



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Asenjo, Alfonso; Horvitz, Isaac; Vergara, Adriana; Contreras, Mario
LA LOBOTOMIA PREFRONTAL COMO TRATAMIENTO DE ALGUNAS PSICOSIS
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 49, núm. 3, septiembre, 2011, pp. 225-240
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527726002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**LA LOBOTOMIA PREFRONTAL COMO TRATAMIENTO
DE ALGUNAS PSICOSIS**

Prof. Alfonso Asenjo
Dr. Isaac Horvitz
Dra. Adriana Vergara
Dr. Mario Contreras

Instituto Central de Neurocirugía y Sección A de Psiquiatría del Manicomio Nacional

RELATO OFICIAL

En la medida que el hombre ha escudriñado en su vida interior, ha tratado de ubicar el centro de su propia personalidad — en respuesta a las sollicitaciones de ella y a la comprobación de las deformaciones que ésta sufría en esos estados ulteriormente clasificados como psicopatías.

Primeramente la personalidad estuvo en íntima relación con la Teología — base de la vida de los pueblos primitivos —, pasando después al terreno de las especulaciones filosóficas y de ahí al campo empírico que abre la brecha al dominio científico.

No obstante las variaciones especulativas en la apreciación de la personalidad, es interesante hacer notar que las primeras referencias que se tienen sobre localización de las lesiones que determinan trastornos de ella, eran referidas al cráneo y su contenido.

Unido a la concepción teológico-metafísica, se interpretaban las psicopatías debido a la acción de seres extraños que determinaban estas manifestaciones demoníacas. Creencia que persiste en la Edad Media, época en que se considera a los epilépticos como posesos del demonio.

[83]

Es seguro que el elemento extraño patógeno, debe haber sido, imaginado como agente material o materializado, susceptible, por lo tanto, de ser abordado por medios materiales.

Fué así probablemente cómo se idearon las trepanaciones a fin de abrir una puerta de escape a estos malos espíritus que se habían aposentado en el interior del cráneo.

Desde la época neolítica adelante, es frecuente la trepanación, llegando su técnica a grados insospechados de perfección en las tribus que habitaban el Alto Perú y en las del norte de Africa.

Ella se hacía de preferencia en los parietales, frontal y occipital. Se han encontrado cráneos sometidos a dos o más trepanaciones, efectuadas en condiciones satisfactorias a juzgar por el estudio de cicatrización de ellas.

En épocas más recientes, especialmente en el siglo XIX, el conocimiento de la asepsia y de la anestesia impulsó notablemente la cirugía. Se ensayaron nuevos tratamientos cruentos contra la locura, dirigidos erróneamente a las manifestaciones orgánicas que aparecen frecuentemente en las psicopatías. La esfera sexual, las glándulas de secreción interna, fueron intervenidas quirúrgicamente con miras a suprimir la causa de las psicosis.

A fines del siglo pasado se localiza nuevamente la causa de las psicopatías en el cerebro y se intenta de nuevo la trepanación como tratamiento. En trabajos publicados en 1895, por Macferson, la trepanación se indicaba — a juzgar por la casuística que presenta — en enfermos que además de sus síntomas psíquicos presentaban alteraciones de la vista, cefaleas, vómitos, crisis convulsivas o trastornos motores. La intervención consistía en dos agujeros de trepanación, de preferencia en la zona rolándica y la abertura y drenaje de la cavidad sub-dural. Los síntomas regresaban ostensiblemente — a la luz de nuestros conocimientos los interpretamos como síntomas de hipertensión intracraneana por tumores probables de los lóbulos frontales que explicaban la sintomatología psíquica.

Goltz y Burkhart — Director de un sanatorio suizo — experimentando en perros, pudieron apreciar que la resección de la parte anterior de los hemisferios los tornaba menos agresivos. Burkhart basado en estas experiencias sometió a un paciente que sufría de una típica esquizofrenia hebefrénica de 15 años de evolución — a repetidas intervenciones, observando sus resultados. La operación se hacía solamente en el lado izquierdo en la región temporal, parietal y 3.ª frontal sucesivamente. La enferma mentalmente no se recuperó, pero

[84]

quedó tranquila y ligeramente eufórica. Operó un total de seis enfermos y el gran escollo eran los trastornos motores y afásicos consecutivos a la intervención. Burkhart limitó sus aspiraciones a transformar un alienado peligroso en uno tranquilo.

El desarrollo ulterior de la neuro-cirugía impulsado tan decididamente durante la guerra del 14 al 18, ha permitido a su vez el avance de la psico-cirugía. Las lesiones cerebrales traumáticas aceleraron el estudio de las localizaciones, ubicando con cierta precisión los polos frontales como el asiento de la conciencia, del concepto del «yo» y consecutivamente de los estímulos emocionales.

En 1935 en el Congreso Internacional de Neurología realizado en Londres se dedicó un día completo a un simposium sobre lóbulo frontal. (Henry Claude, Baruk, Delmas, Golstein, Donaggio, Vincent, Bricknes, Fulton, Jacobsen, etc.)

En este Congreso Egaz-Moniz presentó una monografía con el relato de 20 operados.

En los primeros casos el citado autor se limita a bloquear los prefrontales con alcohol absoluto en pequeña cantidad. Para este efecto hacía dos agujeros de trepanación uno a cada lado, en un punto situado en la intersección de dos líneas: una vertical a 3 cm. por delante del agujero auditivo externo y otro ántero-posterior a 3 cm. de la sagital. La inyección se hacía en la sustancia blanca a 1½ cm. de profundidad de la corteza. El alcohol fué sustituido por un método más activo y así se ideó el leucótomo de todos conocido, con el cual Egaz Moniz hacía numerosos cortes esféricos a 2-3-4-5 cm. de profundidad y en variadas direcciones.

En relación con los 20 primeros casos alcoholizados por Egaz Moniz obtuvo una recuperación franca en 7, una recuperación dudosa en otros 7 y ninguna mejoría para los 6 restantes. El síndrome más accesible al tratamiento fué la agitación de los enfermos.

Nunca antes de Egaz Moniz se había intentado una intervención bilateral, aún cuando se comprendía su necesidad, en los trabajos experimentales.

La contribución de Egaz Moniz es una de las más brillantes en el campo de la psico-cirugía que abre un panorama pleno de posibilidades a la terapéutica psiquiátrica.

Siguiendo la escuela de Egaz Moniz numerosos cirujanos practican las leucotomías, modificando la técnica o sustituyendo el alcohol por novocaina, formalina, etc.

Entre estos trabajos se destaca el de Rizatti-Bogarello que presentó una serie de los casos y posteriormente 200 casos

más. Como resultado de su experiencia insiste en el valor de la leucotomía combinada al shock cardiazólico e insulínico.

Desde 1935 a esta época la técnica de la leucotomía ha sufrido continuas variaciones, tantas que puede decirse sin exageración que cada psico-cirujano que la practica posee una técnica propia. Entre estas modificaciones merecen citarse la de Freeman y Watts de Estados Unidos de N. A. que es la que cuenta con mayores partidarios.

El mejoramiento de la técnica, la escasez de accidentes mortales que ella produce y el amplio campo que ella ofrece para aquellos enfermos cuyo destino es la marcha fatal hacia la demencia, ha despertado con justa razón un vivo interés en la lobotomía con miras a convertirla en un medio habitual de tratamiento de las psicosis crónicas.

Es así como en la mayoría de los países encontramos fervientes cultores de ella, lo que ha determinado que poseamos una abundante casuística que nos permita valorar la nueva técnica.

Citamos a continuación las más demostrativas estadísticas que justifican el empleo del método:

Freemann y Watts. Observados seis meses, siete años después de operados.

Diagnóstico	N.º	Bien %	Regular %	Pobre %	Muertos en la intervención %	Muertos después de la intervención %
Psicosis de Inv...	77	67	21	8	4	11
Esquizofrenia	45	64	15	19	2	2
P. M. D.....	31	71	23	6	—	3
Psiconeurosis . . .	10	60	20	20	—	—
Psicosis indiferenciadas	7	14	43	43	—	14
Total	170	65	21	12	2	7

Freeman y Watts relatan su experiencia de 50 esquizofrénicos observados de 2 a 10 años después de la intervención:

N.º de casos	Se emplearon	Trabajan en su casa	Estudian y trabajan	Viven en su casa	Recluidos	Muertos en la intervención
50	16 - 32%	4 - 8%	6 - 12%	15 - 30%	9 - 18%	1

[86]

Resultados de la lobotomía bilateral de Lloyd y Niegler.
 —Basado en un estudio estadístico de 18 centros de Estados Unidos y Canadá. Tiempo de observación 5 años.

N.º de casos	Mejor que ant. de operar	Sanos	Mucho mejor	Ligera mejoría	Sin mejoría	Peor	Muertos en la interv.	Muertos desp. de la interv.	Recluidos (muchos trabajan)
618	1	214	194	109	62	8	12	18	277

Resultados de la Leucotomía para Wilfred Willway. En 50 enfermos crónicos:

Fallecidos a consecuencia de la intervención 2 (dos).
 Ningún enfermo empeoró después de la operación.

En los menos satisfactorios se logró tranquilizarlos, menos impulsivos y más sintónicos.

Kinwald y David Clevelund.— Exponen su experiencia de Lobotomía Prefrontal en 15 enfermos de 15-62 años:

Trabajó el primer tiempo	1
Retornan a su casa.....	5
Trabaja en labores domésticas	1
Asistía a una Escuela Técnica.....	1
Hospitalizados.....	8
Todos demostraron mejoría.	

Leopoldo Hofftalter, Edmundo Snolik y Anthony Busch.— Practican la lobotomía en las psicosis crónicas con sección de la área orbitaria solamente. Exponen los resultados obtenidos en 45 enfermos crónicos (de los más variados diagnósticos), y con una evolución 1 a 27 años.

Total de casos mejorados	E. P.	E. H.	P.M.D.	Epilepsia con psicosis	Neurastenia	Síndromes compulsivos
30	14	7	3	4	2	1

Las experiencias latino-americanas sobre Lobotomía prefrontal, se reducen a los casos comunicados por los médicos Manuel Guevara, Manuel Falcón; Federico Pascual de Roncal, sobre un total de 15 enfermos en los que obtuvieron los siguientes resultados, después de 8 meses de observación:

Diagnóstico	Con éxito	Mejorado	Pequeña mejoría	Fracaso	Fallecidos
Esq. H. C.			1		
E. H.	4				1
E. P.		1	1	2	
E. asoc. D. M.	1				
Psicastenia.	2		1		
M. ansiosa.		1			
Total	7	2	3	2	1

NUESTRA EXPERIENCIA

Con estos antecedentes y en gran parte presionados por familiares de algunos enfermos que no quisieron conformarse con el fracaso de las terapéuticas que corrientemente usamos en los enfermos mentales (insulinoterapia, shock cardiazólico, electroshock, etc.) tomamos la determinación de intentar los procedimientos psico-quirúrgicos en algunos casos de fatal y desesperante evolución.

Se trata así de una iniciativa que se realiza por primera vez en nuestro país en forma dirigida y ordenada para comprobar con nuestra propia experiencia los datos recogidos en el extranjero y relatados por algunos neuro-cirujanos.

El Instituto Central de Neuro-Cirugía y Neuro-histopatología en colaboración con la Sección A. de Psiquiatría del Manicomio Nacional tomaron a su cargo este estudio y la experiencia recogida es la que sirve de base a este relato.

Nuestra Sociedad ha apreciado con justo criterio la importancia y la trascendencia de este moderno progreso en el tratamiento de los enfermos mentales al colocar en el Temario Oficial de este Torneo, la comunicación que presentamos. Se trata, sin embargo, como es muy comprensible, de una comunicación preliminar que abarca los primeros treinta operados, la mayor parte de los cuales eran enfermos extraordinariamente deteriorados, de larga evolución, en quienes pocas eran las esperanzas de una recuperación. En efecto, muy pocos de nuestros casos tenían menos de 5 años de evolución, ninguno menos de un año y medio y en algunos habían transcurrido 15 años desde que estallara la psicosis.

Fué una precaución elemental tratar a todos los enfermos previamente con los procedimientos corrientes, los que se repi-

tieron y perfeccionaron en algunos para no dejar ninguna duda sobre su fracaso antes de proceder a una intervención.

La mayor parte de ellos (29 de treinta y uno) presentaban cuadros esquizofrénicos de diferentes formas, puros o injertados en oligofrenias. Para precisar, debemos decir que 5 eran esquizofrenias simples, 8 hebefreno-catatónicas, 9 de forma paranoídea y 7 asociadas a debilidad mental más o menos profunda.

En la mayor parte de estos enfermos el criterio seleccionador que nos sirvió para indicar la intervención fué la existencia de un síndrome de excitación con exagerada tensión mental, con agresividad y tendencias destructoras.

Asimismo, la presencia de alucinaciones e ideas delirantes que provocaran una marcada exaltación afectiva.

De los 31 casos de nuestra experiencia sólo dos (2) no correspondían a esquizofrénicos: uno de ellos presentaba una locura circular con un cuadro de melancolía ansiosa, período durante el cual fué sometido a la lobotomía pre-frontal. Desgraciadamente una tardía complicación, una meningitis purulenta determinó su muerte, antes de que pudiéramos juzgar del efecto terapéutico sobre su psicosis. El segundo corresponde a un estado paranoídeo, operado dos veces, que tuvo una remisión con retorno a su hogar pero que debió volver al Manicomio donde permanece actualmente y cuyo resultado ha sido calificado de pequeña mejoría pues trabaja en las labores domésticas del Departamento y han desaparecido su agresividad y su irritabilidad que eran antes permanentes.

NUESTRA EXPERIENCIA

DIAGNÓSTICO	N.º	Sanos	Muy mejorados	Mejoría Social	Pequeña mejoría	Igual	Peor	Muertos	De alta	Recluidos	Trabajan	No trabajan
Esquizofrenia.....	29											
Simple.....	5			1	2	1		1				
F. Catatónica.....	8	3	1	2	2				4			
Paranoídea.....	9			2	3	2		2				
Agreg. a D.M.....	7			1	3	2		1				
Ps. man. de p. f. ansiosa..	1							1				
Psicosis Paranoídea.....	1				1							
Total.....	31							5	10	16	15	11

El grupo restante corresponde a las esquizofrenias y es así que al citar las estadísticas extranjeras nos hemos referido principalmente a este cuadro nosológico, dejando para un posterior estudio los resultados que obtengamos al continuar nuestra práctica en otras afecciones en las que se ha intervenido en el extranjero, como las psicosis depresivas con gran agitación y angustia, los cuadros obsesivo-compulsivos con gran ansiedad y rumiación y los estados de agresividad y violencia de otras afecciones, distintas de la esquizofrenia como ciertos psicópatas, encefalíticos, epilépticos y oligofrénicos.

Digamos, desde luego, que cuatro de nuestros operados afectos de un síndrome esquizofrénico fallecieron a consecuencias de la intervención; tres, en el post-operatorio inmediato y uno por una complicación infecciosa en forma tardía (absceso cerebral). Todos corresponden al primer período de este tratamiento y probablemente influyó en algunos casos el defecto de la técnica que fué más adelante perfeccionada.

De los 25 enfermos restantes, 10 se encuentran en sus casas. Tres de ellos están totalmente recuperados, en un estado que equivale a una curación y desempeñan funciones que requieren cierta técnica o la integridad intelectual; uno está muy mejorado.

Los otros seis viven en sus casas y se comportan correctamente desde hace varios meses.

Sólo cinco de nuestros enfermos no experimentaron variación con la intervención y ninguno empeoró. Los diez restantes que continúan reclusos, han manifestado mejores condiciones para la convivencia dentro del Hospital, aptitudes para pequeñas labores domésticas, mayor limpieza, etc.

Si se compara nuestra estadística con las de los autores de otros países puede verse una similitud de resultados con cierto matiz favorable a los nuestros, lo que constituye un verdadero estímulo a continuar empleando el método en las condiciones que hemos especificado.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Ya en el famoso papiro de Smith, vemos que los egipcios daban al lóbulo frontal relación con las afecciones mentales.

Desde esa época muchos son los especialistas que han ensayado diversas técnicas operatorias de los lóbulos frontales con el fin de curar a los alienados. Sólo en 1935 Egas Moniz introdujo la leucotomía.

[90]

Primeramente intervenía a través de un trépano frontal paramediano y colocaba alcohol en el interior del centro oval. Hacía dos incisiones a 3 cms. de la línea media en un plano frontal que pasaba a 3 cms. por delante de la oreja.

Usó anestesia local y avertina.

Más tarde inventó el leucótomo, tubo de 11 cms. de largo y 2 mm. de diámetro.

El leucótomo se introduce hacia adelante y a la línea media y se gira sobre su eje a $4\frac{1}{2}$ cms. de profundidad y después, retirándolo un poco, a 3 cms. Se extrae y se vuelve a introducir dirigido hacia adelante y afuera girándolo nuevamente en ambas profundidades. En algunas oportunidades se ha agregado una tercera destrucción a 2 cms. de profundidad.

En 1936, Freeman y Watts, cambiaron la técnica, pues vieron que la de Egas Moniz dejaba lesiones muy cerca de la corteza motora, lo que daba lugar a secuelas motoras, como ataques convulsivos, lesiones de las ramas de las arterias cerebrales anteriores y medias.

La operación de Freeman y Watts lleva el nombre de «Lobotomía» y consta de los siguientes tiempos:

1.º anestesia local más avertina en los casos de enfermos agitados.

2.º trépano lateral que está en un punto situado a 6 cms. por encima del zigoma en un plano que pasa a 3 cms. por detrás de la órbita.

3.º introducción de una cánula de Cushing para determinar el polo anterior del ventrículo lateral. Si se cae en él, se introduce de nuevo está cánula un poco más adelante hasta que no penetre.

4.º ubicada esta dirección, se introduce aún más la aguja y se topa la hoz del cerebro que queda en general entre $5\frac{1}{2}$ a 6 cms. de profundidad.

5.º se introduce de nuevo la aguja con una desviación de 45° hacia abajo y se toca el ala menor del esfenoides, más o menos a una profundidad de 5 cms. Si la aguja llega a penetrar más profundamente, es señal que ha caído en el polo temporal y debe ser retirada por los peligros de hemorragia.

6.º introducción de un disector a través de un plano horizontal en dirección hacia la línea media, en tal forma que su extremidad izquierda quede a $1\frac{1}{2}$ cms. de la hoz. Se dirige hacia el piso de la fosa anterior, deslizándose por él, se extrae en tal forma que quedan seccionadas las fibras del lóbulo orbitario.

Se introduce de nuevo lo mismo que la vez anterior siguiendo el plano de la sutura bregmática, se desliza por la

cara superior del encéfalo hacia afuera, tal como se ve en la figura adjunta. (Ver fig. 1).

Lyerling, 1938, cambió el sitio de la incisión para evitar las hemorragias, haciéndolas a 4 cms. de la línea media en un plano que queda a 3 cms. por delante del tragus. Agrandó un poco el trépano y después de una incisión de la corteza, introducía una espátula.

En 1945, Hofstatter, Smolik y Busch, dieron a conocer una técnica que consiste en una incisión vertical de 2 cms. en la sutura coronaria y cuyo punto medio queda a 5 cms. por encima del zigoma en una línea que está a 3 cms. por detrás de la órbita. Se introduce un disector a 5 cms. de la superficie

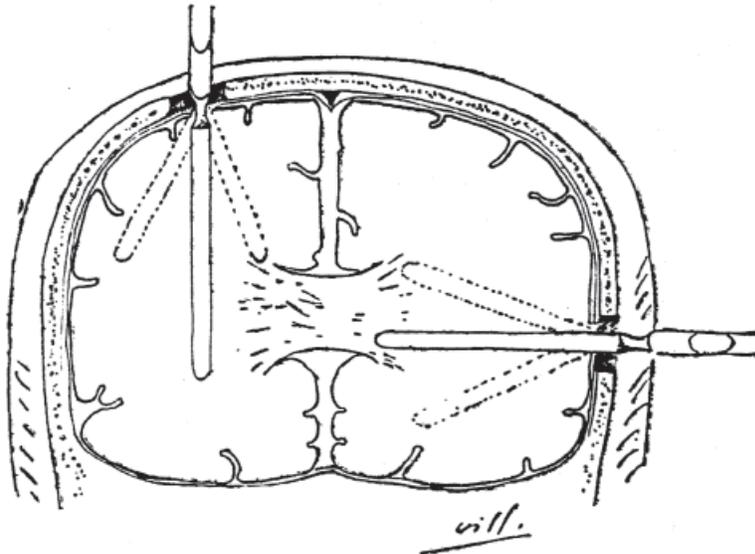


Fig. 1

del cráneo y previo los cuidados ya conocidos referentes a que sea un área avascular y por delante del polo anterior, se hace un corte que sólo abarca desde el plano del trépano hacia abajo.

Esta operación, dicen los autores, está basada en que según opiniones y sugerencias aparecidas en la literatura, lo importante es seccionar el área orbitaria. Además, existe menos peligro de secuela porque la destrucción es menor.

Nuestra técnica.— Las primeras operaciones las hicimos con la primitiva técnica de Egaz Moniz, usando un leucótomo ideado por Babbini. Los resultados post-operatorios inme-

[92]

diatos no fueron muy brillantes, motivo por el cual nos dedicamos a hacer de lleno la lobotomía tal como lo propusieron Freeman y Watts. Más tarde apareció la modificación de Hofstatter y colaboradores y es la que usamos en la actualidad. Entre estas dos últimas técnicas no tenemos experiencia suficiente para comparar los resultados.

Durante nuestra práctica pudimos evidenciar algunas dificultades, derivadas tal vez de que en general las técnicas empleadas no dan una visión quirúrgica integral.

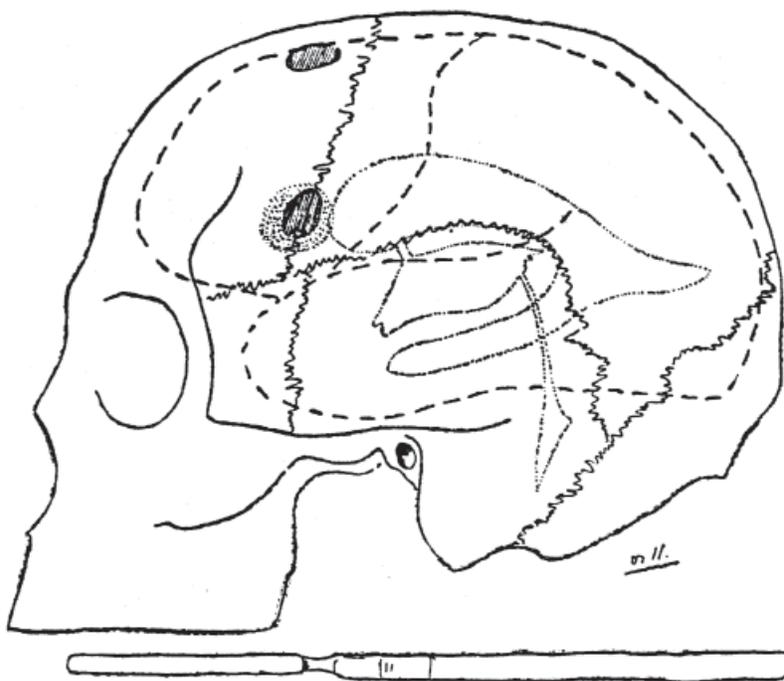


Fig. 2

Fuera de la de Lyerling que da un campo operatorio un poco más ancho, las operaciones son en general ciegas.

Esta misma estrechez en que se actuaba, hacía que una hemorragia pudiera ser restañada sólo con gran dificultad. Otras veces pasaba inadvertida a pesar de que se seccionaran vasos importantes.

En muchos casos, estos son cerebros atróficos con procesos de aracnoiditis o de hidrocefalia interna, en que las relaciones entre los elementos del encéfalo con la calota varían mucho. Por último, la pequeña cavidad que deja un trépano hace casi imposible la sutura post-operatoria de la meninge dura.

Las modificaciones han sido las siguientes:

a) Desde el punto de vista de la anestesia, empleamos con buen resultado la narcosis a base de morfina más nembutal o seconal. Otras veces, en vez de la morfina, empleamos luminal.

b) Desde el punto de vista operatorio, hacemos una craniotomía de $2\frac{1}{2}$ a 3 cms. de diámetro en el punto fijado por Hofstatter.

c) La hemostasis la hacemos introduciendo una sonda de Nélaton y usando suero caliente u otros elementos.

d) Debido a que a pesar de la vigilancia estricta en muchas oportunidades las heridas de estos enfermos se infectan, colocamos por rutina 20 a 30 mil unidades de Penicilina en el sitio de la incisión.

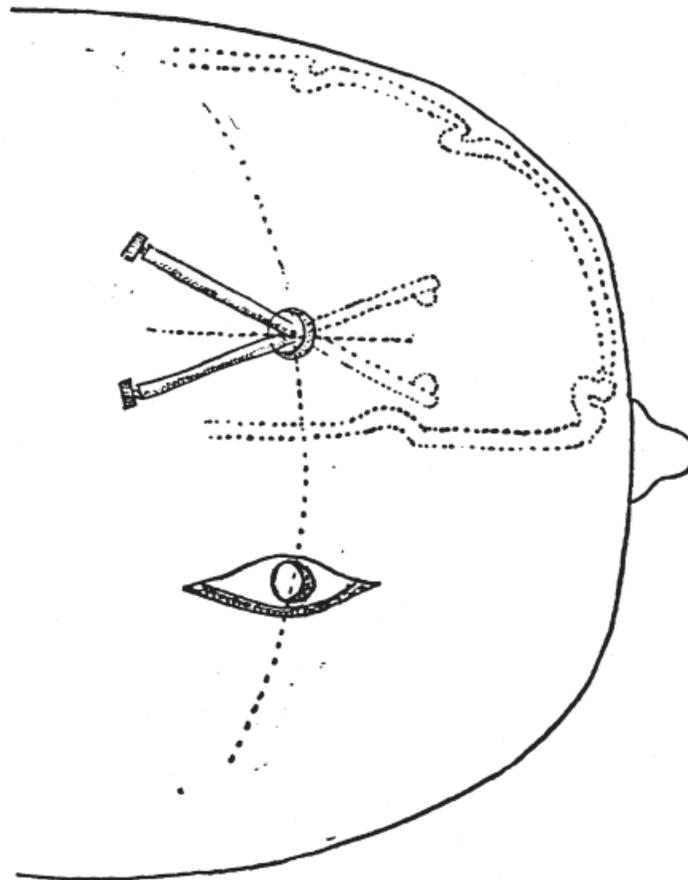


Fig. 3

[94]

e) Hemos ideado un lobótomo que tiene cierta curvatura, con el objeto de evitar la perforación del polo ventricular anterior.

Pensamos basados en la experiencia que hemos tenido con algunos fracasos operatorios, que los enfermos deben quedar bajo control neuroquirúrgico por lo menos por un espacio de tiempo que oscile entre 7 a 10 días.

En síntesis, entonces, nuestra técnica se puede resumir en los siguientes puntos:

1.º Para la incisión de la piel seguimos las indicaciones de Hofstatter de St. Louis.

2.º Hecho el trépano, lo ampliamos con gúbea hasta obtener una craniectomía de 3 cms. de diámetro.

3.º Abrimos la meninge en cruz dejando levantados los colgajos.

4.º Se ubica el tercio posterior de la segunda circunvolución frontal y en un punto en que hay poca vascularización previa diatermo-coagulación de la corteza, procedemos a introducir una aguja de punción ventricular de Cushing para anotar los siguientes hechos:

a) Localizar el polo anterior del ventrículo lateral para que el corte pase ligeramente por delante de él.

b) Localizar la hoz del cerebro y el ala menor del esfenoides.

5.º Sección según la técnica de Hofstatter y colaboradores con lobótomo o con espátula.

6.º Hemostasis prolija por medio de la sonda con suero caliente, coaguleno, tromboplastina, etc.

LOS EFECTOS DE LA LOBOTOMÍA

Se producen en los pacientes operados una serie de cambios que siguen una evolución comparable en unos y en otros, lo que permite establecer una gradación e identificar casi en forma experimental los efectos de la intervención. En los primeros días hay un estado de notoria depresión que puede llegar hasta el estupor. En general, están indolentes, indiferentes, con la facies inexpresiva y la voz monótona y opaca. Están borrados sus deseos e iniciativas. Sin embargo, en los casos en que se ha medido por medio de tests la inteligencia propiamente tal, no se observan variaciones defectuales después de las primeras semanas de intervención. En cambio, hay una variación notable de la personalidad especialmente en lo que se refiere a la conciencia de sí mismo, lo que se demuestra

en muchos aspectos, como por ejemplo en lo que se relaciona a la satisfacción del hambre. Nunca están satisfechos y la bulimia es un síntoma que se observa así con gran frecuencia. En este sentido se ponen poco delicados, pueriles, incluso en el control de sus esfínteres, indisciplinados, faltos de tacto, incapaces de asumir la responsabilidad de sus actos ni de calcular sus consecuencias.

Destaquemos principalmente la enuresis que es de regla y que suele durar a veces muchas semanas y aún meses, a pesar de notarse una recuperación de la psicosis y de los cambios post-operatorios.

En el curso de tres a seis meses el enfermo vuelve a la normalidad en los casos favorables o recae en la psicosis cuando la intervención es inefectiva. Sin embargo, debemos recalcar la necesidad de aprovechar ese período de depresión, de abulia e indiferencia y la posterior puerilidad, para comenzar la laborterapia que debe ser gradualmente impuesta hasta llevarlos a labores más complejas u oficios.

*

Muy interesante sería completar nuestro relato con un estudio de la fisiopatología del método. Su trascendencia aún en el aspecto filosófico que envuelve la modificación de lo espiritual (para los dualistas) por un procedimiento directamente material que determina lesiones en precisas regiones encefálicas se prestaría para disquisiciones interesantísimas como comprenden muy bien quienes nos escuchan. Una revisión de la fisiología cerebral a través de este nuevo campo de experiencia es seguramente algo con que debiéramos completar este relato.

Pero consideramos prematuro incidir en esta vía teórica sobre la base de una tan pequeña experiencia como es la de nuestros treinta casos y los pocos centenares de ellos conocidos en la literatura.

Creemos más bien preferible detenernos a establecer que se han demostrado los beneficios del método para continuar usándolo en cierto grupo de nuestros enfermos, y planificar su empleo en el futuro de acuerdo con ciertas normas que nos permitan perfeccionar la experiencia.

Desde luego, es indispensable standarizar el control pre y post-operatorio mediante la electroencefalografía, en lo posible y con tests tanto en lo intelectual como en lo afectivo: condicionar una laborterapia adecuada y metódica para los

[96]

post-operados: sistematizar los casos de acuerdo con los síndromes de mayor indicación, etc., etc.

Nos permitimos para finalizar, hacer una síntesis a manera de conclusiones, de todo lo expuesto.

CONCLUSIONES

El análisis de las leucotomías realizadas hasta el día de hoy, nos permite sacar conclusiones de conjunto, que pasamos a resumir en los siguientes puntos:

1) La lobotomía debe practicarse en enfermos crónicos que hayan sido sometidos a los tratamientos de rigor.

2) Debe limitarse a los enfermos psiquiátricos crónicos e intentarse en las psiconeurosis sólo cuando se trata de enfermos de larga evolución que no han respondido a otras terapias.

3) El éxito de la lobotomía es más probable en aquellos enfermos que no han experimentado un deterioro mental muy acentuado y en los que no se hayan desconectado totalmente del ambiente.

4) La conducta antisocial (agresividad e impulsividad) y los síndromes angustiosos son los más beneficiados por la lobotomía.

5) Los síndromes delirantes alucinatorios persisten en la mayoría de los casos, igual en su forma, pero disminuye enormemente su repercusión emocional.

6) La evaluación definitiva de los resultados sólo debe apreciarse por lo menos después de tres años de la intervención.

7) Los riesgos operatorios no son mayores que en cualquiera otra intervención quirúrgica (Hemorragia de la cerebral anterior).

8) Hacia el final de la intervención el paciente experimenta una desorientación total.

9) Los accidentes post-operatorios son escasos. La enuresis transitoria es casi constante. No se observan otros trastornos neurológicos de importancia.

10) En la evolución post-operatoria revelan frecuentemente un estado de estupor e indiferencia, cuya duración e intensidad no tienen valor pronóstico.

11) Posteriormente se observa una regresión al estado infantil (falta de control de las funciones escretoras, bulimia).

12) Gradualmente el enfermo vuelve a la normalidad (3-6 meses).

[97]

13) La evolución posterior depende en gran parte de la personalidad pre-psicótica y pre-operatoria del enfermo.

14) Debe insistirse, cada vez más, en la importancia del cuidado psiquiátrico post-operatorio (educación de los familiares, reeducación del enfermo, actividad ocupacional vigilada y graduada).

15) Los éxitos obtenidos por la mayoría de los neurocirujanos y los nuestros autorizan para considerar la lobotomía como tratamiento habitual de las psicosis.

BIBLIOGRAFIA

1. *Allen, William F.*— Results of prefrontal lobectomy on acquired and on acquiring correct conditioned differential responses with auditory, general cutaneous and optic stimuli. *Am. J. Physiol.* 139: 525-531. Agosto 1943.
2. *Egas Moniz.*—Tentatives opératoires en quelques cas de psychoses.
3. *Fleming, G. W. T. H. y Mc Kissok, Wilie.*—Prefrontal leukotomy. *Lancet* 1: 361-362, Marzo 20-1943.
4. *Freeman, Walter.*—Surgical aspects of prefrontal lobotomy, 1945.
5. *Freeman, Walter.*—Intelligence following prefrontal lobotomy in obsessive tension states, 1945.
6. *Freeman, Walter.*—Prefrontal lobotomy, 1946.
7. *Freeman, Walter y cols.*—Neurosurgical treatment of certain abnormal mental states, 1944.
8. *Freeman, Walter y Watts, James W.*—Psico-cirugía.
9. *Freeman, Walter y Watts, James, W.*—Prefrontal lobotomy. *Am. J. Psych.* 101: 839-748. Mayo, 1945.
10. *Fulton, J.*—Fisiología del sistema nervioso.
11. *Hostatter, Leopold, Smolik Edmund A. y Busch Anthony K.* Prefrontal lobotomy in treatment of chronic psychoses with special reference to section of orbital areas only. *Arch. Neurol. and Psych.* 53: 125-130. Febr., 1943.
12. *Hutton E. L.*—Results of prefrontal leukotomy. *Lancet* 1: 362-366. Marzo 20, 1943.
13. *Houssay y cols.*—Fisiología humana.
14. *Kindwall, Josef A. y Cleveland David.*—Prefrontal lobotomy. *Am. J. Psych.* 101: 749-755. Mayo, 1945.
15. *Schroedder A.*—El lóbulo frontal. Montevideo 1942.