

Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCIÓN DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

Año XXIII - II Época

NOVIEMBRE, 1947

Vol. XXII - Núm. 29

O R I G I N A L E S

Real Academia de Medicina de Barcelona

LEUCOTOMIA PREFRONTAL (*)

Dres. J. PONS BALMES y A. RODRIGUEZ ARIAS

(Psiquiatra)

(Neurocirujano)

N, hay duda que la Psiquiatría ha enriquecido en técnicas y métodos terapéuticos desde el año 1935, pero a decir verdad que a pesar de las pretensiones teóricas con que quieren adornarse sus fundamentos, tales teorías son, en realidad, secundarias a observaciones empíricas, y por lo que se refiere particularmente a la leucotomía o lobotomía, requiere audacia por parte del médico y riesgos por parte del enfermo.

Esta terapéutica fué propuesta por el sagaz neurólogo Profesor de Neurología de Lisboa, EGAZ MONIS, cuyas concepciones terapéuticas parten de las funciones hipotéticas atribuidas al lóbulo frontal en relación con la actividad psíquica, que fundamenta en el hecho que el lóbulo frontal es mayor en el hombre que en los animales, en los trastornos experimentales provocados por la extirpación del lóbulo prefrontal en antropoides y de los trastornos psíquicos observados en traumas, tumores o extirpaciones de dicho lóbulo. Cree MONIS, que así como hay células nerviosas que ejercen funciones motoras, sensitivas o sensoriales, hay otras células nerviosas que tendrían asignadas las funciones psíquica y las localiza en el lóbulo prefrontal por la gran riqueza en células, mayor que en otras regiones, y por el gran número de fibras de asociación, comisurales y de proyección que relacionaría el centro prefrontal con los centros mesencefálicos. Así pues, MONIS cree que la actividad psíquica resultaría de dichas asociaciones celulares, y que en caso de trastorno mental se establecerían asociaciones acomodaticias anormales que preponderarían sobre las normales. En consecuencia, aconseja actuar sobre estas asociaciones patológicas célula-conectivas cortándolas en el centro oval, creyendo que al desaparecer estas acomodaciones asociativas viciosas preponderarán las normales, que se establecerán a base de suplencias de los centros de asociación, comisurales y de proyección. Dicha intervención no es peligrosa, pues se sabe por experiencia de neurocirugía que estas zonas mudas o silenciosas son cortadas y extirpadas sin contratiempo en tumores frontales.

Esta hipótesis, claramente neurológica, tiene hoy día poca aceptación, no sólo porque los estudios de neurofisiología están lejos de concretar las localizaciones psíquicas cerebrales, sino porque los resultados, bastante modestos en general, no apoyan críticamente tal opinión. Claro que el desconocimiento de la etiología y patogenia de muchos procesos mentales apoyan la fantasía, pero no hay duda de que en Psiquiatría la frase de CLAUDE BERNARD «podemos más de lo que sabemos», durante estos diez años resulta de actualidad.

Los primeros resultados del tratamiento, llevado a cabo en el Manicomio Bombarda, en colaboración con el neurocirujano ALMEIDA LIMA y con el malogrado psiquiatra profesor SOBRAL CID, forman una estadística de 20 enfermos crónicos, de los cuales 7 salieron con alta, resaltando en dicha estadística las mejorías en trastornos afectivos.

(*) Sesión científica del día 30 de Junio de 1947. Presidencia. Prof. Peyrí.

Los tratamientos Sakel y Meduna, que en la misma época se dieron a conocer, eclipsaron el tratamiento, que casi quedó en olvido primeramente por el escepticismo que despertó dicho método frente al optimismo real de los nuevos tratamientos, y en segundo lugar por lo atrevido de este procedimiento quirúrgico ciego.

En el año 1940, FREEMAN y WATTS, en los Estados Unidos, se ocupan nuevamente del método Monis, cuya técnica modifican, dando a conocer resultados optimistas. En Inglaterra, FLEMING, HUTTON y FOX, así como MCGREGORY y CROMBIE, que también modificaron la técnica, obtienen resultados satisfactorios. Desde entonces son muchos y contradictorios los artículos que se han ocupado del método.

Técnica

El objetivo del método es seccionar el sistema de fibras que unen el lóbulo prefrontal con el núcleo dorsal medio del tálamo. MONIS propuso, además de su técnica, la alcoholización, procedimiento que está abandonado. Las técnicas actuales son las de FREEMANN, CROMBIE, LIERLIE. Entre nosotros, ESTELLA y OBRADORS, también recomiendan variaciones técnicas, si bien en todas ellas las diferencias giran alrededor del modelo de leucotomo, del punto de referencia para la trepanación y de la amplitud de la sección de substancia blanca.

Psicopatología

Las especulaciones de MONIS relativas a las asociaciones célula-conectivas que sustituyen después de la operación a otras viciosas o acomodativas, no pasan del terreno puramente hipotético y son poco aceptadas. Más cerca de la realidad son las conclusiones de FREEMAN y WATTS, cuyo fundamento se halla en los síntomas observados en afecciones o intervenciones del lóbulo frontal. La observación de estos autores es que a los enfermos a los que se inactivan las áreas de asociación se encuentran liberados de su ansiedad y de los síntomas de enfermedad, no se quejan de sus palpitaciones, ni de los movimientos de estómago. Su interés vuelve hacia fuera y se ve libre de sus obsesiones. Reaccionan vivamente a los estímulos exteriores y muestran incontinencia emocional. De todas maneras, las supuestas emociones no son profundas y se disipan con rapidez. Su humor es elevado, pero presentan rasgos infantiles. Su capacidad no sufre merma, pero un examen demuestra incapacidad para encontrar solución a problemas nuevos, dificultad de síntesis e integración. Los autores hablan de una infancia quirúrgicamente inducida que puede desaparecer con el tiempo.

Complicaciones

En el curso operatorio se observa cefalea, nistagmus, ptosis, incontinencia de esfínteres, acinesia, apatía, etc., etc., síntomas que no deben considerarse como complicaciones, pues son de corriente observación en los postoperados.

La complicación más grave, mortal a veces, es la hemorragia por sección arterial, riesgo que es imposible de suprimir, pues hay que contar con anomalías arteriales, siendo la arteria más afectada la cerebral anterior o una de sus ramas. En nuestra estadística tenemos un caso mortal y mi colaborador en el cómputo de su estadística, que alcanza cuarenta enfermos (incluidos los de este trabajo), ha observado otros dos casos mortales debidos al tratamiento.

Otra complicación es la *epilepsia*, debida a la cicatriz operatoria. No obstante, hay autores que inversamente pretenden mejorar la epilepsia con la operación, si bien es posible que se refieran concretamente a trastornos psicóticos episódicos o trastornos caracterológicos. Se han observado también hemiplejías y monoplejías que son atribuidas a la sección practicada demasiado posterior.

También ha sido objeto de crítica el tratamiento, debido a atribuirse a la operación una demenciación. Esta acción, por lo que se refiere a nuestras observaciones, no es plenamente demostrable. En algunos casos es difícil decir si la apatía, falta de iniciativa, disminución de captación de estímulos, que redundan en una limitación o reducción de actividad personal, es debida a la operación o a la enfermedad. En la mayoría de casos no hemos observado tal hecho ligado claramente a la operación en forma definitiva.

Indicaciones

Es posible que al seleccionar nuestros enfermos (en el año 1944) no fuéramos muy escrupulosos en las indicaciones; por otra parte, es explicable atendiendo a ser un tratamiento en estudio. A ello obedecen nuestras observaciones de parafrenias y esquizofrenias crónicas, y otros cuadros en los que se había recomendado.

Creemos que las indicaciones deben regirse por los principios generales siguientes:

1.º Son tributarios a este procedimiento *enfermos crónicos con pronósticos sombríos*, sin perspectiva de otro tratamiento, en los que *han fracasado* los tratamientos convulsivante e hipoglucémico con insulina.

2.º Su indicación no deriva del diagnóstico, no es tal o cual entidad clínica que es tributaria del tratamiento, no obramos etiológicamente, ni atacamos la raíz del mal, sino que la *indicación deriva de motivos sintomáticos*. Así, pues, más que sintomática, *obra sobre el sufrimiento que los síntomas ocasionan al enfermo*. Los síntomas tales como obsesiones, alucinaciones, etc., persisten, pero no le emocionan como antes.

3.º Los resultados son modestos y pueden producirse secuelas en el enfermo, sólo se trata si una manifestación de enfermedad mental ante la cual nos encontramos desarmados, podemos mitigarla del mismo modo que en afecciones quirúrgicas recurrimos a una amputación u operación para aliviar a un enfermo.

Atendiendo a estas normas generales se ha recomendado el método en:

Cuadros crónicos de agitación psicomotriz y agresividad permanente, no modificable por otros métodos. Las estadísticas no son muy concordantes, ya se trate de esquizofrenias, oligofrenias, manías atípicas, epilepsias, parálisis generales, psicopatías, etc.

Síndromes *anancásticos* y *acompañados de ansiedad*. Estos son los enfermos más sensibles al método, sea cualquiera la enfermedad en que se injerta. Así, los estados de tensión obsesiva, de duda, de miedo, de ansiedad, constituyen su verdadera indicación, *cuando fracasan los otros métodos terapéuticos*. FREEMAN y WATTS incorporan la lobotomía entre los métodos de cirugía del dolor; las simpatectomías, radicotomías y cordotomías alivian el dolor físico, *la leucotomía sería la operación heroica para el dolor moral*. Los casos ideales serían aquellos en que la actitud arranca del propio yo. (LÓPEZ IBOR, *Síntesis Médica* 1943-1944). Pacientes que temen estar enfermos del corazón, haberse contaminado de sífilis, ideas de autoacusación de persecución o temor ante la incógnita del futuro, que intentan suicidarse. No son tan evidentes sus resultados en cuadros alucinatorios, pero siempre que exista emoción que relacione el yo con las ideas se puede obtener mejoría del enfermo. Claro que estos síndromes son los que mejor responden a la terapéutica convulsivante, siendo la leucotomía indicada sólo en los casos refractarios a dicha terapéutica o bien en las formas recidivantes.

Según IBOR, podrían constituir una indicación *los enfermos maníaco-depresivos con accesos muy próximos que recaen a menudo*. Nuestra experiencia en un enfermo maníaco no ha sido favorable, pero ha resultado favorable en algunos depresivos que curan con electroshock y recaen, sin que evite la operación, la presentación posterior de una fase maníaca.

ESTADISTICA

Nuestra estadística del Preventorio de Psiquiatría consta de 15 enfermos, casi todos ellos con más de tres años de observación, que clasificamos:

- ESQUIZOFRENIAS CRONICAS : Núm. 5
- paranoides 2.
- parafrenias 3.

- ESQUIZOFRENIAS AGUDAS de mal pronóstico en las que fracasaron los tratamientos convulsivante y sakel Núm. 3.

NEUROSIS OBSESIVA :	Núm. 1.		
GRUPO MANIACO-DEPRESIVO :	Núm. 6.	}	depresivos 3.
			maníacos 3.

Observación núm. 1. — LL. C. (Jaime), treinta años, soltero. Ingresó en el Preventorio Psiquiátrico el 5 de enero de 1944.

Enfermo afecto de esquizofrenia residual, que ingresó en abril de 1934 en la Clínica de Santa Coloma de la Excm. Diputación Provincial de Barcelona. En dicha clínica en el año 1940 fué tratado con cardiazol, sin resultado. En 11 de abril de 1941 fué trasladado de dicha clínica al Sanatorio Psiquiátrico de San Baudilio, donde en 1942 volvió a ser tratado con 14 inyecciones de cardiazol, sin resultado. Salió con alta a petición de su familia a finales del año 1943, pero al poco tiempo fué ingresado en el Preventorio Psiquiátrico. Presentaba cuadro de agitación cata-tónica extravagante, manierismos, etc., muy indiferente, musita, sin espontaneidad ni iniciativa.

Se practicó leucotomía en el Instituto Neurológico el día 15 de febrero de 1944. Curso operatorio normal. Sin variación el cuadro mental. Es trasladado al Sanatorio Psiquiátrico de San Baudilio el día 11 de abril de 1944. Actualmente (junio de 1947), embrutecimiento residual esquizofrénico.

Observación núm. 2. — C. M. (Amadeo), 48 años, viudo. Ingresó en el Preventorio Psiquiátrico el 16 de febrero de 1944.

Cuadro residual esquizofrénico. Ya había sido recluido en la Clínica Psiquiátrica Municipal en septiembre de 1932, siendo diagnosticado de parafrenia.

Antecedentes de enfermedad mental en padre y hermana. Personalidad esquizotímica.

Actualmente cuadro residual, con defecto autístico y residuo delirante alucinatorio. Reducción de personalidad.

Se practicó la leucotomía en el Instituto Neurológico Municipal el día 15 de febrero de 1944.

Su cuadro no sufrió ninguna variación. Curso operatorio sin complicación presentando más apatía e indiferencia los primeros días.

Fué trasladado al Sanatorio Psiquiátrico de San Baudilio el día 15 de junio de 1944. Actualmente (junio de 1947), continúa igual.

Observación núm. 3. — D. O. (Arturo), 45 años, casado. Ingresó el 12 de enero de 1944 en el Preventorio de Psiquiatría.

Cuadro parafrénico, que se inició hace cinco años.

Antecedentes familiares: padre esquizotímico, un primo hermano enfermo mental. Constitución displásica (acromegaloide). Carácter pacífico, bonachón, pocos amigos. Es bachiller.

Principió su enfermedad mental hace cinco años en forma insidiosa, interpretaciones delirantes y desconfianza. Era objeto de envidias, observaba "que le capeaban, que la gente guiñaba el ojo, le ponían micrófonos en todas partes". Intuiciones. Interpretación de todo lo que observaba, anuncios, canciones, películas, de todo hacía una relación delirante egocéntrica. Agresiones. Personalidad conservada fuera del delirio. Sintónico.

Examen de sangre, Wassermann negativo. Líquido céfallo-raquídeo Pandy, positivo débil. Albúmina, 0'83 gr. Células, 4'8. Wasserman y coloidales, negativos.

Fué trasladado al Instituto Neurológico el día 8 de febrero de 1944, donde le fué practicada una leucotomía. Los primeros días después de la operación estaba muy inactivo, indiferente y atontado. Jugaba al dominó, que antes calculaba y jugaba bien, y no acertaba las fichas adecuadas, se distraía, era apático. Disminuyó algo el delirio, pero a los pocos días volvió a su estado anterior.

Fué trasladado al Sanatorio Psiquiátrico de San Baudilio el día 14 de marzo de 1944. Actualmente (junio de 1947), continúa igual su cuadro delirante, con personalidad conservada, trabajando en faenas mecánicas.

Observación núm. 4. — F. G. (Ramón), 41 años, casado. Ingresó en el Preventorio Psiquiátrico el día 10 de enero de 1944.

Una prima hermana estuvo recluida en el Manicomio de San Baudilio. Un hermano tuberculoso.

Carácter violento, pocos amigos. Aficionado al alcohol.

Neumonía a los 27 años. Bronquitis crónica

Hace tiempo que se queja que es objeto de persecución. "Usted está tan enterado como yo." Existe un cambio en todo, "como si la gente le tuviera envidia". Frecuentaba una taberna y "hacia tiempo ya sospechaba, pero comprobó que se le paseaban". Se hacía correr de boca en boca entre los amigos que era "Sarasa" y todo el mundo lo oía. Todo eran alusiones relativas a que "movía la cadera, que fumaba con la mano derecha". Además, la actitud de la gente era extraña, pues cree que era "tomado por espiritista", pues él adivinaba todo lo que pensaban los demás. También tenía el don de hipnotizar. El dueño de la taberna donde iba le hacía provocar por la gente de la calle, que al pasar le insultaban.

El enfermo ha reaccionado a las nuevas vivencias, no saliendo de casa, cambiando varias veces de domicilio y profesión, pero como no dió resultado, pues "todo el mundo y autoridades se ponían de acuerdo y se hacían combinaciones", determinó escribir a la esposa del tabernero una carta en la que le invitaba a demostrarle que era hombre y no un invertido. Dicha carta determinó su detención durante unos días. Ha rogado más tarde a los autores de las "voces" que le dejen en paz, "y acabaré haciendo lo que desean, así callarán", etc. Ingresó en el Preventorio, donde fué tratado con electroshock combinado con fiebre, sin el menor resultado.

Fué operado de leucotomía el día 28 de febrero de 1944.

Cuadro operatorio normal, sin complicaciones. Su cuadro mental no sufre modificación.

Fué trasladado al Sanatorio Psiquiátrico de San Baulidio el día 11 de abril de 1944. Ha continuado con el mismo cuadro, amenazando, deseando evadirse para enfrentarse con la camarilla "que le hace pasar por invertido". Varios intentos de evasión, que logró el día 1.º de septiembre de 1944. Durante los días de evasión, en su casa continúa igual, grita, discute y amenaza a sus perseguidores, entre los cuales están los vecinos. Un día, premeditadamente preparó una lima afilada, que ocultó detrás de un periódico y esperó a uno de sus vecinos en la calle a la hora que acostumbraba pasar y le clavó la lima en diferentes partes y en el pulmón.

Fué reingresado al Sanatorio después de la agresión, continuando actualmente (junio de 1947) en el mismo estado, siendo su potencial agresivo muy acentuado, aunque su personalidad está conservada.

Observación núm. 5. — A. S. (Pilar), 66 años. Ingresó en el Preventorio Psiquiátrico el día 21 de marzo de 1944.

Cuadro parafrénico, delirio de influencia y posesión. Es pinchada, electrizada, hipnotizada, "le envían desvelos", lo cual daba lugar a grandes gritos, llantos quejas, lo que determinó su ingreso de urgencia. Fenómenos psicomotores. Personalidad muy conservada, blanda, afectuosa, bondadosa. Sus reacciones a las "influencias" son las que tendría una persona normal.

Fracasó la terapéutica convulsivante. Fué trasladada al Instituto Neurológico el día 28 de marzo de 1944, donde fué operada de leucotomía. Curso postoperatorio normal. Durante unas tres semanas, embotada, apática, indiferente, no recuerda nada, desapareciendo las alucinaciones cenestésicas y delirio de influencia. Después vuelve la sintomatología anterior, aunque desaparecen los gritos, las quejas. Come y duerme bien.

Fué dada de alta el 8 de junio de 1944. Visitada después, continuó la sintomatología delirante alucinatoria, aunque desposeída de sus manifestaciones afectivas, cuida la casa, trabaja, etc. Hace unos meses recae en el cuadro mental del principio.

Observación núm. 6. — E. M. (María), 18 años. Ingresó en el Preventorio de Psiquiatría el día 7 de enero de 1944.

Antecedentes: Un primo hermano afecto de tuberculosis. Constitución leptosomática muy acusada. Muy retraída, no ha tenido nunca novios, no es aficionada al baile, poco sociable.

Principio su cuadro mental hace dos meses con manifestaciones incoherentes poco aparatosas, pero en oposición a su modo de ser (era pretendida por novios,

reír sola, pintarse los labios). Bruscamente, pocos días antes del ingreso, presentó cuadro muy agudo catatónico, oscilaciones de estupor, con agitación motriz desordenada, disgregación, manierismos y estereotipias, negativismo.

Tratada con electroshock, sin mejora. Se prueba cardiazol, sin resultado. Tratamiento Sakel, suspender a los tres comas (comas graves).

Es trasladada al Instituto Neurológico el día 9 de febrero de 1944. Ya el día siguiente presenta fiebre (es posible que al ser operada ya tuviera fiebre). Desarrolló rápidamente neumopatía aguda, que evolucionó en absceso pulmonar. Expectación muy abundante y fétida. Falleció el día 31 de marzo de 1944.

Observación núm. 7. — G. S. (Carmen), 16 años, soltera. Ingresó el día 23 de octubre de 1944.

Sin antecedentes familiares. Constitución infantil. Carácter tímido, poco sociable. ¿Débil mental?

Hace un mes, pródromos: insomnio, decaimiento, fatiga. Leía más que de costumbre. Una semana antes de su ingreso, comienzo de una violenta agitación motriz, rompía los objetos. Se sentía cambiada, 'embrujaada', perseguida, hablaba en castellano (siempre había hablado en catalán y el castellano lo hablaba mal), oscilaciones de agitación, llorar, gritar, con otros estupurosos, estáticos, rezar, etc. Ingresó con este cuadro.

Fue tratada con electroshock combinado con comas hipogencémicos. Total, 25 comas y 12 electroshocks. Su cuadro no sufre variación.

Fue trasladada al Instituto Neurológico el día 20 de diciembre de 1944 para ser operada de leucotomía. Curso postoperatorio, normal. Cede desde la operación la agitación, pero con apatía e indiferencia, presentando después agitación ligera, para respuestas, blasfemias. Paulatinamente mejora, más sociable, trabaja en ocupaciones domésticas, siendo dada de alta el día 25 de enero de 1945.

Queda un déficit intelectual probablemente congénito. Las cartas que ha escrito a una enfermera del Preventorio son algo disgregadas, de todas maneras es dócil y trabajadora en su ambiente familiar. Al año recae.

Observación núm. 8. — A. A. (Asunción), 18 años, sirvienta. Ingresó en el Preventorio Psiquiátrico el día 27 de noviembre de 1943.

Ingresó con un cuadro de agitación amencial, con delirio y alucinaciones, algo confusa. Lenguaje disgregado.

Tratada con electroshock sin resultado. El tratamiento Sakel (18 comas) mejoró algo, pero volvió a recaer.

Fue trasladada al Instituto Neurológico Municipal el día 16 de febrero de 1944, donde fue operada de leucotomía. Primeros días presenta obnubilada, cefalea, indiferencia, pero paulatinamente mejora y sale con alta el 23 de marzo de 1944.

Examinada posteriormente continúa bien, aunque en conjunto personalidad reducida, posiblemente responde a su personalidad prepsicótica anterior a la enfermedad.

Observación núm. 9. — M. P. (Encarnación), 50 años, viuda. Ingresó en el Preventorio Psiquiátrico el día 26 de octubre de 1944.

Constitución píco ciclótica, habladora, sociable, optimista, compasiva. Ingresó con síndrome maniaco, ligera excitación motriz, eufórica, incoherente, ideas deliriosas de tipo erótico (es pretendida, indirectas de enamoramientos, etc.).

Tratada mucho tiempo con electroshock, mejora, pero recae (en conjunto unos 50 electroshock). Tratamiento con piroterapia, sin resultado.

Fue trasladada al Instituto Neurológico Municipal, donde le practicaron la leucotomía el día 16 de enero de 1945. Mejoró desde dicha intervención paulatinamente y salió con alta el 18 de febrero de 1945. Desde entonces continúa bien en su casa.

Observación núm. 10. — J. L. (María), 53 años, casada. Ingresó en el Preventorio de Psiquiatría en noviembre de 1943.

Ingresó con cuadro maniaco atípico. Alucinaciones auditivas. Agitación motriz, algo confusa.

Padece sordera muy acentuada. También insuficiencia mitral. Personalidad muy dócil, trabajadora, sociable y compasiva.

Su cuadro cede rápidamente con electroshock, pero recae rápidamente. En esta

forma, con diferentes ingresos y reingresos, le han sido practicados gran número de electroshocks, con mejora seguida de recaída.

En agosto de 1944 ingresó en el Instituto Neurológico, donde le fué practicada una leucotomía. Presentó de momento un estado de apatía e indiferencia. Se orinaba encima levantada. Le pasó esta fase y volvió a su estado anterior, sin mejora alguna.

Ha continuado hasta la actualidad a temporadas con electroshock. Fué alta el día 28 de agosto de 1944. Desde entonces sigue cura ambulatoria.

Es de resaltar que su lesión cardíaca no ha presentado complicación a pesar de más de 119 electroshocks, que lleva hasta la fecha (junio de 1947).

Observación núm. 11. — T. F. (Jorge), 58 años, casado. Ingresó en el Preventorio Psiquiátrico el día 5 de junio de 1944.

Un hermano suyo padeció melancolía y estuvo internado en el Sanatorio Psiquiátrico de San Baudilio.

Carácter serio, de casa, trabajador, algo violento.

Casado, sin hijos

En el año 1936 presentó un cuadro de parálisis general de forma expansiva. Empezó a trasnochar, se volvió grosero en el hablar y acciones, comilón, despreocupado, abusos sexuales, pródigo. Ideas de negocios, según su esposa no veía más que ganancias, no las pérdidas. Ideas de grandezas, "era gobernador de Montjuich". Ingresó en la Clínica Psiquiátrica en el año 1937, debido a hacer hecho un robo, y al ser detenido fué observado su trastorno mental. Fué diagnosticado de parálisis general progresiva, con reacciones positivas en sangre y líquido céfalorraquídeo. Fué empaludizado el día 10 de abril de 1937 e hizo tratamiento específico. Fué trasladado al Sanatorio Psiquiátrico de San Baudilio, donde remitió y salió con alta. Desde 1937 hasta el año 1944, hizo tratamiento específico y estuvo bien.

En junio de 1944 volvió a presentar trastornos mentales de tipo maniaco. Hipervalorado, no se deja contradecir, ideas de grandeza, trasnocha, vende objetos, compra otros y no paga. En su casa, agresivo, se deja llevar por otros. Buena memoria y bien orientado. Sus ideas son lábiles y menos absurdas que en la parálisis general. Predomina hipervaloración, más fuerza, se cree más inteligente, todo lo quiere arreglar, fácilmente se excita al contrariarle. No tiene miedo al electroshock, al contrario, es fuerte y no le hacen nada. Examen de sangre y líquido céfalorraquídeo, negativos.

Fué tratado con electroshock, fiebres y electroshock, y últimamente fué empaludizado, sufriendo 9 accesos palúdicos y después tratamiento específico. En general, mejora, pero recae.

El día 6 de febrero de 1945 ingresó en el Instituto Neurológico, siendo operado de leucotomía y a las tres horas falleció de complicación hemorrágica postoperatoria.

Observación núm. 12. — B. LL. (Joaquín), 41 años, casado. Ingresó en el Preventorio Psiquiátrico el día 16 de marzo de 1944.

Antecedentes familiares: Padre alcohólico, un tío paterno padecía obsesiones. Su madre padeció trastornos mentales (intentó suicidarse). Un hermano de la madre está recluido en el Instituto Pedro Mata, de Reus. Todos sus familiares son neuróticos.

En su matrimonio ha habido un aborto y dos hijos.

Carácter bondadoso, preocupativo, pesimista, algo irritable. Pródigo. Temporadas se levanta tarde, pocas ganas de trabajar. A veces sueña en voz alta y sueños terroríficos. Temporadas abuso de vino. Constitución pícnica.

Toda su vida ha sido pesimista e hipocondríaco. Miedo a tener una angina de pecho, a que se le estrangule una hernia. Miedo a contagios. Cualquiera enfermedad de que se le hable teme padecerla o nota inmediatamente sus síntomas. Cualquiera contrariedad le irrita y acentúa su modo de ser. Esta sintomatología la ha presentado siempre.

Dos meses antes de su ingreso se acentúan sus molestias y abandonó el trabajo. Ideas de insuficiencia e incapacidad, tenía obsesiones de tirarse por una ventana y pedía que le sujetaran, impulsos agresivos contra su familia a los que luego pide perdón, ideas de ruina, no comía nada, desanimación, incontinencia

emocional. Miedo de cometer actos delictivos, de su enfermedad, de su posible dolencia del corazón.

Examen de sangre: Wassermann, negativo

Tratado con electroshock, mejora, pero recae a los pocos días. Fué practicada una leucotomía el día 28 de marzo de 1944, mejorando rápidamente y saliendo con alta el día 22 de abril de 1944.

En junio de 1944 recae y tratado con electroshock mejora. Desde entonces ha estado relativamente bien, ha trabajado, muy mejorado en relación a su estado anterior. Ha sufrido varias recaídas sin llegar a reclusión.

Observación núm. 13. — C. T. (Angeles), 37 años, casada. Ingresó en el Preventorio de Psiquiatría el día 27 de junio de 1944.

Un hermano de su madre trastorno mental. Retraída, pacífica, preocupativa.

Desde el año 1941, ideas de celos y de persecución. Ideas religiosas. 'Habla sola. Cuadro de melancolía angustiosa, no cesa de llorar, "le robaron sus hijos"'. Con electroshock en varias tandas, mejora, pero recae, lo que motiva varios ingresos y reingresos.

Fué operada de leucotomía en el Instituto Neurológico el día 23 de octubre de 1944. Después de la operación, muy parada, perpleja, conformada de todo, no se queja de nada, sin iniciativa, se orina estando derecha y al hacérselo notar sonríe. A las dos semanas empieza a mejorar, renace su actividad, trabaja, coherente. Sale con alta remitida de su melancolía el día 28 de noviembre de 1944.

Noticias posteriores dan cuenta que sigue bien y cuida su familia.

Observación núm. 14. — A. F. (Luisa), 37 años, casada. Ingresó en el Preventorio de Psiquiatría el día 28 de septiembre de 1945.

Cuadro melancólico, varios intentos de suicidio. Su cuadro data de unos dos años, habiendo sido tratada con electroshock, que mejora inmediatamente su trastorno, pero vuelve a recaer. Ha estado internada en la Clínica Mental de la Excma. Diputación.

Tratada con electroshock mejora y es dada de alta, pero a los pocos días reingresa con el mismo cuadro. Predomina inhibición, ideas de autoacusación, ideas hipocondríacas.

Es trasladada al Instituto Neurológico el día 18 de febrero de 1946, donde fué operada de leucotomía.

Desde el día siguiente de operada, cambia su cuadro melancólico, espontánea, sintónica, desaparece la inhibición, tranquila

Posteriormente, cuadro maniaco, que obligó a que la recluyeran en S. Baudilio.

Observación núm. 15. — M. (Josefina). (Enferma del Instituto Neurológico).

Cuadro de neurosis obsesiva. Se pasa el día lavándose las manos, los platos de la comida, el pan, hasta la sopa. Por las noches se levanta a cada momento a lavarse la boca y las manos. Estados de angustia si no la realiza. Este cuadro, hace ocho años principió y ha sido tratada por varios compañeros sin resultado.

Fué operada de leucotomía e inyección de alcohol a los dos meses, sin resultado.

* * *

Las observaciones descritas, por lo reducido del número, como por su carácter heterogéneo, no permiten conclusiones más que provisionales. No obstante, merecen algunas consideraciones, ya que aumentan en valor por llevar tres años de observación postoperatoria.

Entre los enfermos tratados hay 8 esquizofrenias. Es posible que guiado por reseñas bibliográficas relativas al método, en las que señalaban mejoras en procesos esquizofrénicos, probáramos la bondad de dicho tratamiento.

En los cuadros esquizofrénicos crónicos no hemos obtenido ningún resultado. En las formas parafrénicas tampoco hemos observado resultados favorables. Uno de los enfermos mejoró algo la agitación y permitió una alta, no por mejora de sus síntomas alucinatorios, sino porque éstos no iban acompañados de la angustia y sufrimiento de antes. No obstante, en la otra forma no modificó el potencial agresivo, pues después de leucotomizado, ya trasladado al Sanatorio Psiquiátrico

de San Baudilio, se evadió y cometió un intento de homicidio y aun actualmente continúa su peligrosidad.

En la estadística hay tres casos agudos, los cuales todos habían sido tratados con electroshock y con comas hipoglucémicos. Excepto uno que murió de absceso pulmonar (debido a la terapéutica convulsionante), los otros dos mejoraron a continuación de la leucotomía. Sólo nos queda la duda si dichos enfermos, sin la intervención también hubieran remitido, pues no es muy raro que enfermos agudos que no han remitido con estos tratamientos mejoran después espontáneamente o con un tratamiento sintomático (por ejemplo, un absceso de fijación, unas inyecciones piritógenas). Si bien nos autoacusamos de precipitación, sea en descargo nuestro la agitación de dichos enfermos, la sintomatología de tipo procesal, la edad (de 15 a 18 años) que nos hacía temer u curso catastrófico. De todos modos, valga la observación, pues las dos remitieron y hasta la fecha una bien; «como antes de su enfermedad», según sus familiares, la otra recayó hace poco tiempo.

En la neurosis obsesiva, enferma que hace años es visitada en nuestros Establecimientos psiquiátricos, no se ha observado ninguna modificación.

Por lo que se refiere a las formas maniacas, todas eran rebeldes a los tratamientos piritoterápicos y convulsivantes, siendo además las mejoras de corta duración, seguidas de recaída. En uno de ellas hemos obtenido una buena remisión que subsiste en la actualidad. En otra no se obtuvo ninguna mejora, y en la tercera murió de hemorragia postoperatoria.

En las tres formas depresivas se han obtenido buenos resultados inmediatos. Todos ellos eran formas que mejoraban con electroshock, pero recaían inmediatamente. Tales formas corresponden por sus resultados positivos a las observaciones de otros autores como indicación más precisa de la operación. Una de ellas remitida de su melancolía presentó un episodio maniaco que obligó a su reclusión.

(Trabajo del Preventorio Psiquiátrico e Instituto Neurológico Municipales).