

por seudoparálisis y una nueva trombo-  
sis cerebral.

En la hemiplejía, la epilepsia sensi-  
va puede presentarse con dolor extrema-  
damente severo que puede confundirse  
con dolor talámico. Estos síndromes res-  
ponden bien a los medicamentos anti-  
convulsivos.

En la confusión posepiléptica con en-  
fermedad cerebro-vascular, el ataque  
epiléptico puede quedar oculto y el epi-  
sodio confusional ser el rasgo domi-  
nante.

La epilepsia es relativamente común  
en los ancianos.

F. DEL VILLAR

Brook, M. F., J. D. "Psychiatric  
Illness in the Medical Profes-  
sion". *British J. Psychiatric*, vo-  
lumen 113, núm. 502, septiembre  
de 1967, p. 1013.

Es sorprendente encontrar cuán poca in-  
vestigación sobre la frecuencia de enfer-  
medades psiquiátricas entre los médicos  
se ha llevado a cabo, excepto la que se  
ha hecho en relación con la adición a  
drogas. Un estudio patético es el de  
Fox en 1957, quien estimó que el 1 %  
de los médicos norteamericanos son adic-  
tos. Norwoodeast, en 1949, revisó 383  
casos de drogadictos en la Gran Bretaña  
e Irlanda y encontró que 82 eran mé-  
dicos.

El autor informa sobre un estudio  
efectuado en 192 pacientes atendidos  
durante la década de enero de 1954 a  
enero de 1964, 78 de los cuales fueron  
vistas como pacientes externos y 114  
como internos.

Los principales hallazgos fueron:

- 1) En el grupo de pacientes externos  
predominaron los médicos psiquiatras.
- 2) Se encontró una frecuencia signi-

ficativamente baja de psiconeurosis en  
la muestra total, en relación con el grupo  
central de pacientes no médicos.

3) Se encontró una frecuencia signi-  
ficativamente elevada de adicción  
(32.8 %); principalmente alcohol y  
otras drogas. La iniciación tardía de la  
adicción fue notable en el grupo médico.

4) No hubo diferencias significativas  
entre la frecuencia de esquizofrenia, psi-  
cosis afectivas u otras enfermedades  
psiquiátricas entre los dos grupos.

5) El 78 % de los pacientes médicos  
presentaron un episodio dentro de los  
primeros 20 años después de su gradua-  
ción y 40 % aproximadamente dentro  
de los primeros 10 años.

6) Se encontró una frecuencia eleva-  
da de suicidios, lo cual ya había sido  
observado por otros investigadores. Este  
fenómeno se ha explicado por varios fac-  
tores, pero el autor considera que el  
principal es la resistencia que tiene el  
médico para pedir ayuda a sus colegas  
psiquiatras.

El autor concluye su trabajo propo-  
niendo medidas tanto en lo que se re-  
fiere a la selección de médicos como a  
su cuidado cuando sufran algún trastor-  
no psiquiátrico.

A. CÓRDOVA

Glessing, L. R., "Biochemistry of  
Periodic Catatonia". *World Con-  
gress of Psychiat. Madrid. Exerp-  
ta Med. Serv.* 117:25, 1966.

El rasgo clínico característico de la cata-  
tonia periódica es la repetición de esta-  
dos de excitación catatónica o estupor  
separados por periodos de calma. Este  
síndrome puede presentarse con la apari-  
ción de la enfermedad mental o aparecer  
muchos años antes de la iniciación de  
síndromes esquizofrénicos.

El hallazgo bioquímico principal con-  
siste en una inestabilidad del nitrógeno  
con periodos de retención y de aumento  
en la excreción de nitrógeno (principal-  
mente urea); un consumo de oxígeno  
reducido en el intervalo de las crisis y  
elevado en la fase catatónica. En los in-  
tervalos el estado vegetativo es predomi-  
nantemente colinérgico y en la fase de  
reacción es fuertemente adrenérgico con  
aumento de la excreción urinaria de me-  
tanefrinas, ácido vanillilmandílico, 17-ce-  
tosteroides, minerales y glucocorticoides.

La administración de hormona tiroi-  
dea generalmente trae consigo la com-  
pleta recuperación, tanto de los trastor-  
nos físicos como de los psíquicos.

Todos los investigadores atribuyeron  
los cambios a una disfunción del diencé-  
falo. Las bases químicas o neurofisiológi-  
cas de tal disfunción, son desconocidas.  
Tampoco se sabe por qué la hormona  
tiroidea corrige este trastorno.

F. DEL VILLAR

Blumer, D. y A. E. Walker, "Sexual  
Behavior in Temporal Lobe Epi-  
lepsy". *Arch. Neurol.*, 16, 1967,  
pp. 37-43.

Los autores estudiaron a 21 pacientes  
(17 hombres y 4 mujeres, cuyas eda-  
des fluctuaron entre 17 y 47 años), que  
fueron sujetos a lobotomía temporal uni-  
lateral por epilepsia. 11 de ellos habían  
sido marcadamente hiposexuales antes de  
la cirugía. Se asumió una hiposexuali-  
dad global cuando un individuo no tuvo  
relación sexual por lo menos cada 2 me-  
ses. 5 pacientes habían mostrado una  
total o casi total carencia del impulso  
sexual a partir del principio de las cri-  
sis del lóbulo temporal. En 6 pacientes,  
cuyas crisis se iniciaron entre los 13 y

15 años, la hiposexualidad estuvo siem-  
pre presente.

Después de la intervención, fue apa-  
rente una clara correlación entre la pre-  
sencia de actividad crítica e hiposexua-  
lidad: la ausencia de respuesta sexual  
persistió en 3 pacientes que no mejo-  
raron en cuanto a las crisis; 4 pacientes  
cuyas crisis disminuyeron, mostraron me-  
joría de su impulso sexual y 2 pacientes  
que en el posoperatorio mostraron in-  
cremento de su sexualidad, la perdieron  
con la recurrencia de la crisis. La corre-  
lación de disminución en la sexualidad  
y epilepsia del lóbulo temporal se ob-  
servó también en pacientes que no fue-  
ron considerados claramente hiposexua-  
les. El lado de la lesión no mostró ser  
importante para la respuesta sexual. To-  
dos los pacientes fueron mantenidos con  
anticonvulsivos después de la cirugía.

Los autores consideraron que sus ob-  
servaciones confirman el hallazgo origi-  
nal de 1964 de que más del 50 % de  
pacientes con epilepsia del lóbulo tempo-  
ral sufren hiposexualidad global. Los  
cambios sexuales parecen estar relacio-  
nados con la actividad de las estructuras  
mediales temporales producida por la  
presencia o ausencia de descargas in-  
trínsecas. Este hallazgo confirma la im-  
portancia de estas estructuras por la  
regulación de las funciones sexuales,  
como fue demostrado en 1939.

F. DEL VILLAR

Greenberg, R. y Ch. Pearlman, "De-  
lirium Tremens and Dreaming".  
*The American Journal of Psy-  
chiatry*, vol. 124, núm. 2, Agosto  
de 1967, p. 133.

La relación entre alucinaciones y sue-  
ños ha sido objeto de muchas especula-



ciones. En el presente trabajo, se intenta estudiar esta relación en el *delirium tremens*.

En 1881, Lasague escribió un artículo titulado "El delirio alcohólico, no es un delirio, es un sueño", en el que después de un cuidadoso estudio clínico, concluía que en el estado de abstinencia del alcohólico se presentaban una serie de fenómenos visuales anormales, que iban desde los sueños nocturnos muy vívidos, hasta las alucinaciones, que él consideró como "soñar despierto".

Experimentos recientes como los efectuados por Dement y Kleitman han mostrado que durante el llamado periodo I-REM (con movimientos oculares rápidos) si se despierta al sujeto puede relatar el sueño en forma detallada, lo cual no ocurre si se le despierta en otra fase del dormir.

Dement encontró también que la privación del estado I-REM conduce a la producción de síntomas tales como alucinaciones y distorsiones de la percepción. Diversos estudios han mostrado que ciertas drogas, entre las que se encuentran el alcohol, suprimen el estado I-REM.

Otros investigadores han encontrado que la administración nocturna de cierta cantidad de alcohol suprime el estado I-REM, y que después de cinco noches, al ser suprimido el alcohol, se presenta un aumento en la duración del periodo I-REM.

Los autores de este trabajo, basándose en las informaciones anteriores, efectuaron una investigación en alcohólicos y encontraron que la supresión del alcohol coincidía en un 100 % de los sujetos con un aumento del periodo I-REM, exactamente antes de que se desencadenara el *delirium tremens*.

Los autores concluyen que estos hallazgos, además de dar una explicación

de los mecanismos involucrados en el desarrollo del *delirium tremens*, sugirieron algunas medidas terapéuticas adecuadas, tales como la administración de clordiazepóxido a los enfermos, ya que a dosis elevadas esta droga no parece suprimir el soñar, lo que permitiría que el déficit se corrigiera durante el dormir y que no se presentara como delirio.

A. CÓRDOVA

Meissner, W. W. S. J., "Memory Function in the Korsakoff Syndrome". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 145, núm. 2, Agosto de 1967, p. 106.

En el estadio crónico el síndrome de Korsakoff se caracteriza por una pérdida de la memoria reciente y confabulación. La pérdida de la memoria abarca tanto a la memoria anterógrada como retrógrada. El paciente con síndrome de Korsakoff sufre una marcada incapacidad para aprender o retener impresiones recientes. Junto con el déficit en la adquisición y retención de nuevas impresiones existe un déficit en la retención de las más viejas impresiones, hábitos y conocimientos de tipo práctico. Talland, en un trabajo reciente, ha sugerido que en estos pacientes el aprendizaje y la capacidad de retención están limitados por una tendencia a aislar impresiones individuales del flujo de experiencias, lo cual es debido a una falta de flexibilidad para adoptar campos (*sets*) en forma alterada y por una peculiar dificultad en el ordenamiento secuencial de su conducta.

Tomando en cuenta estas observaciones previas el autor planteó una investigación con el objeto de determinar las alteraciones de la memoria en 7 pacien-

tes con síndrome de Korsakoff. Para tal investigación, diseñó técnicas que describe minuciosamente. Concluye que el déficit de Korsakoff parece ser independiente de una rigidez o falta de flexibilidad para moverse de un campo de experiencias o ideas a otro.

La tendencia a aislar impresiones del flujo de experiencias es secundaria al defecto básico. Los resultados de esta investigación parecen estar de acuerdo con la hipótesis de que el déficit fundamental en el paciente con síndrome de Korsakoff es una incapacidad para organizar e integrar los elementos de la experiencia en una forma secuencial. En el proceso de información que va de la percepción al registro en el almacén de la memoria, no solamente se incorporan elementos simples sino también fragmentos de secuencia. En el sujeto con síndrome de Korsakoff esta incorporación no se acompaña de los procesos normales que determinan qué experiencias específicas e impresiones sean localizadas dentro de una secuencia temporal e integradas dentro de la totalidad de la experiencia. El proceso de recordar activamente tales experiencias secuenciales requiere una reintegración de las impresiones recibidas y las almacenadas, dentro de una secuencia específica. El individuo con síndrome de Korsakoff presenta una severa incapacidad para efectuar esta función.

En resumen, el autor piensa que aunque generalmente se habla de que en el síndrome de Korsakoff existe una falla de la memoria reciente, de los estudios aquí presentados se deduce que lo que realmente sucede es que la capacidad para adquirir información está severamente obstaculizada. El paciente con síndrome de Korsakoff parece ser capaz de percibir, aprender y utilizar piezas simples de información pero cuando es

requerido a utilizar formas más complejas, tiene dificultades.

A. CÓRDOVA

Murphy, G. y E. Robins, "Social Factors in Suicide". *J. A. M. A.*, 199, 1967, pp. 303-308.

El estudio psiquiátrico de una serie consecutiva de casos de suicidio en un núcleo de población urbana, puso de manifiesto en la mayoría de los casos, desórdenes afectivos (enfermedad depresiva) y alcoholismo.

Una investigación de factores sociales en los casos agrupados en estas dos categorías nosológicas mostró que en una baja proporción los alcohólicos estaban casados al tiempo de ocurrir el suicidio, en tanto que la mayoría estaban divorciados, separados o vivían solos. En contraste, los suicidas comprendidos en el grupo que sufre trastornos afectivos difirió de la población general solamente en que una alta proporción de ellos vivían solos.

32 % de los alcohólicos habían sufrido interrupciones de relaciones interpersonales significativas (pérdida de objeto), en las seis últimas semanas que precedieron al suicidio. Sólo el 3 % de los suicidas con desórdenes afectivos habían pasado por tales experiencias recientemente.

En los desórdenes afectivos, el suicidio es principalmente una respuesta a los síntomas de la depresión en sí, mientras que en el alcoholismo es más frecuentemente una respuesta a perturbaciones sociales. El alcohólico parece ser particularmente vulnerable al impulso suicida cuando pierde el afecto de personas que le son significativas. Este hallazgo puede facilitar la prevención del

