mg. de cloridrato de amitriptilina em frascos de 100; comprimidos de 25 mg. de cloridrato de amitriptilina em frascos de 30 e 100 comprimidos. Injeção: frascos com 10 cc., contendo cada cc. 10 mg. de cloridrato de amitriptilina.

**Nota:** A pedido dos médicos fornecemos informações detalhadas sobre o produto.

**MSD MERCK SHARP & DOHME**  
INTERNATIONAL  
Division of Merck & Co., Inc., Rahway, N. J., U. S. A.  
Repr. e Dist. em Portugal: SOC. COM. CROCKER DELAFORCE & C. / Rua D. João V, 9-2ª - Lisboa

Imagem 3: Publicidade ao Tryptizol (amitriptilina). *Jornal do Médico*, 1965, Ano XXV, Vol. LVI, 1148, p. 213.

## CONCLUSÕES

São efectuados, nomeadamente entre 1959 e 1960, vários estudos sobre os novos antidepressivos em meio clínico português. Apesar de uma recepção rápida e dos vários estudos efectuados com estas moléculas, o entusiasmo pode ser descrito como comedido: os novos medicamentos são vistos como armas eficazes nos estudos efectuados, mas o corte com o passado, nomeadamente o uso de terapia electroconvulsiva é feito lentamente. O factor “homem-doente” não é esquecido nesta fase inicial, como enfatizado por Barahona Fernandes. A cura não depende apenas dos novos medicamentos, depende de uma conjugação de esforços simultânea, nunca esquecendo o papel conciliador do médico psiquiatra.

## REFERÊNCIAS

- "Colóquio sobre depressões e seu tratamento". *Jornal do Médico*. Vol. XLI, n.º 896 (1960) p. 726.
- FERNANDES, Barahona - "Efets Psycho-Somatiques de la chlorpromazine". *L'encéphale*. n.º especial (1956) p. 29.
- FERNANDES, Barahona - "A terapêutica das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLI, n.º 889 (1960) pp. 309-313.
- FERNANDES, Barahona - "Personalidade e terapêutica. A farmacopsicoterapia como experiência psicológica". *Jornal do Médico*. Vol. XLVIII, n.º 1008 (1962) pp. 125-136.
- FURTADO, Diogo - "Ensaio clínico e experimentais com imipramina (Tofranil)". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII, n.º 920 (1960) pp. 45-49.
- MATTOS, António - "A iproniazida no tratamento dos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX, n.º 866 (1959) pp. 892-894.
- NEVES, Fernando - "A iproniazida nos síndromes depressivos". *Jornal do médico*. Vol. XXXIX, n.º 852 (1959) pp. 173-180.
- NEVES, Fernando - "Aspectos psicopatológicos e terapêuticos das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII, n.º 923 (1960) pp. 171-172.
- POLÓNIO, Pedro - "Os medicamentos antidepressivos no tratamento das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII, n.º 932 (1960) pp. 677-680.

## FONTES E BIBLIOGRAFIA

- Jornal do Médico*. Vol. XXXIX (1959)
- Jornal do Médico*. Vol. XL (1959)
- Jornal do Médico*. Vol. XLI (1960)
- Jornal do Médico*. Vol. XLII (1960)
- Jornal do Médico*. Vol. XLIII (1960)

Trabalho no âmbito da bolsa de doutoramento (Bolsa de doutoramento: FCT – SFRH/BD/ 70021 / 2010) orientada pelos Profs. Doutores João Rui Pita e Ana Leonor Pereira.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.

## **BREVE ABORDAGEM DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA FORENSE NA MADEIRA EM INÍCIOS DO SÉCULO XX – UM CASO MEDIÁTICO**

**Inês Pinto da Cruz**

Doutoranda FLUC/Investigadora do CEIS20 – Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra

Socióloga

E-mail: inespacruz77@gmail.com

Palavras-chave: inimputabilidade; alienação mental; Madeira, século XX; Manuel dos Santos

A institucionalização da doença mental em Portugal ocorreu em meados do século XIX, mediante a abertura dos Hospitais de Rilhafoles e Conde Ferreira, em Lisboa e Porto, respectivamente. Tais acontecimentos criaram as condições logísticas para o florescimento da psiquiatria e da psiquiatria forense portuguesas.

Na Ilha da Madeira, a abertura do Manicómio Câmara Pestana em 1906, constituiu uma resposta adequada a uma necessidade até aí inexistente

A presente comunicação tem por objectivo uma breve incursão pelo desenvolvimento da ciência psiquiátrica forense na Madeira no início do século XX, ilustrada com o caso de um indivíduo chamado Manuel dos Santos.

Na Ilha da Madeira, a institucionalização da doença mental ocorreu em 1906, com a abertura do Manicómio Câmara Pestana.

Até esta data, existia apenas uma Misericórdia construída em 1685 a partir da doação de um terreno perto da Sé do Funchal e que seria, mais tarde, denominado de Hospital de Santa Isabel. Numa tentativa de responder às necessidades emergentes, ocorreram obras no edifício da Misericórdia. Contudo, as obras avançaram com lentidão, bem como a transferência dos doentes, que foi efectuada mediante a evolução das condições.

Desta forma, foi criada a Casa dos Alienados, que só ficou definitivamente instalada em 1726 e que não representava uma resposta adequada às necessidades sentidas, constituindo-se apenas como uma ala específica para doenças mentais, de forma a que os alienados ficassem separados dos demais doentes.

É importante referir que numa das dependências do Edifício da Misericórdia, funcionou a Escola Médico-Cirúrgica do Funchal, criada ao abrigo do decreto de 29 de Dezembro de 1836, que reformou profundamente o ensino superior no nosso país, e que representou um avanço significativo no desenvolvimento da medicina na Ilha da Madeira, funcionando até 11 de Novembro de 1910.

Até ao ano de 1906, data da abertura do Manicómio Câmara Pestana, os casos de alienação mental eram então encaminhados para o Hospital de Santa Isabel, sendo as situações mais complicadas enviadas para o Hospital de Rilhafoles, em Lisboa, em conformidade com o artigo 1º da Lei de 4 de Julho de 1889 (Lei Sena), que incluía o serviço de alienados da Madeira no círculo da capital: “O continente do reino e ilhas adjacentes é dividido, para o efeito do serviço de alienados, em quatro círculos, compostos de districtos administrativos. (...) o terceiro [círculo] pelos de Santarem, Lisboa, Portalegre, Evora, Beja, Faro e Funchal (...)”<sup>1</sup>

Na realidade madeirense, os casos de inimputabilidade criminal em virtude de alienação mental eram assistidos, regra geral, nos calabouços das cadeias, indiferenciando-se de

---

<sup>1</sup> Artigo 1º da Lei de 4 de Julho de 1889 in *Collecção Oficial de Legislação Portuguesa – Anno de 1889*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1890, p. 318.

outros casos criminais. Tal situação é retratada numa notícia, encontrada através do observatório da imprensa madeirense da época, onde se lia o seguinte: “Foi recolhido mais um louco nos calabouços do comissariado de polícia, natural da freguezia de Agua de Pena. São ao todo quatro os infelizes loucos que alli se encontram. É bastante para lamentar que os indivíduos de são juízo que tenham de ser recolhidos alli; sejam violentados a permanecer no mesmo calabouço com pessoas que perderam o uso da razão. Devemos declarar, em homenagem á verdade, que a responsabilidade do facto não cabe ás respectivas auctoridades, mas deve sim attribuir-se á falta de logar adquado para se recolherem os pobres loucos.”<sup>1</sup>

Foi justamente no mesmo jornal que me deparei a seguinte notícia referente ao caso tratado no presente artigo: “Na noite de 28 para 29 de fevereiro ultimo foi barbaramente espancado no sitio da Banda d’Além, freguezia da Ribeira Brava, um tal Francisco Gomes, do que lhe resultou a morte. Attribute-se este crime ao seu genro, Manoel dos Santos, que foi prezo na freguezia de Tabua por Francisco de Macedo Faria, ex-guarda civil, (...). Consta também que Manoel dos Santos ameaçara de morte o sogro, no dia 27, dizendo que elle não duraria quinze dias. Foi levantado o competente auto, tendo sido ouvidas 16 testemunhas. \* Junto do cadáver foi encontrado um pedaço de pau, que se diz pertencer ao bordão pertencente ao presumido criminoso.”<sup>2</sup>

O caso relatado na notícia citada levou-me a pesquisar junto do Arquivo Regional da Madeira, onde encontrei o processo judicial de Manuel dos Santos. Este caso reveste-se de particular interesse, na medida em existem dois processos, um criminal e outro civil, ou seja, Manuel dos Santos foi réu do homicídio que cometeu na pessoa do seu sogro e, mais tarde, foi requerido por parte da sua esposa, que fosse suprido judicialmente o consentimento do marido para a venda de algum património do casal.

No que se refere ao processo criminal, Manuel dos Santos começou a dar sinais de alienação mental. Assim, em Dezembro de 1904, o Doutor Augusto Gonçalves de Freitas, juiz de direito da comarca da Ponta do Sol, com assistência do Doutor Augusto Fonseca Faria Guimarães, representante do Ministério Público, nomeou dois médicos peritos, Dr. Manuel Ferreira Pita e Dr. António do Monte Varela, para procederem ao exame mental do réu, de acordo com o artigo 6º da Lei de 17 de Agosto de 1899, a qual constituiu os Conselhos Médico-Legais e onde se lê: “os exames cadavericos, os de alienação mental, e os de quaisquer casos em que o ministerio publico assim o requeira, serão feitos nas comarcas de Lisboa, Porto e Coimbra, pelo respectivo conselho medico-legal, e nas outras comarcas, serão presididos pelo juiz de direito, com assistencia do ministerio publico, e feitos por dois medicos, pelo menos, sempre que os haja dentro da área da comarca.”<sup>3</sup>

Os dois peritos comarcãos efectuaram então o exame de corpo de delicto directo na pessoa de Manoel dos Santos, casado, lavrador do sítio de Fajã da Ortiga, pertencente à freguesia da Ribeira Brava. Estes declararam que o examinado se apresentava sempre de pé, com olhar fixo, respondendo invariavelmente “não sei” a todas as perguntas que lhe faziam, não ligando importância alguma às pessoas e coisas que o rodeavam. Referiram ainda que o réu manifestava uma respiração superficial e acelerada e que, ao ser observado durante várias noites consecutivas, conservava-se sempre na mesma posição e sem dormir. Em virtude destes sintomas, os médicos foram da opinião que o examinado se achava afectado de loucura melancólica doença que se encontraria ainda latente no momento do crime, devendo, por isso, ser internado num hospital de

<sup>1</sup> *Diário de Noticias da Madeira*, ano XXVIII, nº 8258, 1 de Março de 1904.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> Artigo 6º da Lei de 17 de Agosto de 1899. In *Collecção Official de Legislação Portuguesa - Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p.328.

alienados, não só para o tratamento adequado, como também para ulteriores observações por peritos especialistas, em Conselho Médico-Legal.

Este procedimento foi executado em conformidade com o artigo 10º da referida lei de 17 de agosto de 1899, o qual dizia que “o juiz do processo ou o respectivo agente do ministerio publico, poderão, sempre que o julgarem necessario para elucidação da justiça, consultar o conselho medico-legal da respectiva circumscrição; sobre todo ou parte do relatorio dos peritos, mas sem que as respostas prejudiquem a validade dos corpos de delicto. §1º Os magistrados judiciaes e do ministério publico das comarcas das ilhas adjacentes poderão tambem consultar, nos termos d’este artigo, o conselho medico-legal de Lisboa.”<sup>1</sup>

Quase simultaneamente, Maria da Conceição, esposa do réu, requereu que fosse suprido judicialmente o consentimento do marido para a venda de diversos prédios, a fim de poder regularizar os negócios do casal e pagar dívidas pendentes, evitando assim a completa ruina.

Deste modo, foi convocado o Conselho de Família, constituído pelo pai, irmão e primo de Manuel dos Santos, o qual tinha uma posição favorável à requerente, havendo-se procedido, portanto, em conformidade com o artigo 17º do Código Civil, que diz que “a acção de interdição será proposta perante o juiz de direito do domicilio do desassissado, pela fórma seguinte: (...) § 2º. o juiz, ouvindo o ministerio publico, se este não fôr o requerente, ou, se o fôr, o defensor que nomear, convocará o conselho de familia, que dará o seu parecer. (...) §4º. Se o conselho de familia fôr a favor do requerente, o juiz procederá ao interrogatorio do arguido, e ao seu exame, por dous facultativos, com assistencia do competente magistrado do ministerio publico”.<sup>2</sup> Neste caso concreto, o exame pericial já tinha sido executado anteriormente, em virtude do processo criminal do réu.

Júlio de Matos, na sua obra *Manual das Doenças Mentaes*, explicita que através do artigo citado, o Código Civil ressalta a extrema importância do exame médico-legal, o qual, deveria ser “*consciencioso* e feito sempre por medicos a quem uma *competencia especial* em assumptos de alienação garanta o titulo de peritos”.<sup>3</sup> Diz ainda o médico: “é indispensavel que os medicos nomeados para fazerem o exame, estejam prevenidos contra as difficuldades que elle pode apresentar e tenham *recursos* para vencel-as; é necessario que a pratica pessoal os tenha habilitado a *dirigir um interrogatorio*, a *reconhecer por signaes certos a loucura*, enfim, a fazer della um *diagnostico rigoroso e preciso*”.<sup>4</sup>

Nesta ordem de ideias, verificando-se a necessidade de remeter o caso de Manuel dos Santos para o Conselho Médico-Legal de Lisboa, cumprindo assim o disposto nos artigos 61º<sup>5</sup>, 71º<sup>6</sup> e 77º<sup>7</sup> do Decreto de 16 de Novembro de 1899, o qual regulou os

<sup>1</sup> Artigo 10º da Lei de 17 de Agosto de 1899. *Ibidem*.

<sup>2</sup> MATOS; Júlio de, *Manual das Doenças Mentaes*. Porto: Livraria Central, 1884, p. 326.

<sup>3</sup> *Idem, ibidem*, p. 326-327.

<sup>4</sup> *Idem, ibidem*, p. 327.

<sup>5</sup> “Dos exames, que não forem feitos pelos conselhos medico-legaes, cabe recurso para o conselho medico-legal da respectiva circumscrição. In *Collecção Official de Legislação Portuguesa - Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p.715.

<sup>6</sup> “Se os fundamentos do recurso assentarem nas deficiencias ou irregularidades da observação directa, no exame pericial, o conselho, verificada a procedencia do recurso, deverá decidir-se pela repetição do exame, sendo possivel, ou pelo simples preenchimento das lacunas de observação, que poderem sanar-se sem novo exame”. In *ibidem*.

<sup>7</sup> O juiz do processo ou o respectivo agente do ministerio publico, poderão sempre que o julgarem necessario para elucidação da justiça, consultar o conselho medico-legal da respectica circumscrição, sobre todo ou parte do relatorio dos peritos mas sem que as respostas prejudiquem a validade dos corpos

Conselhos Médico-Legais, foi decidido que, uma vez que o marido da requerente não se poderia considerar alienado sem o resultado dos exames que iria fazer num estabelecimento próprio em Lisboa, o processo civil em questão não teria razão de existir e seria, portanto, indeferido.

Manuel dos Santos foi então transferido para o Hospital de Rilhafoles, onde deu entrada a 27 de Janeiro de 1905 pelas 19 horas, sob o registo nº 123, tendo saído a 5 de Agosto de 1910, dado como curado de uma moléstia indeterminada.

Apesar de criação dos Conselhos Médico-Legais, em Agosto de 1889, ter marcado de forma incontestável toda a história da medicina forense em Portugal, nomeadamente a própria Psiquiatria, a realidade madeirense estava muito aquém da observada em Portugal Continental, nomeadamente no que se refere à falta de meios periciais e às próprias instituições de assistência aos alienados, pelo que a abertura do Manicómio Câmara Pestana, em 1906, constituiu um passo importante no desenvolvimento da psiquiatria e da psiquiatria forense na Ilha da Madeira.

## **FONTES E BIBLIOGRAFIA**

Arquivo Regional da Madeira, *Processos Judiciais da Comarca da Ponta do Sol*, processo nº 499, 1904.

*Collecção Official de Legislação Portuguesa – Annos de 1889 e 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1890 e 1900.

*Diário de Notícias da Madeira*, ano XXVIII, nº 8258, 1 de Março de 1904.

MATOS; Júlio de, *Manual das Doenças Mentaes*. Porto: Livraria Central, 1884.

*Registo de entrada de pessoal no Hospital de Rilhafoles 1902-1916*, in *Livro do Hospital de São José* nº 7195.

Trabalho no âmbito da bolsa de doutoramento (Bolsa de doutoramento: SFRH / BD / 77775 / 2011. orientada pelos Profs. Doutores Ana Leonor Pereira e João Rui Pita.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.

---

de delicto. § 1º. Os magistrados judiciaes e do ministerio publico das comarcas das ilhas adjacentes, poderão tambem consultar, nos termos d'este artigo, o conselho medico-legal de Lisboa. (...)”. *In ibidem*.

## **UMA VISÃO “SCHNEIDERIANA” DE UM DOS CRIMES DO SÉCULO: O CASO LEOPOLD AND LOEB**

**Miguélez Silva, Miguel Angel; Louzao Martínez, María José;  
Angosto Saura, Tiburcio**

CHUVI (Complexo Hospitalario de Vigo)

Médico Psiquiatra; Médico Psiquiatra; Médico Psiquiatra, chefe de serviço da unidade  
de agudos de Hospital Nicolás Peña

E-mail:miguelang333@hotmail.com

E-mail:jolouzao@hotmail.com

E-mail:tibur1995@hotmail.com

Palavras-chave: psicopata desalmado; personalidade paranoide; Schneider, kurt;  
relação rei-escravo

### **INTRODUÇÃO**

Nathan Leopold e Richard Loeb eram dois jovens de Chicago. Em 1924 protagonizaram o crime mais recordado da história da sua cidade: o assassinato de Bobby Franks.

Foram defendidos pelo advogado mais famoso da América, Clarence Darrow, conhecido pelo seu desafio aos conceitos tradicionais da moralidade e religião e a sua capacidade para convencer os jurados mais reticentes.

Este caso marcou um precedente no uso dos relatórios psiquiátricos para a avaliação dos criminais.

Um ano antes do crime, Kurt Schneider escreveu um dos seus mais importantes livros, “Las personalidades psicopáticas”, que marcou uma revolução no conceito da personalidade psicopática.

Falemos então do acontecido, conheçamos com maior profundidade os nossos protagonistas e apliquemos os conhecimentos divulgados por Kurt Schneider.

### **OS FEITOS**

Chicago, ano 1924. O jovem de 14 anos, Bobby Franks desaparece de caminho à sua casa. As poucas horas, os seus pais recebem uma carta mecanográfica com as instruções do resgate. Antes de que pudessem fazê-lo efetivo, o cadáver dum miúdo é encontrado despido e com evidentes sinais de violência num descampado. A sua identificação vê-se dificultada devido ao uso de ácido clorídrico para desfigurar o rosto da vítima.

As únicas provas fiáveis são a carta do resgate e um par de óculos encontrados num descampado. São esses óculos, com umas peculiares dobradiças, as que finalmente dirigem a investigação até ao suspeito: Nathan Leopold Jr, um jovem da alta sociedade que é em princípio rejeitado devido ao seu status social. Depois de intensos interrogatórios, nos quais participa o seu amigo Richard Loeb, por ser parte da sua coartada, o cansaço apodera-se dos jovens; e sem saber cada um o que contou o outro, cada um deles implicam-se no sequestro de Bobby Franks, mas ao mesmo tempo exculpando-se do assassinato.

Nathan Leopold e Richard Loeb desejavam cometer o crime perfeito. Apesar de pedirem um resgate, a principal motivação dos jovens era a excitação que obteriam do feito. A vítima não era importante. Seria alguém do seu círculo social, cujos pais pudessem pagar o resgate, e mais pequeno que eles, para que à hora de o imobilizar não dê-se problemas.

Alugaram um automóvel e prepararam um cinzel como arma. No dia dos feitos, os amigos andavam pelas ruas perto da escola de Harvard. Apareceu Bobby Franks, conhecido de Nathan, e ofereceram-lhe levá-lo até casa, ao qual Bobby aceitou. Neste ponto, as versões de Leopold e Loeb diferem substancialmente e ambos acusam-se um ao outro. Não se esclareceu quem conduzia o veículo, sendo este dado transcendental, pois quem viajava no assento posterior, foi quem bateu brutalmente na cabeça de Franks.

Os assassinos levaram o corpo de Bobby, já morto, para um descampado. Alí despiram-no e, com o fim de dificultar a sua identificação, verteram ácido clorídrico no seu rosto e nos genitais. Depois de tudo negaram ter abusado sexualmente dele.

Depois de esconder o cadáver, Nathan e Richard regressaram à cidade. Antes de prosseguir com o previamente planejado, fizeram um alto no caminho para comer uns cachorros. Posteriormente enviaram a carta do resgate e aguardaram uma resposta até que o achado fortuito da vítima acabou com o seu “crime perfeito”.

Nas semanas posteriores ao crime, enquanto a polícia efetuava as suas investigações, Nathan Leopold retomou os seus estudos de direito. No entanto Richard Loeb preferiu ajudar a alguns amigos jornalistas nas suas pesquisas, chegando a fazer sugestões sobre diferentes elementos do caso.

### **OS ASSASSINOS E A VÍTIMA**

As famílias dos tres rapazes: Leopold, Loeb e Frank, eram de origem judeu. Apesar de serem de origem humilde, tinham sido capazes de chegar aos mais altos estratos da sociedade. Mesmo tendo as suas respectivas fortunas, nunca tinham conseguido apagar o estigma das suas origens, numa sociedade branca, anglófona e protestante.

**Richard Loeb**, de 18 anos, era filho dum dos homens mais importantes de Chicago. Destacava no seu ambiente social, tanto pela sua carismática personalidade como pela posição social dos seus pais. Com só 17 anos, tinha-se graduado na Universidade de Michigan, sendo o licenciado mais jovem na história desta Universidade.

Loeb era famoso na Universidade de Chicago, donde no momento do crime, assistia às aulas, pela sua brillante capacidade intelectual. Foi um rapaz de constituição fraca até aos quatro anos. Richard foi sempre um jovem atrativo y sociável, com um grande carisma entre os seus semelhantes.

**Nathan Leopold** era o membro mais jovem da sua família. A sua alcunha familiar era “Babe”.

Descendia dos alemães que tinham chegado à América a principios do século XIX.

O seu desenvolvimento psicomotor foi precoce. Começou a ir à escola quando tinha 6 anos, e desde o inicio os seus resultados académicos demonstraram estar por cima da media. Durante a puberdade, era brilhante e ativo, mas não forte fisicamente. Tinha estado frequentemente doente desde a infância, e a sua família submetia-o a uma constante atenção médica.

A sua vida, desde o inicio, esteve dedicada aos livros e aos estudos.

Estudou na escola de Harvard e nas Universidades de Chicago e Michigan.

Nathan estudava Direito, mas interessavam-lhe outros temas como os idiomas, antigos e modernos, a tradução de clásicos, e a ornitologia

Aos catorze anos, descobriu a filosofia do superhomem de Nietzsche. Naquele momento, pela sua imaturidade, tal como argumentaria posteriormente a defesa, ele assimilou de forma errónea as implicações sociais dos ideais do filósofo alemão, Leopold interpretou a ideia de que havia alguns homens que tinham nascido para governar os restantes. Tudo o que fizessem era correto pela simples razão de que tinham decidido fazê-lo.

De acordo com alguns investigadores, Babe nunca tinha mantido relações sexuais quando conheceu a Loeb. Loeb mostrou-se de acordo com ser o seu amante, se Leopold lhe ajudava a cometer o “crime perfeito”.

Tendo em conta os antecedentes dos dois jovens parecia impossível que tivessem sido capazes de cometer um crime tão espantoso.

A incongruência entre a brilhantez de Leopold e Loeb, e a sua privilegiada situação social, unida à frialdade de escolher um miúdo ao azar e assassina-lo, só por diversão; foi o que catapultou este caso às primeiras páginas de todos os jornais do país. O crime já não era um fato exclusivo dos mais desfavorecidos. Qualquer pessoa podia matar; inclusive sem nenhum motivo. Milhões de cartas chegaram às redações dos periódicos tentando dar uma explicação dos feitos.

Para alguns, a alimentação descuidada dos miúdos, tinha propiciado essa anomalia moral; para outros, não havia dúvida de que a perda dos valores religiosos na sociedade americana eram os culpáveis.

### **AS PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS DE SCHNEIDER**

O livro “Las personalidades psicopáticas” foi publicado por primeira vez no ano 1923.

O conceito que o autor elaborou sobre as personalidades psicopáticas de Schneider é: “Personalidades psicopáticas são aquelas personalidades que sofrem por sua anormalidade ou fazem sofrer, sob influência desta, a sociedade”.

Este conceito encerra dois aspetos polémicos; por um lado a abrangência do conceito, o qual se torna um tanto quanto vago, visto que estriba no conceito de “personalidade anormal”; e por outro lado, o falar de um grupo de psicopatas que sofrem, que choça frontalmente com outras formas de definir a personalidade psicopática que acentuam o carácter anti-social da conducta.

Segundo Schneider, a personalidade é o conjunto dos seus sentimentos e valorizações, das suas tendências e volições. Ele distingue no homem a individualidade, a inteligência, a personalidade e o conjunto dos sentimentos e instintos corporais e vitais.

“As personalidades anormais são variações, desvios dum campo médio das personalidades, campo esse imaginado por nós, porém não determinável com exatidão”. Portanto, as “personalidades anormais” são variações, desvios de sentimentos, valorizações, tendências e volições. Desvios em relação a um termo médio, esperado, entendido como normal.

A vantagem de ter criado um conceito de personalidade psicopática tão arbitrário em quanto à delimitação dá-lhe a vantagem de identificarem-se duas grandes formas de psicopatas: os que sofrem e aqueles que fazem sofrer; grupos pouco homogêneos entre si.

A forma de sofrer não é secundária ao choque com a lei, mas sim pela própria anomalia da personalidade, pelos conflitos internos inerentes à sua anomalia.

Schneider diz-nos que os psicopatas desenvolvem conflitos internos, os que sofrem pela sua personalidade, ou externos, no caso dos perturbadores.

O conceito aquí descrito por Schneider está isento de conotações valorativas ou sociológicas. O perturbador social só será um psicopata se for uma “personalidade anormal”.

Hoje em dia, existe um consenso geral no que diz respeito às características centrais das personalidades psicopáticas, que seriam:

- Dificuldades de adaptação social
- Tendência à conduta anti-social

Isto quer dizer que a anti-socialidade é reconhecida como o traço essencial para o diagnóstico deste quadro clínico (Associação Psiquiátrica Americana, e a Organização Mundial da Saúde).

Para Schneider, certos tipos de psicopatias servem de base para o desenvolvimento de certos tipos de neurose. Estes psicopatas com reações neuróticas seriam do grupo dos que sofrem.

Para concluir, dentro do grupo dos que sofrem, enquadram-se: os depressivos, os inseguros de si mesmos e os asténicos; que se aproximam dos quadros neuróticos e estão muito longe dos psicopatas assumidos pelo consenso atual.

Por outro lado estão os hipertímicos, os fanáticos, os carentes de estima, os instáveis, os explosivos, os desalmados e os abúlicos; que seriam o grupo dos que fazem sofrer. O que mais se aproxima ao conceito atual de psicopatia seria o psicopata desalmado de Schneider.

### **UMA VISÃO “SCHNEIDERIANA” DOS ASSASSINOS**

Leopold e Loeb foram avaliados por alguns dos mais importantes alienistas da época, tais como o Dr. William A. White de St. Elizabeth Hospital de Washington, o Dr. Bernard Glueck do centro penitenciário de Sing Sing e o Dr. William Healey entre outros.

#### **Loeb**

Loeb destacava pela total ausência de qualquer sinal de apresentar sentimentos normais. Apesar de ter um grande nível intelectual era incapaz de dotar o que lhe rodeava de uma emoção adequada. Tinha uma total ausência de sentimentos tais como arrependimento, remorsos ou compaixão. Ele era capaz de ser uma pessoa amigável, agradecida ou sedutora, mas ao mesmo tempo era mentiroso, injusto e sem escrúpulos.

Tinha começado a sua vida criminal na infância (8-9 anos), com pequenos roubos, que foram aumentando conforme crescia. Tinha o desejo irresistível de imitar os atos do seu herói de infância: “O maestro criminal”.

O diagnóstico desde um ponto de vista “schneideriano” seria o de psicopata desalmado, pela frialdade, falta de sentimentos, arrependimento ou remordimentos. Uma forma de descrever estes indivíduos é segundo F. Sholz a “anestesia moral”, “eles conhecem as leis morais, podem vê-las, mas não as sentem, e por isso não subordinam a elas a sua conduta”.

Neste caso o nível intelectual era muito elevado, coisa que era polémica na época pois Schneider reconhecia a possibilidade dos desalmados terem um grande rendimento social e intelectual em postos de trabalho de grande nível, ao contrário de outros autores. O que não era de esperar neste caso, e foi um dos motivos de grande interesse que suscitou este caso na época, era o fato de Loeb pertencer a um estrato social elevado. Em princípio, Schneider dizia que de nenhuma maneira eram criminosos todos os desalmados, e menos os dos estratos sociais superiores. Talvez este seja o único pormenor donde Loeb não se ajusta à descrição de Schneider.

Outras características que coincidem com o nosso caso é o fato de que é frequente a aparição de condutas psicopáticas já na infância (Loeb começou a roubar aos 8-9 anos), e de que é mais frequente esta personalidade em homens do que nas mulheres.

Em quanto ao prognóstico, Schneider apontava que um rasgo especial dos desalmados era a incapacidade de corrigir estas condutas, e que a única solução era a reclusão social, tal como aconteceu neste caso. Loeb uma vez preso, acabou por morrer prematuramente depois duma disputa provocada pela sua atitude psicopática.

## **Leopold**

Leopold pela sua parte, era descrito como uma pessoa muito egoísta, egocêntrico e persistente nas suas opiniões; muito argumentativo e com grande capacidade intelectual e de memória. Era uma pessoa nervosa, e estava muito preocupado com o fato de não fazer-se entender com os psiquiatras, e muito interessado na opinião que poderiam ter dele.

Tinha uma ideia exagerada de superioridade e preferia viver uma vida não emocional; sendo o seu ideal um intelectual puro.

A origem desta personalidade esteve na morte da sua mãe durante a sua infância, pois ele considerava que Deus estava a cometer um grande erro, por estar a levar uma mulher quase perfeita e deixando na terra gente que nem se podia comparar. Não tinha amigos, mas sempre desejou ter um, mas devia encaixar plenamente nele. A sua tónica de vida era a fantasia de “rei-escravo”.

Dentro da classificação proposta por Schneider, Leopold enquadra-se na nossa opinião com os psicopatas fanáticos, que são aquelas pessoas tenazes, chegando ao conflito por defender essas ideias. Leopold era uma pessoa que habitualmente discutia na sala de aulas os seus ideais de forma exagerada. Isto tem a ver com a tendência dos fanáticos de atribuir aos seus assuntos “uma espécie de importância pública”. Natham tinha a ideia de que era muito superior ao mundo, e defendeu depois do assassinato que qualquer coisa que ele decidiu estava bem, devido a que ele estava certo e o resto do mundo enganado.

Também existe um predomínio do sexo masculino neste tipo de personalidades. Existem casos em mulheres mas costumam adotar uma forma mais passiva frente à postura mais ativa dos homens, como é o caso de Leopold.

Este tipo de quadros clínicos são difíceis de distinguir dos quadros psicóticos ou futuras esquizofrenias; e no caso de Leopold os alienistas chegaram à aventurar uma possível psicose no futuro.

No entanto, a perfeita adaptação de Leopold à prisão durante 33 anos, sem qualquer incidente destacável, parece ir em contra de diagnósticos tais como a psicose.

## **A RELAÇÃO ENTRE LEOPOLD E LOEB**

A relação entre Leopold e Loeb era patológica e estranha. Leopold tinha uma grande devoção por Loeb, pois chegou a afirmar que se sentia menos que “o pé debaixo dos seus sapatos”. No entanto, Loeb queria um ajudante para os seus crimes, e Leopold queria um amigo que estivesse à sua altura.

Ambos chegaram a pensar em matar-se um ao outro, e também no suicídio. Na opinião dos alienistas, eles por separado teriam sido incapazes de fazer aquilo que tinham desejado, precisavam da ajuda de uma outra pessoa. Leopold queria um superior para acompanhá-lo; e Loeb queria alguém que o enaltecesse. A amizade de ambos não era satisfatória para nenhum, mas o segredo estava em que a base da relação era a necessidade, e não o desejo.

Loeb não morria pela companhia de Leopold, nem o respeitava rigidamente; mas precisava de alguém na sua vida. Leopold também não gostava dos defeitos e dos impulsos criminais de Loeb, mas precisava de alguém na sua vida para satisfazer a sua compulsão rei-escravo.

Todos os alienistas coincidiam em que por separado este crime teria sido muito improvável, e que foi a soma das duas personalidades a que possibilitou o crime.

## **DESFECHO**

O 6 de junho de 1924, Leopold e Loeb foram acusados formalmente do assassinato de Robert Franks, e também do rapto com pedido de resgate. Contrataram os serviços de Clarence Darrow e Benjamin C. Bachrach, dois dos criminalistas mais importantes de Chicago.

O julgamento começou o 23 de julho. Uma das novidades foi que a defesa argumentou que existiam graus de responsabilidade mental no sentido legal, e só depois de dias de discussão conseguiram que o tribunal deixa-se examinar os acusados. Destinou-se uma semana às declarações dos alienistas da defesa. Foi a primeira vez que se usaram os relatórios psiquiátricos com o fim de atenuar as penas, feito que abriu um precedente para julgamentos posteriores.

No fim do julgamento o juiz Caverly decidiu condenar à cadeia perpétua na prisão de Joliet. O futuro de ambos foi muito diferente apesar de compartirem estabelecimento presidiário. Loeb morreu prematuramente depois duma disputa. Leopold, dedicou-se a melhorar as condições culturais da prisão organizando a biblioteca, dar aulas; e depois de 33 anos de condena saiu em liberdade condicional. Os seus últimos anos de vida tiveram como cenário Puerto Rico, casou-se, trabalhou num hospital e escreveu uma autobiografia chamada “99 anos e um dia”; que não esclarece nada sobre o assassinato. Morreu aos 66 anos de idade.

## **CONCLUSÃO**

Este caso, que é praticamente desconhecido no nosso âmbito, foi muito importante pelos seguintes motivos:

- Pela primeira vez usaram-se relatórios psiquiátricos completos e estruturados com o fim de atenuar sentenças judiciais.
- A combinação única destas duas personalidades patológicas, provenientes dos mais altos estratos sociais, possibilitaram este crime que agitou a opinião pública nessa época.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1- Wrobel DM. Leopold and Loeb: The crime of the century. Michigan Historical Review Articles. March 2000
- 2- Riniolo TC. The attorney and the shrink: Clarence Darrow, Sigmund Freud, and the Leopold and Loeb trial. Skeptic (Altadena CA). Sept 2002
- 3- Noe D. Leopold and Loeb's perfect crime. Crime magazine. February 2004. Retrieved February 17, 2011 from primemagazine.com: [http://www.crimemagazine.com/leopold\\_and\\_loebs\\_perfect\\_crime\\_0](http://www.crimemagazine.com/leopold_and_loebs_perfect_crime_0)
- 4- Hidgon H. Leopold and Loeb: the crime of the century. University of Illinois Press, 1999: 142-159.
- 5- Schneider K. Las personalidades psicopáticas. Madrid. Morata. 8ª edição.

## COMO APAGAR MEMÓRIAS: BREVE VIAGEM AO ADMIRÁVEL MUNDO NOVO DA NEUROCIÊNCIA CONTEMPORÂNEA

**Luís Quintais**

Departamento de Ciências da Vida / Antropologia  
Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra  
Antropólogo e Professor Auxiliar  
E-mail: lfgsq@ci.uc.pt

Palavras-chave: Memória, neurociência, neuro-política, psiquiatria, identidade

Em Novembro de 2011, o *Público* dava um significativo destaque à vinda Portugal do neurocientista Ed Boyden. Boyden, um «*wiz-kid*» do MIT, defende desafiadamente a possibilidade de «tornar conscientes certos tipos de objectos». Respondendo à jornalista Ana Gerschenfeld, Boyden faz apelo à estafada analogia cérebro/computador e diz-nos:

«Suponhamos que uma pessoa sofre de depressão – perdeu a esperança, a motivação, acha que nada do que faz vale a pena. Podemos pôr um eléctrodo numa parte do seu cérebro chamada área 25 e, de repente, quando ligamos esse estimulador eléctrico, que é controlado por um computador exterior, a pessoa torna-se mais enérgica, mais motivada, sente-se mais ligada aos outros, a sua maneira de estar no mundo muda totalmente. De certa maneira, podemos dizer que temos aqui um híbrido de humano e computador, não é? O computador sabe exactamente quais os impulsos eléctricos que deve emitir, possui circuitos que lhe permitem enviá-los na altura certa – e está a transmitir para a parte certa do cérebro. § Imaginemos que inserimos não um, mas 100 eléctrodos no cérebro dessa pessoa. Agora já temos a capacidade de lá introduzir informação para, por exemplo, codificar certos tipos de memórias. Suponhamos então que a pessoa tem a doença de Alzheimer ou sofre um AVC e que parte da sua memória é destruída. Se houvesse uma maneira de codificar as memórias, de fazer um *backup* e de, a seguir à doença, fazer chegar essa informação às células que foram poupadas, seria possível tornar a inserir as memórias perdidas» (Gerschenfeld, 2011, p. 6).

Não me vou concentrar aturadamente no modo como as afirmações de Boyden denunciam uma flagrante obliteração de tudo aquilo que poderá eventualmente comprometer o seu projecto de neurociência. Como se sabe, há objecções muito sérias ao conhecimento tácito de que parte Boyden. Objecções essas que vão da impossibilidade de tornar consciente a matéria ou de garantir uma tradução eficaz entre processos neuronais e «informação». Seja como for, aquilo que me move aqui mobiliza muitas destas objecções e acrescentará outros motivos de perplexidade.

Gostaria de me concentrar fundamentalmente na ideia de que podemos manipular memórias através do concurso de tecnologias várias, que poderão passar pela «optogenética» de Boyden – em que um canal iónico sensível à luz, o *channelrhodopsin-2*, é geneticamente expresso em neurónios, permitindo controlar a actividade neuronal através da luz – ou através do uso de transferências de informação entre máquinas (computadores) e cérebros ou, ainda, através de neuro-fármacos. A ideia não é nova, pesem embora as declinações recentes, e habita muitos dos sonhos utópicos e distópicos da modernidade tecno-científica que se vem instalando desde a Idade

Clássica de Foucault. Estamos perante uma ideia de «memoro-política» que se afirma, em particular, no século XIX, e que se desdobra insistentemente ao longo dos séculos XX e XXI. A expressão memoro-política colho-a em Ian Hacking que desenvolve criticamente as articulações de Michel Foucault em torno da «anotomo-política» do corpo e da «bio-política» das populações. Escreve Hacking:

«Anotomo-política do corpo humano; bio-política da população, escreveu Foucault. A memoro-política é uma política de quê? Do *self*, do «sujeito» ou da mente humana? Ou desses pronomes pessoais substantivados, *ego*, *moi*? Prefiro dizer uma memoro-política da alma humana, uma ideia que invoca carácter, escolha reflectida, e auto-interpretação, entre muito mais» (1995, p. 215).

Este é, se quisermos, o meu território de enunciação do problema.

Dir-se-ia que o conhecimento sobre a memória se tornou um recurso (escasso, económico, simbolicamente decisivo, institucionalmente mobilizador) de intervenção na pólis através da sua aliança e recursividade com tecnologias de alcance diverso que moldam ou se propõem moldar sujeitos. Uma «sociedade de indivíduos», para usar a bela expressão de Norbert Elias (1991 [1987]) será afinal uma sociedade de subjectividades que deverão ser moldadas, trabalhadas, disciplinadas e, de modo radical, reinventadas. A pólis deverá assim cuidar das subjectividades que a compõem. A memória e as tecnologias (políticas) da memória serão o terreno por excelência deste cuidado. Um cuidado sem precedentes hoje, dado o concurso recente das neurociências e suas vastíssimas traduções culturais e políticas. Assim, hoje a memoro-política será uma neuro-política. O impacto público do trabalho de neuro-cientistas como Ed Boyden é apenas um exemplo disto.

Na década de noventa desenvolvi uma etnografia sobre os usos públicos e políticos de uma criatura designada por *Post-traumatic stress disorder* (e.g., Quintais, 2000). A PTSD, a usar o seu acrónimo em língua inglesa, não precisa hoje de apresentação. Nos idos anos noventa do já passado século XX era um território fértil de discussão acerca das «feridas» que esse século, o mais impiedoso dos séculos, deixou em nós, seus legatários. A minha etnografia prendia-se então com a forma como o trauma era enunciado a partir do vocabulário da psiquiatria e como essas enunciações eram decisivas na construção da identidade de um conjunto de ex-combatentes das guerras coloniais portuguesas diagnosticados com a nosologia em causa. Um dos traços mais importantes dessa etnografia prendia-se com as concepções terapêuticas, em que avultavam a verbalização e a interlocução como meios de intervenção sobre o trauma. Assim, a eficácia terapêutica era garantida através de uma forma de «verdade verbalizada». No contexto psicoterapêutico (cognitivo-comportamental), a expressão do trauma seria assim o melhor modo de intervir com eficácia sobre a natureza de uma memória indelével, porém modelável sob a forma de elocuições. Uma das lições a retirar desse contexto era a de que só nos podemos livrar das implicações emocionalmente temíveis de más memórias, de memórias traumáticas, se falarmos. Falar, performativizar a linguagem, seria a melhor intervenção. Talvez não curasse, mas de Freud e Janet até esse presente etnográfico nada de melhor se poderia encontrar. Parece que o mundo tem mudado radicalmente desde aí. E esta ideia tornou-se aparentemente obsoleta. Senão vejamos.

Em Março de 2012 a magnífica *Wired* traz um artigo assinado por John Lehrer que

divulga um outro modo de agir sobre memórias funestas. Aí sugere-se que a estratégia identificada, a elocução terapêutica, é um mito e, talvez, um erro, sendo que «esta noção errada anda por aí há milhares de anos» (Lehrer, 2012, p. 88). Segundo o autor, a noção errada deriva de uma antiquíssima concepção de memória em que esta é vivida como constituída por «retratos indelévels do passado» (*id.*, *ibid.*). Nada disto é verdade, acrescenta. Na última década, diz-nos Lehrer, os neurocientistas demonstraram que as nossas memórias não podem ser tomadas como conjuntos de dados inertes e que tais memórias não permanecem constantes. E se uma memória de um acontecimento se afigura «uma representação honesta», essa «autenticidade é a maior mentira de todas» (*id.*, *ibid.*). Uma nova concepção de memória emergiria então através do concurso das neurociências. Uma memória sujeita a transformações constantes, plástica e potencialmente manipulável através do uso de drogas especificamente desenhadas para o efeito:

«Investigação nova está a mostrar que sempre que recordamos um acontecimento, a estrutura dessa memória no cérebro é alterada à luz do momento presente, distorcida pelos nossos sentimentos e conhecimento presentes» (*id.*, *ibid.*).

A discussão é feita em torno daquilo a que Lehrer designa por «*critical incident stress debriefing*» ou CISD, uma estratégia que tem por eixo a ideia de que todos aqueles que sobrevivem a um acontecimento doloroso devem exprimir os seus sentimentos logo após tal acontecimento ter ocorrido de forma a evitar que a memória seja «selada» e reprimida, o que poderá conduzir à *Post-traumatic stress disorder*. Assim, fazer-nos recordar um acontecimento traumático logo após a sua ocorrência, não nos alivia; reforça antes o medo e o *stress* que fazem parte desse processo de recordação. Acresce então, e de acordo com o artigo da *Wired*, que:

«Este novo modelo da memória não é apenas uma teoria – os neurocientistas têm de facto uma explicação molecular do como e porquê mudam as memórias. De facto, a sua definição de memória alargou-se para abranger não apenas os clichés cinematográficos da infância mas também os insistentes *loops* mentais de doenças como a PTSD e a adicção – e mesmo distúrbios da dor como a neuropatia. Ao contrário da maior parte da investigação sobre o cérebro, o campo da memória desenvolveu de facto explicações mais simples. Sempre que o cérebro tenta reter algo, faz-se suportar apenas em alguns químicos. De forma mais surpreendente, uma igualmente pequena família de compostos pode vir a tornar-se um apagador universal da história [*a universal eraser of history*], um comprimido que podemos tomar sempre que quisermos esquecer alguma coisa. § E os investigadores encontraram um destes compostos. § No futuro muito próximo, o acto de recordar virá a ser uma escolha» (*id.*, *ibid.*).

Parte-se então para uma avaliação sumária das investigações neurobiológicas nesta área, com especial destaque para o trabalho de Karim Nader, um jovem neurocientista que trabalha na Universidade de Nova Iorque. Nos anos noventa, Nader, um discípulo de Joseph LeDoux, terá «ensinado» ratos a associarem um ruído alto com um suave mas doloroso choque eléctrico. Mal o ruído era accionado, os ratos ficavam aterrorizados, antecipando o choque. Nader fez reforçar esta memória durante várias semanas. O investigador injectou então os cérebros dos ratos com um composto químico que inibe a síntese proteica associada à criação de memórias, sujeitando-os, em simultâneo, ao

ruído. Nader, segundo aquilo que nos é dito no artigo, ficou absolutamente surpreendido com o resultado. Quando fazia accionar o ruído, a memória do medo tinha desaparecido. «Os ratos tinham esquecido tudo» (*id.*, p. 90). A chave estaria, segundo a *Wired*, no tempo. Se se inibisse a síntese proteica de novas proteínas durante o acto de recordar, então a memória original deixaria de existir. Ou seja, o apagamento era específico. Os ratos esqueciam apenas aquilo que eram forçados a lembrar durante a influência do inibidor. Escreve Lehrer:

«O desaparecimento da memória do medo sugeriu que sempre que pensamos sobre o passado, estamos delicadamente a transformar a sua representação celular no cérebro, a alterar o seu circuito neuronal subjacente. Era uma descoberta espantosa: as memórias não são formadas sendo depois mantidas no seu formato original, como pensavam os neurocientistas: elas são formadas e depois reconstruídas de cada vez que são acessadas» (*id.*, p. 90).

Apesar das resistências que a comunidade científica foi manifestando em relação às conclusões de Nader (o artigo fala-nos das propostas de Nader como se elas constituíssem uma mudança paradigmática *à la* Kuhn), por volta de 2005 acumularam-se evidências de que recordar requeriria alguma forma de síntese proteica. A «ciência da reconsolidação» defende afinal que cada vez que eu recordo um episódio da minha vida passada – uma memória de infância, por exemplo – eu recio essa memória e o seu correspondente mapa de conexões neuronais. O cérebro é uma entidade dinâmica em que redes de células são constantemente reconsolidadas, refeitas, reinscritas. Assim, de forma a agir sobre as memórias dolorosas de alguém, propõe-se o seguinte: (a) escolhe-se uma memória de longo-termo que terá sido sujeita a um processo de consolidação que se traduz, afinal, numa reconstrução de conexões neuronais que estão associadas à síntese de uma proteína (a PKMzeta ou *Protein kinase M zeta*); (b) apaga-se a memória administrando uma droga que inibe a PKMzeta, pedindo-se ainda ao paciente que se recorde do acontecimento outra vez; como a proteína responsável pela reconsolidação está ausente, a memória deixa de existir; os neurocientistas defendem, neste ponto, que poderão inibir selectivamente os receptores considerados relevantes; (c) se a droga é suficientemente precisa e selectiva, o resto permanece sem quaisquer alterações.

Estaremos perante a primeira cura psiquiátrica verdadeiramente digna desse nome, diz-nos a *Wired* (cf. *id.*, pp. 92-93). Considere-se a associação de inibidores de PKMzeta com processos de reconsolidação de memórias, *et voilà*. Passaremos a viver no interior de um filme como *Eternal sunshine of the spotless mind* (2004) citado, aliás, no artigo da *Wired* (*id.*, p. 93), só que, e como aí se refere, não haverá quaisquer riscos colaterais de apagamento da mente já que o processo, diz-se, é preciso, rigoroso, cirúrgico (*id.*, *ibid.*).

É minha convicção que as neurociências contemporâneas são, no presente, um dos domínios de redefinição integral do nosso entendimento do que é a memória, logo da nossa identidade e, com ela, dos nossos «modos de fazer mundos», para usar o belíssimo título de Nelson Goodman (1995). Não é sem uma nota de flagrante inquietação que o artigo da *Wired* enfatiza essa possibilidade:

«Há todo um conjunto de coisas distópicas que podemos fazer com estas drogas. Se tiranos reescreveram frequentemente livros de história, a ciência moderna poderá um dia permitir-lhes reescrever-nos, fazendo apagar genocídios e

atrocidades com um *cocktail* de comprimidos» (Lehrer, 2012, p. 120).

Este será, é já, o admirável mundo novo de que nos falava Aldous Huxley. Uma ideia errada poderá, depois de repetida três vezes, tornar-se verdadeira. Ela é já verdadeira!

### **Bibliovideografia**

ELIAS, Norbert – *The society of individuals*. Oxford: Basil Blackwell, 1991 [1987].

GERSCHENFELD, Ana – «Entrevista Ed Boyden: “não me parece impossível tornar conscientes certo tipo de objectos”», *Público*, P2, 10 de Novembro de 2011, pp. 4-6.

GOODMAN, Nelson – *Modos de fazer mundos*. Porto: Edições Asa, 1995 [1978].

GONDRY, Michel – *The eternal sunshine of the spotless mind*. Argumento de Michel Gondry e de Charlie Kaufman; com Jim Carrey, Kate Winslet e Tom Wilkinson, EUA, 2004.

HACKING, Ian – *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: New Jersey, 1995.

LEHRER, Jonah – «The forgetting pill: how a new drug can target your worst memories – and erase them forever». *Wired*, Março de 2012, pp. 84-93.

QUINTAIS, Luís – *As guerras coloniais portuguesas e a invenção da história*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2000.



**OS JARDINS DO CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA:  
TAXONOMIA BOTÂNICA, NOSOLOGIA PSIQUIÁTRICA  
E ESPAÇO TERAPÊUTICO**

**A. Gramary\*; L. Ramos\*\***

Centro Hospitalar Conde de Ferreira - SCMP

\* Médico Psiquiatra, Director Clínico CHCF

\*\* Médico Psiquiatra, CHCF

E-mail: adrian.gramary@gmail.com

E-mail: luisa.ramos6@gmail.com

Palavras-chave: taxonomia, botânica, nosologia, psiquiatria, jardins

## **INTRODUÇÃO**

Com motivo da apresentação do livro *Os Jardins do Centro Hospitalar Conde de Ferreira* os autores abordam a relação histórica existente entre a taxonomia botânica e a nosologia psiquiátrica, que tem as suas raízes no trabalho de Thomas Sydenham e nas classificações *more botanico* da patologia psiquiátrica que surgiram ao longo do século XVIII, nomeadamente a classificação de Boissier de Sauvages. Na segunda parte do artigo, os autores abordam a importância que a actividade nos espaços verdes (agricultura e jardinagem) teve dentro do conceito de «tratamento moral» usado por Tuke, Pinel e os primeiros alienistas.

## **DISCUSSÃO / DESENVOLVIMENTO DO TEMA**

### **1 – O doente mental no jardim das espécies**

O livro *Os Jardins do Centro Hospitalar Conde de Ferreira*<sup>1</sup> é o fruto da observação cuidadosa e do estudo rigoroso de dois médicos psiquiatras (e botânicos amadores, embora apaixonados) do Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Haverá pessoas que possam interrogar-se sobre o interesse que o mundo da Botânica pode suscitar num psiquiatra ou para a Psiquiatria em termos gerais. Esta pergunta parece-nos pertinente e a resposta que nos pode ocorrer inicialmente é que não há qualquer relação aparente entre estas duas áreas de estudo. Mas esta conclusão talvez seja precipitada porque, como vamos tentar demonstrar, ambas as disciplinas têm mais pontos de contacto histórico do que em princípio estaríamos a espera.

O século XVIII, o século do Iluminismo, foi testemunha de um interesse renovado pelo estudo das Ciências Naturais. Numa onda que teve a sua origem em França e Inglaterra, o mundo assistiu à proliferação de academias nacionais e sociedades dedicadas ao estudo das diferentes disciplinas científicas ao mesmo tempo que era publicada a *Enciclopédia*, um contexto internacional que, sem dúvida, favoreceu o intercâmbio de conhecimento entre cientistas de todo o mundo. Recordemos que este foi o século de Newton, Laplace, Gauss, Lavoisier e Lamark, entre outros.

A Botânica foi o paradigma desta renascença das Ciências Naturais, salientando-se, neste contexto, a obra do sueco Carl von Lineu (1707-1778), figura cimeira do Naturalismo e pai da taxonomia botânica, que estabeleceu as bases para a classificação

---

<sup>1</sup> RAMOS, L.; ROMERO, J.M. — *Os Jardins do Centro Hospitalar Conde de Ferreira*. Porto: Edições da Misericórdia do Porto, 2012.

binomial das plantas. Em Portugal, durante o século XVIII, criam-se a Academia de Ciências de Lisboa em 1779 e os jardins botânicos da Ajuda (1768) e de Coimbra (1772).

Na sequência deste fascínio pelas Ciências Naturais, naturalistas de todos os países da Europa começaram a realizar estudos de campo e, com o apoio financeiro dos soberanos ou de mecenas filantrópicos, participaram em expedições fretadas com destino a América, África e Oceânia, cujo objectivo era catalogar e trazer exemplares de espécies novas de minerais, flores, árvores e animais. Em Portugal, temos os exemplos, entre outros, das missões comandadas por Alexandre Rodrigues Ferreira, que percorreu a bacia do Amazonas, e a de Manuel Galvão da Silva, que explorou o interior de Moçambique.

No âmbito da Medicina, os autores do século XVIII que se dedicaram ao estudo das doenças mentais encontraram a sua inspiração nos trabalhos de um médico inglês do século anterior, Thomas Sydenham (1624-1689), que tinha defendido a necessidade de basear a classificação das doenças no conhecimento empírico, na observação e descrição mais objectivas possíveis. Para Sydenham era essencial fazer «uma descrição tão gráfica e natural quanto possível» das *species morbosae* ou modos típicos de adoecer, «com a mesma exactidão com que os botânicos procederam nos Tratados das Plantas».<sup>1</sup> Durante a segunda metade do século XVIII muitos autores, seguindo o conselho de Sydenham, aplicaram a divisão das doenças mentais em classes, famílias, géneros e espécies, criando classificações nosográficas de doenças mentais ou nosotaxias *more botanico*, isto é, como as botânicas (como foi o caso de Cullen, Weickhard ou Boissier de Sauvages).<sup>2</sup> Esta ligação histórica entre taxonomia psiquiátrica e nosologia psiquiátrica é tao evidente que muitos autores, como Pichot, não duvidam em afirmar que a nosologia psiquiátrica nasceu no século XVIII sob a influência das classificações botânicas.<sup>3</sup>

A primeira classificação psiquiátrica foi publicada em 1763 com o título de *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenhami metem et botanicorum ordinem* por Boissier de Sauvages, médico e professor de Botânica da Universidade de Montpellier, que era também um especialista reconhecido nas neuroses. Boissier de Sauvages afirma explicitamente na sua *Nosologia* ser seguidor, no terreno da Medicina, das regras estabelecidas por Lineu. No entanto, a classificação nosográfica de Boissier de Sauvages, que organizava o mundo patológico em 10 classes, 40 ordens e 78 géneros, e considerava mais de 2400 doenças diferentes, estava muito longe do ideal nosográfico de Sydenham.<sup>4</sup> Esta sobreabundância de categorias diagnósticas prendia-se, em parte, com o desconhecimento das causas e das alterações anatómicas das doenças, que obrigou o autor a basear a sua classificação nos sintomas. Contudo, a classificação de Boissier de Sauvages teve um impacto muito significativo nos seus contemporâneos e foi amplamente imitada. Sem ir mais longe, o próprio Lineu, cuja formação era médica, inspirou-se nela para o seu livro *Genera Morborum* (1763), uma tentativa de aplicar o modelo de classificação botânica ao mundo patológico.

<sup>1</sup> FOUCAULT, M. — *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978, p.210.

<sup>2</sup> LÓPEZ PIÑERO, J.M. — *Orígenes históricos del concepto de neurosis*. Madrid: Alianza Editorial, 1983, p.32.

<sup>3</sup> PICHOT, P. — «Nosological Developments in European Psychiatry and Psychopharmacology». *Pharmacopsychiat.* 19(1986) pp. 23-25.

<sup>4</sup> VEITH, I. — «Psychiatric Nosology: from Hippocrates to Kraepelin». *American Journal of Psychiatry*. Nov (1957) p.388.

Para perceber esta relação estreita entre Botânica e Medicina, torna-se necessário lembrar que a Botânica era uma disciplina fundamental no curriculum médico da época devido ao valor terapêutico das plantas. Por outro lado, os botânicos, como Lineu, tinham adquirido considerável prestígio devido ao facto de ter proposto pela primeira vez uma classificação «natural». Os botânicos do século XVIII acreditavam na existência de um ordem subjacente à diversidade das criaturas vivas, que era passível de ser traduzido num sistema hierárquico complexo que denominaram classificação «natural». Os botânicos encontraram o critério guia na morfologia do sistema reprodutor. O desafio para os nosologistas era seleccionar a característica ou a combinação de características que ia permitir estabelecer uma classificação semelhante para as doenças. Esta esperança de encontrar uma classificação psiquiátrica «natural» permaneceu viva na nosologia psiquiátrica desde Boissier de Sauvages.

Um dos herdeiros do pensamento científico do Iluminismo foi Philippe Pinel (1745-1826), o pai fundador da Psiquiatria como especialidade médica e reorganizador durante os anos da Revolução Francesa dos dois grandes asilos de Paris, Bicêtre e La Salpêtrière. Nas duas obras mais famosas, a *Nosographie Philosophique* e o *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mental*, Pinel, conhecedor das classificações de Cullen e Boissier de Sauvages, propõe uma classificação *more botanico* mais simplificada das espécies ou tipos de alienação mental (que dividiu em quatro grandes tipos: mania, melancolia, demência e idiotia). A classificação de Pinel, baseada na observação sistemática dos doentes ao longo das diferentes fases da alienação, tentava ser uma nosografia mais funcional, que procurava evitar as especulações teóricas e permitia a classificação e «distribuição metódica» dos doentes em função do tipo de doença, com o objectivo de aplicar um tratamento mais específico.

Em conclusão, durante o século XVIII, constatamos que alienistas e botânicos partiram de procedimentos empíricos de observação semelhantes para o estudo dos seus respectivos objectos e procederam à classificação dos mesmos com critérios semelhantes. Observação, empirismo e taxonomia tornaram-se assim princípios condutores comuns para ambas as disciplinas. Espécies de plantas e árvores e *species morbosae* de alienação mental que deviam ser observadas e classificadas com idêntico rigor científico. Relembrando as palavras de Foucault, no século XVIII «a ordem dos botânicos tornou-se organizadora do mundo patológico».<sup>1</sup>

## 2- Os jardins e o «tratamento moral»

Por outro lado, a preocupação pelos espaços verdes e pelo papel do contacto com a natureza na recuperação dos doentes mentais foi um aspecto essencial no pensamento dos primeiros alienistas e nos textos inaugurais da psiquiatria. O primeiro antecedente histórico desta preocupação pela natureza no tratamento da doença mental é o York Retreat, criado na Inglaterra em 1796 por William Tuke, uma instituição pioneira da corrente *non-restraint*, que foi organizada seguindo os princípios filantrópicos de religião quaker.<sup>2</sup> Samuel Tuke, o neto do fundador da instituição, descreve o espaço do York Retreat com estas palavras: «Há onze acres de terreno que pertencem à instituição. Esta pequena quinta está principalmente dedicada ao cultivo de batatas e à criação de vacas que fornecem leite e manteiga. O jardim, que está na parte norte da casa e contém

<sup>1</sup> FOUCAULT, M., *op. cit.*, p.211.

<sup>2</sup> HICKMAN, C. — «Moral therapy, asylums and gardens». *Journal of Medical Biography*. 15(2007) p. 187.

cerca de um acre de terreno, fornece abundante fruta e vegetais e também proporciona um local agradável para o descanso e trabalho para muitos doentes».<sup>1</sup> Esta tradição de integração da paisagem e dos espaços verdes é visível também noutros asilos de alienados britânicos do século XIX, como Bakewell, Brislington House e Hanwell.<sup>2</sup>

Contemporâneo do trabalho desenvolvido por Tuke na Inglaterra, Pinel, no seu *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale*, descreve o espaço verde do Hospital de La Salpêtrière e os efeitos curativos dos passeios pelos jardins durante a fase de convalescença. Neste *locus amoenus*, o doente reencontrava-se com a natureza em equilíbrio, que, reflectindo a razão imanente no mundo, favorecia o reequilíbrio da mente libertando-a do efeito deletério das paixões. A natureza para os alienistas do século XVIII era, nas palavras de Foucault, «a totalidade da razão presente em cada um de seus elementos».<sup>3</sup>

A natureza envolvente dos asilos de alienados tornou-se, assim, ao longo do século XIX, parte essencial do «tratamento moral» defendido por Tuke e Pinel. Os jardins eram espaços amenos para o repouso e a recuperação durante a fase inicial da doença, mas também eram espaços propícios para as actividades agrícolas e de jardinagem que os doentes podiam desenvolver durante a fase de convalescença, o que faz de Tuke e Pinel os pioneiros do conceito de terapia ocupacional. Na esteira do pensamento de Pinel e de experiências semelhantes desenvolvidas na Inglaterra, entre os primeiros alienistas tornou-se consensual que o trabalho mecânico — e a jardinagem e agricultura em particular — era um dos pilares do tratamento da doença mental. Como exemplo temos o testemunho de Bernardino António Gomes que percorreu os principais asilos de alienados de Europa e escreveu um relatório, que publicou em 1843 com o título *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principais da Europa*, onde descreve com pormenor as condições dos espaços verdes e o benefício decorrente dos trabalhos agrícolas desenvolvidos nos asilos para alienados da época, entre os quais destacamos o caso do Asilo de Vanves, localizado perto de Paris e dirigido por Falret, que tinha como principais ocupações dos doentes «além dos exercícios nos jardins e campo (...) a leitura, pequenas lições de botânica ou dos outros ramos da história natural».<sup>4</sup>

Em Portugal, esta preocupação é visível no pensamento dos dois organizadores hospitalares mais destacados do alienismo: Miguel Bombarda e António Maria de Sena, que tiveram em conta este princípio orientador para a organização do Hospital de Rilhafoles, em Lisboa, e do Hospital Conde de Ferreira, no Porto.

Vejamos, por exemplo, as palavras com que Sena descreve a quinta do Hospital Conde de Ferreira no seu livro *Os Alienados em Portugal*: «A vegetação é abundante e luxuosa: cultivam-se nela verduras de diferentes castas, árvores de fruto, e nas elevações de mais ingrata estrutura estendem-se pinheirais já feitos, que compõem a paisagem do sítio e embalsamam a atmosfera».<sup>5</sup> O recinto do Hospital Conde de Ferreira, com uma superfície de 120.000 metros quadrados, permitiu desde o início a existência de amplas áreas ajardinadas e de cultivo envolventes ao hospital. Através das frutas recolhidas durante o primeiro biénio, sabemos que na quinta existiam, em consonância com a

<sup>1</sup> TUKE, S. — Description of the Retreat, an Institution near York, for insane persons of the Society of Friends. London. 1813. pp.94-5.

<sup>2</sup> HICKMAN, C., *op. cit.*

<sup>3</sup> FOUCAULT, M., *op. cit.* p.212.

<sup>4</sup> GOMES, B.A. — *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principais da Europa*. Lisboa: Ulmeiro, 1999, p.79.

<sup>5</sup> SENA, A.M. — *Os Alienados em Portugal*. Lisboa: Ulmeiro, 2003. p.297.

descrição de Sena, além de abundantes pinheiros, muitos tipos de árvores de fruto, entre outras, cerejeiras, damasqueiros, pereiras, limoeiros, laranjeiras, macieiras e figueiras.<sup>1</sup> A preocupação de Sena pelos espaços envolventes do hospital e pelo seu papel no tratamento e recuperação dos doentes é evidente na descrição do funcionamento das enfermarias, as quais tinham «jardins ou parques para passeio» que estavam «em comunicação com as enfermarias» o que possibilitava que geralmente «permitindo-o o tempo, todos os doentes passassem a maior parte do dia ao ar livre».<sup>14</sup> Segundo é possível verificar no mapa<sup>2</sup> que Sena apresenta no livro *Os Alienados em Portugal*, o recinto do hospital contava com diferentes tipos de espaços verdes: um jardim da entrada, que servia de acesso principal ao Hospital; dez pátios ou jardins de arejamento (em inglês «airing courts») em comunicação com as enfermarias, e separados do recinto interno do hospital por grades de ferro; e finalmente, nas traseiras do hospital, na área norte do recinto, uma quinta com terras de cultura. Os pátios ou jardins de arejamento, frequentes nas construções para alienados do século XIX, foram criadas por primeira vez no hospital inglês de Bethlem. Os pátios de arejamento eram áreas limitadas por muros ou grades, adjacentes ao edifício, e que tinham como objectivo, como o seu nome indica, permitir aos doentes apanhar ar e praticar exercício físico dentro de um espaço fechado.<sup>3,4</sup> O jardim da entrada e os pátios de arejamento do Hospital Conde de Ferreira tiveram desde o início, como é possível verificar nas fotografias mais antigas, plantação de árvores, arbustos e flores. A propósito destas áreas ajardinadas detectamos uma preocupação significativa por parte da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto já durante os anos iniciais de funcionamento do hospital: «Porque o asseio e embelezamento dos jardins e parques entra na ordem das condições de higiene e agrado de que devem ser cercados os doentes» (*Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto 1898-1899*).<sup>5</sup> No relatório de actividades do primeiro biénio do hospital, Sena refere que se empregavam muitos doentes «em trabalhos agrícolas na quinta e jardinagem»<sup>6</sup>, o que reflecte que o trabalho manual em geral, a jardinagem e as actividades agrícolas em particular, faziam parte do tratamento dos doentes para além de permitir a sustentabilidade económica do hospital no seu conjunto.

Assim, chegamos ao fim deste artigo, que nos permitiu concluir que, neste diálogo entre o homem-natureza e entre homem são-homem doente, a psiquiatria enveredou durante o século XVIII por um caminho que ligou psiquiatras, doentes, botânicos e plantas, sob a invocação da metáfora da classificação botânica e do efeito curativo do contacto com a natureza. Este princípio do efeito curativo da natureza não foi, contudo, exclusivo da Psiquiatria, e foi partilhado ao longo da história por outras especialidades médicas: pensemos, por exemplo, nas curas «climáticas» realizadas nos hospitais para tuberculosos durante o século XIX, como o localizado em Davos, na Suíça, protagonista do famoso romance *A montanha mágica* de Thomas Mann. Um princípio que, subordinado a outros, como a assepsia, a segurança e o isolamento, parece ter sido descurado pela arquitectura dos hospitais actuais, que definitivamente parecem viver virados de costas à natureza.

<sup>1</sup> SENA, A.M. — Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital Conde de Ferreira relativo ao primeiro biénio (1883-1885), Porto, 1887, doc. n.º 3-A, p.81.

<sup>2</sup> SENA, A.M., 2003, *op. cit.*, pp.316-317.

<sup>3</sup> SENA, A.M., *Ibidem.*, p.298.

<sup>4</sup> RUTHERFORD, S. — *The Landscapes of Public Lunatic Asylums in England, 1808-1914*, PhD Thesis: De Montfort University, Leicester, 2003. Vol.1, pp.111-112.

<sup>5</sup> Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto 1898-1899. p.102.

<sup>6</sup> SENA, A.M., 1887, *op. cit.*, pp.80-81.

## **CONCLUSÕES**

A publicação do livro *Os Jardins do C.H.C.F.* talvez seja uma boa oportunidade para reflectirmos se os benefícios evidentes que trouxe a incorporação da especialidade nos hospitais gerais terão justificado a perda do contacto terapêutico com a natureza nos processos de reabilitação psiquiátrica. Nesse percurso traçado pela Psiquiatria durante a segunda metade do século XX, que procedeu, em prol da luta contra a segregação e o estigma, à eliminação de espaços restritos para a doença mental, talvez tenhamos esquecido que ela (e o seu tratamento) tem, quer queiramos quer não, especificidades que a tornam diferente das outras doenças.

## SÍLVIO LIMA E A RECEÇÃO CRÍTICA À PSICANÁLISE EM *O AMOR MÍSTICO*

**Paulo Archer de Carvalho**

Bolseiro de Pós-Doutoramento; Investigador do CEIS20, Universidade de Coimbra

E-mail:

Palavras-chave: Sílvio Lima; psicanálise; *O Amor Místico*

Ao discreto perfil e à virtu intelectual e cívica do professor Sílvio Lima (1904-1993) serão em parte assacáveis a relativa omissão a que está hoje votada a sua obra, mesmo em fóruns especializados. Mas arguido é o obstinado silêncio que se instalou à sua volta. Autor da primeira tese em Psicologia experimental avocada numa universidade portuguesa (Coimbra, 1929), testada em Genebra sob supervisão de E. Claparède e Hélène Antipoff, seguia já de perto os pioneiros estudos e as primeiras conclusões de psicologia genética de J. Piaget, outro notável discípulo do mestre helvético. Nessa tese doutoral, *O Problema da reconhecimento*, ao arrepio das teorias intelectualistas ou perceptivistas, escorado numa metodologia experimental dura e em hábil interpretação, Lima avocou, com Abramowsky e Binet, a base emocional no reconhecimento, “intuição sensível produzida no fluxo da experiência”, testificando não só a tensão emocional da percepção conquanto o “passado sobreviva em nós inconscientemente”, mas, de modo consistente, a constituição de uma massa do esquecido que pode suscitar resistência a falsas sugestões, “pegada emocional” de uma memória afetiva, que a percepção atual representa e torna presente, tese que melhor esclarece na análise da paramnésia ou falsa reconhecimento, o *déjà vu*.

Superando a alvura bidimensional do *raisonner* pascaliano e na senda do pluralismo fenoménico do psiquismo, Lima atendeu à subjetividade não linear nem causativa que atormenta a Razão kantiana, chamando à colação, nas palavras autênticas de Miguel Batista Pereira, o chão ontológico da nossa existência e o pathos próprio do psiquismo. Certificava assim a alforria científica da Psicologia que, não ao acaso, no meio académico conservador e ultramontano, é impugnada em nome do substancialismo aristotélico, do tomismo essencialista e da filosofia perene e sobretudo da ideologia universitária corporativa, suspeitada da inovação discursiva e da novidade científica. Doutro lado, libertava-se o psicólogo do monismo metodológico e da estreita tutela naturalista e cientista, indo na via epistemológica mais esclarecida que os credores da teoria crítica da experiência, com Simmel, haviam explorado.

Na sequência teórica da brilhante tese de licenciatura sobre a ética secularizada e vitalista de J.-M. Guyau, onde debatera a questão (1927) com o timbre da documentação precisa e da informação circunstanciada, assumindo o legado de Joaquim de Carvalho, Sílvio Lima viu-se em 1930-31 no centro de um furacão quando editar e reeditar *Notas críticas* ao livro do Sr. Cardeal Cerejeira ‘*A Igreja e o pensamento contemporâneo*’, provocando a última grande querela religiosa em quatro décadas, num meio intelectual e político onde as luzes críticas da cidade, como no filme de Chaplin, se iam apagando no tormento da censura, da repressão e do silêncio. Ao fincar num agnosticismo filosófico os alicerces epistémicos da Modernidade, no vasto debate sobre os limites do saber e precárias fronteiras instiladas entre as Ciências e a Fé, Sílvio Lima, quase isolado Quixote no instante em que os moinhos se aperravam, agiu como um daqueles *angeli peccatores* que tão bem estudará em *O Amor Místico*. Na polémica jornalística que da Seara Nova tece com a ortodoxia católica (*Novidades*, *Correio de Coimbra*, *Estudos*), em plena transição da ditadura militar para autocracia salazarista, a pública e violenta

condenação aos infernos augurar o pior para o jovem assistente de Joaquim de Carvalho.

1. Em 1935 Sílvio Lima reincidiu na temática e editou sem qualquer intuito polémico, *O Amor Místico*, tentando decifrar a ambiguidade fundante da religiosidade que, para R. Otto, se joga entre a ambivalência do horror, *mysterium tremendum*, e do deslumbramento, *mysterium fascinium*. Nessa sua obra maior Lima abrirá a crítica sistemática à psicanálise.

Oriundo do positivismo vienense e do vitalismo (Brücke, Helmholtz, Fechner), Freud dedica ao misticismo interesse residual, motivo pelo qual Lima se centra na interpretação simbólica da sexualidade e na psicanálise das religiões. Na fase da fixação teórica (1890-1914), Sigmund Freud lera o misticismo como típico fenómeno religioso regressivo compelindo, pois, o retorno ao estágio anterior, «arcaico», da estruturação do ego, o id. Só mais tarde irá aprofundar as notações. E num passo das Novas conferências de introdução à psicanálise (1933), se continua a interpretar o misticismo como poder desordenador dos saberes não deixa de lhe outorgar a paradoxal aptidão de reaver hermenêuticas e navegações do inconsciente que seriam doutro modo, antes da psicanálise, impensáveis à luz hegemónica da cultura europeia.

Correlata da sondagem filosófica sobre o inconsciente (Schopenhauer, E. Hartmann, Nietzsche) e da lavra poética que o explorou com libérrima latitude (Baudelaire, Verlaine, Rimbaud), também a Ciência Nova sondou a «psicologia das profundidades» (Wundt, Charcot, Dwelshauvers, de quem Lima cursou o seminário na Sorbonne em 1928). Notória originalidade: Freud não convocara apenas a sua importância elementar, mas o radical enunciado de que “o inconsciente é o próprio psiquismo”, o “autenticamente real como o real do mundo exterior”<sup>1</sup>, atribuindo-lhe, em elaboração ulterior, estrutura de significado.

Após ler no misticismo projeção obscura, o livro fechado descrito a Romain Rolland, e autores arrolarem a postura arreligiosa do fundador da psicanálise numa cultura mística e na ética hebraicas<sup>2</sup>, em 1939, pouco antes de morrer, Freud constitui o vínculo conceptual com o inconsciente: “o misticismo é a autopercepção obscura da região exterior ao ego, do id”<sup>3</sup>. É certo que em nome da ética Freud atacara a religião e as religiosidades, mas não se furtará à crítica daqueles que vêm, precisamente aí, o recobro discursivo de uma nova religiosidade cuja moral se funda no arquétipo do puritanismo vitoriano e na tradição unitarista judeocristã.

Ora, se a freudiana e inconsciente morte do Pai mergulha nas águas da nietzschiana morte de Deus, utiliza metáforas que sinalizam a emancipação do fundo deístico, na qual Heidegger decifrou a transmutação de todos os valores, pois é a “autoconsciência, na qual a humanidade moderna tem a essência”<sup>4</sup>. Freud abriu deste modo, após os trechos incompreendidos do autor de Assis falava Zaratustra, às grandes aquisições da Modernidade na libertação antropológica da «menoridade intelectual», na proposta de dessacralização e na desmitologização do pensamento (não sem recurso à mitologia

<sup>1</sup> FREUD, S., *Introdução à psicanálise*, apud HAAR, M. *passim*, Lisboa, Edições 70, 2005, 14.

<sup>2</sup> ASSOUN, Paul-Laurent, «Freud et la Mystique», *Nouvelle Revue de la Psychoanalyse*, Paris, XXII, 1980, *Résurgences et dérivés de la Mystique*; PARSONS, William, *The Enigma of the Oceanic Feeling: revisioning the psychoanalytic theory of mysticism*, New York Oxford University Press, 1999; RIZZUTO, A., *The bird of the living God. A psychoanalytic study* (Chicago, University Chicago Press, 1979).

<sup>3</sup> Cf. GRESSER, Moshe, *Dual Allegiance. Freud as a Modern Jew* (1994); BAKAN, David, *Sigmund Freud and the Jewish Mystical Tradition* (2004).

<sup>4</sup> HEIDEGGER, M. «A palavra de Nietzsche “Deus morreu”» *Caminhos de Floresta*, Lisboa, F. C. Gulbenkian, 2002, 243-305, 288.

clássica e à metafórica da Antropologia das religiões, o que criará o maior obstáculo hermenêutico, como revelará Lacan), na socialização (à revelia de Durkheim) da ética e na crítica radical ao obscurantismo religioso difundido por todos aqueles que exploram a ignorância como fonte de poder.

À luz da freudiana ontogenia e filogenia do processo civilizacional como compulsão do trabalho e renúncia ao instinto, nas religiões primitivas os deuses seriam a ideação projetiva das incontroláveis forças da natureza, desempenhando tríplice encargo: o exorcismo dessas forças e dos seus terrores e temores (a partir da ideação de um ente superior), a reconciliação do homem com a crueldade e a morte (projetando harmoniosa vida post mortem) e a busca de um equivalente compensatório para as privações que a civilização lhe impõe<sup>1</sup>. Na esteira de Max Scheler que denunciava na teoria da libido uma alquimia espiritual destinada à entificação mítica e repressiva do Ich fichteano, autores têm assinalado Freud como o último mágico na tradição cabalística, com o seu culto ao milenarismo erótico, imanentizando a Deidade na libido inconsciente, intentando o simbólico «incesto» com a Mãe (-Natureza), objectivando assim na morte do pai a supressão arquetípica. Ora, o discurso do complexo de Édipo (movido não pelo instinto sexual, que se encontra mais ou menos recalcado, mas pelo amor, paixão), implica a leitura da religião como interdição, angústia, culpa e punição e daí a redução freudiana do Deus-pessoa cristão à projeção antropológica da relação dos filhos com o pai<sup>2</sup>, explicitando que a ideação do Único – o “pai ilimitadamente engrandecido” da massa religiosa<sup>3</sup> –, constitua afinal a questão fulcral em Freud, acrescenta Certeau<sup>4</sup>.

Doutro lado, como a consciência religiosa satisfaria projetivamente impulsos e necessidades truncados ou insatisfeitos<sup>5</sup> em ordem a atingir a «unidade», ocorreria a reintegração no Ego primitivo do universo ou sentimento oceânico dada a preservação do passado na vida mental, remontando-o, mas não necessariamente, a uma fase primitiva do sentimento do ego, o da ilimitabilidade e o da vinculação cósmica<sup>6</sup>. Ou seja, “a origem da atitude religiosa pode ser remontada, em linhas muito claras, até ao sentimento de desamparo infantil”<sup>7</sup>. Historicidade e ontogenia fundem-se: o «grande Deus» revela-se como reminiscência histórica no ser individual tal como «reminiscência» colectiva<sup>8</sup>. O superego cultural, interdito civilizacional, seria assim produto da tarefa repressiva sobre o ego primevo, mais próximo das pulsões, instintos e energias «originárias» e libidinais.

Em Totem e Tabu, Freud submergirá a raiz da religiosidade – enquanto neurose colectiva, sintomatologia do retorno do recalcado depois explorada em Moisés e a religião monoteísta<sup>9</sup> – na repressão da «herança arcaica» e na afloração do complexo de Édipo (a que chega através da introspecção), motivo pelo qual o ágape totémico seria o momento mnésico solenizador do parricídio arquetípico, como Sílvio Lima refere

<sup>1</sup> FREUD, S., *O Futuro de uma Ilusão*, Rio de Janeiro, Imago, 1997, II, 16-19 e III (25-33).

<sup>2</sup> COSTA, Elinês Júlio da – «Ratio et Fides no pensamento de Sigmund Freud», *Fides Reformata*, vol. XI, nº 2, 2006, 51-72; 16-I-2009, 51-72: [http://www.mackenzie.br/fileadin/Mantenedores/CPAJ/revista/volume\\_XI\\_2006\\_2/Elines.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadin/Mantenedores/CPAJ/revista/volume_XI_2006_2/Elines.pdf); TERÊNCIO, Marlos Gonçalves– *Um percurso psicanalítico pela Mística, de Freud a Lacan*, Florianópolis, UFSC, 2007, 1-I-2009, <http://www.tede.uifsc.br/teses/PP510.289-D.pdf>.

<sup>3</sup> FREUD, S., *O Mal-estar na Civilização*, Rio de Janeiro, Imago, 1997, II, 21.

<sup>4</sup> Certeau, MICHEL DE, *LA FABLE MYSTIQUE. XVI<sup>E</sup> XVII<sup>E</sup> SIECLE*, PARIS, ÉDITIONS GALLIMARD, BIBLIOTHEQUE DES HISTOIRES, 1982; 9 E 18.

<sup>5</sup> Cf. HABERMAS, Jürgen, *Entre naturalismo y religión*, Barcelona, Paidós, Paidós Básica, 2006; 238.

<sup>6</sup> FREUD, S., *O Mal-estar na Civilização*, op. cit., I, 18-19.

<sup>7</sup> *Id.*, *ib.*, 14; 19.

<sup>8</sup> *Id.*, *Moisés o Monoteísmo*, Lisboa, Guimarães, reimp. 1990, 193-94.

<sup>9</sup> *Id.*, *ib.*, 186-90.

assinalando a freudiana correspondência teofágica sacrificial na eucaristia cristã, pois Cristo seria o “substituto divinizado do Pai carnal da horda primitiva”<sup>1</sup>.

A crítica de Lima à psicanálise e à teoria erogénica restrita centra-se na denúncia da ignorância de coexistirem nas diversas esferas do Ser diferentes variedades qualitativas de amor<sup>2</sup>, articulando num conjunto estruturado e vasto de razões, da ordem do psicológico, do sociológico e do histórico. Em primeiro lugar, denuncia a redução panlibidista do prazer e da dor e a identificação abusiva do sensual ao sexual, sendo certo que este não é mais, na sua perspectiva, do que um território do sensual. Ora, se a unidade da vida humana desaconselha a explicação unilateral dos diversos estados páticos, articuláveis em ordens mais complexas, também a emoção religiosa inconscientemente poderá acordar a emoção sexual. Mas Lima refuta que a religiosidade seja o refém psicanalítico da sexualidade, pois mesmo que a ambiguidade linguística surja amiúde, o “Homem é muitíssimo mais rico do que mostra a linguagem”<sup>3</sup>.

Ao admitir, em analogia com a visão mística ou a intuição mítica, uma semiologia do sonho, considera claro exagero metafórico a sua interpretação figurativa, chave mestra da simbologia freudiana, pois, a despeito da visão revolucionária da psicofisiologia do sonho, o postulado metapsicológico e apriorístico (Sexualmonismus), contamina toda a teoria: e se o onirismo não é presa do símbolo-imagem, o símbolo “nem sempre guarda no tempo e no espaço o mesmo significado ideológico primitivo”. Quer dizer: Freud desprezara a historicidade da linguagem. E na mais procedente das críticas Lima questiona se, em plena terapia, o psicanalista não irá longe de mais ao forçar inquisitorialmente imagens e representações, com o intuito de “dar às suas interpretações aparência de solidez científica”, abrindo o campo hermenêutico para a semiologia religiosa da psicanálise, dado o carácter substitutivo (ou subsuntivo mesmo) que avoca<sup>4</sup>.

Acresce que, em segundo lugar, não se pode estabelecer univocidade simbólica, pois reconhecem-se mediações subjetivas e históricas na sua leitura – Lima impugna (com Jean Bodin) a interpretação freudiana por feudatária de uma estrutura sociológica familiar específica e estática (monogâmica, patriarcal, eurocêntrica), nela radicando a trama dos complexos (de castração, Édipo, Narciso e Electra, etc.), quando é sabido que esta leitura perderia qualquer eficácia se confrontada com a poligamia ou poliandria, arquétipos sociológicos historicamente anteriores (ou exteriores) à estrutura biparental, a qual não instituiria, sequer, o «arquétipo primitivo».

Se o inconsciente é o grande fabricante de sonhos (Freud), a gramática proposta pelo fundador da psicanálise é insuficiente para decifrar todo o potencial mítico que acarta, mesmo sob a difícil representação de imagem arcaica na projeção do ancestral inconsciente colectivo de Jung. Ulteriores mediações de Jung teriam funda receção em

<sup>1</sup> LIMA, Sílvio, *O Amor místico*, OC, I, VI, 666.

<sup>2</sup> *Id. ib.*, XIV, 905-06. Freud continua, em 1930, a ver na utilização linguística vulgar de «amor» uma *justificação genética*. “As pessoas dão o nome de «amor» ao relacionamento entre um homem e uma mulher cujas necessidades genitais os levaram a fundar uma família; também dão esse nome aos sentimentos positivos entre pais e filhos (...) embora nós sejamos obrigados a descrever isso como «amor inibido em sua finalidade» ou «afeição», *originária e inconscientemente sensual*, que estariam na base da «amizade», fuga às limitações do amor genital e às restrições sociais de exclusividade – FREUD, S., *O Mal-estar na Civilização*, *op. cit.*, IV, 57-58.

<sup>3</sup> LIMA, Sílvio, *O Amor místico*, *op. cit.*, 906.

<sup>4</sup> A *devassa terapêutica* (inquirições familiares, testemunhos exteriores, etc.) proposta por Lacan em 1932 (depois abandonada), embora com meritórios propósitos de assegurar a salvação (psíquica) do analisado, não deixa de constituir estranha analogia com a antiga actuação pela *salvação* do Santo Ofício e com outros *ofícios* modernos que para salvar (classes, raças, nações, ideologias) executam a industrialização da morte ou a carnificina no confessionalário.

Sílvio Lima que o avalia como o melhor intérprete simbólico do inconsciente<sup>1</sup>. Faltaria à psicanálise, em suma, provar o carácter arcaico e regressivo do decurso (discurso) onírico, não atendendo, assim, à complexa diversidade psicossomática, sociológica e histórica que o estrutura.

O mesmo se diga da leitura psicanalítica do complexo de Édipo no culto da Virgem-Mãe, que Lima parece associar ao «complexo da maternidade mística»<sup>2</sup>. O papel assegurado pela mãe no plano familiar é amplamente credor da sua atenção e estima, e não presa de libidinosa ou apaixonada disputa, sendo mais que discutível o carácter sexual das relações filiais. O que se passa na análise historiográfica da elaboração doutrinal da Virgem-Mãe é algo diverso do que o freudiano recalque ontogénico e coletivo do complexo de Édipo. Mais uma vez há uma falha diacrónica na análise do vienense. O culto obedece a elaborações ascéticas e teológicas que foram reprimindo a partogénese de Cristo em detrimento da Theotokos, a Mãe de Deus, fruto de um trabalho dogmático e teológico, cujas cristalizações históricas, até 1854, passaram pela aceitação da paternidade davídica, pela ocultação das fontes evangélicas que referiam os irmãos de Jesus, pela novidade da natureza virginal post-parto: “a alma cristã transfigurou Maria, a piedosa mulher judaica, num ser transcendente, incinerou-lhe, na fôrnalha da fé, a materialidade, os ossos, a carne, os cabelos, o vestuário”.

Assim, a espiritualização progressiva simetizou a dessexualização do panteão cristão. Fenómeno não decorrente de conveniências ou convenções psicanalíticas (fixação erótica, regresso ao estado de lactância, incesto, censura e narcose afectiva, etc.) mas só apreensível nas suas fundas motivações históricas que acentuam o crescente papel feminino na sociedade e a elaboração ascética e mística da dogmática – mesmo que a Virgem tenha conservado na iconografia feições antropomórficas, o que se explica por uma trama sociológica, psicológica, moral: é “inútil e perigoso ir buscar elementos confusos a uma presumível ontogenia do instinto sexual, delineada à maneira inflexível de Freud, para depois os interpretar à luz tendenciosa de um sistema metapsíquico”. Ao ignorar a singularidade e a historicidade teológica do culto, a psicanálise falava do que não sabia: se a Virgem é o equivalente da Mãe, não é o alegado equivalente sexual<sup>3</sup>. Há casos limite (gravidez histórica, tanto mística quanto laica, aleitamento ilusório) que traduzem a fobia intensa da maternidade ou seu desejo incontrolado: mas são excepções que abonam a regra. As místicas que desejam ser a mãe de Jesus procuram equivalente compensatório do amor materno, não um equivalente sexual desse amor.

Também as leituras freudianas do chamado «complexo de infantilidade mística» patenteavam a sua insuficiência: o desejo de incarnar o «Deus-Menino» era interpretado pela psicanálise como regressão sexual, reminiscência inconsciente do incesto decalcada sob os ritmos da nutrição (estímulo mamário), o «retorno à doçura» de Morel. Lima acolhe a tese do equivalente compensatório, mas não a teoria regressiva: a adoração filial aos pais, espécie de deuses onnipotentes e onniscientes que a psicologia genética piagetiana começava a aferir e a evidenciar, confirma o enunciado de Bovet do carácter afetivo mas não sexualizado desse estado pático. Há uma busca da instância protetora (até aos 6-7 anos), solidária, atenta, não a fixação libidinosa e a nostalgia erótica da mãe. Sílvio Lima chama Antero a depor (nos sonetos Mãe e Na mão de Deus) e nele lê o regresso ao paraíso afectivo, face ao desencantamento da vida e à crise agónica do poeta.

<sup>1</sup> LIMA, Sílvio, na recensão a *Psychologie et Éducation* de C. G. JUNG.

<sup>2</sup> *Id., ib., V*, 636.

<sup>3</sup> *Cf. id., ib., IV*, 607-30.

Ora, o paraíso afetivo não é o Éden sexual<sup>1</sup>. O mesmo se diga da tese do homossexualismo místico de Morel: dado o refluxo do impulso heterossexual produtor da ficção mística de uma vida narcísica, autista e auto-erótica: a Cristolatria seria o reverso simétrico da Mariolatria. Silvio Lima, já acusado em público de desresponsabilizar objetivamente a homossexualidade<sup>2</sup>, livrando-a mesmo da culpa subjetiva e remetendo-a para o conceito de «desvio», considera agora a tese “arrojada”, mas julga-a impropriedade e “superficial” por se basear em documentação e análises tendenciosas<sup>3</sup>, remetendo-a para o largo quadro em que estuda na tradição cristã – com notável abertura e firme horizonte teórico – o problema do masoquismo e do sadismo religiosos.

Violência e flagelação visariam a punição penitencial dos pecados e a escravização voluntária da carne, na identificação com a paixão de Jesus. A tendência hegemónica entre os psicanalistas seria a de indicar o carácter masoquista (autoflagelação) e sádico (heteroflagelação) das práticas penitenciais que os sexólogos também admitiam. Nesse sentido, a própria guerra pode ser homologada como orgia sexual e o amor não deixa de ter na cólera e no medo a origem pática. A erotização da flagelação colectiva (baptismo de sangue) levou à sua interdição medieval por serem evidentes os sinais daquilo que procurava combater: a lascívia. No limite, é notória a tendência masoquista e sadomasoquista, o physical sadism de Howard, em certas práticas, mormente torturas inquisitoriais, sevícias e castigos corporais nos sistemas escolares repressivos, onde o masoquismo homossexual tem fortes probabilidades de ser demonstrado não passando porém de hipótese inconclusiva, pois não se sabe ainda se o devoto se flagela por ser agredido pelo sexual se é o contrário que ocorre.

Se não generaliza o Cristianismo masoquista, proposta sincrónica (de W. Reich, 1933), embora em contextos diferenciados<sup>4</sup>, num caso Sílvio Lima é conclusivo – o espectáculo da flagelação colectiva “pode despertar inconscientemente tendências sádicas” e perversões do instinto sexual. A panóplia de torturas, maceração e «caça ao sofrimento» que a imaginação mística recria, “causa pasmo ao cientista” que as tipifica: queima da carne, flagelação, maceração, suplício da sede e do jejum, suplício contra o sono; e as práticas escatológicas (lamber chagas, terra, escarros, vômitos, ingerir as próprias fezes), a serem voluntariamente praticadas “parece terem o carácter patológico duma obsessão-impulsão”.

Ora, em todos os casos em que a dor joga (num jogo complementar com o prazer) papel capital no sensual, até na sensual «orgia do solitário» (Wundt), a dor não assegura uma relação determinante, pois “nem todo o sofrimento se vincula no processo erótico”. Dito doutro modo, a libido sentiendi não prefigura a libido sexualis. A emoção religiosa pode estar na base inconsciente da emoção sexual, ter “ressonância indirecta psico-orgânica” revertendo os termos da psicanálise: na puberdade. A crise sexual não coincide inevitavelmente com uma crise religiosa, “a exaltação religiosa é apenas um caso particular dessa efervescência afectiva geral suscitada pela sexualidade”, “o sexual é causa ocasional” não “causa genitora” da religiosidade pois não só preexiste à crise pubertária como esta pode mesmo acompanhar-se de inibição ou depressão religiosa.

2. Por tudo isto, Lima concluía que as concepções de recalque e sublimação emergem confusas e contraditórias da formulação de Freud. Mas a própria crítica de Lima é de

<sup>1</sup> Cf. *id.*, *ib.*, V, 640-54.

<sup>2</sup> T. SALGUEIRO, *Um livro infeliz (...)*, *Estudos*, Ano IX, fasc. XI-XII, n.º 95-96, 635.

<sup>3</sup> Cf. LIMA, S., *O Amor místico*, OC, I, IX, 727-32.

<sup>4</sup> Cf. REICH, W., *A psicologia de massas do fascismo*, trad e apêndice de J. SILVA DIAS, Porto, Publicações Escorpião, 1974; 131-34; 8 e 109.

estrutura limitada ao tentar ajustar a sua hermenêutica num racionalismo que joga a argumentação basicamente lógica e assertiva na análise do inconsciente, fundada na coerência explicativa do «inferior» e do «superior» e na determinação causa-efeito, inadequados para entender não só psicanálise mas a psychê, dando razão a quem o leu nesta incompreensão do discurso analítico, como se discurso sintético se tratasse, cujo enunciado situa demasiado próximo da medicina e daí algumas imprecisões e lapsos próprios na leitura da proposta psicanalítica.

Sem dúvida que a sua crítica expõe os limites do logicismo dual e cartesiano à «interpretação interminável» (Laplanche) proposta por Freud. Mas esta leitura, cuja justeza não se questiona, é também ela limitada: não evidencia a proximidade teórica que Lima celebra com Max Scheler<sup>1</sup> na denúncia do naturalismo psicanalítico que metamorfoseou a filogenia amorosa (positivismo, Feuerbach, Darwin, Spencer) no impulso social para um estágio «ontogénico», alterando impulsos sexuais em impulsos sociais, caindo Freud no erro de Feuerbach ao ver todos os impulsos heteropáticos como «simpáticos» (antes de formular a destrudo) e correlatos de «formas de socialização», num processo de extensão sucessiva, alicerçado nos primitivos estados «matriarcais» (Morgan).

A Erogénese exposta nos Três ensaios sobre a vida sexual e o conceito de sexualidade latente, inata e desenvolvida antes da puberdade; e a ênfase posta na libido antes da formação do instinto sexual, casa psíquica que não pode ser reduzida ao rés-do-chão da perversidade polimorfa, pois avoluma a perversão; a par do infantilismo, como travão na evolução do estágio intermédio e a fixação numa etapa anterior, seriam assim noções erróneas também para Scheler. Admiti-las constituiria uma deformação monstruosa do ser humano, assevera na sua esteira Lima, admitindo com Spranger que Freud superara o materialismo fisiológico mas não o materialismo psicológico.

A libido não é sinónimo (= unívoco) de impulso sexual – e o próprio Freud irá reavaliar a teoria dos impulsos em nota posterior à crítica de Scheler, pensamos que ipso facto<sup>2</sup> – e aos diversos níveis («naturezas» e «objectos») do amor só se acede, na antropologia scheleriana, não através dos conceitos de repressão e sublimação, mas pela objetivação dum valor mais alto que os valores, o Amor. Ora, no domínio do amor ao sagrado, Scheler pensa “demasiado insensata” a explicação mediada pelo ressentimento, perversão, ou mesmo sublimação. Afinal, Freud não distinguira a subtil antinomia entre tendência meramente involuntária e aquela outra procedente do «Eu», cega intelectual mas não valorativamente: o impulso possui «direcção» ou protoconsciência de valor, é uma «representação», numa semiologia vizinha daquela que Leibniz no século XVII intuía.

É certo que Freud, reflectindo nos destroços da I Grande Guerra sobre a inegável presença do Mal, também sob pressão da dissidência e da crítica adleriana, introduz a distinção entre libido e destrudo. Mas mesmo na dissociação do Ego dos instintos sexuais, Freud não tornou coerente um modelo interpretativo ao aceitar que também os instintos do Ego (pulsões) possam ser movidos pela «energia» da libido. Esta aporia sobreviveu como incompreensão no «todo» discursivo psicanalítico. Só em 1964 e 1973 Lacan (Seminaire XI) relevou da insuficiência do enunciado, bem como do carácter abstraizante da teoria freudiana das pulsões, distinguindo então analiticamente o impulso (elemento somático e constante da pulsão), a fonte (processo somático,

<sup>1</sup> LIMA, S., (de um artigo publicado na *Seara Nova*, em 1930), *OC*, II, 1596.

<sup>2</sup> Freud, S., na nota aposta em 1924 a Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.

qualitativamente diferenciado), o objecto (instrumento ou veículo da pulsão) e a meta (satisfação).

Impunha-se a Lima concluir com Scheler que o amor não seja meramente impulso ou produto genético ou genesiaco de impulsos articulados<sup>1</sup> e, em concreto, não seja o amor sexual ele mesmo uma espécie básica de todas as demais espécies de amor vital rechaçando a pretensão freudiana de fundar todas as formas de amor na libido e, a partir dela, numa conversão milagrosa da explicação de toda a psique. Diga-se de outro modo: Scheler impugna a teoria da sublimação pois Freud pressupunha já uma pré-aquisição moral (o puritanismo vitoriano) no qual funda a própria repressão da libido e a posterior deriva para «tarefas superiores». Ora, a ser assim, só pela ascese nos mosteiros e eremitérios se achariam génios e os mais altos produtos do labor intelectual, o que por evidência não se prova.

A psicanálise, partindo da Sexualtriebe, conduziria à falsa dicotomia «primitivismo» vs. «ascetismo», “ocultando os limites entre o domínio moralmente necessário e justificado sobre o impulso”. A autodeterminação ética e racional do antropos estaria em perigo. E Lima, o psicólogo experimental de formação filosófica, quer ressaltar a Filosofia da malha determinista Psicologia. O seu coerente conceito nuclear de libertas encontrar-se-ia emparedado pelo necessitarismo freudiano e por um qualquer neopositivismo de pretensão omni-explicativa. Ora, este recurso e este excesso de explicação – o explicar «bem de mais» os processos humanos, herdado do cientismo oitocentista, constitui talvez a pecha teórica mais grave do século XX e da sua fobia por um saber apodíctico – configura, para o criticismo compreensivo de Lima, tal como, nessa época, para Karl Jaspers, um bom indício da insuficiência mesmo compreensiva. Ao querer salvaguardar o seu Heimat, Sílvio Lima compreendeu muito bem que a lógica formal e dual da racionalidade «pura», à maneira cartesiana e kantiana, a chamada «ideação nobre», expõe toda a sua debilidade e limites ao colocar-se fora da emoção – e do vivido – expatriando-se assim do pathos, a terra sensível (húmus → humano) onde radica e se dá a existência.

Fundamento para ver na Sexualtriebe e no psicosexualismo polimorfo infantil, um conceito vago de matiz metafísico pois o sensual não se reduz ao prazer, o prazer não se reduz ao sexual (assim como o sexual, como Freud insistira, não se reduz ao genital) – mas Lima é obrigado aqui a reduzir ainda mais o conceito de «sexualidade» que, dalgum modo, genitaliza, pois indissocia o prazer sexual de reflexos genitais, na linha de Claparède, em ordem a abrigar a teorização do prazer sexual que abrangesse a «melodia erótica» capaz de despertar a linguagem do corpo.

Ora, fora por esse motivo mesmo que, na visão de Lima, a psicanálise (pelo menos, na matriz, antes da forte correção que o destrudo veio inserir) não vira, ao mover a libido como a explicação total do inconsciente e, em última análise, do psiquismo e da vida afectiva, criativa e relacional e daí o seu «matiz metafísico» e o corolário de que a “vida humana cifrar-se-á num panlibidismo desenfreado”, enunciado que se afastava a pansexualização de Bleuer (conceito que o próprio Freud refutou<sup>2</sup>) mas que insistia na unilateralidade da via escolhida, e daí a debilidade psicológica da teoria libidinal: “o erro de Freud resulta de interpretar psicologicamente a criança como adulto em miniatura” quando se tratava, ao contrário, de analisar a sua psicologia a partir dela

<sup>1</sup> Scheler, M., *Esencia y formas de la simpatia*, Buenos Aires, Editorial Losada, 1943; B VI, 258-59; 282-85 e 288-89.

<sup>2</sup> Freud, S., *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, do prefácio à 4ª ed. alemã, *op. cit.*, 18-19.

própria (puerocentrismo, Dewey, Koffka, Spranger, Ferrière, Claparède, Piaget). Em suma, o prejuízo apriorístico ou o preconceito teórico injustificável da Sexualtrieb, sob a ilusória alegação de impugnar a teoria pubertária da sexualidade, distorceria os resultados da teoria psicanalítica, caindo numa dogmática, mesmo quando e se elaborada contra os dogmas.

Seria, no preciso contexto desta crítica contundente, um aspeto fundamental que o «misticismo ateu» (Sartre) explorado nas décadas de 40 / 50 por G. Bataille, cuja sinopse se pode ler em *L'Érotisme*, teria ganho, e muito, se pudesse ter lido em *O Amor Místico* as narrativas dessa trama psíquica complexa e conflitual na viagem pela angustiante obscuridade do oculto. Há uma tonalidade épica neste Amor Místico, de 1935, note-se, na sua claridade; mas um luzeiro platónico, futurante, que não obnubila nas suas margens o amontoar daquela penumbrea tristeza do ser, que Schelling certificou como o iniludível fundamento da pensamento autenticamente criativo. Viagem teórica que na década de 1980, com grande mestria, Michel de Certeau irá propor. Sem saber, mais uma vez, do difícil, heterodoxo e inquietado texto peninsular.

3. Nota final. Que posteridade teve o livro e o Autor de *O Amor Místico*? O texto esteve para ser vertido em francês, castelhano (por Marañón, antes da guerra civil) e para ser editado no Brasil (por Ivan Lins). Mas nada disto aconteceu, é uma metahistória de um livro que ficou esquecido. E polémica nenhuma, desta vez. Mas semanas após publicar o livro, dos últimos que a Imprensa da Universidade editou antes de ser compulsivamente encerrada, a obra era caçada no mercado pelos agentes políticos da moralidade pública (ad hoc, nem sequer foi colocado no Índice) ou escondida nas livrarias por livreiros conscienciosos. Sílvio Lima seria expulso da Universidade e do funcionalismo público, ao desabrigo da célebre purga do decreto 25.317, de 12 de maio de 1935. E nem duas semanas depois Salazar logo correu a alterar a redação constitucional de 1933: o ditador rasurou a ainda sobrevivente expressão da neutralidade republicana do artº 43º e impôs o predomínio confessional no ensino público e particular e com ele a observância tradicionalista da vigilante moral católica. Retroativamente pretendia legitimar, na sua obsessiva legalidade de papel, e à face dos seus pares, a expulsão de Sílvio Lima, o heterodoxo que no ensaísmo, na densa liberdade, contumaz coragem mental irmã gémea da virtude cívica, tanto influiu no jovem sequaz Faria, hoje reconhecido por Eduardo Lourenço, a quem escreve de si em 1967, rejubilando com essa Heterodoxia II do antigo discípulo:

“Sobre tudo isto enxertou-se uma psiconeurose de angústia, fruto do passado recalado de traumatismos desencadeados ao longo de 33 anos de ... «heterodoxo» perseguido. O Faria sabe: o «processo socrático...às colheres», cicuta bebida ao luzir da aurora e em pleno jejum artificial”

E essa densa liberdade tanto nos influencia a alguns de nós, pelo menos àqueles resistentes aos cultos apócrifos da obediência, ou sujeição, e aos apóstatas de uma qualquer fé dogmática nos saberes.



## **O NINHO DOS PEQUENITOS DE COIMBRA (1930-1939): COMO INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS FILHAS DE MÃES DOENTES PSIQUIÁTRICAS**

**Carolina Gregório Mendes Álvaro**

Historiadora

E-mail: carol.gregorio.ma@gmail.com

Palavras-chave: Coimbra; Bissaya Barreto; Ninho dos Pequenitos; assistência infantil; criança

No final do ano de 1930, Bissaya Barreto funda o Ninho dos Pequenitos, uma obra de assistência, de onde nascesse um movimento a favor da infância.

Assim, pretende-se com este artigo, analisar como esta obra superou o seu objectivo, visto destinar-se a filhos de tuberculosos, ao acolher crianças cujas famílias eram destruídas. Encontrando-se entre os problemas sociais maternos, mães com doenças do foro psiquiátrico.

E por último, mostrar os cuidados prestados às crianças, e o seu quotidiano.

O Ninho dos Pequenitos de Coimbra nasceu num período de transição política e de valores em Portugal, coincidindo com a passagem da Ditadura Militar para o Estado Novo, sendo uma obra de assistência idealizada e concebida por Bissaya Barreto (1886-1974). Sob o lema *Roubar à morte os Pequenitos* aí eram “(...) aninhadas todas as crianças fracas, enfezadas, pobres de saúde e de robustez, desamparadas da sorte, vítimas amanhã da fome da miséria se a Sociedade não as agasalhar”<sup>1</sup>.

As suas instalações situavam-se no edifício do Hospício Distrital, também designado por Hospício da Maternidade (sede actual da Associação Académica de Coimbra e do Teatro Académico Gil Vicente), estando desde 1911, sob a tutela da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Tinha como destino prioritário, o ensino da pediatria e o da puericultura, na sequência das reformas da I República.

Porém, quando o edifício foi entregue à Junta Geral de Distrito encontrava-se em mau estado de conservação: era uma casa húmida, fria e sem aquecimento eléctrico ou de qualquer outro tipo e “recheado” com mobiliário em péssimas condições. Tendo sido submetido a uma intervenção entre o ano de 1930 e o ano 1934.

É a partir de 1930 que o Ninho dos Pequenitos começa a receber os seus primeiros habitantes. Estes encontravam-se numa situação de risco, porque os seus agregados familiares eram problemáticos e destruídos e “Evidentemente que as condições sociais dos pais, o seu modo de vida e a sua vivenda influem na saúde dos filhos”<sup>2</sup>.

Iniciou-se desta forma uma obra inovadora em Portugal, tendo como objectivo primordial a luta antituberculosa. Aqui eram internadas crianças filhas de mulheres e de homens que padeciam de tuberculose. O internamento era um mal necessário, visto que, na óptica do tempo, não se nascia tuberculoso mas sim tuberculizável.

De entre as primeiras crianças internadas, encontram-se dezoito casos, cujos pais sofriam ou sofreram de tuberculose, detetando-se oito casos paternos e dez casos maternos.

Referenciam-se alguns casos que ilustram esta situação: em 1932 foram internados dois irmãos, um rapaz e uma rapariga, cujo pai, enfermeiro de profissão, falecera com tuberculose, com a agravante de a mãe padecer do mesmo mal. O seu internamento foi justificado, pois não tinham ninguém que cuidasse deles. No ano de 1933 regista-se ainda o caso de dois irmãos cujo pai também falecera com a mesma patologia. No que

respeita às mães, no ano de 1931, um menor foi internado no Ninho porque a sua mãe e irmã estavam doentes com tuberculose, sendo necessário retirá-lo com urgência, do ambiente de contágio. Em 1939 regista-se o caso de uma mãe internada no Sanatório de Celas, cujo filho tinha 6 meses.

Contudo, o Ninho não se destinava somente a acolher filhos de tuberculosos. Como instituição sucedânea do Hospício Distrital, manteve uma secção deste, ou seja, recebia crianças abandonadas e desvalidas. Deste modo, salvou a vida de muitas, pois, a mortalidade infantil apresentava cifras muito elevadas. Este era um problema social que sempre sensibilizou Bissaya, desde o seu tempo de deputado da I República.

Como refere o suplemento infantil, do jornal *A Saúde*, o *A Saudinha*, Ninho dos Pequenitos já não era “(...) o simples *Ninho* que o seu fundador ambicionara no primeiro momento, como refúgio de criancinhas em perigo de contrair tuberculose, não, ele vai mais longe, visto que tem abertas as suas portas a todas as crianças dos primeiros três anos de vida que corram risco de perder-se, ora sob o peso do abandono a que os pais os votaram, ora sob acção das múltiplas causas da miséria social, física ou material, que tanto abundam por aí além (...)”<sup>3</sup>.

Deste modo, encontravam-se internados nesta instituição filhos de alcoólicas, de presidiárias e de *loucas* que “(...) que não podiam, nem deviam estar juntos das mães (...)”<sup>4</sup>.

Dentro do campo da saúde, mental ou psiquiátrica, registam-se nove casos mães *imbecis*, *dementes*, *alienadas* e *loucas*, na terminologia do tempo. Contudo, estes casos têm pouca expressão ao nível dos problemas maternos.

Assim, o primeiro caso identificado, remonta a 1931, é de uma mulher considerada medicamente *imbecil*, mãe de dois meninos de três e dois anos de idade, sendo o marido guarda da Polícia de Segurança Pública, ausente da cidade, e que abandonara a esposa e os filhos, ficando esta família na extrema miséria e a mãe sem meios de sustentar os seus filhos. No ano de 1934 estes irmãos foram para o Preventório de Penacova.

O autor Mário Simões do Reis define imbecilidade como uma doença mental muito comum, esclarecendo ainda que o imbecil “(...) em geral tem as faculdades intelectuais num estado muito incompleto, é débil de juízo, incapaz de fazer comparações e de ter persistência no trabalho, é instável e egoísta, não tem noção das coisas abstractas, nem iniciativas próprias, sofre de alterações mórbidas dos sentidos e afectos (...)”<sup>5</sup>. Ainda de acordo com a sua caracterização, um imbecil tinha tendência para cometer delitos sexuais e furtos. Ainda no ano de 1931, regista-se, entre as patologias maternas das crianças internadas, o caso de uma mendiga que sofre de ataques nervosos. Esta mulher vivia numa situação de extrema miséria, era indigente, vivia de esmolas e não tinha família que pudesse tomar conta da sua filha. Em 1934 a menor foi para o Preventório de Penacova.

Em julho de 1931, deram entrada no Ninho três irmãos, com oito, seis e dois anos de idade. Os menores vinham da Tutoria, o pai tinha falecido e a mãe sofria de *alienação mental*. Os dois últimos irmãos foram para Semide e para o Preventório de Penacova, respetivamente. Também, neste mês encontra-se um caso de uma *demente*, cujo filho tinha quatro anos.

Por fim, e ainda em 1931, refere-se o caso de um menino de três anos, filho de uma *alienada*, que fora internada no Hospital Conde Ferreira, situado no Porto. Trata-se de uma mulher identificada como doméstica, cujo marido era guarda cívico, e pais de um menino, que morrera no Ninho. Este tinha dado entrada na instituição em abril de 1931, mas acabou por falecer, no mês de agosto, devido a uma bronco-pneumonia, após sarampo. À época do seu internamento, a mãe já tinha dado entrada num Hospital de alienados, e o pai por motivos da sua vida profissional, não podia cuidar dele.

Em 1932 regista-se também um outro caso de uma mãe que padecia de *alienação*, cujo marido estava ausente em parte incerta, sendo que a criança não tinha um núcleo familiar que se pudesse encarregar da sua educação. Em novembro de 1932, o menor foi para os Hospitais da Universidade de Coimbra, para ser operado de urgência, a uma “pleurisia purulenta”, volta então, para o Ninho no mês de dezembro.

Em março de 1932, entrou no Ninho uma menor de dezasseis meses de idade, natural de Coimbra, filha de mãe solteira. Esta era extremamente pobre e sofria de uma doença mental, facto que a impossibilitava de trabalhar. A menina manifestava sintomas de doente, “anormal”, porém, acabaria por falecer com uma bronco-pneumonia, em dezembro de 1932.

Por fim, ainda no ano de 1932, regista-se a entrada de um bebé com quatro meses, cuja admissão fora requerida pelo Comando da Polícia de Segurança Pública, porque a sua mãe sofria de *alienação mental*. Esta reclamou o seu filho, após 18 dias do seu internamento na instituição, acabando a criança por lhe ser entregue.

Porém, esta reentrou no Ninho, por ordem do Presidente da Junta Geral de Distrito, vindo doente com enterite. A 9 de janeiro de 1933, o menor faleceu com gastroenterite.

O último caso remonta ao ano de 1934. A 10 de maio deu entrada uma criança, filha de uma *louca*, cuja admissão foi pedida pelo Director dos Hospitais da Universidade de Coimbra, visto a mãe ter sido internada no serviço de neurologia.

Como se pode verificar, as crianças do Ninho dos Pequenitos provinham dos extractos mais baixos da sociedade, constituindo uma amostra da realidade portuguesa da época.

Desta forma, “(...) das criancinhas internadas raras são as que não acusam perturbações que devem atribuir-se a vícios de alimentação (...)”<sup>6</sup>, apesar destes problemas, as crianças apresentavam um aspeto saudável. Tudo isto era possível, graças aos cuidados que se tinham, quer ao nível da alimentação e quer ao nível da higiene.

No que respeita à alimentação, era dada às crianças uma dieta adequada à sua faixa etária, e ainda era complementada, com suplementos vitamínicos, como óleo de fígado de bacalhau, vigantol e irrasterina.

Quanto às condições de higiene, as crianças com menos de quinze meses tomavam um banho diário, as restantes tomavam um banho semanal, distribuindo-se roupas lavadas.

Existia uma grande preocupação com a saúde das crianças do Ninho, este dispunha de três enfermarias, contava ainda com apoio de pessoal especializado, nomeadamente, do Professor Luís Raposo (1892-1985), que era Director clínico da instituição, do pediatra Dr. José dos Santos Bessa (1905-1991) e de enfermeiras religiosas vindas de França, no ano de 1936.

Quanto ao dia-a-dia das crianças internadas, este era preenchido com actividades lúdicas, algumas delas baseadas, nos métodos da Escola Nova. Ao sábado iam à matiné do Cineteatro Avenida e no verão passavam uma temporada na praia da Figueira da Foz.

Em suma, apesar de estarem longe da sua família, os habitantes do Ninho eram assistidos por uma obra que lhes dispensava todos os cuidados e atenção, a que não teriam acesso, se se mantivessem junto do seu agregado familiar.

Pode-se considerar o Ninho dos Pequenitos a base da obra social que Bissaya Barreto desenvolveu na Zona Centro do país, sendo ainda o elo de ligação entre a Obra de Protecção à Grávida e Defesa da Criança e a Obra Antituberculosa. Deste modo, esta instituição superou os seus objectivos iniciais, sendo pensada na sua globalidade para a criança, desde o mobiliário feito à escala dos seus habitantes, passando pela

alimentação, até às actividades do quotidiano. Resumindo, Bissaya Barreto em pleno *século da criança*, levou a cabo em Coimbra, uma verdadeira revolução no campo da assistência infantil.

#### **NOTAS**

- 1 CDBB, Actas da Junta Geral do Distrito, de 18 de dezembro de 1930, pp. 65-65v.
- 2 *A Saúde*, n<sup>os</sup> 73 e 74, janeiro de 1934, pág. 6.
- 3 *A Saudinha*, n<sup>o</sup> 11, fevereiro de 1933, pág. 1.
- 4 *A Saúde*, n<sup>os</sup> 73 e 74, janeiro de 1934, pág. 6.
- 5 REIS, Mário Simões dos, *A Vadiagem e a Mendicidade em Portugal*, 1<sup>a</sup> edição, Lisboa, Imprensa Libânio Silva, 1940, pág. 154. Capítulo 2.
- 6 *A Saudinha*, n<sup>o</sup> 11, fevereiro de 1933, pág. 1.

#### **FONTES E BIBLIOGRAFIA**

##### **Fontes manuscritas e impressas**

Arquivo da Universidade de Coimbra (A.U.C.):

Inventário do Arquivo da Assembleia Distrital de Coimbra:

1. Registo de Processos de Admissão de Internados: a cargo da secretaria da Maternidade de Coimbra 1916-1932.

Centro de Documentação Bissaya Barreto (CDBB) Coimbra:

1. Actas da Junta Geral do Distrito de Coimbra (1930-1936);
2. *A Saúde* (1931-1942).

##### **Bibliografia**

ÁLVARO, Carolina Gregório Mendes, *Ternura e sensibilidade: os primeiros anos do Ninho dos Pequenitos de Coimbra (1930-1939)*, Dissertação de mestrado de História Contemporânea: Economia, Sociedade e Relações Internacionais, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2011. Capítulos 3 e 6.

REIS, Mário Simões dos, *A Vadiagem e a Mendicidade em Portugal*, 1<sup>a</sup> edição, Lisboa, Imprensa Libânio Silva, 1940, pág. 154. Capítulo 2.

## **BISSAYA BARRETO E A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA: INVESTIGAÇÃO E FONTES**

**Cristina Nogueira**

Fundação Bissaya Barreto

Licenciada em História/Documentalista

E-mail:cristinanogueira@fbb.pt

Palavras-chave: Bissaya Barreto, Assistência Psiquiátrica, Hospital Sobral Cid,  
Colónia Agrícola do Lorvão

O Centro de Documentação Bissaya Barreto, vocacionado para reunir, investigar e divulgar os testemunhos patrimoniais que constituem e valorizam o vasto universo de Bissaya Barreto, é um espaço aberto à comunidade académica e aos investigadores, que funciona como centro potenciador de cruzamento de informações, relevantes para a investigação de diversificadas áreas e períodos da história em Portugal, concretamente nas áreas de intervenção da designada Obra Social de Bissaya Barreto, de que se destaca a assistência psiquiátrica.

Esta comunicação pretende divulgar as fontes documentais inéditas e a bibliografia relativa à Assistência Psiquiátrica existentes naquele acervo para que sirvam de base a investigações futuras.

A criação do Hospital Sobral Cid em 1945 foi a alternativa criada por iniciativa do Prof. Bissaya Barreto ao primeiro projeto que pretendia responder ao problema dos doentes mentais em Coimbra - o Manicómio de Sena. A desatualização do modelo e métodos de assistência que este Manicómio possibilitaria, bem como a morosidade da sua construção e a sua má qualidade acabou por determinar o seu abandono. A mudança de planos foi protagonizada por Bissaya Barreto, que a idealizou, sob a influência do que se praticava na Europa, sobretudo na Alemanha e Suíça, baseando-a num modelo de assistência assente, sempre que possível, nas terapias ocupacionais defendidas por Lamade, Dernay, Pínel, e Harold Bell. Merier e de Lapointe e que serviram de inspiração à opção tomada, por defenderem que o trabalho de campo constituía o melhor, senão o maior tratamento das enfermidades mentais.

No palco dos acontecimentos tornou-se inevitável a discussão entre Bissaya Barreto e Elísio de Moura, que estava ligado ao projeto do Manicómio de Sena desde a década de 20.

O Prof. Bissaya Barreto, defensor da Medicina Social, concentrava esforços no auxílio dos doentes pobres, ou loucos indigentes e dava primazia à construção de instituições para assistência e internamento para doentes crónicos e alienados incuráveis, que muitas vezes constituíam sérios problemas de segurança pública, em detrimento da fundação de clínicas Psiquiátricas para o Ensino de Psiquiatria, as quais deviam ser uma segunda prioridade.

O Prof. Elísio de Moura tinha uma visão mais clínica e académica do problema, pretendendo uma clínica psiquiátrica de cariz mais científico, em detrimento das colónias agrícolas.

Desde a criação da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio de Sena, em 1918, até ao momento em que o Ministro das Obras Públicas nomeou Bissaya Barreto para a dita comissão, vários foram os motivos que impediram o avanço das obras e a abertura do Manicómio em Celas - Coimbra.

Em 1933, o Prof. Bissaya Barreto e os restantes membros pertencentes à Comissão

fizeram um diagnóstico pouco animador do projecto. Havia fragilidades e limitações ao nível do espaço e da qualidade técnica das próprias obras já realizadas.

Na opinião do Prof. Bissaya Barreto era impossível fazer assistência condigna nos pavilhões construídos, sem deixar a Faculdade de Medicina em inferiores condições neste campo relativamente a outras faculdades estrangeiras. Por isso apressa-se a apresentar um projecto alternativo, na linha do que recomendavam especialistas estrangeiros e que no seu entendimento devia ser um verdadeiro Arsenal Psiquiátrico para profilaxia, vigilância e tratamento das doenças mentais, constituído por: Liga de Higiene Mental, Dispensário, Clínica Psiquiátrica, Serviço aberto para pequenos psicopatas, Asilo-Colónia-Agrícola, Asilo-Colónia especial para epiléticos, alienados difíceis e anormais, Manicómio judiciário junto à Penitenciária, Serviço para crianças anormais e serviço de assistência familiar.

A proposta alternativa veio a materializar-se no Hospital-Colónia Agrícola Sobral Cid, a qual denotou quer pelas suas características, quer pelo nome que veio a ter a identificação de Bissaya Barreto com o trabalho de Sobral Cid *“Reforma e Actualização da Assistência Psiquiátrica”*.

O Hospital Psiquiátrico Sobral Cid *“foi o primeiro estabelecimento (...) de assistência a doentes mentais, planeado e preparado para desempenhar duma maneira prática e efectiva as 3 funções fundamentais da moderna assistência psiquiátrica:*

- a) *Hospital ou Clínica psiquiátrica para tratamento dos estados agudos das doenças em estudo e investigação científica;*
- b) *Colónia (semi-agrícola, semi-industrial), para tratamento, tanto curativo como reeducativo, pelos meios actuais de terapêutica (pelo trabalho e por outros meios, isto é, pela ergoterapia e praxiterapia associadas), da maior parte dos estados agudos e crónicos das doenças mentais;*
- c) *Asilo propriamente dito para cuidar do estado físico e mental dos que são totalmente inválidos.”<sup>i</sup>*

A este moderno Hospital Colónia, se juntou em 1959 o Hospital Colónia Agrícola do Lorvão, construído, adaptando o Mosteiro do Lorvão, então em avançado estado de degradação e com evidentes sinais de ruína. Na entrada principal, o Prof. Bissaya Barreto mandou colocar a seguinte frase: *“Lorvão não é um Asilo Psiquiátrico. Lorvão não é um Manicómio. Lorvão é uma Casa de Recuperação pelo Trabalho e para o Trabalho.”*

Em 1964, foi a vez da criação da Colónia Agrícola de Arnes, no concelho de Soure, que em articulação com os hospitais recebia doentes de todo o país.

A questão da assistência psiquiátrica, que começou a ser badalada em artigos no jornal *A Saúde*<sup>ii</sup> na década de 30, havia de acompanhar Bissaya Barreto na sua atividade e no horizonte dos problemas e flagelos que tomou como lutas contras quais erguia os vários estabelecimentos da designada Obra Social. Posteriormente, teve oportunidade na qualidade de procurador à Câmara Corporativa de ser relator do parecer sobre o projecto-lei de Saúde Mental, datado de 1963, o qual possibilitou uma alteração legislativa de cariz reformador bastante importante no campo da assistência psiquiátrica. A concretização dos objetivos do Centro de Documentação Bissaya Barreto, têm contribuído para um trabalho de recolha, classificação e catalogações de fontes documentais e bibliografia, da assistência psiquiátrica.

Encontra-se disponível diversa documentação relativa à Comissão Administrativa das Obras do Manicómio de Sena desde 1917 a 1942, nomeadamente actas, correspondência recebida e expedida, documentação relacionada com as obras e contabilidade.

De igual modo se encontra disponível documentação relacionada com as obras de

construção do Hospital Sobral Cid, bem como bibliografia e fotografias. Relativamente ainda a esta instituição, existem documentos relacionados com a Clínica de Neurocirurgia e serviço de alcoólicos. O mesmo acontece para o Hospital Colónia Agrícola do Lorvão.

Em termos de bibliografia destaca-se a coleção do jornal *A Saúde* (1931-1942) onde foram publicados em muitos exemplares diversos artigos sob o título “Quem acode aos nossos loucos?”

No Centro de Documentação Bissaya Barreto podem ainda ser consultadas várias publicações periódicas nacionais e estrangeiras sobre temáticas ligadas à medicina, saúde e assistência, bem como diversa bibliografia sobre psiquiatria e assistência psiquiátrica que faziam parte da biblioteca de medicina do Prof. Bissaya Barreto.

Estas fontes vêm agora potenciar renovadas investigações no campo da história da Assistência Psiquiátrica, podendo esclarecer algumas questões como:

Como foi se desenvolveu a assistência psiquiátrica na zona centro?

Como era o projeto do Manicómio de Sena?

Como foi o trabalho da Comissão Administrativa das obras do Manicómio de Sena?

Como se verificou a mudança de planos que originou a criação do Hospital Sobral Cid?

Quais as diferenças entre o projeto do Manicómio de Sena e o do Hospital Colónia Sobral Cid?

Como funcionava a assistência psiquiátrica no Hospital Sobral Cid e no Lorvão? Quais as terapêuticas utilizadas?

O que e quem inspirou o Prof. Bissaya Barreto na sua vontade de alterar o projeto?

Quais as terapêuticas e os modelos de assistência vigentes em Portugal e no estrangeiro?

Porque razão do Prof. Bissaya Barreto, não sendo psiquiatra foi nomeado pelo Ministro das Obras Públicas para pertencer à Comissão Administrativa das obras do Manicómio de Sena?

Quais as principais diferenças entre o ponto de vista do Prof. Elísio de Moura e o Prof. Bissaya Barreto, no que tocava à modalidade de assistência psiquiátrica?

A Ação de Bissaya Barreto no campo da Medicina Social pretendeu responder ao principais problemas de assistência e saúde do seu tempo, através das mais modernas terapêuticas e baseando-se em modelos de assistência bem sucedidos na Europa. O estudo das diversas fontes e da variada bibliografia (nacional e estrangeira) disponível no Centro de Documentação Bissaya Barreto tem permitido identificar novas possibilidades no estudo da assistência psiquiátrica em Portugal e no estrangeiro.

## NOTAS

<sup>i</sup> ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto - *Obra Social Realizada em Coimbra*, Vol. II. Coimbra: Coimbra Editora, 1970, p. 284.

<sup>ii</sup> Jornal bimensal, de distribuição gratuita editado pela Junta Geral do Distrito de Coimbra.

## BIBLIOGRAFIA

GONSALVES, Armando (dir.) – *A Saúde: Jornal popular, bimensal, de higiene e profilaxia sociais*. Coimbra: Junta Geral de Distrito 1931-1942

MENDONÇA, Manuela M. – *Hospital sobral Cid: Das origens ao cinquentenário*. Coimbra: Minerva. 2006.

PEREIRA, José Morgado – "Institucionalização e reorientação da psiquiatria portuguesa nas primeiras décadas do século XX". *Estudos do Século XX*. 5 (2005): 321-333.

PEREIRA, José Morgado – A Psiquiatria no tempo da I República. In: O Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da Primeira República. Lisboa: INCM. 2010. 131-137.

ROSA, Fernando Bissaya Barreto – *Uma Obra Social realizada em Coimbra, vol. II*. Coimbra: Coimbra Editora, 1970.

ROSA, Fernando Bissaya Barreto – *L'Hôpital Sobral Cid*. Lisboa: Tipografia Ideal, 1958.

**Fontes do Centro de Documentação Bissaya Barreto**

- *Comissão Administrativa das Obras do Manicómio de Sena: Actas —1933; Correspondência recebida e expedida 1917-1933; Documentação relacionada com as obras 1920-1925; Contabilidade 1918-1934*

- Representação do Conselho da Faculdade de Medicina sobre o Manicómio de Sena—1942.

- *Hospital Sobral Cid*, Clínica de neurocirurgia, serviço de alcoólicos: Fotografias e postais, Plantas e desenhos arquitetónicos, Relatórios e correspondência.

- *Hospital Colónia Agrícola do Lorvão*: Fotografias; Plantas e desenhos arquitetónicos; Relatórios e correspondência;

– Processo—*Bissaya Barreto- Procurador à Câmara Corporativa*.

**UM MARCO NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL:  
A ARCHIPATHOLOGIA (1614) DE FILIPE MONTALTO (1567-1616)**

**Dina Maria Silva Baptista**

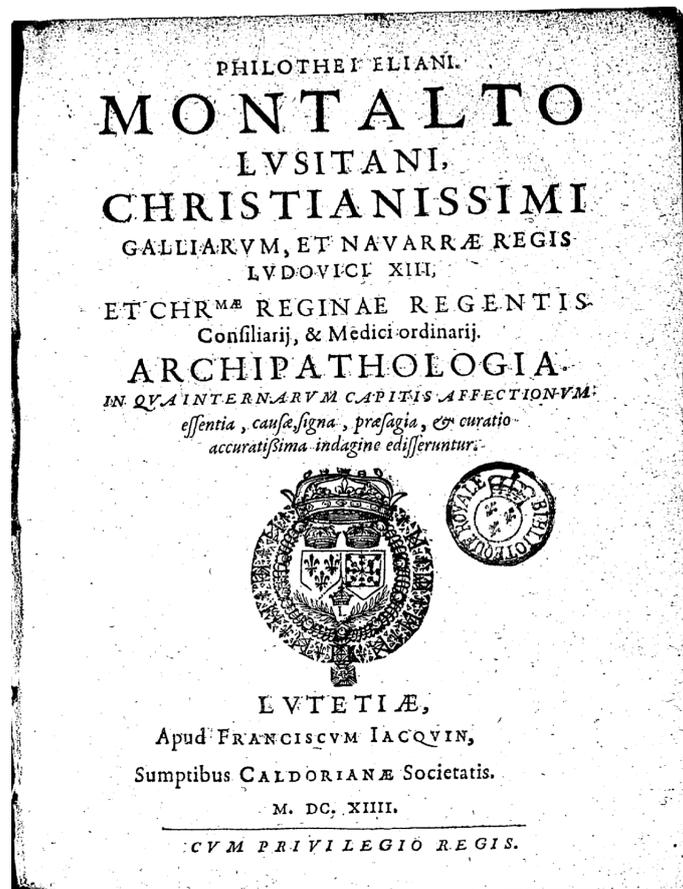
Universidade de Aveiro / Instituto Superior de Ciências da Informação e Administração  
Docente/Investigadora

E-mail: dina@ua.pt / dina@sebentadigital.com / dmb.iscia.edu.pt

Palavras-chave: Filipe Montalto; Archipathologia; doenças mentais;  
Medicina Portuguesa, Judaísmo

Castelo Branco serviu-lhe de berço, em 1567, mas foi em Paris, em 1614, que o médico português, Filipe Montalto, se notabilizou com a publicação de um tratado latino, de 831 páginas: *Archipathologia - in qua internarum capitis affectionum: essentia, causae, signa, praesagia et curatio accuratissima indagine edisseruntur* -: ‘na qual são expostos, com uma pesquisa escrupulosíssima, a natureza, as causas, os sinais, os prognósticos e o tratamento das afeções internas da cabeça’.

O presente artigo atesta a necessidade do estudo e tradução do texto de Montalto, reforçada pela circunstância de 2014 assinalar o IV Centenário de publicação da *Archipathologia*.



Elias Montalto é um dos grandes médicos judeus da diáspora portuguesa e certamente um dos precursores «des recherches modernes en neurologie» (Pellerin, A. *Les Portugais à Paris*. Paris: Éditions Chandeigne, 2009)

Muito embora o nome de Filipe Montalto seja conhecido e frequentemente citado na História da Oftalmologia, graças à sua obra *Optica - intra philosophiæ & Medicinæ aream, De visu, de visus organo [et] obiecto theoriam accurate complectens* - publicada em Florença, em 1606, e o seu nome apareça também associado à lista de médicos proeminentes que a Inquisição Portuguesa obrigou a emigrar, poucos conhecem o conteúdo do seu tratado latino, publicado em Paris, no ano de 1614, que se encontra hoje inacessível a muitos, tanto pela sua raridade como pelo desconhecimento da língua latina: *Archipatologia, Philothei Eliani Montalto Lusitano, Christianissimi galliarum, et navarrae Regis Ludovici XII et CR.mae Reginae Regentis, confiliari, de medici ordinari* – ‘Archipathologia, Filoteu Elias Montalto Lusitano, conselheiro e médico ordinário do cristianíssimo rei das Gálias e de Navarra, Luís XIII, e da cristianíssima Rainha Regente’ - *in qua internarum capitis affectionum: essentia, causae, signa, praesagia et curatio accuratissima indagine edisseruntur* - ‘na qual são expostos, com uma pesquisa escrupulosíssima, a natureza, as causas, os sinais, os prognósticos e o tratamento das afeções internas da cabeça’-.

Filipe Montalto, também conhecido por Filipe Rodrigues, Filoteu Elias Montalto ou Filipe Montalto Lusitano, nome que associara para se referir à sua origem portuguesa, no espaço europeu que lhe serviu de exílio, durante a perseguição aos judeus e cristãos-novos em Portugal, foi o terceiro filho do boticário e cirurgião António Aires e de Catarina Aires, e neto materno de Filipe Rodrigues, irmão de João Rodrigues, mais conhecido por Amato Lusitano, respeitado médico português. Tal como o seu tio, também Montalto ganhou fama de médico estimado e competente ao ponto de, segundo autores alemães, ser considerado o precursor da psiquiatria, neurologia e psicologia modernas<sup>1</sup>.

Filipe Montalto foi batizado a 6 de Outubro de 1567, em Castelo Branco, como cristão-novo, muito embora, mais tarde no exílio tenha abraçado a religião judaica dos seus antepassados, tornando-se num praticante fervoroso. Estudou filosofia e medicina em Salamanca e casou em Castelo Branco com uma cristã-nova, de nome Jerónima da Fonseca, que, no exílio, tomou o nome de Raquel da Fonseca e de quem tivera cinco filhos, dois dos quais gémeos, que morreram na infância: Rafael, Isaac e Moisés. Este último foi médico eminente na Polónia, tendo falecido em Lublin em 1637.

Como muitos outros cristãos-novos, Montalto emigrara, certamente, para se poder libertar das perseguições da Inquisição. Em 1599 encontra-se em Livorno, Itália, onde tivera a proteção do Grão Duque Fernando de Médicis, tio de Maria de Médicis, rainha de França, que mais tarde o convidará para médico da corte parisiense e que terá sido uma figura determinante para a notoriedade do seu nome e sobretudo para a publicação da sua obra *Archipatologia*, objeto de duas reedições no espaço de poucos anos.

Montalto ganhou fama de médico competente no estrangeiro, graças à confiança e proteção alcançada por parte da Rainha Regente de França Maria de Medicis, depois de ter conseguido curar a sua aia e confidente, Leonora Galigai, mulher caprichosa e ávida de poder, mas, que, segundo os estudos biográficos, padecia de uns “Vapeurs”, de uma “incurable nervosée” ou até mesmo de uma “epilepsia”, diagnósticos pouco precisos, que a medicina da época não conseguia curar. Montalto, depois de ter feito o diagnóstico e de concluir que esta mulher sofria de uma hipersensibilidade e ansiedade associadas a um estado maníaco-depressivo, indicou-lhe uma prescrição simples: *Il lui prescrit des remèdes dus au seul bon sens, à savoir: diète, calme, solitude, éloignement du mari pendant plus d'un mois, quelques médecines simples et, ce qui ne peut faire de mal à personne, prières et aumones. Après le corps, il s'occupe de l'âme et le traitement apporte une amélioration sensible. Reconnaissante, elle veut s'attacher le médecin.*<sup>2</sup>: ‘dieta, solidão, silêncio, longe do marido por mais de um mês e alguns medicamentos simples, que não poderiam ferir ninguém, orações e esmolas’.

Esta cura terá valido a Montalto o respeito e admiração de Maria de Médicis, de Leonora Galigai, e do seu marido Concino Concini, que terão tentado reter o médico em Paris, como médico da Corte. No entanto, o Rei Henrique IV não consentia na corte Judeus, como Montalto fazia questão de se assumir.

Regressado a Itália, Montalto publica em Florença, em 1606, a obra *Optica*, onde assina *Philippi Montalto, lusitani medicine doctoris*. Na 2.<sup>a</sup> edição, em 1613, figura já o nome de Filoteu Elias Montalto, indicando as suas crenças judaicas.

Durante a sua estadia em Itália, não se atesta a presença de Montalto em nenhuma universidade como professor de Medicina, até porque o poder instituído não permitiria a presença de judeus praticantes, muito embora o médico português se tenha gabado de lhe terem oferecido lugar nas universidades de Bolonha, Messina, Pisa e Pádua. Conhecido é, no entanto, o facto de, durante este tempo, Montalto ter trazido para Veneza alguns judeus portugueses.

Entretanto, com a morte do Rei Henrique IV, a 14 de Maio de 1610, e com a sucessão do filho Luís XIII, na altura apenas com 9 anos, a rainha Maria de Médicis, agora Regente, nomeia Montalto para seu médico pessoal, aceitando a condição exigida de, com autorização prévia do Papa, este poder praticar livremente a religião judaica. Desta forma o médico português instala-se em Paris, em 1612, com a mulher, dois de seus filhos e um discípulo, Saúl Levi Morteira.

Nomeado médico pessoal da Rainha Regente Maria de Médicis, Montalto entrega-se à escrita da sua principal obra médica - *Archipathologia* - da qual se conhece apenas a tradução para francês da parte inicial, a dedicatória à rainha regente de França Maria de Médicis, assinada pelo próprio Filipe Montalto, e que foi publicada em separado no mesmo ano, com o título *Lettre d'Espagne présentée à la Reine Regente par le Sieur Philotée Elian de Montalto*<sup>3</sup>.

Esta obra, onde se incluem discussões sobre dores de cabeça, melancolia, mania, perda de memória, insónia, pesadelos e epilepsia, toma como tema central uma realidade que, sete anos depois, em 1621, o conhecido padre anglicano e filósofo Richard Burton - sob o pseudónimo Democritus Junior - tratará em *The Anatomy of Melancholy*, na qual, pela lente da melancolia, se teoriza sobre o diagnóstico e a terapia de algumas doenças

mentais<sup>4</sup>. As 85 vezes que Montalto é referido neste tratado pioneiro sobre a Melancolia com cinco edições revisadas e ampliadas entre 1621 e 1640, e ainda com uma sexta edição póstuma com tradução brasileira, parecem-nos ser motivo suficiente para redescobriremos a figura deste médico português e da sua obra e encontrarmos eventuais pontos de aproximação/afastamento com a obra de Democritus Junior.

Sendo certo que a definição de determinados termos e conceitos referidos por Montalto possam de alguma forma suscitar dificuldades de tradução na historiografia médica, sobretudo porque a avaliação será baseada na percepção médica moderna, a discussão impõe-se no sentido de se poder concluir sobre:

. o reconhecimento deste tratado latino como pioneiro, ou não, na história da psiquiatria, como terão sido, por exemplo, várias obras médicas dos séculos XVI e XVII, como de Amato Lusitano (1511-1568), seu tio-avô, ou de Jacob Zahalon (1630-1693), que também incluíam análises de patologias centradas no Sistema Nervoso Central, ou de vários contemporâneos de Montalto, o mais importante deles o médico suíço Felix Platter (1536-1614), que é muitas vezes referido na literatura como um "pioneiro da psiquiatria." As similitudes entre as patologias referidas no primeiro volume de Platter - *Praxeos medicae opus* -, publicado em 1602, e que hoje podem ser definidas como psicológicas ou neurológicas, e as várias doenças da cabeça referidas por Montalto parecem constituir um dado importante nesta discussão.

Além disso, se tivermos em conta a forma como o estudioso Harry Freidenwald descreve a *Archipathologia* - «as one of the earliest, perhaps the earliest, attempt at dealing with mental disturbances in a systematic manner.»<sup>5</sup> e o facto de esta declaração constar do famoso catálogo do psiquiatra alemão Heinrich Laehr (1820-1905), que pesquisou sobre todos os primeiros escritos médicos modernos que refletem uma perspectiva psicológica, torna-se inegável a necessidade de recuperarmos, através da tradução, a obra de um ilustre médico português que, por força das circunstâncias políticas e religiosa, se notabilizou fora da sua terra natal.

Certo é, no entanto, o reconhecimento alcançado por Montalto num período de controvérsias em que a classificação de certos fenómenos como sintomas de melancolia estava altamente carregada de conotações religiosas e políticas, e no qual a adivinhação, o exorcismo, a bruxaria ou até as profecias ocupavam um lugar de destaque na mentalidade das pessoas, por influência do interesse renovado em fenómenos extraordinários dos *Problemata* de Aristóteles, durante o Renascimento. O médico português distancia-se da controversa discussão em torno de fenómenos sobrenaturais, assumindo-se como um cético pela dúvida que colocava na veracidade da adivinhação e das profecias de inspiração poética.

Além disso, Montalto também se distingue dos seus contemporâneos pela ausência de descrições de casos românticos e citações literárias no seu tratado médico, como era habitual entre os seus contemporâneos, assim como referências a médicos judeus e não-judeus, seus contemporâneos, centrando a discussão das patologias num visão autêntica e puramente médica, assente em fontes da literatura médica clássica, como Ovídio, Galeno e Avicena<sup>6</sup>.

A opção de escrever o seu livro em língua latina, em vez de uma língua vernácula, não sendo uma atitude atípica para a academia médica parisiense, pode ser entendida como

uma forma de se distanciar dos populares objetivos dos seus contemporâneos, parecendo mais interessado em ser entendido apenas pelos colegas de profissão. Muito embora a publicação de duas edições da obra, em 1614 e 1628, ateste o reconhecimento e a popularidade desta no meio parisiense.

O estudo da *Archipathologia*, de que é parte intrínseca a sua tradução, permitirá:

- . aprofundar o estudo da história da Medicina e da diáspora portuguesa nos séculos XVI e XVII;
- . produzir um instrumento de trabalho (fonte matricial) para futuras investigações na área da psiquiatria e da saúde mental;
- . possibilitar a compreensão das relações culturais, sociais e literárias entre Portugal e França, assim como entre judeus e cristãos;
- . fomentar o encontro multidisciplinar dos saberes da Antiguidade no pensamento e nas práticas culturais e científicas;
- . evidenciar a importância do latim como língua de cultura e de ciência.

## NOTAS

1. Castelo Branco, Manuel da Silva. - “Assistência aos doentes na vila de Castelo Branco e seu termo entre finais do século XV e começos do séc. XVII”. In *Medicina na Beira Interior da pré-História ao século XX*. Cadernos de Cultura 2, Junho 1990, p. 15.
2. Kertanguy, I. *Léonora Galigai*. Paris: Pygmalion, 2005.
3. De Montalto, Philotheus Elianus. *Lettre d’Espagne présentée à la Reine Regente*. Paris: Jean Brunet, 1614.
4. *A Anatomia da Melancolia* de Richard Burton terá sido precedida por *O Tratado da Melancolia* (1586) de Timothy Bright (1551-1615), médico inglês que terá influenciado Burton.
5. Friedenwald, Harry. *The Jews and medicine*, vol. II, p. 743.
6. Nesta altura assistia-se a uma transversalidade entre a medicina e outras manifestações artísticas como a literatura. Por exemplo, o ilustre dramaturgo William Shakespeare (1564-1623) terá sugerido que as doenças mentais seriam o resultado de uma grande sobrecarga emocional, ilustrando sua teoria com o comportamento de um dos seus mais famosos personagens, Hamlet.

## FONTES E BIBLIOGRAFIA

PHILOTHEI, Eliani Montalto *Archipathologia: in qua internarum capitis affectionem, essentia causae signa, praesagia, & curatio accuratissima indagine edisseruntur – Lutetiae : Sumptibus Caldorianae societatis, 1614.*

BURTON, Robert. *The Anatomy of Melancholy*. Oxford: Henry Cripps, 1651.

Friedenwald, Harry “Montalto: A Jewish Physician at the Court of Marie de Medicis and Louis XIII”. *Bulletin of the Institute of the History of Medicine* 3 (1935) 129-158.

Friedenwald, Harry, *The Jews and Medicine*, 2 vols, New York, Ktav Pub., 1967. – Cap. XXXIV- Montalto A Jewish Physician at the Court of Marie de Médicis and Louis XIII, pp. 468-496.

Altbauer-Runik, Michal, *Prescribing Love: Italian Jewish Physicians Writing on Lovesickness in the Sixteenth and Seventeenth Centuries*. Philadelphia: UPP, 2004



## PERSPETIVA HISTÓRICA DA EXECUÇÃO DAS PENAS E O CIDADÃO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL

**Madalena Brás\*; Elisabete Lopes\*; Lurdes Sousa\*; Sérgio Vaz\***

\*Assistentes Sociais do Serviço de Psiquiatria Forense

Hospital Sobral Cid – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

E-mail: madalenatralhao@gmail.com; elisabete.g.lopes@hotmail.com;

lurdessousa91@gmail.com; sergioreisvaz@gmail.com

Palavras chave: Alienados criminosos; imunidade penal; manicómios prisionais; organização dos serviços prisionais; cidadania.

No século XIX verificou-se um esforço legislativo relativamente ao Direito Penitenciário revogando o sistema da Execução das Penas, banindo as penas corporais, dando-se relevo às penas privativas de liberdade. Na 1ª metade do Sec. XX avançou-se na organização prisional, concretamente na execução das penas e medidas de segurança privativas de liberdade, mantendo-se algum desequilíbrio entre a ideia de ressocialização do delinquente e seus direitos, segurança e ordem prisional. Após o 25 de Abril legislou-se a execução das penas e medidas privativas de liberdade indo de encontro à Constituição da República Portuguesa e dos Direitos do Homem, preconizados nos organismos internacionais.

Pela primeira vez em Portugal, com a lei 4 de Julho de 1889, surge a preocupação de internar os *alienados criminosos* que foram absolvidos e os que necessitam de observação em enfermarias anexas às Penitenciárias e no Hospital de Rilhafoles, criado em 1848. A autoridade judicial só poderia aplicar a sentença em face de relatório do perito e a sua libertação só teria lugar depois de ouvido o Ministério Público e, face ao então Código Processo Penal só o juiz podia ordenar a sua libertação. Esta lei apresentava já preocupações com a cura, tendo sempre presente a defesa da sociedade e a prevenção de cometimentos de novos crimes.

Face à inexistência daquelas enfermarias, estes internamentos efectuavam-se somente naquele Hospital ao abrigo da lei de 3 de Abril de 1896, dando continuidade às preocupações com o tratamento do alienado criminoso. Igualmente tenta proteger o delinquente normal que durante a sua pena venha a apresentar anomalia psíquica, fazendo cessar aquela, passando a beneficiar de um tratamento, tendo por fim a sua cura. Este procedimento é antecedido por exame às suas faculdades mentais a pedido do juiz.

Com a criação dos Conselhos Médico Legais em 1899 (Carta de Lei de 17 de Agosto) desaparecem os conflitos entre juizes, jurados e médicos. Ao juiz compete deduzir em face do diagnóstico médico.

Faltam então as estruturas asilares especiais para estes doentes, já preconizados em 1889. As únicas respostas existentes, então, são Rilhafoles em Lisboa e o Hospital Conde Ferreira no Porto. Neste contexto, cabe ao médico diretor pronunciar-se sobre as condições para o doente poder sair, cabendo ao juiz a decisão da sua colocação em liberdade, devendo ser esta provisória e rodeada de cuidados de forma a garantir a defesa pública.

Após uma década, o Decreto de 11 de Maio de 1911 cria a figura dos *manicómios criminais* onde eram internados os delinquentes julgados irresponsáveis por alienação mental e os que enlouqueciam nos cárceres, embora na prática nunca tenham sido instituídos.

Na 1ª metade do Séc XX é concedido grande enfoque à organização prisional portuguesa, através do Decreto-Lei 26.643 de 28 de Maio de 1936. A implementação das medidas de segurança que este Decreto preconizou em Portugal, foi votada no Congresso de Londres em 1930, em virtude de se verificar a necessidade de aplicar um tratamento específico a um grupo de delinquentes (alcoólicos, impulsivos, neurasténicos, débeis mentais e psicopatas).

Dado já ter sido efetuada a construção de alguns estabelecimentos prisionais que necessitavam de um plano de organização, criaram-se duas grandes classes: as prisões e os estabelecimentos para medidas de segurança, apresentando-se estes em várias modalidades.

Este diploma pretende estabelecer um plano integral de realizações e a orgânica dos respectivos serviços, de onde salientamos preocupações com o processo fiscalizador das medidas de segurança, podendo-se considerar um verdadeiro código de execução das penas e das medidas de segurança privativas da liberdade.

Nesta fase, o legislador dá relevo à existência de criminosos com uma anomalia mental que os não priva de imputabilidade, mas a quem seria prejudicial o regime das prisões gerais ou comuns, e que por isso, devem cumprir as penas em estabelecimentos especiais, onde o regime prisional se combina com a observação e assistência médica. Para este fim criou-se a prisão-asilo.

Para o cumprimento das medidas de segurança criam-se estabelecimentos especiais, adequados ao tratamento que são designados manicómios criminais, colónias ou casas de trabalho para mendigos, vadios e equiparados e colónias ou cass de trabalho para alcoólicos e outros intoxicados, sendo considerados centros organizadores de uma atividade ou estabelecimentos de cura, e não prisões

Os delinquentes com anomalia mental que os prive de imputabilidade ou a que tenha surgido anomalia mental durante a execução da pena, nesta altura já atinge um número considerável, de forma a que o regime defenda então a criação de um estabelecimento próprio, em substituição dos manicómios comuns ou meras prisões.

Esta legislação apresenta uma preocupação relativamente aos portadores de anomalia mental relativamente à sua permanência nas cadeias sem qualquer tratamento, considerando desumano mantê-los em celas de castigo, como até então sucedia.

No entanto, esta política criminal defendia o isolamento dos criminosos loucos dos outros criminosos mas, entende igualmente como necessário separar uns dos outros.

Pela 1ª vez na história da execução das penas, verificamos que o atual diploma na área do recrutamento dos funcionários dentro de administração penitenciária, dá especial relevo ao trabalho de equipa.

Como elemento particular destinado a acompanhar o preso atribui aos assistentes sociais um papel preponderante de “... *investigar sobre a sua vida no interior e exterior e a informar, ligar e coordenar a acção social de conjunto na vida penitenciária e pós penitenciária.*”

É exigido ao serviço social a aplicação dos métodos científicos e das técnicas específicas, fundamentais na promoção dos direitos dos indivíduos, da família e do próprio meio social e profissional, no sentido de melhorar as suas condições e de fazer cessar as causas perturbadoras da vida anormal; cabe-lhe igualmente efetuar um diagnóstico e prognóstico; desenvolver uma ação pessoal e constante junto do recluso, com a adesão e participação do mesmo; estimular a sua readaptação social, cuidar das suas relações com a família e preparar a sua colocação futura.

Após o 25 de Abril de 1974, com a influência da Constituição da República Portuguesa de 1976, (Artº30º) e com os Direitos Humanos na Administração da Justiça aprovados pelo Conselho Económico e Social das Nações Unidas, através da Resolução 2076

(LXII), de 13 de Maio de 1977, surge a necessidade da criação de um novo quadro legal com o Decreto Lei nº 265/79 de 1 de Agosto.

Este diploma vem defender, pela primeira vez, a flexibilidade da execução das medidas privativas de liberdade, o regime das licenças de saída, os planos de tratamento, a preocupação de garantir a defesa dos reclusos no que toca à estruturação da sua vida intra muros. Efetua uma crítica ao anterior diploma no que toca à falta de um ajuste de equilíbrio entre a ideia de ressocialização do delinquentes, seus direitos, por um lado, e a segurança e ordem prisionais por outro.

Realça o sistema semi jurisdicional de proteção aos reclusos através da possibilidade de apresentar queixas, exposições e, em último termo, a possibilidade de recurso para o Tribunal Internacional dos Direitos do Homem.

A lei 115/2009 de 12 de Outubro (Código de Execução de Penas e Medidas Privativas de Liberdade) surge no contexto de desactualização face aos novos perfis da população, às teorias e práticas europeias e mundiais adoptadas: Regras Penitenciárias Europeias do Conselho de Europa em 2006; as orientações da Organização das Nações Unidas (1991) e a Declaração de Viena em 1993. Estes documentos veem-se pronunciar sobre a necessidade de proteger as pessoas com doença mental da violação dos direitos humanos, definindo os Principes pour la Protection des Personnes Atteints de Maladie Mentale et pour l'Amélioration des Soins de Santé Mentale.

É de salientar que o internamento para além de garantir a segurança dos cidadãos em geral, assegure um tratamento eficaz ao cidadão portador de doença mental.

A actual lei redefine o estatuto jurídico desta população privada de liberdade, com reforço das suas garantias, controlando os actos de quem administra as medidas, criando a possibilidade a recurso das decisões do Tribunal.

Com a lei 115/2009, saem salvaguardos os direitos e meios de tutela, como sejam o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, o respeito pela individualidade do tratamento, o direito a reclamar, apresentar queixa, petição e exposição, proporcionar condições de ressocialização, estimulação na participação do planeamento e execução do tratamento e reinserção social, maior exigência na fundamentação das decisões que o afecte, direito a advogado, obrigatoriedade de comunicar ao director sinais de violência física ou sinais de pressão psicológica ou emocional.

Ao estabelecer estes direitos, o principal objectivo do legislador foi permitir que estes cidadãos portadores de doença mental privados de liberdade, tenham todas as condições para poderem continuar o seu percurso como cidadãos comuns.

A flexibilização das medidas servem para estabelecer uma ligação com a família e comunidade, salvo as restrições impostas pelo tribunal, de forma a atingirem uma reinserção social plena. Aqui, o Plano Individual Terapêutico e de Reabilitação é imprescindível, pois estes direitos são assegurados por toda a equipa com base em toda a informação pessoal, clínica, social e profissional. É a partir deste instrumento que se deve gerir o projeto futuro do doente, tendo como objetivo último a colocação em meio livre.

Há agora uma nova realidade: A execução das medidas encontra-se sob tutela, vigilância e controle do Tribunal Execução Penas; o advogado estará “dentro” do estabelecimento, requerendo, e consultando elementos; o papel do Ministério Público é revalorizado; os estabelecimentos destinados a tratamento no âmbito destas medidas deverão dedicar especial atenção à fundamentação das suas decisões.

## **CONCLUSÕES**

Desde a criação de estabelecimentos próprios para criminosos com doença mental, chega-se aos atuais hospitais psiquiátricos.

A Lei de Saúde Mental, com a regulamentação do Internamento Compulsivo, avança na proteção ao cidadão portador de doença mental. É um dever de ética social proteger o doente contra a estigmatização, exclusão social, prevenindo delitos.

Os direitos sociais estão hoje garantidos pelas normas em vigor; na prática nem sempre respeitados nem promovidos. A lei 115/2009 redefine o estatuto jurídico, reforçando o exercício da cidadania desta população. Os estabelecimentos de tratamento no âmbito das medidas judiciais, terão que estar atentos à fundamentação das suas decisões.

## **FONTES E BIBLIOGRAFIA**

Vasques de Carvalho, José – Cap. I - Os alienados em face da legislação portuguesa. Os Médicos perante a Justiça. 1840. 80 p.

Martins Batalha, Maria Manuel - O Internamento de inimputáveis e de condenados portadores de anomalia psíquica no sistema penitenciário português. (Lisboa) : IGSJ, 2010. 10 p.

Fazenda, Isabel - O Puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania. (Lisboa): Climepsi, 2008. 174 p.

Decreto-Lei nº 26643. D.R.I Série. 124(1936-05-28);

Lei nº 115. D.R. I Série. 197(2009-10-12).

## STRESS E TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES (2ª METADE DO SÉCULO XX)

**Sara Repolho**

Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra / CEIS20-UC

Investigadora não doutorada do CEISC20, Psicóloga

E-mail: sara.repolho@sapo.pt

Palavras-chave: stress, terapêuticas complementares, fitoterapia, florais, visualização, reflexologia, shiatsu

### INTRODUÇÃO

O stress é um termo bastante difundido e frequentemente utilizado, considerando-se uma das principais patologias deste século.

Existem diversos tipos de resposta para fazer face às situações de stress. A par com tratamentos medicamentosos e uma procura crescente de psicotrópicos, proliferam livros e sites de auto-ajuda que oferecem conselhos, desde simples estratégias à mudança de estilos de vida. Também as terapêuticas complementares apresentam formas de lidar com essas situações.

Pretendemos, neste artigo, focar a história da definição de stress, apontar estudos que têm sido realizados no âmbito desta temática e apresentar algumas respostas advindas das terapêuticas complementares.

### ACERCA DO STRESS...

Podemos entender o stress como a percepção do indivíduo de que não dispõe dos recursos necessários face às solicitações e às exigências do meio. Este desequilíbrio entre as exigências colocadas ao indivíduo e as suas capacidades de resposta (reais ou percebidas) conduz a alterações emocionais, físicas, cognitivas, comportamentais e relacionais.

O termo ‘*stress*’ foi inicialmente empregue na Física, nos séculos XVIII e XIX. Referia-se à força ou pressão exercida sobre o material, pressão esta que causava desgaste. O impacto dos agentes stressores podia ser definido matematicamente.

No início do século XX, o termo passa a ser aplicado à biologia. O médico William Osler, em 1910, aplicou a designação de stress às preocupações e ao trabalho árduo, considerando que os indivíduos sujeitos à vivência de tais condições teriam uma probabilidade elevada de desenvolver angina de peito.

O fisiologista Walter Cannon, em finais da década de 20, correlacionou a noção de stress com as reacções de luta ou de fuga. Cannon observou que, perante situações adversas, como o frio ou falta de oxigénio, havia reacções a nível da medula adrenal e do sistema nervoso simpático, estando os sujeitos, nessas condições, sob stress<sup>1</sup>. A homeostasia e equilíbrio do organismo eram afectados por níveis elevados de stress, assumindo-se estes como verdadeiras ameaças.

Na década de 30, o endocrinologista Hans Selye apresentou investigações sobre o stress, entendido enquanto fenómeno biológico. Na continuidade dos seus estudos e atendendo às reacções bioquímicas dos organismos face a estímulos nocivos, Selye desenvolveu a noção de Síndrome Geral de Adaptação (SGA). O SGA engloba três fases distintas: a reacção de alarme (com duas subfases – reacção de choque e fase de contra-choque), a fase de resistência e a fase de exaustão. Selye considerou o stress como um processo inerente à vida de qualquer organismo, sem o qual este morreria, pela falta de estimulação. O autor diferenciou o *eustress* (bom stress) do *distress* (mau

stress). O *eustress* levaria a uma resposta adaptativa e o *distress* seria um estímulo demasiado forte que conduziria a danos no organismo. Actualmente, aquilo que se designa comumente por stress aproxima-se da noção de *distress* definida por Selye. A partir da década de 70, os estudos sobre o stress acentuaram a importância das variáveis psicológicas envolvidas na própria avaliação dos estímulos. O stress passa a ser encarado como um fenómeno multifacetado, “*um sistema de interdependência entre componentes afectivos, cognitivos, sensoriais, endócrinos e comportamentais*”<sup>2</sup>. As investigações centradas na questão do stress têm-se debruçado sobre acontecimentos que podem ser entendidos como stressores, sobre as diferentes reacções individuais face aos agentes stressores, sobre o desenvolvimento de instrumentos para medida dos níveis de stress. Outras linhas de investigação, que assumem particular relevância, têm procurado correlacionar o stress com alterações no funcionamento do sistema imunitário e têm analisado a co-morbilidade com situações de doença, nomeadamente as doenças cardiovasculares e o cancro.

### **TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES E SEU DESENVOLVIMENTO NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX**

As terapêuticas complementares referem-se a métodos de tratamento e profiláticos específicos, que se desenvolvem fora do âmbito das terapêuticas oficiais ou convencionais. É comum utilizarem-se outras designações, nomeadamente terapêuticas alternativas. No entanto, não se trata de expressões equivalentes, remetendo para diferentes perspectivas.

Ao conceberem-se estas terapêuticas como complementares, considera-se a possibilidade ou mesmo a deseabilidade da sua utilização concomitante aos métodos preconizados pela medicina convencional. Entendendo-as como alternativas, assume-se que não são compatíveis com a medicina oficial, considerando os seus praticantes que estas terapêuticas podem fornecer por si só uma resposta aos problemas de saúde, sem necessidade de recurso à medicina convencional.

A Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto, que procede ao enquadramento de algumas destas terapêuticas, opta por uma designação ‘neutra’, utilizando a expressão terapêuticas não convencionais. De acordo com artigo 3º do referido documento legal, “*consideram-se terapêuticas não convencionais aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias*”.

Durante a segunda metade do século XX, e principalmente no último quartel, as terapêuticas complementares, em geral, consolidam-se e apresentam uma expansão cada vez maior no mercado, tanto a nível da prestação de serviços como da formação profissional. Também a questão da complementaridade assume uma maior relevância, em diversos sentidos. Por um lado, constata-se uma aproximação entre estas terapêuticas e a medicina oficial. A acupuntura, por exemplo, chega mesmo a ser integrada no sistema de ensino médico pós-graduado. Por outro lado, há uma cada vez maior complementaridade entre as próprias terapêuticas não convencionais, tanto por parte dos utentes que a elas recorrem, como por parte dos profissionais, que muitas vezes integram diversas terapêuticas na sua prática.

Uma característica essencial de todas as terapêuticas complementares é o facto de se considerarem como terapêuticas holísticas, ou seja, pretendem tratar o indivíduo no seu todo, nas suas dimensões física, psicológica e emocional.

No âmbito deste trabalho, centramo-nos especificamente em cinco terapêuticas: a fitoterapia, os florais de Bach, as técnicas de visualização, a reflexologia podal e a massagem Shiatsu. Apresentaremos, relativamente a cada uma delas, uma breve

descrição, referindo as concepções de saúde e de doença que lhes são inerentes e as suas origens e desenvolvimento. Seguidamente, indicaremos as estratégias ou tratamentos específicos que propõem para auxiliar na diminuição dos níveis de stress.

### **A FITOTERAPIA**

A fitoterapia recorre às propriedades medicinais das plantas para prevenção e tratamento de patologias. Existem diversas formas de utilizar as plantas, nomeadamente através de decocções, infusões, tinturas, tisanas, cápsulas, comprimidos, compressas, cataplasmas, pomadas, unguentos e óleos essenciais.

Encontramos referências à utilização de plantas para fins medicinais em diversas civilizações. Os sacerdotes egípcios recorriam a elas para administrarem tratamentos, tendo deixado registados dados alusivos a centenas de plantas e suas propriedades. As conquistas gregas e romanas permitiram a expansão dos seus conhecimentos relativos às plantas e a aquisição de novas práticas terapêuticas, recolhidas dos povos conquistados. A época dos descobrimentos permitiu o contacto com novas espécies botânicas, desenvolvendo-se diversos estudos realizados pelos boticários.

O desenvolvimento da indústria farmacêutica conduziu a um decréscimo na utilização das plantas medicinais. No entanto, e, curiosamente, a par com o desenvolvimento da medicina convencional e da tecnologia - cada vez mais especializada, assiste-se a um novo interesse pelos produtos naturais à base de plantas. Enquanto a indústria farmacêutica se debruça sobre os princípios activos das plantas e a sua sintetização, a fitoterapia defende muitas vezes a utilização completa da planta ou de parte da planta. A fitoterapia foi uma das seis terapêuticas não convencionais integradas na Lei 45/2003, de 22 de Agosto.

Em situações de stress, recomendam-se infusões de erva-cidreira, camomila, erva-dos-gatos e tília. Poder-se-ão utilizar relaxantes mais fortes, como é o caso da escutelária, valeriana e primavera. Havendo necessidade de restaurar a energia do organismo, são aconselhados a verbena e o hiperício<sup>3</sup>. Para estimular a adaptabilidade ao stress, podem utilizar-se o ginseng, o ginseng-siberiano, o inhame, a borragem, o alcaçuz, a camomila e o cardo-mariano<sup>4</sup>.

### **OS FLORAIS DE BACH**

Os florais de Bach são preparações à base de flores e plantas silvestres, concebidas pelo médico inglês Edward Bach (1886-1936), na década de 30. Este médico, paralelamente ao exercício da medicina convencional, dedicava-se também à homeopatia.

A concepção de saúde e de doença inerente à terapia floral assenta na ideia de que as doenças do organismo são resultantes de estados emocionais negativos. Os florais foram criados como resposta a esses estados emocionais negativos, permitindo restaurar o equilíbrio interno e levando o organismo à cura<sup>5</sup>.

De acordo com Bach, existiriam 38 estados emocionais negativos, para cada um dos quais foi criado um remédio floral. Existe um floral suplementar – o Rescue Remedy, composto a partir de cinco florais, que pode ser tomado em situações de emergência ou após um trauma físico ou psicológico.

A partir da década de 70, foram criados remédios florais noutros países, nomeadamente na América e na Austrália, utilizando, portanto, plantas diferentes.

As plantas são colhidas e colocadas em água dentro de um frasco de vidro, que fica exposto ao sol. A água recebe, assim, as propriedades energéticas das plantas. Para uma maior conservação, acrescenta-se brandy ou aguardente. Em situações em que é necessária uma extracção mais forte, pode utilizar-se a fervura.

Atendendo a cada caso específico, podem ser utilizados o ulmeiro (*“para quem se sinta sobrecarregado e pressionado com o trabalho, família e outros compromissos”*), a faia-branca (*“para os que se sentem mentalmente exaustos ante a ideia do trabalho, pelo que o que costumava ser um prazer se torna um fardo”*), a castanha-doce (*“para os que se sentem profundamente desesperados”*), a noqueira (*“coloca a pessoa num novo meio ambiente e ajuda-a a enfrentar as mudanças”*)<sup>6</sup>. O Rescue Remedy é sempre uma boa opção.

### AS TÉCNICAS DE VISUALIZAÇÃO

As técnicas de visualização consistem no recurso à própria imaginação para beneficiar a saúde. Considerando que os pensamentos e emoções têm influência a nível da saúde física e mental, as técnicas de visualização pretendem levar o indivíduo a envolver-se em estados emocionais positivos e a criar imagens agradáveis, estimulando-se, desta forma, a saúde e a cura. Numa primeira fase, o indivíduo entra em estado de relaxamento. Na segunda fase, desenvolve-se, então, a visualização. Esta pode ser conduzida por um terapeuta e, posteriormente, depois de ensinadas algumas estratégias ao indivíduo, pode passar a ser auto-dirigida.

Relativamente a esta terapêutica, são também utilizadas as designações “imagens dirigidas” ou “imagética orientada”.

Enquanto terapêutica complementar, as técnicas de visualização desenvolveram-se a partir da década de 70, considerando que a utilização da imaginação de forma dirigida *“fomenta o poder da mente para obter modificações físicas, psicológicas e emocionais benéficas”*<sup>7</sup>.

Um tipo de visualização que pode ser utilizado para lidar com situações de stress é visualizar o factor stressor (situação ou pessoas específicas). Após a criação dessa imagem, a estratégia é ir diminuindo aos poucos a dimensão da imagem, até que se torne num pequeno ponto e desapareça.

Pode recorrer-se à imagética sensorial (que privilegia as sensações durante a visualização), com a criação de um cenário agradável que vai ser desenvolvido pelo indivíduo. O terapeuta apresenta inicialmente temas diferentes (por exemplo, viagens, ar livre, água, espaços fechados) para que o paciente escolha um deles. A partir do tema escolhido, vai-se construindo o cenário, com as sugestões do terapeuta e opções do paciente. Pretende-se explorar sensações agradáveis que permitam ao indivíduo experienciar um estado de relaxamento e bem-estar<sup>8</sup>.

### A REFLEXOLOGIA PODAL

A reflexologia é uma terapia que consiste na estimulação (massagem, toque, pressão) de zonas reflexas. A ideia base da reflexologia é a de que existem zonas que podem ser consideradas como o reflexo de todo o corpo, principalmente as orelhas, as mãos e os pés – reflexologia podal. Estimulando pontos específicos dessas zonas, que correspondem a órgãos, músculos e partes do corpo, considera-se estar a actuar nesses mesmos órgãos. Para além disso, é possível realizar o diagnóstico dos órgãos, analisando as suas áreas reflexas.

A origem da reflexologia remonta à China, há cerca de 5000 anos, estando relacionada com as técnicas de pressão como método para repor a circulação energética do organismo. Atendendo a uma pintura mural datada de 2330 a.C e encontrada em Sakara, também os egípcios utilizariam um sistema idêntico<sup>9</sup>.

William Fitzgerald, um otorrinolaringologista americano, concebeu, em 1913, a terapia por zonas. O corpo era dividido em dez zonas, desde os pés à cabeça, descendo depois às mãos. Para aliviar a dor de um determinado órgão, poder-se-ia

exercer pressão em qualquer local dentro da mesma zona a que esse órgão pertencia. Nos anos 30, a terapeuta Eunice Ingham retoma os trabalhos de Fitzgerald, mas concentra a sua atenção na área dos pés, dando a este tipo de terapia a designação de reflexologia. Na década de 60, Doreen Bayly, uma discípula de Ingham, introduz esta terapia na Inglaterra.

O tratamento de reflexologia começa pelo envolvimento de todo o pé, proporcionando o relaxamento do paciente. Em situações de stress, é dada particular atenção à zona da cabeça (1º dedo do pé), o ponto dos rins (no centro da planta do pé) e a zona do fígado (localizada no pé direito)<sup>10</sup>.

### **A MASSAGEM SHIATSU**

Shiatsu significa literalmente pressão dos dedos. O terapeuta aplica pressão sobre diversos pontos energéticos (tsubos) ao longo dos meridianos (canais de energia), para restaurar o fluxo adequado de energia.

No contexto da medicina oriental, as patologias são entendidas como um desequilíbrio entre o yin e o yang. Na análise das patologias são ainda considerados os cinco elementos (fogo, terra, metal, água, madeira) e o tipo de energias perversas que atingem o organismo, nomeadamente o vento, o frio, o calor e a humidade<sup>11</sup>.

Nas raízes do Shiatsu, podemos encontrar um tipo de massagem – Aruna, introduzida no Japão através do budismo e da filosofia e cultura chinesas, e praticada inicialmente por invisuais. Surgiu depois um método mais sistemático de massagem, utilizando a fricção e a pressão sobre os meridianos. Este tipo de massagem terá sido possivelmente baseado na Anma, uma massagem de origem chinesa. Em finais do século XIX e inícios do século XX, foram associados à Anma os conhecimentos advindos da quiroprática e da osteopatia. Em 1919, Tamai Tempaku publica o livro “Shiatsu-Ho”.

Tempaku formou diversos mestres de Shiatsu, nomeadamente Namikoshi, Masunaga e Serizawa, que deram origem a diferentes escolas de Shiatsu. Graças aos trabalhos de Namikoshi, o governo japonês reconheceu o Shiatsu como prática terapêutica.

Ao longo do século XX, e principalmente na segunda metade, o Shiatsu foi sendo difundido pelos vários países.

No tratamento do stress, aconselha-se a realização das rotinas das costas e da cabeça, que conduzirão o paciente a um estado de relaxamento. Devem ser trabalhados os pontos 4IG e 3F. Complementarmente, poder-se-ão observar os pontos de assentimentos dos diferentes órgãos e vísceras, pontos estes que permitem um diagnóstico do seu estado. Seguidamente, aplica-se um tratamento localizado, tonificando o ponto ou dispersando a energia em excesso. Atendendo à patologia em causa - o stress, dever-se-á focalizar a atenção principalmente nos pontos de assentimento do coração e do fígado.

### **CONCLUSÕES**

A vivência de situações de stress é algo bastante frequente na sociedade actual, prejudicando o estado físico, psicológico e social dos indivíduos. Encontramos uma vasta panóplia de estratégias, mais ou menos eficazes, para lidar com o stress.

As terapêuticas complementares, amplamente expandidas principalmente a partir da segunda metade do século XX, vêm também dar um contributo para a resolução ou decréscimo dos níveis de stress, apresentando tratamentos específicos.

## NOTAS

- 1) RIBEIRO, José Luís Pais – Psicologia e saúde. Lisboa: ISPA, 1998.
- 2) FISCHER, Gustave-Nicolas; TARQUINIO, Cyril – Os conceitos fundamentais da psicologia da saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 2010. p.100
- 3) Dicionário de Medicina Natural. Lisboa: Selecções do Reader's Digest, 1994.
- 4) Manual de medicinas complementares. Barcelona: Oceano, 2005.
- 5) The Center for Integrative Medicine at Duke University – A Enciclopédia da nova medicina: Medicina integrada para todas as idades. Rio de Mouro: Círculo de Leitores, 2008.
- 6) Enciclopédia Familiar da saúde: Guia completo das medicinas alternativas. Alfragide: Ediclube, 1997. pp.108-109
- 7) The Center for Integrative Medicine at Duke University – A Enciclopédia da nova medicina: Medicina integrada para todas as idades. Rio de Mouro: Círculo de Leitores, 2008. p.520
- 8) Manual do curso online “Técnicas de relaxamento: O que são, como funcionam e como utilizá-las em contexto clínico”, promovido por Humanamente – Psicologia, Pedagogia e Formação [<http://humanamente.no.comunidades.net>] (Novembro 2009)
- 9) Dicionário de Medicina Natural. Lisboa: Selecções do Reader's Digest, 1994.
- 10) Apontamentos do curso de Reflexologia, promovido pela AMAN – Associação de Medicinas Alopática e Naturopática, realizado pela terapeuta Fátima Nóbrega (Lisboa, Fevereiro 2012)
- 11) LAVADO, Luís Miguel; PEREIRA, Ana – Manual do curso profissional de Shiatsu, promovido pelo Instituto de Medicina Tradicional (Outubro 2011)

## FONTES E BIBLIOGRAFIA

- The Center for Integrative Medicine at Duke University – A Enciclopédia da nova medicina: Medicina integrada para todas as idades. Rio de Mouro: Círculo de Leitores, 2008.
- Dicionário de medicina Natural. Lisboa: Selecções do Reader's Digest, 1994.
- Enciclopédia familiar da saúde: Guia completo das medicinas alternativas. Alfragide: Ediclube, 1997.
- FISCHER, Gustave-Nicolas; Tarquinio, Cyril – Os conceitos fundamentais da psicologia da saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 2010.
- Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto – Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais. Diário da República, I Série A, 5391-5392.
- Manual de medicinas complementares. Barcelona: Oceano, 2005.
- RIBEIRO, José Luís Pais – Psicologia e saúde. Lisboa: ISPA, 1998.

## Material não impresso

- Apontamentos do curso de Reflexologia, promovido pela AMAN – Associação de Medicinas Alopática e Naturopática, realizado pela terapeuta Fátima Nóbrega (Lisboa, Fevereiro 2012)
- LAVADO, Luís Miguel; PEREIRA, Ana – Manual do curso profissional de Shiatsu. Lisboa, 2011. Curso promovido pelo Instituto de Medicina Tradicional (I.M.T.).

Manual do curso online “Técnicas de relaxamento: O que são, como funcionam e como utilizá-las em contexto clínico”. 2009. Curso promovido por Humanamente – Psicologia, Pedagogia e Formação [<http://humanamente.no.comunidades.net>]

**AGRADECIMENTOS**

À Doutora Ana Leonor Pereira e ao Doutor João Rui Pita, orientadores de doutoramento.

À FCT, pela concessão da bolsa de doutoramento SFRH/BD/45148/2008.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.



## A ANESTESIA E OS ANTIBIÓTICOS COMO FATORES DINAMIZADORES DA PSICOCIRURGIA

**Victoria Bell**

Bolseira de Doutoramento da FCT-FFUC; Investigadora do CEIS20

Universidade de Coimbra — Portugal

E-mail: victoriabell1103@gmail.com

Palavras-chave: neurocirurgia, antibióticos, anestesia

Durante séculos, a dor e a infeção foram obstáculos nos avanços da cirurgia. A rapidez da intervenção cirúrgica era um fator determinante. Com a introdução da anestesia as cirurgias tornaram-se indolores, o tempo deixou de ser um fator limitativo. A antisepsia cirúrgica constitui um primeiro passo para a prevenção das infeções. Com os antibióticos as infeções pós-operatórias foram muito reduzidas, tornando possível a realização de cirurgias anteriormente consideradas demasiado arriscadas.

Os antibióticos e a anestesia complementaram-se, e em conjunto contribuíram para o avanço de diversas especialidades e áreas cirúrgicas.

Nesta comunicação mostra-se como os antibióticos foram entendidos como medicação relevante na psicocirurgia e também se aborda a importância da penicilina na neuropsiquiatria.

Desde a descoberta da penicilina em 1928 por Alexander Fleming<sup>1</sup> até à confirmação e afirmação das suas propriedades terapêuticas por Howard Florey e a sua equipa de investigadores da Universidade de Oxford<sup>2</sup> mais de uma década decorreu sem que fossem publicados estudos relevantes sobre o medicamento. Com o desenrolar de II Guerra Mundial a necessidade de tratamento dos feridos de guerra levou as entidades governamentais da Grã-Bretanha<sup>3</sup> e dos Estados Unidos da América<sup>4</sup> a incentivarem e apoiarem a produção de penicilina e a organizarem de centros de investigação que estudassem as propriedades do medicamento e os métodos mais eficazes para a sua utilização. Devido à escassez do medicamento os primeiros trabalhos efetuados sobre a penicilina visaram o estudo das vias de administração e das doses ideais para o tratamento de infeções onde a utilização deste medicamento já havia sido comprovada. Com a descoberta de métodos mais rentáveis de produção as quantidades de penicilina

---

<sup>1</sup> FLEMING, Alexander - “On the antibacterial action of cultures of a penicillium with special reference to their use in the isolation of B.Influenzae”. The British Journal of Experimental Pathology .10 (1929) 226–236.

<sup>2</sup> CHAIN, E et al - “Penicillin as a chemotherapeutic agent”. The Lancet. no. August (1940) 226–228.

<sup>3</sup> GARROD, Lawrence P - “The treatment of war wounds with penicillin”. British Medical Journal. no. December (1943) 755–756.

<sup>4</sup> RICHARDS, A. N - “Penicillin - Statement released by the Committee on Medical Research”. The Journal of the American Medical Association. 122, no. 4 (1943) 235–236.

aumentaram o que tornou possível a introdução do medicamento noutras áreas da terapêutica<sup>1</sup>.

Durante a II Guerra Mundial Hugh Cairns, professor de cirurgia na Universidade de Oxford, foi o responsável pela criação das MNSU - Mobile Neurosurgical Unit (unidades móveis de neurocirurgia). Estas unidades móveis tinham como objetivo fornecer um tratamento médico especializado aos feridos da frente de combate vinte e quatro a quarenta e oito horas após a lesão, estavam equipadas com a tecnologia necessária para o tratamento das feridas traumáticas do cérebro e com clínicos especializados na área da neurocirurgia. Foram criadas oito MNSU distribuídas pelos focos mais importantes de batalha. A unidade móvel número quatro foi destacada, em Dezembro de 1942, para o Norte de África e foi nesta unidade que Howard Florey e Hugh Cairns realizaram os primeiros ensaios sobre a eficácia da penicilina em feridas traumáticas do sistema nervoso<sup>2</sup>. Este estudo consistiu na aplicação tópica de penicilina em feridas traumáticas cérebro e demonstrou a utilidade do medicamento no tratamento deste tipo de lesões. O artigo “Gunshot wounds of the head in the acute stage”<sup>3</sup> publicado por Hugh Cairns, em 1944, no *British Medical Journal* descreve o resultado destes ensaios.

Os trabalhos efetuados por Cairns e Florey foram os primeiros a demonstrar a utilidade da penicilina no tratamento de lesões traumáticas do cérebro, mais tarde outros autores, Edith Dumoff-Stanley, Harry F Dowling e Lewis K Sweet, estudaram a absorção e distribuição do medicamento no fluido cérebroespinal. Os autores através dos seus trabalhos experimentais comprovaram que a penicilina é eliminada muito lentamente do fluido cérebroespinal para o sangue e que o medicamento não é absorvido para este fluido quando administrado por via sistémica. Com base nestes resultados Stanley, Dowling e Sweet administraram penicilina por via intrarraquidiana para tratar infeções intracranianas tendo o medicamento demonstrado elevado valor terapêutico. Publicaram o resultado do seu trabalho em 1945 no *Journal of Clinical Investigation* através do artigo “The absorption into and distribution of penicillin in the cerebrospinal fluid”<sup>4</sup>.

Estes estudos e os realizados por Cairns e Florey constituíram o ponto de partida para o desenvolvimento de outros trabalhos sobre a utilização da penicilina na neurocirurgia. Em 1947 foi publicado na revista *Proceedings of the Royal Society of Medicine* na sua rubrica *Section of Neurology* o artigo “Discussion on penicillin in neurology”<sup>5</sup>. Este artigo compila vários trabalhos de diversos autores sobre a utilização da penicilina na área da neurologia. O primeiro trabalho referenciado é da autoria de Hugh Cairns e aborda o tema “Penicillin in suppurative conditions of the brain and meninges”. O autor expõe as bases gerais do tratamento com penicilina referindo os resultados que obteve com a utilização de diversas vias de administração. Refere a utilização de penicilina no

---

<sup>1</sup> ANÓNIMO - “The Penicillin Position”. *British Medical Journal*. no. August (1943) 269–270.

<sup>2</sup> SCHURR, P. H - “The evolution of field neurosurgery in the British Army”. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 98, no. 9 (September 1, 2005) 423–427.

<sup>3</sup> CAIRNS, Hugh - “Gunshot wounds of the head in the acute stage”. *The British Medical Journal*. 4331, no. January (1944) 33–37.

<sup>4</sup> DUMOFF-STANLEY, Edith; DOWLING, Harry F and SWEET, Lewis K - “The absorption into and distribution of penicillin in the cerebrospinal fluid”. *Journal of Clinical Investigation*. (1945) 87–93.

<sup>5</sup> “Discussion on penicillin in neurology”, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 40 (1947) 29–34.

tratamento da paquimeningite purulenta, doença infetocontagiosa com um índice de mortalidade extremamente elevado, em que conseguiu curar seis dos onze pacientes tratados. Cairns descreve como foi possível com a “ajuda da penicilina”<sup>1</sup> extrair com sucesso abscessos cerebrais de difícil localização e que a utilização de penicilina reduziu significativamente a incidência das infeções pós-operatórias. O próximo trabalho apresentado é de Honor V. Smith, clínico no Nuffield Department of Surgery em Oxford. No seu estudo “The treatment of leptomeningitis with penicillin” o autor descreve vários métodos utilizados no tratamento de diferentes formas de meningite e que independentemente das complicações que surgiram concluiu que a introdução da penicilina no tratamento desta patologia melhorou substancialmente o prognóstico da doença. No estudo seguinte “Penicillin in neurosyphilis” C. Worster-Drought refere que “a penicilina tem um lugar estabelecido e definitivo no tratamento da neuro sífilis”<sup>2</sup> descreve que os trabalhos realizados nas forças armadas Norte Americanas e Britânicas no decurso da II Guerra Mundial comprovaram o papel do medicamento no tratamento desta patologia mas que estudos subsequentes admitem a necessidade da utilização de doses superiores de penicilina e de períodos de tratamento mais prolongados.

Em 1949 Hugh Cairns publicou na revista *British Medical Journal* o artigo “Surgical aspects of meningites”<sup>3</sup>. Neste artigo o autor refere que a penicilina contribuiu para o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da meningite. Segundo Cairns a aplicação local de penicilina nas feridas do cérebro reduziu a incidência de infeção de 4.4% para 0.9%, mencionando também que antes do advento da penicilina as infeções intracranianas eram responsáveis por 25% das mortes pós-operatórias e que o medicamento contribuiu para a redução da mortalidade associada a este tipo de infeções.

Também em Portugal se publicaram estudos sobre o tratamento de infeções cerebrais com penicilina. Em 1946 Augusto Lamas e Alexandre Cancellia d'Abreu publicaram na revista *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* o artigo “Penicilina por via carotídea”<sup>4</sup>. Neste trabalho os autores utilizaram a via carotídea como uma via inovadora para a administração de penicilina. Os investigadores referem que o recurso a esta via de administração foi influenciado pelo fato da sua “atividade se exercer em um meio médico em que os métodos arteriográficos e arterioterapêuticos...atingiram grande desenvolvimento”<sup>5</sup>. Estudos pioneiros iniciados e desenvolvidos por investigadores portugueses sobre a angiografia<sup>6</sup> e arterioterapia contribuíram para o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico, terapêutica e tratamento cirúrgico de doenças

---

<sup>1</sup> “Discussion on penicillin in neurology.”

<sup>2</sup> “Discussion on penicillin in neurology.”

<sup>3</sup> CAIRNS, Hugh - “Surgical aspects of meningitis”. *British Medical Journal*. 4613, no. June (1949) 969–976.

<sup>4</sup> CANCELA D’ABREU, Alexandre and LAMAS, Augusto “Penicilina por via carotídea”. *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. 110, no. 9 (1946) 410–422.

<sup>5</sup> D’ABREU and LAMAS - “Penicilina por via carotídea.”

<sup>6</sup> PINA, Madalena Esperança and CORREIA, Manuel - “Egas Moniz (1874-1955): cultura e ciência”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 19, no. Abril-Junho (2012) 431–449.

vasculares<sup>1</sup>. O caso clínico descrito por Augusto Lamas e Alexandre Cancellia d'Abreu é referente a uma doente diagnosticada com encefalite que não manifestou melhorias após a administração de penicilina por via intramuscular, os autores recorreram à via carotídea por esta permitir que o medicamento atingisse concentrações mais elevadas no cérebro, condição que consideram necessária para o tratamento. Após a administração de quatro doses de 50 000 unidades por via carotídea a doente começou a demonstrar sinais de melhoria, após quatro dias (doze injeções, via carotídea, de 50 000 unidades de penicilina) as melhorias apresentadas pela doente eram significativas o que levou os clínicos a interromperem a administração por via carotídea, mantendo o tratamento com penicilina por via intramuscular para evitar recaídas. Os autores referem que a utilização da via carotídea para a administração de medicamentos não constitui uma novidade, no entanto, na pesquisa que efetuaram na bibliografia médica não encontraram qualquer trabalho publicado sobre a utilização desta via para a administração de penicilina, fato que estranharam e os levou a comentar que “o emprego deste processo, que permite obter uma concentração mais eficaz da penicilina no cérebro, se impõe como sendo de tal forma lógico, que nos custa a querer que outros clínicos, colocados em presença das circunstâncias e de um problema como os que deparámos, não tenham tido ainda a ideia de tentar idêntica solução”<sup>2</sup>. Na realidade outro clínico português, Guilherme Lopes, já havia utilizado a via carotídea para a administração de penicilina publicando em Outubro de 1944 na revista *A Medicina Contemporânea* o resultado dos seus trabalhos. Embora a descrição dos trabalhos feita por Guilherme Lopes em “A penicilina por via carotidiana”<sup>3</sup> não seja tão completa e pormenorizada como a apresentada por Augusto Lamas e Cancellia d'Abreu, os casos clínicos que tratou e a publicação do resultado do que observou ocorreram quase dois anos antes do caso retratado por estes últimos autores. Augusto Lamas e Cancellia d'Abreu iniciaram o tratamento com penicilina na sua doente a 14 de Maio de 1946 terminando em 14 de Junho do mesmo ano, foram-lhe administradas 9 600 000 unidades de penicilina, das quais 600 000 unidades por via carotídea, os clínicos não interromperam o tratamento com penicilina imediatamente após ausência de sintomas, mantiveram-no durante mais quatro dias para evitar recaídas. As informações transmitidas no artigo são muito completas, os autores explicam pormenorizadamente o tratamento efetuado, referindo as doses utilizadas, a frequência e via de administração, detalhando os motivos que os levaram a utilizar a via carotídea e as vantagens que obtiveram da sua utilização. Este artigo resultou de uma comunicação apresentada a 26 de Novembro de 1946 à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa onde estiveram presentes o Prof. Egas Moniz e Dr. Almeida Lima que teceram algumas considerações sobre a utilização da via intra-arterial para a administração de medicamentos.

---

<sup>1</sup> DINIS DA GAMA, A. - “A obra dos pioneiros portugueses da angiografia e cirurgia vascular evocada no Congresso Japonês de Cirurgia”. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular*. XII, no. 2 (2005) 69–70.

<sup>2</sup> D'ABREU and LAMAS, “Penicilina por via carotídea.”

<sup>3</sup> LOPES, Guilherme - “A penicilina por via carotidiana”. *A Medicina Contemporânea*. LXII, no. 19/20 (1944) 224–225.

Os estudos apresentados demonstram o valor dos antibióticos no desenvolvimento na neurocirurgia e o papel que exerceram no tratamento diversas enfermidades e lesões traumáticas do cérebro, contribuindo para o decréscimo da mortalidade a elas associada.

## **FONTES E BIBLIOGRAFIA**

CAIRNS, Hugh - “Gunshot wounds of the head in the acute stage”. *The British Medical Journal*. 4331, no. January (1944) 33–37.

CAIRNS, Hugh - “Surgical aspects of meningitis”. *British Medical Journal*. 4613, no. June (1949) 969–976.

CANCELA D’ABREU, Alexandre and LAMAS, Augusto “Penicilina por via carotídea”. *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. 110, no. 9 (1946) 410–422.

LOPES, Guilherme - “A penicilina por via carotidiana”. *A Medicina Contemporânea*. LXII, no. 19/20 (1944) 224–225.

SCHURR, P. H - “The evolution of field neurosurgery in the British Army”. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 98, no. 9 (September 1, 2005) 423–427.

## **AGRADECIMENTOS**

Este estudo integra-se no projeto de investigação para doutoramento “História dos antibióticos em Portugal: ciência, técnica e sociedade (1940-2000)” (Bolsa de doutoramento FCT-SFRH/BD/62391/2009), orientadores Profs. Doutores João Rui Pita e Ana Leonor Pereira, integrado no Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20 - Universidade de Coimbra.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.



**III JORNADAS DE HISTÓRIA  
DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

**Coimbra  
3 e 4 de Maio de 2012  
Sala Sá de Miranda, Casa Municipal da Cultura**

**Presidente das Jornadas: Prof<sup>a</sup> Doutora Ana Leonor Pereira**

**Programa**

**DIA 3 DE MAIO**

9h30

Sessão de abertura

10h00

José Morgado Pereira — CEIS20 da Universidade de Coimbra — Médico psiquiatra  
CLASSIFICAÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS NA  
OBRA DE JÚLIO DE MATOS

10h45

Intervalo

11h00

Comunicações e debate

M. Manuela de Mendonça — Médica psiquiatra. Ex-Directora Hospital Sobral Cid  
PARA A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL EM PORTUGAL

Gonçalo Félix Matos — Interno do 5º ano de psiquiatria do CHPC, CHUC  
José Cunha-Oliveira — Médico psiquiatra, mestre em Psiquiatria  
CANNABIS: HISTÓRIA, HISTÓRIAS, VENTURAS E DESVENTURAS

Bertulino José de Souza — Mestre em Educação; Docente da Universidade do Estado  
do Rio Grande do Norte- UERN; Doutoramento em Antropologia Social e Cultural da  
Universidade de Coimbra

Cláudio Rossano Dias de LIMA — Especialista em Psicologia Clínica Humanista-  
Existencial; Mestrando em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte

UM ATLÂNTICO ENTRE NÓS? DISSONÂNCIAS E RUÍDOS NA PSICOLOGIA,  
PSIQUIATRIA E ANTROPOLOGIA QUANTO AO TRANSTORNO MENTAL  
NOS CAPS

Francisco Molina Artaloytia — Doctorando UNED- Lógica, Historia y Filosofía de la  
Ciencia. Profesor de Enseñanza Secundaria (Filosofía). Profesor-Tutor de Filosofía  
del Lenguaje-UNED-Intercampus

ESTIGMA E INTERACCIÓN: UN ANÁLISIS FILOSÓFICO DEL DISCURSO  
DEL DR. ASDRÚBAL D' AGUIAR SOBRE EL HOMOEROTISMO

13h00—14h30

Intervalo para almoço (almoço livre)

14h30

**SIMPÓSIO TEMÁTICO: HISTÓRIA DA PSICOCIRURGIA**

Jean-Noël Missa — Centre de Recherche Interdisciplinaire Bioéthique – CRIB  
Université Libre de Bruxelles

EMPIRISME THERAPEUTIQUE ET PSYCHOCHIRURGIE

Zbigniew Kotowicz — Centro de Filosofia da Ciência da Universidade de Lisboa  
EGAS MONIZ ET LA LEUCOTOMIE DANS L'HISTOIRE DE PSYCHIATRIE

Manuel Correia — Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da  
Universidade de Coimbra – CEIS20

A 1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PSICOCIRURGIA: ENTRE  
ENTUSIASTAS MIMETIZADORES, INOVADORES E CÉTICOS

---

**Organização específica do  
Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20  
— GHSCT-CEIS20 —**

17h00

Lançamento da obra com as comunicações das II Jornadas de História da Psiquiatria e  
Saúde Mental (2011)

**DIA 4 DE MAIO**

10h00

Comunicações e debate

Artur Furet – capitão médico do Exército, interno de psiquiatria do CHPC, CHUC  
José Cunha-Oliveira – médico psiquiatra, mestre em Psiquiatria  
“BALDE ÁGUA FRIA”: A TERAPIA DE CHOQUE EM PSIQUIATRIA –  
ALGUNS ASPETOS HISTÓRICOS E ALGUNS ANACRONISMOS

Ruben Gaio

A RECEPÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS EM PORTUGAL ATRAVÉS DA  
ANÁLISE DE UMA DÉCADA DO JORNAL DO MÉDICO (1957-1967)

Inês Pinto da Cruz — Doutoranda FLUC/Investigadora do CEIS20 – Centro de  
Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra; Socióloga  
BREVE ABORDAGEM DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA FORENSE NA  
MADEIRA EM INÍCIOS DO SÉCULO XX – UM CASO MEDIÁTICO

Miguélez Silva, Miguel Angel; Louzao Martínez, María José; Angosto Saura, Tiburcio — CHUVI (Complexo Hospitalario de Vigo) — Médico Psiquiatra; Médico Psiquiatra; Médico Psiquiatra, chefe de serviço da unidade de agudos de Hospital Nicolás Peña

UMA VISÃO “SCHNEIDERIANA” DE UM DOS CRIMES DO SÉCULO: O CASO LEOPOLD AND LOEB

12h15

Discussão das comunicações em forma de *poster*

13h00

Intervalo para almoço (almoço livre)

14h30

Comunicações e debate

Luís Quintais — Centro de Investigação em Antropologia e Saúde (CIAS-UC) e Departamento de Ciências da Vida / Antropologia (DCV-FCTUC). — Antropólogo social

COMO APAGAR MEMÓRIAS. BREVE (E TALVEZ IMPRESSIVA) VISITA À ADMIRÁVEL NEUROCULTURA CONTEMPORÂNEA

Manuel Curado — Universidade do Minho — Professor Universitário

UMA PSICOLOGIA RACIONAL ESQUECIDA. A TEORIA DA MENTE DE MANUEL PINHEIRO DE ALMEIDA E AZEVEDO (1807-1886)

Adrián Gramary — Médico Psiquiatra, Director Clínico, Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Luísa Ramos — Médica Psiquiatra, Centro Hospitalar Conde de Ferreira, Porto  
OS JARDINS DO CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA: TAXONOMIA BOTÂNICA, NOSOGRAFIA PSIQUIÁTRICA E ESPAÇO TERAPÊUTICO

16h00 Intervalo (durante o intervalo pode continuar a discussão das comunicações em forma de *poster* )

16h15

Apresentação em Coimbra da obra de Luísa Ramos e José Manuel Romero Arós (Médicos Psiquiatras) *Os Jardins do Centro Hospitalar Conde de Ferreira* editada pela Santa Casa da Misericórdia do Porto.

16h30

Conferência de encerramento

Paulo Archer de Carvalho — CEIS20-Universidade de Coimbra — Bolseiro de Pós-Doutoramento-FCT

O AMOR MÍSTICO DE SÍLVIO LIMA; UMA CRÍTICA AO PANLIBIDISMO

17h30

Sessão de encerramento

Ana Leonor Pereira — Professora da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra; Investigadora e Coordenadora do Grupo de História e Sociologia da Ciência do CEIS20; Presidente das Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental

---

## **Comunicações em forma de *poster***

---

Anailton Guimarães Salgado — Mestre em Educação; Docente da Universidade Federal do Acre – Campus Floresta; Secretaria de Estado de Educação - Acre  
Doutorando em Pós Colonialismo e Cidadania Global da Universidade de Coimbra  
VOZES SILENCIADAS E AS MARCAS DO TRANSTORNO MENTAL NOS  
POVOS DA FLORESTA ACREANA DA AMAZONIA OCIDENTAL  
BRASILEIRA: UMA EXPERIÊNCIA SOCIOLÓGICA

Carolina Gregório Mendes Álvaro — Investigadora  
O NINHO DOS PEQUENITOS DE COIMBRA (1930-1939): COMO  
INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS FILHAS DE MÃES  
DOENTES PSIQUIÁTRICAS

Cristina Luísa Tavares Nogueira — Centro de Documentação Bissaya  
Barreto/Fundação Bissaya Barreto; Documentalista  
BISSAYA BARRETO E A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA: INVESTIGAÇÃO E  
FONTES

Dina Maria Silva Baptista — Centro de Línguas e Culturas da Universidade de  
Aveiro  
UM MARCO NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL: A  
*ARQUIPATHOLOGIA* (1614) DE FILIPE MONTALTO (1567-1616)

Joana Ribeiro — Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA)  
METAMORFOSE, DOR E LOUCURA

Elisabete Lopes; Lurdes Sousa; Madalena Brás, Assistente Social; Sérgio Vaz —  
Assistentes Sociais, Hospital Sobral Cid - CHUC  
PERSPECTIVA HISTÓRICA DA EXECUÇÃO DAS PENAS E O CIDADÃO  
PORTADOR DE DOENÇA MENTAL

Sara Repolho — CEIS20; Bolseira de Doutoramento da FCT-FFUC  
STRESS E TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES (2ª metade do século XX)

Victoria Bell — CEIS20; Bolseira de Doutoramento da FCT-FFUC  
A ANESTESIA E OS ANTIBIÓTICOS COMO FATORES DINAMIZADORES DA  
PSICOCIRURGIA

### **Organização**

A organização das *Jornadas* foi do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — CEIS20 (que organizou o Simpósio sobre a História da Psicocirurgia) e da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde que realizou a organização geral das Jornadas (parte das comunicações livres) e que fez o seu secretariado geral.

**Agradecimento:** a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível as *Jornadas*: desde logo a Fundação para a Ciência e a Tecnologia-FCT e também os apoios de: Tecnimede, Câmara Municipal de Coimbra, Turismo do Centro, Banco Santander Totta e Bluepharma Indústria Farmacêutica SA.

**Colecção:**

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

**Directores:**

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX” pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

**Volumes publicados:**

**1** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) — Darwin, darwinismos, evolução — 1859-2009

**2** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental

**3** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenagem ao Prof. Doutor Carlos Almaça

**4** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental

**5** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Luiz Wittnich Carrisso — *Hereditariedade*. Dissertação para o acto de licenciatura na secção de sciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá logar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito

---