

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Lobotomía Prefrontal Unilateral Vía  
Transorbitaria. Consideraciones Generales**

**(Presentación de Casos Clínicos)**

**TESIS**

**presentada a la Junta Directiva de la Facultad  
de Ciencias Médicas de la Universidad de San  
Carlos de Guatemala, por**

**REINALDO CORDON ACEVEDO**

Ex-interno de la Consulta Externa del Hospital General en las Clínicas de Cirugía General y Urología. Ex-interno por oposición de la 1ª Sala de Medicina de Mujeres y de la 1ª Sala de Cirugía de Hombres Sección "B" del Hospital General. Ex-interno por oposición del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Ex-interno de la Casa de Salud del Empleado Público. Ex-interno de la Asistencia Común de Hombres en el Hospital Neuropsiquiátrico.

**En el acto de su investidura de**

**MEDICO Y CIRUJANO.**



**GUATEMALA, JUNIO DE 1957.**

### PLAN DE TESIS:

- 1.—Reseña histórica de la Psico-Cirugía en Guatemala.
- 2.—Factores tomados en cuenta al practicar la Lobotomía Prefrontal:
  - a) Factor Paciente.
  - b) Factor Social y Familiar.
  - c) Factor Económico.
- 3.—Técnica Operatoria empleada.
- 4.—Presentación de casos:
  - a) Siete Bilaterales;
  - b) Diez unilaterales lado izquierdo.
  - c) Diez unilaterales lado derecho.
- 5.—Resultados obtenidos.
- 6.—Conclusiones.
- 7.—Bibliografía.

## 1—RESEÑA HISTORICA DE LA PSICO-CIRUGIA EN GUATEMALA

Es natural que en Guatemala se haya sentido la misma inquietud y preocupación que en otras partes, frente al problema de enfermos mentales, en quienes se había fracasado toda posibilidad terapéutica, prueba de ello es que casi al mismo tiempo que el Dr. Freemann comunicaba al mundo científico sus notables experiencias realizadas en un centro psiquiátrico en Brooklyn, relativas al indiscutible beneficio de la Lobotomía Prefrontal en pacientes crónicamente inválidos, el Dr. Carlos Salvadó empleaba este mismo recurso terapéutico en pacientes del Hospital Neuro-psiquiátrico, siendo el primer guatemalteco que aplica la Psico-Cirugía al arsenal terapéutico de la Psiquiatría en Guatemala.

La Psico-Cirugía en Guatemala se inicia a fines de 1948, con la operación practicada en el Hospital Neuro-psiquiátrico por el médico francés Dr. Jean Tavernier, el 3 de octubre de 1948 en una paciente esquizofrénica, empleando la técnica de Fiamberti, es decir, una Leucotomía Prefrontal bilateral a cielo abierto; la segunda operación practicada por el Dr. Carlos Salvadó el 16 de noviembre del mismo año en un esquizofrénico, usando la técnica del Dr. Walter Freemann, esto es, Lobotomía Prefrontal vía transorbitaria, técnica que aprendió personalmente del propio Freeman. De 1948 a nuestros días, importantes trabajos se han realizado en el terreno de la Psico-Cirugía, dignas de mención en este aspecto, los valiosos trabajos llevados a cabo por los distinguidos Psiquiatras, los hermanos Carlos y Julio Salvadó, gracias a cuya labor ha tomado la Lobotomía la importancia que realmente reviste como medio terapéutico.

En 1949 son presentados dos importantes trabajos en el acto de su investidura, el primero: por el Dr. Arturo Villagrán Lemus, intitulado: "*Lobotomía Prefrontal en los Trastornos de la Conducta*", importante trabajo que demuestra el progreso alcanzado en el aspecto Psico-Quirúrgico; el segundo por el Dr. Francisco Lazo Jurado, con el nombre de "*Lobotomía Prefrontal en los Síndromes Dolorosos con Morfinomanía Consecutiva*" de gran importancia también, por cuanto confirma los halagadores resultados de esta medida terapéutica en el tratamiento del dolor en procesos cancerosos.

En noviembre de 1953, el Dr. Manuel López Selva, presentó al Congreso de Psiquiatría celebrado en esta Capital un brillante trabajo, dando cuenta de las experiencias realizadas en cinco años (de 1948 a 1953) sobre 139 pacientes sometidos a la Lobotomía, conclusiones definitivas y resultados satisfactorios dio en su trabajo, por medio de cifras estadísticas; finalmente en los últimos cinco años, la Psico-Cirugía ha llegado al máximo progreso, hasta el grado honroso de compararse e igualarse a cualquier país del mundo, gracias a los notables Neuro-cirujanos: Dr. Carlos de la Riva y Dr. Luis Najarro Ponce, ambos de conocidos e indiscutibles méritos y de excepcional competencia.

## 2.—FACTORES TOMADOS EN CUENTA AL PRACTICAR LA LOBOTOMIA PREFRONTAL

### a) FACTOR PACIENTE:

Como ser humano, con derechos a reincorporarlo, dentro de lo posible a su vida normal.

Experiencias notables de Psico-Cirujanos, de indiscutibles méritos, tanto de otros países como guatemaltecos, en la práctica de la Lobotomía Prefrontal realizada sobre considerable número de pacientes mentales, nos mueve hoy apreciar tal medida como fundamental y a darle la importancia que reviste. Tal manera de pensar la apoyamos en estadísticas que comprueban halagadoras cifras de éxito, ellas mismas son nuestra arma de defensa para resistir a las objeciones de dicha práctica quirúrgica. Es indudable que a cuyo iniciador Egas Moniz en 1935, no lo indujo a tomar tal medida operatoria, un juicio parcial y apasionado, fue realmente una reacción necesaria ante otros métodos infructuosos que aplicó afanosamente por llevar alivio al psicópata, principalmente con el fin de corregir la personalidad de enfermos con tendencias criminales.

Nosotros, no apartándonos de la línea y de los puntos de vista de su creador, es decir, ante un inválido mental, en el cual se hayan agotado todos los recursos médicos y comprobado con ello el carácter de incurabilidad del mismo, no podemos cruzarnos de brazos y ver con indiferencia cómo aquel paciente pasa a formar parte del archivo del Manicomio; por el contrario, como nuestra última prueba, fundamos nuevas esperanzas de verlo incorporado a la normalidad con este otro método: La Lobotomía, si no logramos con ella devolverle su integridad psíquica, base de su espíritu crítico y de sus facultades creadoras, cuanto bien

le haremos al intentar liberarlo de una idea obsesiva o delirante, pues en el peor de los casos rara vez se le deja en peores circunstancias.

En el momento actual, pues, el futuro de un paciente lobotomizado es prácticamente conocido y no se queda en espera de lo que pasará o sucederá, es decir, en otras palabras, no se corre con ella el peligro o la aventura de un porvenir incierto para el paciente, por lo que creemos que sí vale la pena llegar a esta medida heroica como último recurso en los pacientes debidamente seleccionados.

#### b) FACTOR SOCIAL Y FAMILIAR:

De gran trascendencia también, por cuanto significa la transformación más o menos importante de la condición mental del paciente y la reincorporación del mismo al ambiente social o familiar en que ha vivido, esto no quiere decir desde luego, que todo paciente que ha sido sometido a dicha intervención, será radicalmente transformado en otro, de cualidades normales, no; muchas veces los resultados son pobres y desalentadores para los familiares; por los beneficios que de ella esperaban, pero en todo caso, repetimos, es de gran valor llevarlos como último recurso a esta prueba, si logramos poco no importa, bastante se habría hecho al someterlos con poco peligro a la posibilidad de mejorarse y de llevar con ello la esperanza y a la dicha a los hogares, al no hacerla, sólo les habremos privado de esta oportunidad y no tendrán ninguna esperanza de alivio. En cuanto a la sociedad, se habrá logrado incorporar un individuo en mejores condiciones de convivencia y de menor peligrosidad.

Mencionamos el hecho de que a pesar del éxito logrado en algunos casos, los pacientes no pueden egresar del Hospital, a pesar de estar en condiciones de hacerlo, entre otras razones, por la incomprensión de sus parientes, quienes les han abandonado, desilusionados por el resultado de

los tratamientos anteriores, restando con ello el grado de beneficio, que desde el punto de vista social o económico, hubiera podido lograrse a su salida del hospital; otra razón es la falta de una institución donde se les pudiera ocupar en trabajos adecuados a su condición de enfermos mentales, tales como talleres, granjas, etc. Es de lamentar en este sentido, la indiferencia y el *menosprecio* con que es visto el enfermo hospitalario, especialmente el paciente de manicomio.

#### c) FACTOR ECONOMICO:

El tratamiento médico de un paciente de manicomio a quien no se le haya dado el carácter de incurable, significa en lo que se refiere a su sostenimiento diario, un tanto igual al que exige cualquier otro enfermo de hospital, dada la naturaleza temporal de su dolencia; pero concretándonos al grupo que hoy nos ocupa, es diferente, puesto que desde el momento que se optó por el abandono y la suspensión de toda atención médica, se le clasificó de crónico y el tal pasa a convertirse en un huésped, a quien hay que mantener por tiempo indefinido. En nuestro medio, cada paciente de esta índole, cuesta al Estado más o menos Q0.80 diarios, incluyendo alimentación, vestidos y asistencia médica, cifra exigua en comparación con la asistencia que se da a otros pacientes.

Es innegable que el factor económico considerado aislado de los otros ya mencionados, no es suficiente para someterlos a la intervención, pero agregado a ello, adquiere un positivo valor para actuar en tal sentido.

Si con la práctica operatoria sólo se obtuvieran pocos casos de éxito, con el consiguiente egreso de dichos pacientes, ello significaría gran beneficio para la comunidad social, puesto que el dinero empleado para su sostenimiento y asistencia podría invertirse para mejorar la institución

y con ello, dar mayor atención a los pacientes que más lo necesitan.

En centros privados, sobre este tipo de pacientes, es digno también de tomarse en cuenta este factor, si bien es cierto, que él juega un papel secundario a los sentimientos de afecto que podrían mover a sus familiares a permitir que se les opere; no obstante en caso de éxito tras el bien espiritual obtenido en determinados casos al externar al paciente vendría un bien económico.

### 3.—TECNICA OPERATORIA EMPLEADA

#### *Cuidados pre y post-operatorios.*

##### *Permiso para la Operación.*

Debe obtenerse siempre, del paciente mismo o de uno sus familiares más cercanos si aquél no está en condiciones de darlo; en nuestro estudio desafortunadamente sólo se cumplió con este requisito en aquellos pacientes que eran visitados con alguna frecuencia por sus familiares, no fue posible en otros casos en que a pesar de su larga permanencia hospitalaria nunca fueron visitados por sus parientes y a quienes se trató de localizar infructuosamente; pero insistimos en que este requisito es importante.

##### *Preparación del paciente:*

Como el grupo de enfermos escogidos para nuestro estudio en su mayoría estaba compuesto de epilépticos: se suspendió toda medicación anticonvulsiva, primero para evitar el estado de embotamiento producido por aquellos fármacos, condición que nos hubiera dificultado su estudio post-operatorio y segundo para ver hasta dónde los accesos convulsivos eran influidos por la operación, dos días antes se administró dosis que oscilaron entre 40 y 60 miligramos de Vitamina K y a todos se les dejó en ayunas el día de la operación.

##### *Anestésico empleado:*

En todos nuestros casos se usó como anestesia, el período post-convulsivo producido por el electroshock.

*Técnica Operatoria:*

La técnica empleada fue: La clásica transorbitaria del profesor Walter Freeman, las razones son las mismas expuestas por el Dr. Mathew T. Moore y que resumidas, son las siguientes: "Por los inconvenientes en medios como el nuestro, de escasos recursos económicos y técnicos, de necesitar los servicios de Neuro-Cirujanos de dilatada práctica y excepcional competencia, que desafortunadamente no siempre están a la disposición de nuestros modestos hospitales psiquiátricos; exigen muchas veces la presencia de otro personal médico altamente especializado, como decir, Neuro-fisiólogos y Radiólogos; la preparación de los enfermos tendría que ser larga y cuidadosa, y el post-operatorio exigiría cuidados meticulosos de parte de numeroso grupo de enfermeras especializadas que no sólo es difícil, sino que también sus servicios están fuera del alcance de los presupuestos usuales en nuestros centros". Todos estos inconvenientes pueden ser superados con el método de Freeman, que por otra parte es utilizado en centros psiquiátricos de indiscutible prestigio.

*Descripción de la Técnica:*

- 1.—Antisepsia de la región orbitaria del lado a intervenir o de los dos si va a hacerse bilateral;
- 2.—Electroshock;
- 3.—Colocación de campos en la región operatoria;
- 4.—Operador por detrás de la cabeza del paciente;
- 5.—Reparo anatómico del reborde orbitario anterior y colocación del leucótomo de Freeman, por debajo del párpado superior a nivel de la parte media del techo orbitario a dos y medio centímetros por detrás de dicho reborde orbitario;

- 6.—Introducción del leucótomo con la cara graduada viendo hacia el operador, por martillamiento de su extremidad opuesta, dándole una inclinación de 65 grados con respecto al plano del techo orbitario, introducción hasta 6 a 8 centímetros. Se hacen los cortes tratando siempre de cortar exclusivamente el cuadrante antero-interno a diferentes niveles. El movimiento se hace en tres tiempos y se efectúa dirigiendo la base del leucótomo, del dorso nasal hacia la apófisis cigomática, teniendo su mayor arco de círculo al estar introducido los 6 u 8 centímetros; y
- 7.—Extraer el leucótomo de un sólo golpe, comprimiendo inmediatamente el techo orbitario, a través de las partes blandas, con el objeto de evitar equimosis orbitarias muy grandes.

*Cuidados post-operatorios:*

A todos se les suministró dosis entre 20 a 40 centigramos de luminal sódico, con el propósito de que permanecieran acostados el mayor tiempo posible, se levantaron precozmente dentro de las primeras seis horas, el control de la Presión arterial, pulso, respiración y temperatura, se hizo dos veces diarias, durante los primeros tres días y la dieta fue corriente en cuanto manifestaron deseos de comer.

*Complicaciones:*

Edema y equimosis palpebrales se presentó en todos los pacientes, desapareciendo totalmente del tercero al quinto día.

Cefalea sólo en dos o tres pacientes que cedió fácilmente a los analgésicos corrientes.

Rompimiento de un leucótomo, quedando parte del mismo de 4 a 5 centímetros alojado por delante del lóbulo frontal. Complicación descrita en la literatura; muy desagradable y la que advertimos para prevenirla en trabajos futuros.

Incontinencia de esfínteres, que duró ocho días en un sólo paciente.

#### 4.—PRESENTACION DE CASOS

##### OBSERVACION Nº 1:

O. U. T.

*Edad:* 20 años.

*Ingresa al Hospital:* 30 de agosto de 1949.

*Motivo:* Estado de agitación Psicomotriz.

*Diagnóstico:* Epilepsia esencial.

*Perfil Psicológico en 1952:* Vermeylen.

*Resultado:* Epiléptico, Oligofrenia, grado imbecil.

*Diagnóstico actual del Jefe de Servicio:* Epiléptico, grado imbecil con déficit mental global y perturbaciones caracterológicas consistentes en: Manifestaciones agresivas con peligrosidad social.

Marzo 16/57: 9.00 hs. se practicó Lobotomía prefrontal bilateral vía transorbitaria. 10.40 hs. paciente semiinconsciente, quejándose de dolor en ambos ojos, parece estar enojado, cuando se le interroga. P.A.P. y R. iguales que antes de la operación.

Marzo 20/57: Se observa calmado, no hay dolor, al conversar parece estar confuso y desorientado, se muestra muy pensativo y afable.

Marzo 24/57: Paciente se nota mejorado, su madre dice encontrarlo bastante mejor, lo observó demasiado cariñoso.

Marzo 28/57: Amaneció bien, no ha peleado y por el contrario se muestra amable y contento, tiene deseos de irse a su casa.

Abril 2/57: Se encuentra agitado y violento, fue necesario aislarlo.

Abril 6/57: Se manifiesta en él, su deseo de irse a casa.

Abril 10/57: Su madre dice encontrarlo muy mejorado, por lo que decide llevárselo, le encuentra raro, la besa y la abraza a cada instante.

Abril 15/57: Paciente notablemente mejorado, se conduce bien, no hay manifestaciones violentas, su esfera afectiva parece haberse modificado en el sentido de mostrarse más cariñoso, no ha tenido ninguna crisis convulsiva después de la operación. Se da de alta hoy, con la recomendación de traerlo si se porta mal, a esta fecha no ha venido a reconsulta.

Abril 20/57: El paciente se presentó hoy al hospital, se encuentra muy mejorado y se dedica a lustrar calzado.

*Resultado:* Alivio manifiesto en su conducta durante el período de observación.

#### OBSERVACION N° 2:

L. P.

*Edad:* 42 años.

*Ingresa al Hospital:* 9 de Marzo de 1957.

*Motivo:* Alteraciones de la conducta desde hace 15 años, Historia de crisis maniaco depresivas, manifestaciones violentas y agresivas, razones que le imposibilitan vivir con sus familiares; en varias ocasiones ha insultado y abofeteado a su madre. Ha estado hospitalizada en Centros Psiquiátricos de otros países, así como en Guatemala.

*Diagnóstico:* Psicosis Maníaco Depresiva.

Abril 4/57: Lobotomía Prefrontal bilateral vía transorbital con la técnica de Freeman.

Abril 6/57: Encuentro a la paciente muy mejorada, tranquila se muestra correcta en la conversación y dice sentirse aliviada, tiene muchos deseos de volver a casa.

Abril 8/57: Paciente con evidente estado de mejoría, está dispuesta a conducirse en forma correcta y ser atenta y cariñosa con su madre.

Abril 20/57: Paciente muy mejorado no ha presentado ningún acceso maniaco o depresivo después de la operación.

Abril 30/57: Paciente en mejores condiciones, se muestra cariñosa y respetuosa con su madre.

Mayo 28/57: Apreciable mejoría, carácter, reacciones psíquicas evidentemente mejoradas.

*Resultado:* Alivio y evidencia de mejoría durante el período de observación.

#### OBSERVACION N° 3:

F. A. G.

*Edad:* 46 años.

*Ingresa al Hospital:* Julio de 1954.

*Motivo:* Crisis convulsivas y perturbaciones de la conducta. Historia de accesos convulsivos desde la infancia, que le repiten cada ocho a diez días, negativista antisocial, incapacitado para vivir dentro de su familia.

*Diagnóstico:* Síndrome Epiléptico, Oligofrenia.

Abril 6/57: Lobotomía Prefrontal bilateral vía transorbital con técnica de Freeman. Sin modificaciones de la P.A.P. y R. media hora después de la operación.

Abril 8/57: Amaneció bien no se queja de ninguna molestia, durmió bien.

Abril 10/57: Visitado por su madre, lo encuentra mejorado, más comunicativo, manifiesta deseos de llevárselo.

Abril 12/57: Paciente mejorado, se le ve más atento e interesado por su familia. Se dio alta hoy bajo responsabilidad de su madre, con recomendación de traerlo a control cada mes.

*Resultado:* Bueno.

**OBSERVACION N° 4:**

S. L. J.

*Edad:* 22 años.

*Ingresa al Hospital:* Agosto de 1956.

*Motivo:* Alteraciones de su comportamiento. Historia: Alteraciones de la conducta, alucinaciones, habla solo y pelea con todo el mundo, destruye objetos de valor y se comporta como un niño.

*Diagnóstico:* Reacción esquizofrénica.

Abril 6/57: 9.00 hs. Lobotomía Prefrontal bilateral vía transorbitaria con técnica de Freeman. 9.30 hs.: P. A.P. y R. sin alteraciones después de la intervención.

Abril 10/57: Paciente notablemente mejorado, se muestra atento y trabajador, permanece haciendo oficio 6 horas al día.

Abril 14/57: Se nota más comunicativo y contento, hay señales de evidente mejoría.

Abril 18/57: Se observa en mejores condiciones, personalmente dice sentirse mejorado.

Abril 22/57: Lo notamos más atento y reacciona en mejor forma a los estímulos, conversa más correctamente, casi desaparecen reacciones pueriles.

Abril 26/57: Se nota un tanto decaído, se vuelve perezoso, ya no quiere hacer oficio, pero su estado mental sí parece siempre mejor.

Abril 30/57: En mejores condiciones que antes de la intervención.

Mayo 2/57: Alta dada por disposición del médico tratante.

*Resultado:* Bueno, alivio notorio durante el período observado.

**OBSERVACION N° 5:**

D. M.

*Edad:* 30 años.

*Ingresa al Hospital:* Noviembre de 1952.

*Motivo:* Alteraciones de la conducta. Historia de Trastornos mentales: consistentes en desorientación y confusión, alucinaciones visuales y auditivas, se ríe a cada instante solo, dice haber visto santos y animales monstruosos en el campo.

*Diagnóstico:* Reacción Esquizofrénica simple.

Abril 6/57: 9.00 hs. Lobotomía Prefrontal bilateral vía transorbitaria con la técnica de Freeman. 10.00 hs. No hay modificaciones de P.A.P. y R.

Abril 10/57: Paciente se nota muy mejorado, dice sentirse bien no se queja de dolor u otras molestias.

Abril 15/57: Amanece bien, parece mejor orientado, más comunicativo.

Abril 20/57: No ha tenido más alucinaciones y dice haber mejorado mucho.

Abril 25/57: Se observa en mejores condiciones, sus preguntas son más lógicas, y se ve más interés en sus conversaciones.

Abril 30/57: Evidente mejoría de su condición mental.

*Resultado:* Notable mejoría.

## OBSERVACION N° 6:

G. S.

*Edad:* 28 años.*Ingres:* Julio de 1939.*Motivo:* Trastornos mentales. Historia de alteraciones en su comportamiento, muecas y gestos pueriles se ríe solo, habla incoherencias, actos obscenos: disposiciones reactivas tipo epileptoide.*Diagnóstico:* Oligofrenia forma idiota. Perfil Psicológico Vermeylen.*Resultado:* Oligofrenia profunda.*Abril 6/57:* Lobotomía Prefrontal bilateral vía transorbital con la técnica de Freeman. 9.30 hs. No hay alteraciones de P.A.P. y R.*Abril 10/57:* Paciente se nota ligeramente mejorado, se mantiene tranquilo, no se quita la ropa, en las conversaciones se comporta como un niño de cinco años, reacciones pueriles.*Abril 14/57:* Observamos ligera mejoría, se ve más tranquilo, ocasionalmente sale corriendo y grita.*Abril 18/57:* Se nota un poco aliviado, permanece más calmado, pero a veces grita y gesticula, sus trastornos demenciales se han modificado muy poco.*Abril 22/57:* Paciente en estado de agitación, y manifestaciones de violencia, sale corriendo, se desnuda, hace actos obscenos grita y hace gestos.*Abril 26/57:* Amanece calmado, contestaciones pueriles a las preguntas.*Abril 30/57:* Se observa un poco mejor que antes, sus crisis de agitación se presentan en forma más esporádica.*Mayo 4/57:* Se considera que su estado prácticamente ha mejorado poco y se piensa la posibilidad de una segunda intervención.*Mayo 7/57:* No hay cambio apreciable en su conducta, a veces se nota mejor, pero reincide en la ejecución de actos obscenos.*Resultado:* Muy leve modificación en su conducta.

## OBSERVACION N° 7:

E. P.

*Edad:* 43 años.*Ingres:* Septiembre de 1946.*Motivo:* Trastornos mentales. Historia de padecimientos mentales desde hace 15 años; aversión manifiesta por el trabajo, desorientación, negativista y comportamiento antisocial, últimamente ha presentado acentuación de estos síntomas, hasta el grado de hacer sus necesidades fisiológicas en la cama, por la razón dice de tener pereza de ir al baño.*Diagnóstico:* Esquizofrenia con trastornos demenciales profundos.*Abril 6/57:* Lobotomía Prefrontal bilateral vía transorbital con la técnica de Freeman.*Abril 10/57:* Paciente en magníficas condiciones, no hay ninguna molestia, no se queja y se siente bien, ignora que ha sido operado.*Abril 12/57:* Paciente en estado semi-comatoso, responde perezosamente a los estímulos, desorientado y confuso, presenta incontinencia de esfínteres.*Abril 14/57:* Su estado ha mejorado ligeramente, contesta un poco mejor a las preguntas, tiene mucho apetito y pide de comer a cada rato, se practica radiogra-

fía del cráneo evidenciándose presencia de fragmento de leucótomo de cinco centímetros de longitud, inmediatamente por detrás del hueso frontal entre la tabla interna y externa del mismo, sin señales de que haya interesado el lóbulo frontal.

Abril 15/57: Se levantó, anda con pasos inseguros, marcha titubeante con tendencia a la caída atáxico, mejor orientado contesta bien a las preguntas.

Abril 16/57: En perfectas condiciones, anda bien, desaparece incontinencia, hay evidente mejoría de su estado mental, más comunicativo.

Abril 18/57: Se nota muy mejorado, no se queja de ninguna molestia y se ve más cuidadoso con su persona, se considera la posibilidad de extraerle cuerpo extraño.

*Resultado:* Ligera mejoría de su condición mental.

#### OBSERVACION Nº 8:

C. A.

*Edad:* 48 años.

*Ingres a al Hospital:* Octubre de 1952.

*Motivo:* Trastornos mentales. Historia de padecimientos mentales desde hace dos años, verborrea, incoherencia, gesticula y habla constantemente, ilógico, con reacciones pueriles, se ríe solo.

*Diagnóstico:* Esquizofrenia tipo Hebefrénico.

Marzo 14/57. 10.00 hs. Lobotomía prefrontal unilateral vía transorbitaria lado izquierdo. 17.00 hs. Paciente tranquilo, no acusa ningún dolor, P.A.P. y R. sin modificaciones.

Marzo 15/57: Paciente continúa sin ninguna modificación en su esfera psíquica y afectiva, su carácter y conducta persisten igual que antes de ser operado.

Marzo 18/57: Ligeramente calmado, sus conversaciones son siempre delirantes, su estado afectivo sin modificarse, habla de sus familiares y a veces llora al recordarlos.

Marzo 22/57: Se nota nuevamente hablando mucho, pide su uniforme de policía y su pistola constantemente.

Marzo 26/57: Sin modificaciones apreciables en su estado mental, se ríe y habla solo, gesticula, persiste en las reacciones pueriles.

Marzo 30/57: Ninguna modificación en su estado mental, se considera que no se hizo ningún beneficio terapéutico con la intervención.

Marzo 30/57: Paciente en iguales condiciones, que antes de la operación.

*Resultado:* Ninguna modificación.

#### OBSERVACION Nº 9:

B. Ch. D.

*Edad:* 26 años.

*Ingres a al Hospital:* 23 de abril de 1951.

*Motivo:* Accesos convulsivos y trastornos de la conducta. Historia de crisis convulsivas y de estado de agitación maníaca, con manifestaciones agresivas.

*Diagnóstico:* Síndrome Epiléptico.

Marzo 16/57: 8.30 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado izquierdo. 9.00 hs. Sin modificaciones de la P.A.P. y R.

Marzo 20/57: Amaneció bien, se queja de cefaleas y ligero dolor ocular.

Marzo 24/57: Ninguna modificación apreciable en su estado mental, permanece exactamente igual que antes de la operación.

Marzo 28/57: Ninguna modificación sigue igual que antes de ser intervenido.

Marzo 31/57: Se queja siempre de dolor en el ojo izquierdo, carácter, conducta y reacciones psíquicas, no mejoradas.

Abril 4/57: Se siente muy bien con deseos de irse a trabajar, desaparece dolor y molestia ocular.

Abril 15/57: Ningún acceso convulsivo después de la operación se considera no mejorado por la operación. Se fue de alta hoy, con recomendación de escribir.

*Resultado:* No mejorado durante el período de observación.

#### OBSERVACION Nº 10:

M. Ch. O.

*Edad:* 27 años.

*Ingresa al Hospital:* Diciembre de 1954.

*Motivo:* Accesos convulsivos desde hace 17 años. Historia de padecimientos convulsivos desde hace 17 años, ha sido enviado en diez ocasiones por autoridades, por constituir un peligro en la vía pública.

*Diagnóstico:* Síndrome Epiléptico.

Marzo 21/57: 8.00 hs. Lobotomía Prefrontal unilateral vía transorbitaria lado izquierdo. 10.00 hs. Paciente se encuentra bien, ha recobrando el conocimiento y no se queja de ninguna molestia.

Marzo 25/57: No se aprecia ninguna modificación en su comportamiento, durante el día pasa ligeramente calmado, en las noches excitado y se queja de dormir poco.

Marzo 29/57: El paciente sigue siendo igualmente agresivo y peligroso, pelea a cada rato y ha sido necesario hacerle varias aplicaciones de electroshock.

Abril 3/57: Se ordenó aislarlo por encontrarse peleando demasiado, aún después de la aplicación de electroshock.

Abril 8/57: Paciente en estado de agitación se ordenó, sedación con barbitúricos.

Abril 15/57: Ningún cambio o modificación apreciable, paciente sigue igual que antes de ser intervenido.

Abril 30/57: Su conducta y reacciones psíquicas persisten inalteradas.

Mayo 15/57: Se considera sin ningún beneficio terapéutico después de la intervención.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

#### OBSERVACION Nº 11:

C. A.

*Edad:* 29 años.

*Ingresa al Hospital:* Enero de 1956.

*Motivo:* Convulsiones. Historia de crisis convulsivas, desde hace 15 años que se presentan cada 8 a 15 días, últimamente se ha mostrado impulsivo, vaga sin ninguna dirección, no quiere vivir con su familia y se niega a trabajar.

Marzo 21/57: 10.00 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado izquierdo. 11.00 hs. P.A.P. y R. permanecen inalterables.

Marzo 25/57: Paciente en iguales condiciones no se observa ningún cambio apreciable en su comportamiento.

Marzo 29/57: No ha tenido accesos convulsivos, pero su estado persiste sin modificación.

Abril 10/57: No hay modificación apreciable digna de mencionarse. Su comportamiento es igual: Agresivo y violento.

Abril 20/57: Carácter, conducta y reacciones psíquicas no mejoradas.

Abril 30/57: Se considera sin ninguna modificación después de la operación.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

**OBSERVACION Nº 12:**

M. A.

*Edad:* 18 años.

*Ingresa al Hospital:* Diciembre de 1950.

*Motivo:* Accesos epilépticos. Historia de crisis convulsivas y alteraciones en la conducta, caracterizadas por períodos de agitación, negativismo y manifestaciones antisociales.

*Diagnóstico:* Epilepsia esencial. Perfil Psicológico Vermeulen:

*Resultado:* Epiléptico con déficit mental global.

Marzo 16/57: 9.00 hs. Lobotomía Prefrontal unilateral vía transorbitaria izquierda. 11.00 hs. Sin alteraciones de P.A.P. y R.

Marzo 20/57: Se nota tranquilo colaborador y contento, no se quiere ir todavía prefiere esperarse unos días para salir más bien, dice.

Marzo 24/57: Se nota contento se expresa así: "Mis familiares me han abandonado, pero si supieran que ya estoy bueno, vendrían a traerme, yo quiero salir a trabajar para ayudarles".

Marzo 28/57: Bastante mejorado, no ha tenido muestras de agresividad ni accesos convulsivos.

Abril 2/57: Pide su alta, quiere irse porque se siente muy bien.

Abril 2/57: Paciente en buenas condiciones, se presentó hoy acceso convulsivo en forma completa.

Abril 6/57: Se encuentra ligeramente mejorado, se muestra muy correcto.

Abril 10/57: Paciente en buenas condiciones.

Mayo: 8/57: Se fue de alta hoy, por orden del médico tratante.

*Resultado:* Ligeramente mejorado.

**OBSERVACION Nº 13:**

J. L. D.

*Edad:* 22 años.

*Ingresa al Hospital:* Octubre de 1953.

*Motivo:* Accesos convulsivos. Historia de crisis convulsiva desde hace 8 años, negativista insociable, no quiere trabajar, se mantiene muy deprimido y triste, llora constantemente.

*Diagnóstico:* Síndrome Epiléptico.

Marzo 21/57: 9.20 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral, lado izquierdo. 11.00 hs. Ninguna alteración en P.A. P. y R.

Marzo 25/57: No hay ninguna manifestación apreciable de cambio en su estado mental, permanece siempre deprimido e indiferente, no contesta a las preguntas.

Marzo 29/57: Persiste su estado igual que antes, de ser intervenido, no hay cambio digno de mencionarse.

Abril 4/57: Sin modificación apreciable, deprimido, muy triste y llora constantemente.

Abril 8/57: Paciente en iguales condiciones que antes de la intervención.

Abril 15/57: Nada distinto, se comporta igual que antes de ser intervenido, ha tenido crisis convulsivas frecuentes.

Abril 30/57: Hoy se presentó estado de mal epiléptico, se considera no mejorado después de la intervención.

*Resultado:* Paciente no mejorado durante el período de observación.

**OBSERVACION Nº 14:**

H. B.

*Edad:* 52 años.

*Ingresa al Hospital:* Noviembre de 1954.

*Motivo:* Agitación Psicomotriz. Historia de padecimientos mentales, verborrea y muestras de agresividad.

*Diagnóstico:* Reacción Esquizofrénica.

Marzo 21/57: 11.00 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado izquierdo. 12.00 hs. P.A.P. y R. sin alteración, paciente se levantó, callado no responde a las preguntas.

Marzo 22/57: A las 9 horas de hoy sufre severo traumatismo, al caerse de unas gradas, hay pérdida del conocimiento y al examen físico no hay nada digno de mención.

Marzo 23/57: Paciente se manifiesta marcadamente agitado, con deseos de pelear, insulta e intenta pegar a todos.

Marzo 24/57: Paciente amanece en estado de sopor, pérdida profunda de la consciencia, examen físico. Hemiplejía izquierda.

Marzo 25/57: Amaneció ligeramente mejorado, responde a ciertos estímulos, y se queja constantemente, se piensa en intervenirlo.

Marzo 28/57: Falleció a las 4 horas, 2 minutos. Se hizo autopsia, encontrando lo siguiente: Hematoma en cuero cabelludo de región parietal derecha, no hay señales de fractura del cráneo. Hiperhemia y congestión intensa de circulación pial, ventrículos libres, el corte

del lóbulo frontal de la operación es nítido, en lóbulo parietal derecho del cerebro se encuentra hematoma extradural de 6 centímetros.

*Diagnóstico:* Hemorragia cerebral post-traumática.

**OBSERVACION Nº 15:**

P. del C. A.

*Edad:* 49 años.

*Ingresa al Hospital:* Mayo de 1950.

*Motivo:* Accesos Epilépticos. Historia de Accesos convulsivos desde la edad de 17 años, marcadas perturbaciones en su comportamiento, violento, procesado por cometer delito, ha estado hospitalizado en seis ocasiones en este Centro.

Abril 15/57: 8.40 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado izquierdo. 10.00 hs. Ninguna alteración en P.A.P. y R. se siente bien.

Abril 19/57: No hay ninguna modificación apreciable, dice sentirse sin ninguna molestia.

Abril 23/57: Se observa calmado y no se queja de dolor, se muestra atento y obediente.

Abril 27/57: Acceso convulsivo, sin nada característico.

Abril 31/57: Enfermo agresivo, peleando mucho, no se observa ninguna modificación en su estado de conducta.

Mayo 10/57: Paciente en iguales condiciones ningún cambio apreciable en su conducta, se muestra igualmente agresivo y violento.

Mayo 20/57: Paciente igual, se considera que no ha mejorado después de la operación.

*Resultado:* Ningún alivio a su estado de conducta durante el período observado.

**OBSERVACION Nº 16:**

S. G.

*Edad:* 25 años.*Ingresa al Hospital:* Julio de 1950.*Motivo:* Accesos convulsivos. Historia de crisis convulsivas desde hace 15 años, déficit mental marcado, reacciones caracterológicas con manifestaciones agresivas.*Diagnóstico:* Epilepsia esencial.

Marzo 14/57: 8.00 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado izquierdo. 9.30 hs. No hay modificaciones de P.A.P. y R.

Marzo 18/57: Paciente se nota calmado y tranquilo, quiere irse a su casa a trabajar no quiere permanecer más en este presidio, dice.

Marzo 22/57: Se aprecia ligero alivio, se nota contento y optimista.

Marzo 28/57: Permanece igual que antes de ser intervenido, no hay nada distinto, que pueda apreciarse.

Marzo 30/57: Su estado mental permanece igual, no se observa nada distinto digno de mención.

Abril 15/57: Ningún cambio apreciable en su conducta, carácter y reacciones psíquicas.

Abril 30/57: Sin ninguna modificación, se considera sin ningún beneficio después de la operación.

*Resultado:* Paciente no mejorado.**OBSERVACION Nº 17:**

J. B. L.

*Edad:* 26 años.*Ingresa al Hospital:* Agosto de 1950.*Motivo:* Accesos convulsivos. Historia de convulsiones desde la infancia, con pérdida del conocimiento, al reco-

brarlo se muestra agresivo y muy violento, fue enviado por Juez de Paz, por constituir un peligro dentro del vecindario.

Marzo 15/57: 9.00 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado izquierdo. 10.30 hs. Ninguna modificación de P.A.P. y R.

Marzo 19/57: Se observa bastante calmado, no se ha mostrado agresivo lee y comprende perfectamente lo leído.

Marzo 23/57: En buenas condiciones se observa eufórico, contesta perfectamente a todas las preguntas y reacciona adecuadamente a los estímulos.

Marzo 27/57: Crisis convulsivas frustradas, no hubo fase clónica, al recobrar el conocimiento se muestra indiferente.

Marzo 31/57: Paciente muy deprimido, no responde a las preguntas, se le da una moneda y rehusa tomarla, pasa durmiendo casi todo el día.

Abril 4/57: Paciente en estado de agitación maníaca, se manifiesta agresivo y muy violento, se presenta hoy en estado de mal epiléptico.

Abril 8/57: Se ve otra vez calmado, se ríe sólo, a cada instante.

Abril 20/57: Paciente en iguales condiciones que antes de ser intervenido, carácter, conducta y reacciones psíquicas inalteradas.

Abril 30/57: Paciente igualmente agresivo, pelea constantemente; se considera sin beneficio terapéutico operatorio.

*Resultado:* Paciente no mejorado.**OBSERVACION Nº 18:**

E. A. M.

*Edad:* 38 años.*Ingresa al Hospital:* Septiembre de 1954.

*Motivo:* Accesos convulsivos. Historia de trastornos mentales: confusión y desorientación, pasa la mayor parte del día rezando, se ríe sólo y habla cosas ilógicas, ocasionalmente se vuelve muy agresivo, hay en su expediente informe de las autoridades de su pueblo, informando acerca del peligro que constituye al vecindario a quien amenaza e insulta constantemente.

*Diagnóstico:* Epilepsia esencial, oligofrenia.

Abril 4/57: 9.40 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado derecho. 10.50 hs. No hay ninguna modificación en P.A.P. y R.

Abril 8/57: Nada distinto relativo a cambio o modificación en su conducta, permanece rezando hincado, habla constantemente solo, se observa desorientado y confuso.

Abril 12/57: Ningún cambio apreciable en su comportamiento, se encuentra igual que antes de ser operado.

Abril 16/57: Paciente con las mismas manifestaciones de psicosis, alucinaciones y trastornos demenciales.

Abril 30/57: Paciente continúa igual, no hay ninguna modificación en su conducta.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

#### OBSERVACION N° 19:

L. P.

*Edad:* ¿ ?

*Ingresa al Hospital:* Junio de 1943.

*Motivo:* Crisis convulsivas, tipo gran mal. Historia de accesos convulsivos tipo gran mal completo, manifestaciones claras de trastornos demenciales, antisocial, negativista, hace a cada instante actos obscenos, en ocasiones se vuelve impulsivo y violento.

*Diagnóstico:* Síndrome epiléptico.

Abril 6/57: 9.10 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado derecho. 10.50 hs. No hay ninguna alteración en P.A.P. y R.

Abril 10/57: Paciente se observa en igual estado, dice sentirse bien y expresa deseos de irse a casa.

Abril 14/57: Ninguna modificación o cambio apreciable en su estado mental.

Abril 18/57: No observamos nada distinto en su conducta, carácter y reacciones psicológicas, permanecen igual que antes de la operación.

Abril 22/57: No ha presentado convulsiones.

*Resultado:* Paciente no mejorado durante el período de observación.

#### OBSERVACION N° 20:

M. A. R.

*Edad:* 23 años.

*Ingresa al Hospital:* Agosto de 1955.

*Motivo:* Crisis Convulsiva. Historia de accesos convulsivos desde hace 9 años, permanece en estado de agitación maníaca casi constantemente, insomnio e irritabilidad; es enviado por autoridades por ser un individuo peligroso.

*Diagnóstico:* Síndrome epiléptico.

Abril 6/57: 8.00 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado derecho. 9.35 hs. P.A.P. y R sin modificarse.

Abril 10/57: Paciente en iguales condiciones, no se queja de ninguna molestia, su estado mental es exactamente igual.

Abril 14/57: Se observa igual, nada distinto en su comportamiento.

Abril 18/57: Paciente se siente bien no se queja de dolor, no hay ninguna modificación apreciable en su conducta.

Abril 22/57: Conducta, carácter y reacciones psíquicas, exactamente igual que antes de ser intervenido.

Abril 30/57: Ningún cambio apreciable después de ser intervenido.

Mayo 15/57: Sin modificación, se considera sin beneficio terapéutico.

*Resultado:* Paciente no mejorado durante el período de observación.

#### OBSERVACION N° 21:

S. P.

*Edad:* 27 años.

*Ingres a al Hospital:* Febrero de 1953.

*Motivo:* Accesos convulsivos. Historia de padecimientos convulsivos con serias perturbaciones de la conducta, hay siete notas en su expediente donde se informa por la autoridad de su aldea del peligro que constituye este individuo para el vecindario.

*Diagnóstico:* Síndrome epiléptico, Oligofrenia.

Marzo 30/57: 8.15 hs. Lobotomía Prefrontal Unilateral vía transorbitaria lado derecho. 9.00 hs. Sin alteración el P.A.P y R.

Abril 4/57: Paciente se nota igual, negativista, se le interroga en lengua y parece estar muy enojado.

Abril 8/57: Nada nuevo se puede apreciar en el estado de su condición mental, habla solo y parece muy enojado.

Abril 12/57: Ninguna modificación apreciable en sus reacciones, se nota indiferente y no demuestra ningún interés por la conversación.

Abril 16/57: Negativista, no quiere comer, se le ha notado muy triste y pelea mucho aún con sus mismos compañeros.

Abril 20/57: Se considera sin ninguna modificación en su estado mental.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

#### OBSERVACION N° 22:

A. S.

*Edad:* 22 años.

*Ingres a al Hospital:* Abril de 1951.

*Motivo:* Accesos convulsivos. Historia de crisis convulsivas desde niño, últimamente ha presentado estados de mal epiléptico en múltiples ocasiones, en los intervalos se queja de padecer del corazón y dolores generalizados, manifestaciones de violencia y agresividad.

*Diagnóstico:* Síndrome epiléptico.

Marzo 29/57: Lobotomía Prefrontal unilateral vía transorbitaria lado derecho.

Marzo 27/57: No hay modificaciones en la condición mental del paciente presentó hoy estado de mal epiléptico.

Marzo 31/57: Paciente se observa en buen estado, conducta, carácter y reacciones psicológicas sin modificarse.

Abril 5/57: No se aprecia ningún cambio en su comportamiento, permanece igual.

Abril 15/57: No hay ningún cambio o modificación en su conducta, se considera sin beneficio terapéutico después de la operación.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

## OBSERVACION Nº 23:

P. A.

*Edad:* 31 años.*Ingresa al Hospital:* Marzo de 1945.*Motivo:* Convulsiones desde la infancia. Historia de accesos convulsivos con manifestaciones psicóticas: desorientación, alucinaciones y estado de agitación maníaca.*Diagnóstico:* Síndrome epiléptico.

Marzo 23/57: Lobotomía Prefrontal unilateral vía transorbitaria lado derecho.

Marzo 26/57: Paciente en buenas condiciones, no hay alteraciones ni cambios apreciables dignos de mención.

Marzo 30/57: Ninguna modificación en conducta, carácter y reacciones psicológicas.

Abril 4/57: Paciente igual su estado mental, persiste prácticamente inalterado, no hubo ningún cambio después de la operación.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

## OBSERVACION Nº 24:

P. V. A.

*Edad:* 35 años.*Ingresa al Hospital:* Febrero de 1952.*Motivo:* Crisis convulsivas. Historia de accesos convulsivos desde niño, enviado por su familia por constituir un peligro dado de su carácter agresivo y violento.*Diagnóstico:* Síndrome epiléptico.

Abril 6/57: 9.00 hs. Lobotomía Prefrontal unilateral vía transorbitaria lado derecho. 9.30 hs. Ninguna alteración en P.A.P. y R.

Abril 10/57: Paciente un poco comunicativo, no se queja de ninguna molestia.

Abril 14/57: Ninguna alteración ni modificación apreciable en su conducta.

Abril 18/57: No se observa ningún cambio, se manifiesta exactamente igual que antes de su intervención.

Abril 22/57: Nada distinto digno de anotar, en iguales condiciones.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

## OBSERVACION Nº 25:

A. S.

*Edad:* 27 años.*Ingresa al Hospital:* Enero de 1944.*Motivo:* Ataques convulsivos. Manifestaciones convulsivas tipo gran mal con trastornos caracterológicos manifiestos.*Diagnóstico:* Síndrome epiléptico.

Abril 6/57: 10.30 hs. Lobotomía Prefrontal unilateral vía transorbitaria lado derecho. 10.45 hs. No hay modificaciones de la P.A.P. y R.

Abril 11/57: No se queja de dolor u otras molestias, ningún cambio en su conducta.

Abril 14/57: Paciente en buenas condiciones, no se aprecia ninguna modificación.

Abril 18/57: Nada distinto digno de mención en su manera de comportarse.

Abril 22/57: Se considera que no se hizo ningún beneficio con la intervención.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

## OBSERVACION Nº 26:

J. J.

*Edad:* 45 años.*Ingres a al Hospital:* Junio de 1948.*Motivo:* Crisis convulsivas desde la niñez. Historia de accesos convulsivos desde la niñez, fue clasificado por el médico de Servicio como personalidad psicopática, y Síndrome epiléptico.*Diagnóstico:* Epilepsia esencial.

Abril 4/57: Lobotomía Prefrontal unilateral vía transorbitaria lado derecho.

Abril 8/57: Lo observamos exactamente igual, manifiesta desórdenes de la conducta, así como alteraciones evidentes de la personalidad, intranquilo y desorientado.

Abril 12/57: Ninguna evidencia de mejoría, se comporta igual que antes de la operación.

Abril 16/57: No se observa modificación apreciable, confuso, habla y se ríe solo.

Abril 20/57: Paciente no ha mejorado, conducta, carácter y estado psíquico sin ningún cambio.

*Resultado:* Paciente no mejorado durante el período de observación.

## OBSERVACION Nº 27:

J. G.

*Edad:* ¿ ?*Ingres a al Hospital:* Julio de 1952.*Motivo:* Accesos convulsivos. Historia de convulsiones y alteraciones en su comportamiento, indígena con déficit mental global.*Diagnóstico:* Epilepsia esencial, oligofrenia.

Abril 4/57: 9.00 hs. Lobotomía Prefrontal unilateral vía transorbitaria lado derecho. 10.00 hs. P.A.P. y R. sin modificación.

Abril 8/57: Paciente lo observemos prácticamente igual, sin evidencia de mejoría apreciable.

Abril 12/57: Ninguna modificación en su conducta, y se comporta igual, no hay nada distinto después de ser operado.

Abril 16/57: Nada nuevo en su comportamiento, no hay señas de alivio.

Abril 20/57: Paciente igual, se considera que no se hizo ningún beneficio con la operación.

*Resultado:* Paciente no mejorado.

## 5.—RESULTADOS OBTENIDOS

En todos los pacientes sometidos a la operación se hizo un estudio previo que consistió fundamentalmente en una exploración de su memoria, de su atención, de su percepción y de su afectividad; el análisis se hizo mediante interrogatorios, conversaciones y planteamiento de problemas sencillos adecuados a cada caso, los resultados post-operatorios fueron obtenidos por los mismos métodos, aplicados en la evolución diaria de cada caso. La determinación de si la operación produjo algún beneficio terapéutico o si por el contrario no causó ninguna modificación de la condición mental del paciente, fue posible mediante estudio comparativo de los resultados obtenidos antes y después de la misma; diferencias ínfimas sólo hubiera podido evidenciarse con estudios psicométricos pre y post-operatorios, trabajo que no se hizo por creerlo innecesario y un tanto costoso, dado que el tipo de paciente seleccionado para nuestro trabajo, casi en su totalidad padecía de notorios trastornos demenciales.

Es así como podemos clasificar los resultados obtenidos en tres grupos: un primer grupo compuesto de siete pacientes, a quienes se practicó la operación bilateral (Lobotomía Prefrontal Bilateral) y en quienes los resultados fueron notables —quizá maravillosos; cuatro de ellos fueron dados de alta. En los dos grupos restantes prácticamente no se obtuvo ningún beneficio, resultado que ya esperábamos de antemano, sin embargo estamos seguros que a ninguno de los pacientes intervenidos se le ha dejado en peores condiciones; y que al someterlos a la Lobotomía del lado opuesto en una segunda sesión operatoria los resultados serán iguales o parecidos a los del primer grupo y el riesgo operatorio se habrá reducido a un cincuenta por

ciento. Un accidente serio es lo único de lamentar en el desarrollo de nuestro trabajo; el rompimiento de un leucótomo, quedando parte del mismo alojado entre la tabla externa y la tabla interna del hueso frontal, nos satisface ver al paciente en perfectas condiciones con evidente mejoría de su estado mental. El caso del paciente fallecido, no creemos que haya tenido ninguna relación con la operación, más que una fatal coincidencia, el resultado de la necropsia nos apoya en tal aseveración y el hecho que casi en los mismos días tres o cuatro pacientes no operados, morían víctimas de traumatismos sufridos en reyertas tenidas con sus compañeros. La confirmación en nuestro medio de la ineficacia de la intervención sobre un sólo lado, es el resultado positivo a que hemos llegado; cumpliendo así con un sincero deseo de investigación al realizar el primer tiempo de una intervención universalmente conocida.

## CONCLUSIONES

- 1ª—La Lobotomía Prefrontal bilateral es un importante recurso terapéutico, al que debe acudir en casos de comprobada ineficacia de otras medidas terapéuticas; y en pacientes debidamente seleccionados, su ejecución por la vía transorbitaria con la técnica de Freeman es sencilla y sus resultados, la mayoría de las veces, beneficiosas.
- 2ª—La Lobotomía Prefrontal unilateral del lado derecho o del lado izquierdo, si bien es cierto, que conserva el máximo la capacidad psíquica y reduce al mínimo el deterioro de la personalidad, es absolutamente ineficaz en el tratamiento de las alteraciones de la conducta y las reacciones caracterológicas de pacientes epilépticos, es en cambio efectiva en el tratamiento del dolor de procesos cancerosos, según trabajos realizados por Psiquiatras guatemaltecos.
- 3ª—Los pacientes, no empeoran sus condiciones después de ser intervenidos, es relativamente inocua, si no mejoran, pueden ser reintervenidos, sin menoscabo de su seguridad o de su efectividad terapéutica.
- 4ª—La indicación de una Lobotomía debe basarse no solamente en el estudio clínico del paciente sino también en su situación social, capacidad económica, profesión, edad, sexo, tiempo de duración de la Psicosis y tratamientos anteriores.
- 5ª—En los casos de resultado negativo debe insistirse en los tratamientos de shock (electrochoques, insulina), los cuales después de una lobotomía pueden favorecer la remisión.

- 6ª—El número de pacientes operados y el tiempo de observación a que estuvo sometido, no nos hubiera permitido dar estas conclusiones, pero ello unido a la revisión cuidadosa de los trabajos realizados en los diez últimos años en Guatemala, nos ha hecho estimar tal medida como fundamental y a exaltar su importancia.
- 7ª—En los últimos diez años, se han practicado en Guatemala, aproximadamente doscientas cincuenta intervenciones y se ha comprobado su mejor resultado en casos de psicosis maniaco depresiva y en esquizofrenias modalidad catatónica.
- 8ª—Actualmente está en estudio la posibilidad de aplicar este método terapéutico en las formas graves y severas de alcoholismo crónico.

REINALDO CORDON ACEVEDO

Vº Bº,

*Dr. Miguel F. Molina.*

Imprímase:

*Dr. José Fajardo*  
Decano.

## BIBLIOGRAFIA

- Walter Freeman & James Watts.*—Psico-Cirugía: Inteligencia, Emoción y Conducta Social tras la Lobotomía.
- Dr. Ignacio González Estavillo.*—Archivos Mexicanos de Neurológica y Psiquiatría. Mayo y Junio de 1953. Resultados terapéuticos de las Leucotomías.
- Dr. Federico Pascual del Roncal.*—Archivos Cubanos de Neurología y Psiquiatría. Indicaciones y Resultados de la Lobotomía Prefrontal.
- M. M. Riser.*—La Medicina de Francia: La personalidad después de la Lobotomía Cerebral. El Dr. Riser es Miembro de la Academia de Medicina. Profesor de la Facultad de Medicina de "Toulouse".
- Rof Carballo.*—Cerebro Interno y Mundo Emocional.
- Dr. Manuel López Selva.*—Informe de la Experiencia en Psico-cirugía en el Hospital Neuro-Psiquiátrico de Guatemala. Presentado por el Dr. López S. al Congreso de Psiquiatría, celebrado en noviembre de 1953 en la Ciudad de Guatemala.
- Dr. Arturo Villagrán Lemus.*—Lobotomía Prefrontal en los Trastornos de la Conducta. Tesis de su investidura presentada en 1949.
- Dr. Francisco José Lazo Jurado.*—Lobotomía Prefrontal en los Síndromes Dolorosos con Morfinomanía Consecutiva. Tesis de su investidura presentada en 1949.