Primeras Experiencias Centroamericanas en el Tratamiento Quirúrgico de las Enfermedades Mentales

Informe *Sobre* Diez Casos de Lobotomía Prefrontal Bilateral. *

Por el Dr. R. ALCERRO CASTRO **

Muy distinguidos colegas:

Permítanme, en primer lugar, presentar mis disculpas a la Asociación Médica Hondureña, por presentar hasta hoy mi plática anual del período que hoy termina, en vez de hacerlo en mayo pasado, como me correspondía. Había pensado ya desde antes comunicar a Uds. sobre la introducción al país de cuatro procedimientos neuropsiquiátricos, a saber: 1) La Psicocirugía. 2) El Electroshock. 3) La Pneumoencefalografía por evacuación amplia, total, de líquido cefalorraquídeo y 4) La terapéutica de la neurosífilis por penicilina. De paso pude referirme a la última en una sesión pasada. De el segundo y la tercera me ocuparé después. Hoy voy a robar a Uds. unos minutos **habiéndoles** de la Lobotomía Prefrontal Bilateral, por el método **de** Freeman y Watts, como procedimiento psicoquirúrgico.

Como es del conocimiento de todos Uds. la Psicocirugía es la rama de la cirugía cerebral que interviene sobre el cerebro no orgánicamente enfermo para producir modificaciones favorables sobre manifestaciones mentales anormales.

Aunque ya ello fue intentado hace más de cincuenta años por Burckhardt y después por Puusepp, debemos a Egas Moniz (de Lisboa) la concepción de una operación que produjera resultados benéficos notables, y a Freeman y Watts (de Washington, D. C.) el haber mejorado la técnica de Moniz y haber difundido ampliamente el nuevo método.

Antes de resumir la técnica de la intervención me referiré a sus fundamentos neuro-psiquiátricos. La operación consiste esencialmente en la sección bilateral de las radiaciones tálamo-frontales, en la parte que llega a las regiones prefrontales.

Además de **ser** el centro de ejecución de los movimientos, del lenguaje hablado y escrito, los lóbulos frontales por medio de sus regiones anteriores, prefrontales, son el asiento de altas fun-

* Resumen de una plática dictada por el autor en la sesión ordinaria de Asociación Médica Hondureña, " el 2 de noviembre de 1946.

** Del Hospital Alcerro-Castro, La Paz, Honduras, C. A.

ciones intelectuales, las cuales son de varias categorías pero todas ellas, fundamentalmente, en relación con la percepción, interpretación y disposición del Yo. Tales serían la autocopia, la relación del individuo con los demás, la capacidad de proyectarse en el futuro, la de previsión y la imaginación, todas las cuales se complementan para saber: "lo que el individuo debe de hacer", que para Freeman y Watts, probablemente resume en cierto modo la función del "Sentido **Social**" que Bianchi asentó en los lóbulos frontales.

El tono emocional que todas estas funciones necesitan es provisto por el tálamo óptico.

La lobotomía prefrontal al seccionar la radiación tálamo-frontal interrumpe la **relación** intelecto-emoción. Como resultado de ello el exceso de emoción, que en desorden mental, está fijado a la interpretación del yo y su relación con los demás se disminuye grandemente. Las funciones, intelectuales se conservan y lo mismo sucede con las emociones, lo que cambia es la relación de unas a otras, y no solamente hay una disminución moderada de la sobrecarga emocional, sino que hasta un déficit bajo lo normal. El cambio primordial puede ser resumido como un cambio de la introversión a la extraversión. Los pacientes se vuelven indolentes, despreocupados de sus quehaceres, de sus deberes de cortesía. Son a veces soeces y su conducta es agresiva. Las reacciones emocionales son a veces bruscas pero de corta duración y poca profundidad. Su comportamiento es marcadamente infantil.

Sin embargo, pasadas las primeras semanas del postoperatorio, se produce una progresiva readaptación del individuo a sus deberes adultos y son muchos los operados que han vuelto a ocupar cargos de gran responsabilidad de los que se habían separado muchos años antes debido a la incapacidad en que los había sumido su enfermedad. La readaptación toma un período variable de algunas semanas a varios años. Ello depende de muchas circunstancias ; capacidad intelectual prepsicótica, persistencia de gran potencial de lucha contra la enfermedad, extensión y situación de la sección cerebral, etc.

De manera resumida la técnica operatoria es la siguiente: previa preparación habitual de cuero cabelludo se toman y marcan los puntos de referencia. En la línea media se marca un punto situado a trece centímetros por detrás del nasium. Bilateralmente se marcan puntos situados a tres centímetros por detrás del borde externo del reborde orbitario y seis centímetros por arriba del arco Zigomático. Una curva que rodea la bóveda craneal une estos tres puntos. Sobre esa línea y a nivel de los puntos laterales se hace incisiones de tres centímetros. Se trepana el cráneo en ambos lados y se alarga el orificio de trepanación. Se abre la duramadre, se busca un área cerebral pauci o avascular y en ese sitio se incide la corteza cerebral, bilateralmente. A nivel de las trepanaciones se mide el diámetro cerebral y tomado por base la

mitad de ese diámetro y la profundidad a que se encuentra el borde posterior de la fosa craneal anterior, se hacen cortes que situados en el plano de la sutura frontoparietal seccionen la sustancia blanca prefrontal, que contiene los haces de la radiación talámica-frontal. Luego de lavar la sección cerebral con solución salina cloruradosódica isotónica se sutura la duramadre y los planos supraóseos. Cuando se quiere hacer control radiográfico de la situación de los cortes, se inyecta lipiodol a nivel de los mismos, antes de hacer la sutura de la duramadre.

Durante el postoperatorio con frecuencia se nota inercia, somnolencia, lenguaje sin tonalidad, signos neurológicos como Babinsky, incontinencia de orina y perseveración. A veces sobrevienen ataques epilépticos, los cuales en algunas ocasiones se hacen permanentes.

En Centro América se hicieron las primeras lobotomías frontales en 1945 cuando al regresar de mis estudios con los Profesores Freeman y Watts tuve a mi cargo el servicio de Neuro-psiquiatría del Hospital General de Tegucigalpa. Después las he practicado en La Policlínica de Tegucigalpa y en el Hospital Rosales de San Salvador. Los primeros intentos fueron desalentadores ya que las tres primeras intervenciones resultaron en muertes postoperatorias. Pero de allí en adelante todo cambió y los siete casos subsiguientes de los que hoy informo han sido éxitos quirúrgicos con variable resultado psiquiátrico. En el segundo caso se comprobó que los cortes estaban situados por detrás del plano de elección. La tercera enferma murió por una meningitis aguda adinámica. En la autopsia se comprobaron cortes muy bien situados.

Los siete casos siguientes se distribuyen así:

Nº Enfermedad	En su casa	Hospitaliza- do mejorado	Hospitaliza- dos no mejo- rados
1 Esquizofrenia			Recaída
2 Esquizofrenia			Recaída
3 Psicosis Mónico depresiva	Trabaja		
4 Esquizofrenia	Trabaja		
5 Esquizofrenia		Servicio de	
6 Esquizofrenia	Trabaja	tranquilas.	
7 Esquizofrenia	No trabaja		

Cuadro de los pacientes lobotomizados desde abril de 1945 a agosto de 1946.

Todos estos pacientes con excepción del último tenían entre tres y siete años de enfermedad, habiendo estado hospitalizados la mayor parte del tiempo. La paciente que corresponde al N° 5 de esta serie constituía una de las mayores preocupaciones del servicio por su peligrosidad. La mayor parte del tiempo se mantenía aislada en un cuarto cerrado, y al estar fuera de él era necesario casi siempre usar medidas restrictivas, a pesar, de lo cual siempre hubo que lamentar varios ataques a otras enfermas y en una ocasión al Director del Hospital. Era casi imposible lograr que estuviera vestida. Actualmente su conducta no es agresiva; está en la Sección de Tranquilas, presta algún cuidado a sus ropas y su aseo personal, es obediente y de fácil manejo.

Como se ve en el cuadro adjunto, cuatro de siete enfermas operadas han podido volver al medio familiar. Dos de ellas hacen sus habituales trabajos de antes de enfermar. Un tercero hace vida familiar y pequeñas ocupaciones caseras. Antes de su enfermedad hacía estudios de bachillerato. Después de cinco años de abandono quizá no vuelva a ellos, pero podrá ser de utilidad a su familia y a sí mismo en la colaboración del manejo y producción de sus negocios y labores agrícolas.

Es posible que los enfermos que han recaído podrían beneficiarse de nuevas intervenciones, llevadas a cabo con más amplitud.

He presentado a la amable atención de ustedes una pequeña descripción de un valioso método de tratamiento¹ en Psiquiatría, la Lobotomía prefrontal Bilateral, informándoles del resultado de mi experiencia personal, limitada hasta ahora, pero que ha abierto ya el camino a más frecuentes y quizás más afortunadas intervenciones.

Debo para terminar expresar cuan reconocido estoy al Director del Hospital General de **Tegucigalpa** y actual Presidente de "Asociación Médica Hondureña," Doctor Juan A. Mejía M.; al Doctor Alonso Velasco, Director del Hospital Psiquiátrico de San Salvador. El Salvador; al Doctor don Leonardo Godoy, Director del Hospital Rosales, de San Salvador, y al Doctor Carlos González, Jefe del Segundo Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital Rosales, sin la autorización y colaboración de quienes todavía no nos fuera posible tener experiencia centroamericana de los beneficios de esta valiosa forma terapéutica psiquiátrica.

Muchas Gracias.