

HIPNOSE NA CIRURGIA DO ESTRABISMO (*)

Drs. RAPHAEL LICHTENSTEIN LUZ (**) e RUBENS BELFORT MATTOS (***) — São Paulo

O presente trabalho refere-se a um caso de cirurgia de estrabismo feita sob hipnose.

O paciente R. S., branco, brasileiro, casado, com 36 anos de idade, havia sido operado há 8 anos atrás no olho D., sob anestesia local e tendo tido um posoperatório muito ruim, com náuseas, vômitos e excitação psicomotora, vinha protelando a operação do olho E.. Angustiava-se cada vez que pensava que um dia teria que se submeter a nova intervenção.

Em meados de setembro do ano passado, resolvemos tentar a hipnose a fim de que ele perdesse o medo do ato cirúrgico.

Iniciamos a hipnose dia 17 de setembro de 1957, tendo sido feitas oito sessões: dias 17, 26 e 29 de setembro e 8, 9, 11, 14 e 15 de outubro.

O processo por nós empregado, na indução, foi do pestanejamento sincrônico e a escala de profundidade hipnótica seguida foi a de Torres Norry, ligeiramente modificada. (Quadro I).

Na 1.^a sessão, levamos o paciente até à etapa leve, verificando logo de início tratar-se de um bom paciente hipnótico.

Na 2.^a sessão, até à etapa média e o condicionamos ao «sígnio sinal». Daí por diante partimos sempre do sígnio sinal.

(*) Trabalho apresentado no Departamento de Oftalmologia da A.P.M. em 18 de abril de 1958, na Sessão Ordinária do mês de maio do Centro de Estudos Franco da Rocha e no Curso de "Atualização em Hipnose Médica", promovido pelo Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo em 23 de junho de 1958.

(**) Hipnologista.

(***) Oftalmologista.

Na 3.^a sessão, até à etapa profunda.

Na 4.^a sessão, até ao meio da etapa sonambúlica. Não fomos adiante nessa sessão, por ter sido negativo o fenômeno alucinatório visual.

Na 5.^a sessão, até ao fim da etapa sonambúlica.

Daí por diante, nas sessões subseqüentes, fizemos apenas o processo elaborado (Torres Norry) que consta apenas dos seguintes passos: sínodo sinal, representação alucinatória visual e fenômeno alucinatório visual.

Da 4.^a sessão em diante, já foi obtida anestesia hipnótica da pálpebra e da conjuntiva do olho E., assim como cegueira hipnótica, a ponto de o paciente não enxergar um foco luminoso incidindo diretamente sobre seus olhos. Essa cegueira foi obtida sugerindo-se que, ao abrir os olhos, estes estariam cobertos por um pano preto.

Nas duas últimas sessões, baseados no plano operatório, fizemos uma operação imaginária, durante a hipnose, sugerindo no decorrer da mesma, bem-estar, ausência de dôr e de medo e um posoperatório sem dôr, sem mal-estar, sem ânsias de vômitos, assim como amnésia completa do ato.

Assim foi dito: «Imagine agora que você vai à clínica oftalmológica para ser operado. Quando imaginar isto, levante a mão direita». Obtida a resposta, dissemos: «Você se sente calmo, disposto, confiante e sem medo. Se você estiver calmo, disposto, etc., levante a mão direita». Obtida a resposta, «imagine agora, que você se deita na mesa operatória e o Dr. Belfort examina seu olho E.. Quando imaginar isto, levante a mão direita». Após a resposta, «Agora Dr. Belfort faz a anestesia e você não sente nem a picada da agulha. Você está calmo, sem medo e confiante, pois sabe que tudo correrá bem. Quando imaginar etc., levante a mão direita», assim fizemos todo o ato cirúrgico, sempre sugerindo calma, bem-estar, ausência de medo e de dôr, mesmo no posoperatório. Reforçamos também a amnésia total ao ato.

Tendo tudo corrido bem até esse momento (respostas 3) em

todos os passos, assim como obtida completa cegueira, anestesia, surdez hipnótica e amnésia poshipnótica e tendo o paciente nos informado «em vigília», não ter mais medo algum de se submeter à operação, pudemos considerá-lo como preparado para o ato cirúrgico.

Como, porém, por motivos particulares, ele só pudesse submeter-se à intervenção em março dêste ano, interrompemos até então a hipnose.

No dia 19 de março nos informou que já poderia ser operado. O ato foi marcado para o dia 28.

Reiniciamos então, no dia 20, a hipnose, a partir do sinal sinal, tendo nesse dia percorrido todas as etapas, até a mais profunda. Nessa mesma sessão, invertemos o sinal sinal para: «Por favor, **abra** os olhos, relaxe-se e durma» ao invés de «Por favor, **feche** os olhos, relaxe-se e durma», pois, caso fosse necessário o emprêgo do sinal sinal durante o ato cirúrgico, e estando o paciente com os olhos abertos e o esquerdo com blefarostato, este novo sinal hipnogênico seria mais propício.

Nos dias seguintes fizemos apenas o processo elaborado, reforçando as sugestões já anteriormente feitas, de surdez, cegueira, anestesia, amnésia, etc..

Ato cirúrgico

Cinco minutos antes do ato cirúrgico, induzimos o paciente à hipnose, através do sinal sinal, e executamos o processo elaborado, sugerindo cegueira, completa anestesia do olho E. e surdez, mesmo às nossas vozes, a não ser quando a ele dirigidas.

Examinado o paciente, então em fase sonambúlica, verificamos abolição do reflexo de fixação à luz, acentuada diminuição do reflexo pupilar e anestesia completa da pálpebra e conjuntiva do olho E., testada por pinçamento; nesse momento, à pergunta: «Se sente dor levante a mão direita» ele não a levantava, erguendo-a porém à frase «Se não sente dor levante a mão direita». Sendo, então, suas condições as melhores possíveis e a anestesia

completa, resolvemos realizar o ato sem o emprêgo de drogas anestésicas. O material para anestesia local foi, no entanto, preparado e deixado à mão para uma eventual necessidade.

A operação foi então realizada totalmente sob anestesia hipnótica, mantida pelo estímulo verbal, sendo a sensibilidade testada plano por plano e constatada anestesia total, inclusive à tração dos músculos. Durante o ato cirúrgico, por várias vezes, foi sugerido ao paciente que movimentasse o olho para o lado mesial ou para o lateral e o mantivesse nessas posições, o que veio facilitar sobremaneira a operação, ainda mais por se tratar de um paciente com olho enoftálmico com fenda palpebral pequena.

Graças à possibilidade de normal movimentação, pode-se verificar a posição do olho operado, nas seis posições do olhar, no fim do ato cirúrgico.

Durante a operação, constatou-se haver hipertrofia do músculo reto interno e ser o reto externo muito hipotrófico.

Terminada a operação acordamos o paciente, tendo antes feito sugestão de volta do olho operado à sensibilidade normal, porém, sem dôr, bem como completa amnésia do ato e ausência de qualquer mal-estar posoperatório.

Acordado, ele nos perguntou quando iria começar a operação. Estava bem disposto, alegre, nem nenhuma dôr, calmo e não tinha nenhuma lembrança do que havia sido feito. Espantou-se ao saber que a operação já havia sido realizada e que levara 35 minutos.

Posoperatório

Após a operação, o paciente foi à pé para casa, sem sentir indisposição alguma. Almoçou normalmente e após o almôço, por sugestão hipnótica (em vigília), dormiu toda a tarde, acordando mais ou menos às 18 horas, bem disposto, sem febre e sem nenhuma dôr.

Cêrca das 20 horas, telefonamos para sua casa. Estava calmamente ouvindo um programa de rádio. Sugerimos, pelo telefone,

sono profundo durante tôda a noite, a partir do momento em que deitasse e contasse mentalmente até 10, o que realmente veio a acontecer e que se repetiu nas noites seguintes.

Os curativos e a retirada dos pontos conjuntivais foram realizados sempre sob anestesia hipnótica, não havendo reações ou manifestações de dôr.

Até êste momento, o paralelismo entre os olhos era perfeito. Dez dias após a intervenção, por ter surgido um ligeiro estrabismo convergente, provavelmente devido às alterações anatômicas dos retos externo e interno já referidas, foi o paciente encaminhado ao Departamento Ortóptico para os exercícios necessários à correção dêsse estrabismo.

Como encontrasse grande dificuldade para levar a cabo os exercícios, resolvemos submetê-lo à hipnose, sugerindo, entre outras coisas, que relaxasse os retos internos e contraisse os retos externos. O resultado foi excelente, conseguindo, já na primeira tentativa, completo paralelismo dos olhos.

Após alguns exercícios, sob hipnose, foi condicionado a fazer o mesmo em vigília, o que foi obtido; isto é, uma vez acordado, êle conseguiu paralelismo perfeito com a fusão das imagens no sinotófaro, o que não havia podido fazer em diversas tentativas anteriores.

Tendo sido os resultados tão bons neste caso, nos animamos a tentar o emprêgo da hipnose em casos em que o tratamento ortóptico isolado não tinha sido satisfatório, não obstante a persistência e interesse dos pacientes.

Esse trabalho está sendo realizado pela Dra. Cléo Santana Lichtenstein Luz (hipnologista) e D. Eva Tessler (técnica ortóptica) e seus resultados serão oportunamente divulgados.

Considerações finais

Embora êste caso em que o ato cirúrgico foi inteiramente realizado sob hipnose, seja um caso de exceção, uma vez que só cerca

de 15% dos indivíduos podem ser conduzidos a um grau tão profundo de hipnose, salientamos os benefícios que outros pacientes menos susceptíveis poderiam usufruir, tais sejam, o desaparecimento do temor e angústia preoperatória bem como um posoperatório sem incômodo algum. Frizamos o fato de que, nos casos em que o paciente pode ser conduzido à fase sonambúlica, a anestesia hipnótica tem como principais vantagens sobre a medicamentosa sua absoluta inocuidade e, no caso particular da cirurgia do estrabismo, permitir a cooperação do paciente, pela movimentação ativa e orientada dos olhos bem como completa ausência de dôr, mesmo à tração dos músculos retos, que é geralmente muito desagradável quando do emprêgo da anestesia local. Ressaltamos, ainda, o fato de que a hipnose traz novas perspectivas terapêuticas quando associada à ortóptica.