

PSICOPATOLOGIA DE LAS GLANDULAS DE SECRECION INTERNA

Por *Alberto Hernández.*

I

ADVERTENCIA

Al escribir el presente trabajo, uno de mis principales objetivos fue el de satisfacer las repetidas solicitudes del estudiantado de Medicina quien en varias ocasiones desde 1940, me manifestó el interés que tenía en poderse documentar sobre las relaciones existentes entre las hormonas y el psiquismo.

Ante el hecho evidente de que el tema en cuestión no está tratado sino muy someramente en los textos de Psiquiatría y de Patología Endocrina, decidí iniciar su estudio sirviéndome para ello de algunas observaciones personales y de la experiencia que había adquirido durante mi jefatura en las clínicas Neurológica y Semiología y en la enseñanza de la Fisiología Endocrina que tuvo a bien confiarme el Profesor Esguerra en el año de 1941.

Todo este conjunto de bases, modelado con la abundante bibliografía que al final puede verse, me permitió terminar ésta difícil empresa que sin duda alguna tendrá sus deficiencias y hasta podrá resultar un poco monótona por haber sido redactada en una forma estrictamente científica pero que espero servirá de algo a todos aquellos que me alentaron en su elaboración.

BOSQUEJO HISTORICO

Puede decirse que hasta el año 500 antes de Jesucristo la humanidad vivió ignorando por completo los orígenes de la inteligencia. Fue en efecto en esta fecha memorable y en la ciudad griega de Cretone que un médico ilustre llamado Alcmeón se destacó dentro de esa inmensa multitud acéfala para declarar por primera vez ante la faz del mundo que el cerebro era el centro de las sensaciones y el órgano del pensamiento.

Después de él viene HIPOCRATES (460 AJ) quien a pesar de haber sido llamado el padre de la medicina y de haber enseñado que las lesiones traumáticas del cerebro podían acompañarse de

epilepsia o de parálisis de los miembros del lado opuesto, salta a la vista que apenas sabía algo de las desorganizaciones y modificaciones primordiales que dependen de la acción del sistema nervioso pues no se muestra muy claro en sus descripciones de ciertas afecciones neuro-mentales como la misma epilepsia, el delirio infeccioso agudo, los estados letárgicos y otros.

Enseguida nos encontramos con ARISTOTELES (380 AJ) quien además de sostener que el pensamiento es enteramente ajeno al mundo exterior, enseña que si el cerebro humano es más grande que el de muchos animales, ésto se debe exclusivamente a que el corazón y los pulmones del hombre desprenden un exceso de calor que debe ser suavizado por este importante órgano.

En otras palabras, el cerebro humano no es para Aristóteles más que un puro refrigerador, una especie de nevera que ni siquiera en forma indirecta participa en la elaboración de nuestros procesos intelectuales.

Galiano, que vivió del año 130 al 200 de la era cristiana, prescindió por completo de las ideas de Aristóteles a este respecto y admite la existencia en el hombre de tres clases de espíritus: los espíritus naturales, los vitales y los animales.

Los espíritus naturales van por la sangre hasta el corazón y allí al entrar en contacto con el aire se trasforman en espíritus vitales los cuales a su vez se transforman en el cerebro en espíritus animales.

De estas tres clases de espíritus nacen tres facultades: la natural, la vital y la animal respectivamente. Estas a su vez dan origen a las acciones naturales, vitales y animales cada una en su orden.

Las acciones naturales son para Galiano las más importantes. Están situadas en el cerebro y de ellas nacen el sentimiento y el movimiento. Por intermedio de los nervios se extienden por todo el cuerpo y tienen bajo su dependencia el control general del organismo.

Es pues con Galiano, hace mil setecientos años, que comenzó a desarrollarse en forma definitiva la noción científica de que el cerebro es el centro de la inteligencia, de la sensibilidad, de la motricidad, de nuestros procesos afectivos y aun de nuestra personalidad moral. Los trabajos que desde entonces fueron publicados tienden todos a demostrar lo mismo. Aquellos que seguían las teorías de Descartes, localizaban como éste la inteligencia en la glándula pineal. Los que más cerca de la época actual seguían a la escuela alemana encabezada por Kupperts y Kleist hacían de la región hipotalámica el centro de la conciencia del yo, y por consiguiente el lugar desde donde se dirige toda nuestra actividad psicológica.

A pesar de estas distintas localizaciones, la idea permanecía idéntica, es decir, que era el cerebro y no otro órgano el encargado de elaborar nuestra vida intelectual.

En el siglo XVIII el médico inglés Tomas Willis establece que lo más importante del cerebro es la substancia gris, siendo la blanca secundaria en cuanto a los procesos intelectuales se refiere y que un individuo presentará una inteligencia tanto más poderosa cuanto más grandes sean sus circunvoluciones y más hondos los surcos que las separen. En otras palabras, que la cantidad de substancia gris está en relación directa con la capacidad intelectual del individuo. Por último, en 1808 el gran fisiólogo Gall, demuestra que el cerebro en oposición con las demás vísceras del organismo, no está constituido por la yuxtaposición de elementos de estructura uniforme sino que por el contrario su arquitectura celular es heterogénea y que en consecuencia posee tantas funciones cuantos sistemas cito-arquitectónicos diferentes intervienen en su formación.

De esta idea genial de Gall, nació la doctrina tan fecunda de las áreas funcionales del cerebro que en clínica nos permite localizar con precisión casi matemática, una lesión de la corteza cerebral. Actualmente, la opinión científica que prevalece respecto a los orígenes del psiquismo, es que este no es más que una consecuencia del buen funcionamiento cerebral el cual a su vez depende del funcionamiento armonioso de todas las partes que constituyen el organismo. Esto significa que tal como lo presentía Pierre Janet, no pensamos únicamente con nuestro cerebro sino con todo nuestro cuerpo y que no pensamos lo mismo en estado de salud que cuando nuestro organismo está bajo la influencia de algún proceso mórbido.

Esta opinión, sostenida por los exponentes prestigiosos de la ciencia contemporánea, se manifiesta también, con bríos cada vez más crecientes entre los literatos. Así por ejemplo André Maurois en su reciente libro: "Un arte de vivir", nos dice lo siguiente: "Parece que los pensamientos mejor adaptados al universo de las cosas sean aquellos que se hallan inscritos en los cuerpos vivientes bajo la forma de instintos o de hábitos".

Y más adelante: "un jugador de tennis, de foot ball, un esgrimidor, un acróbata, piensan con su cuerpo. El esgrimidor no tiene nunca tiempo de decirse: hé aquí que mi adversario hace una doble finta y luego rompe; voy a contestarle con una doble parada y un ataque a fondo. Piensa con su florete, con sus dedos".

Y más adelante todavía: "No es un razonamiento lo que determina al escultor a excavar un poco más la curva de una cadera. Entre sus ojos fijos en el modelo y sus dedos que acarician la estatua, una comunicación directa se ha establecido. Lo mismo que el gimnasta, el buen obrero y el artista piensan con su cuerpo".

“Observad, continúa Maurois, a los amantes que se reconcilian después de una querella. No es una explicación verbal lo que apacigua su cólera. De improviso un suspiro engendra una sonrisa, dos miradas se encuentran, dos cuerpos se aproximan y hélos aquí en los brazos el uno del otro y mucho más ciertos de su acuerdo que si largas palabras hubieran traído la paz”.

“Existe pues, concluye el escritor francés, un pensamiento corporal que guía ciertas de nuestras acciones con una maravillosa seguridad”.

Pero si el organismo en su conjunto participa en la coordinación y elaboración de nuestros procesos intelectuales, sentimentales y volutivos, entre las muchas partes que lo integran hay algunas que desempeñan un papel fundamental a este respecto. Me refiero a esa serie de vísceras que se encuentran estrechamente unidas con el cerebro por intermedio de sus secreciones internas y que son las glándulas vasculares sanguíneas o glándulas endocrinas, sin cuyo correcto funcionamiento nuestra personalidad psíquica puede experimentar trastornos tan profundos que nos lleven a la idiotez, al crimen o a la locura.

Para mí, la correlación perfecta entre el cerebro y el sistema glandular interno, es el principal motor de nuestro dinamismo psicológico.

El cerebro interviene en el normal funcionamiento de las glándulas vasculares internas y éstas a su vez, gracias a la calidad y a la cantidad de sus hormonas, influyen directamente el funcionamiento cerebral.

Cuando por cualquier causa una glándula endocrina ve sus secreciones aumentar o disminuir, el clínico observará que poco a poco van apareciendo, además de las modificaciones corporales, una serie de síntomas mentales que demuestran de una manera evidente la prodigiosa influencia de las hormonas sobre el psiquismo.

El plan que en consecuencia voy a desarrollar, será el estudio detenido de la Psico-Patología de las glándulas de secreción interna, dejando a un lado y deliberadamente, lo que me sea posible de los síntomas físicos pues en su descripción abundan los tratados de patología endocrina.

EL CUERPO TIROIDES

Epoca experimental.

El primero en demostrar la importancia fisiológica del cuerpo tiroides fue Schiff quien extirpando dicha glándula en varios animales comprobó que éstos no sobrevivían a la operación. Algunos minutos después de la tiroidectomía, el animal empezaba a respirar

difícilmente y luego se presentaban convulsiones que se terminaban con la muerte.

Schiff concluía de estas experiencias que la glándula tiroides era indispensable para la vida.

Estos accidentes que hoy podemos calificar como de tetania aguda, no eran propiamente el resultado de la supresión del tiroides sino de la paratiroidectomía pues es bien sabido que las paratiroides están prácticamente incrustadas dentro del tiroides de tal manera que cuando se suprimía éste, se suprimían forzosamente aquéllas. Como Schiff ignoraba la existencia de las paratiroides, por eso concluía que los accidentes convulsivos eran de origen tiroidiano. Cuando se tiene el cuidado en una tiroidectomía, de respetar las paratiroides, se observa que los accidentes de tetania aguda no aparecen. En cambio se observa que después de algunos días el animal va presentando una serie de síntomas que actualmente se conocen con el nombre de "accidentes tardíos" los cuales sí son la consecuencia de la supresión experimental del cuerpo tiroides. Esta sintomatología consiste en que el animal se vuelve apático, taciturno, se aísla, presenta una tendencia invencible al sueño, su crecimiento se detiene y sus tejidos se infiltran.

En la misma época en que Schiff experimentaba sobre animales, (1.882), los cirujanos suizos Reverdin y Kocher realizaban en el hombre experiencias análogas comprobando a su vez que la extirpación total del tiroides acarrea accidentes agudos mortales que se caracterizaban por disnea progresiva, convulsiones tónicas localizadas en ciertos grupos musculares y un estado de confusión mental alucinatoria que venía a constituir como un suplemento a la sintomatología puramente física observada en el animal.

Cuando en sus operaciones estos cirujanos respetaban las paratiroides, el resultado era que no aparecían sino síntomas tardíos los cuales variaban según que el operado fuera un niño o un adulto.

En el niño se observaba un completo estancamiento de su desarrollo corporal y de su inteligencia al mismo tiempo que sus tejidos se infiltraban de aquella substancia mucoide tan característica de los estados mixedematosos.

En el adulto, en quien el desarrollo físico había ya terminado, se observaba únicamente un retroceso de todas sus facultades intelectuales, una gran indiferencia, una tendencia constante al sueño y la misma infiltración mixedematosa de los tegumentos.

A partir de esta época quedó plenamente demostrado el papel fundamental del cuerpo tiroides no solamente como factor morfo-genético sino también y sobre todo como rector en gran escala de la inteligencia humana.

Esta última función se irá haciendo más patente a medida que vayamos penetrando dentro de la patología tiroidiana.

Posteriormente a Schiff, a los hermanos Reverdin y a Kocher, las investigaciones científicas sobre el tiroides se prosiguieron incansablemente tanto en los campos de la clínica como en los del laboratorio y fue a Kendall en 1919 a quien le cupo en suerte extraer de la glándula un producto químico, la Tiroxina, el cual puede considerarse prácticamente como la hormona tiroidiana y por ende el único responsable de los desórdenes físicos y mentales que acarrear los estados de disfuncionamiento del tiroides.

HIPOTIROIDISMO

a) *Ausencia Congénita del Cuerpo Tiroides.*

Si damos comienzo al estudio de la Psicopatología tiroidiana partiendo del estado intelectual que progresivamente va presentando un niño que ha nacido sin cuerpo tiroides, veremos que éste puede considerarse como una forma clínica de la idiotez de segundo grado.

Debo advertir sin embargo que se trata de una idiotez, diferente por muchos aspectos, de aquella que resulta de lesiones cerebrales. En el caso de idiotez por ausencia congénita del cuerpo tiroides, el enorme déficit intelectual no resulta de lesiones anatómo-patológicas primitivas de la corteza cerebral, sino de la falta de secreción de la hormona tiroidiana.

Este punto de vista se demuestra ampliamente por el buen resultado terapéutico que da la Tiroxina empleada a tiempo en éstos casos y por el fracaso constante de todo tratamiento en las idioteces consecutivas a lesiones primitivas y más o menos extensas de la corteza cerebral.

El niño que nace sin cuerpo tiroides no presenta durante los primeros meses nada de anormal y tanto desde el punto de vista físico como intelectual, nos da la impresión de que su desarrollo psico-somático va a ser perfecto.

Probablemente el almacenamiento de las hormonas maternas juega, a mi modo de ver, un cierto papel a este respecto.

Llegado el tercero o el quinto mes, se observa que el niño no manifiesta ningún interés por lo que lo rodea, que no se agita ni se mueve como otros niños de su edad y que constantemente está poseído por una marcadísima somnolencia. Poco a poco van apareciendo los síntomas físicos del Mixedema y a medida que transcurre el tiempo, vemos que el niño es incapaz de adquirir un bagaje considerable de conocimientos pues su memoria es tan deficiente que todo lo que con abnegada paciencia se le enseña, lo olvida casi instantáneamente.

Es muy seguro que esta falta de capacidad para el aprendizaje

je sea debida al poco desarrollo de la atención, una vez que como acabo de decirlo, estos enfermos viven la mayor parte de su vida como sumergidos en una especie de adormecimiento que hace muy difícil y en ocasiones imposible, la correcta elaboración de las sensopercepciones.

De todo esto resulta que cuando el niño ha crecido, su desarrollo intelectual es prácticamente nulo y que desde el punto de vista social, se comporte como un niño de cinco o seis años.

En el campo afectivo estos enfermos son muy diferentes de los idiotas por lesiones cerebrales pues no presentan como aquellos, perversiones instintivas, ni accesos coléricos, ni crueldad, ni agresividad, sino que por el contrario tienen buenos sentimientos y son dóciles, tranquilos y más bien afectuosos. Si el tratamiento tiroxínico se aplica antes de que la corteza cerebral haya sufrido un cierto grado de atrofia, como consecuencia de la falta de secreción tiroidiana, veremos que el crecimiento se encamina en forma normal, que los síntomas de mixedema desaparecen, que la somnolencia se transforma en actividad, que la atención se despierta, que la memoria se agudiza y que el enfermo va adquiriendo poco a poco el desarrollo intelectual de cualquier otro niño de su misma edad.

La tiroxina tiene en conclusión, una acción psicogenética innegable y el atraso intelectual que el niño presentaba antes del tratamiento, era debido a que el cerebro no recibía el estímulo tiroxínico, indispensable para el buen desenvolvimiento del psiquismo.

b) *Insuficiencia tiroidiana.*

Cuando la insuficiencia tiroidiana sobreviene antes de la pubertad, ya sea por operación o bien por infección, las consecuencias van a ser un poco diferentes por la sencilla razón de que ya se han adquirido un cierto número de tendencias y de aptitudes psico-morales.

Sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos observamos que la evolución del desarrollo mental se detiene y que luego regresa en proporciones tan notorias que el individuo queda en circunstancias muy semejantes a las de ciertos cretinos de cuyo estudio nos ocuparemos más adelante.

Después de la pubertad, o sea en la edad adulta, la insuficiencia tiroidiana repercute en forma igualmente intensa sobre nuestro intelecto y sobre nuestra afectividad.

Lo primero que notamos es una tristeza infinita en estos enfermos. Su fisonomía no traduce la menor expresión ni la menor animación. En ocasiones se presentan ideas de persecución y de suicidio. Su imaginación es pobre; la atención espontánea y la atención voluntaria decaen profundamente; la asociación de ideas se

hace muy penosa. El enfermo se da cuenta perfecta de su decadencia y esto contribuye a mantenerlo en ese estado tan marcado de depresión nerviosa explicándonos también el por qué de su tristeza y de sus deseos de desaparecer. La actividad disminuye poco a poco y el individuo se ve obligado a abandonar hasta las más mínimas de sus ocupaciones y a renunciar a todo género de actividades sociales, tornándose apático, silencioso, indiferente y todavía más triste, hasta el punto que en este período no es raro ver aparecer un verdadero estado de melancolía.

Para ciertos autores como Regis, el debilitamiento de las facultades intelectuales es un fenómeno que no se observa sino en la fase terminal del hipotiroidismo del adulto. Antes no existiría sino el entorpecimiento físico y mental el cual sería el causante de la apatía y de ese aspecto adormecido que presentan dichos sujetos.

Y la prueba de que ésto es así, dice el eminente psiquiatra de Burdeos, "es que si el paciente se somete al tratamiento tiroidiano, su actividad renace y sus facultades se despiertan más o menos completamente".

Si Regis estuviera en lo cierto, podríamos nosotros afirmar igualmente que en la Parálisis General Progresiva, entidad que puede considerarse como el prototipo de las demencias, no se trata tampoco en lo más mínimo, de un debilitamiento global de las facultades intelectuales sino de un simple estado de entorpecimiento o de obtusión mental puesto que la malarioterapia transforma radicalmente el estado intelectual, afectivo y volutivo de la mayor parte de los paralíticos generales.

Desgraciadamente, tenemos que disentir de la opinión del gran maestro francés y sostener que tanto en el hipotiroidismo del adulto como en la Parálisis General, existe desde el comienzo, un déficit mental considerable que abarca todos los campos del psiquismo. Lo que muy probablemente guió a Regis en su afirmación, fue el hecho de que quien hace apenas 15 años pronunciaba la palabra debilitamiento de las facultades intelectuales, decía demencia; y demencia era sinónimo de incurabilidad. Pero actualmente por fortuna el criterio sobre las demencias ha variado y si en algunos casos como la demencia senil y la cerebroesclerosis se admite su carácter de incurabilidad, en otros, y entre ellos la Demencia Precoz y la Parálisis General, se posee por el contrario la certeza de que son curables cuando el tratamiento se realiza en las mejores circunstancias.

Si Regis hubiera vivido solamente 10 años más, sus ideas sobre el estado mental del hipotiroidismo del adulto hubieran sido, sin duda alguna, muy diferentes.

El tratamiento por la tiroxina produce en estos casos de hipotiroidismo, resultados verdaderamente maravillosos. El aspecto fi-

sico del enfermo cambia poco a poco hasta normalizarse; en el campo intelectual vemos que la inteligencia se despierta, que las ideas de tristeza desaparecen, que la fisonomía se anima, que la actividad brota de nuevo y con ella el gusto por el trabajo y por la vida social. Los sentimientos y afectos entran de nuevo a formar parte integrante de su personalidad y si el tratamiento se mantiene, se mantienen también estables y armoniosas todas las cualidades físicas y psico-morales del individuo.

c) *La forma comatosa del hipotiroidismo.*

Para terminar con el estudio Psico-Patológico del hipotiroidismo, voy a permitirme señalar algo muy personal y es que en ciertas ocasiones la insuficiencia de la función tiroidiana repercute de una manera tan especial sobre el psiquismo, que llega a mantenerlo como en suspenso por largos minutos y con posibilidades de que dicho estado de inhibición se repita en forma regular.

Tal es el caso de dos pacientes que tuve ocasión de observar detenidamente cuando era Jefe de Clínica Semiológica, y que a no ser por que se presentaban en ambos casos todos los síntomas físicos del hipotiroidismo, se hubiera podido creer en algo parecido a la histeria.

La primera observación que voy a resumir, se refiere a una mujer de 19 años, soltera, natural de Capitanejo y que presentaba desde la edad de tres años en forma ininterrumpida estados comatosos precedidos de fuerte cefalalgia y abundante salivación.

En un principio, los síntomas referidos por la enferma se reproducían con intervalos más o menos espaciados pero desde enero de 1941, todos los días y a veces dos veces diarias dichos estados de inconciencia aparecían.

Habiendo tenido varias veces la ocasión de asistir al comienzo de las crisis comatosas, pude comprobar que unos minutos antes, la enferma se quejaba de un fuerte dolor de cabeza localizado con predilección en la región occipital, coincidiendo con una abundante emisión de saliva transparente, flúida y sin espuma. Estos dos síntomas, cefalalgia y salivación, duraban alrededor de cinco minutos y luego todo el cuerpo de la enferma era invadido por un ligero estremecimiento comparable al que produce el frío no muy intenso y que duraba más o menos veinte segundos.

En seguida, la enferma, permaneciendo en posición horizontal, entraba en un estado de inconciencia completo, conservando sus ojos normalmente abiertos y mirando hacia arriba en forma contemplativa e inmóvil que daba la impresión de una actitud de profunda meditación, más bien que de un estado comatoso pues la tranquilidad de la enferma, la regularidad de su respiración y de su pulso

eran tan grandes, que se hacía indispensable examinarla en ese momento para comprobar que verdaderamente se encontraba en estado de coma. El aliento no exhalaba ningún olor particular; las pupilas no estaban ni en miosis ni en midriasis y reaccionaban perfectamente a la luz.

No había ninguna relajación de esfínteres y todos los reflejos tendinosos eran normales. Los signos de Kerning y de Babinski eran negativos. Este estado de coma, y más exactamente de coma vigil puesto que la enferma daba la impresión de estar despierta, se mantenía alrededor de dos horas al cabo de las cuales se despertaba bruscamente como asustada y después de algunos minutos volvía a recobrar íntegramente su normalidad; se sonreía con cierta timidez y nos refería con toda claridad lo que le había sucedido hasta el momento en que su conciencia le había abandonado. Sabía que acababa de presentar un estado comatoso y sabía también que éste se presentaba algunos instantes después de aquel escalofrío pero no podía precisar ningún otro recuerdo. Además nos decía, refiriéndose a una de nuestras preguntas, que fuera de la cefalalgia no experimentaba ninguna sensación penosa ni nada que pudiera calificarse de angustia o de ansiedad.

Mi primera impresión, después de descartar todas las causas susceptibles de producir un estado comatoso, (diabetes, uremia, histeria, epilepsia, hemorragia cerebral o meníngea, tumor cerebral, meningitis, tetania, intoxicaciones), etc., etc., fue la de que estaba en presencia de una crisis de hiperinsulinismo pues el horario matinal de éstas y el aspecto que la enferma presentaba, me recordaba vagamente los muchos casos de coma insulínico terapéutico que he visto en las demencias precoces y aquellos, raros en verdad, de pequeños adenomas de los islotes de Langerhans que al producir un exceso de secreción insulínica, determinan estados de hipoglicemia capaces de producir fenómenos comatosos semejantes desde todo punto de vista, al de nuestra paciente y sobre todo por la mañana, momento en que las reservas hidrocarbonadas aportadas por la última comida, han desaparecido casi por completo. Sin embargo, el examen del azúcar sanguíneo me hizo desistir de que pudiera tratarse de un coma hipoglicémico pues el resultado fue negativo; 0,93 gramos de glucosa por litro de sangre. Ante esto, procedí a un minucioso examen de la enferma el cual me dio los siguientes resultados: el aspecto general era el de una mujer robusta, de tamaño regular y un poco edematizada. Este edema no revestía los caracteres de los edemas cardíacos o renales sino que era un edema de color ceroso y que no conservaba la impresión digital. Existía igualmente en la cara a la cual le daba un aspecto abotagado.

La piel era brillante y el tercio externo de las cejas no existía.

El cuello era un poco grande y se apreciaba una ligera hipertrofia del cuerpo tiroides.

Perdía el cabello en abundancia y era muy sensible al frío. La tensión arterial era de 10 por 5. La menstruación se inició a los catorce años y los ciclos fueron siempre regulares pero dolorosos.

El examen neuro-muscular fue completamente negativo.

Intelectualmente era una enferma retardada y bradipsíquica.

Como conclusión del examen, vemos que los únicos signos positivos de importancia son el aspecto infiltrado de la enferma, la pérdida abundante del cabello y del tercio externo de las cejas, la hipotensión arterial, la cefalalgia occipital, la gran sensibilidad al frío, la ligera hipertrofia difusa del cuerpo tiroides y el retardo mental, síntomas cuyo conjunto encaja perfectamente dentro del cuadro clínico conocido con el nombre de "forma ligera del hipotiroidismo", al cual se agregaban los estados comatosos que acabó de describir y que yo atribuí a la insuficiencia de la función tiroidea.

En consecuencia se instituyó un tratamiento con polvo de tiroides en dosis de siete centigramos y medio por día y los resultados fueron sorprendentes pues cuarenta y ocho horas más tarde, la enferma no volvió a presentar la sintomatología que la había traído al hospital. Poco a poco el aspecto exterior se fue transformando, la infiltración disminuyó, le aparecieron colores en las mejillas, la expresión de los ojos se hizo más viva y más inteligente y al cabo de veinte días salía del servicio completamente curada.

La segunda observación se refiere a una mujer de 22 años, empleada del Hospital que vino al Servicio por dos grandes síntomas que eran los que llamaban más la atención y los que más le inquietaban: en primer lugar un fuerte dolor de cabeza que ella localizaba en la región posterior del cráneo y que durante el día no la abandonaba un solo instante y luego, lo que ella denominaba sus "ataques" los cuales se presentaban todos los días y en ocasiones hasta tres veces diarias. El dolor de cabeza no ofrecía ninguna irradiación especial y era más bien fijo, tenaz y no desaparecía sino por la noche para volver a manifestarse poco después de que la enferma se despertaba por la mañana.

Respecto a los "ataques", tuve ocasión de presenciar varios, notando que siempre se manifestaron de la misma manera: en general se producían en las primeras horas de la mañana y se iniciaban por un ligerísimo temblor de todo el cuerpo muy semejante al de la otra paciente y sin que existiera tampoco ninguna manifestación febril. Este temblor duraba alrededor de diez segundos y luego la enferma se acostaba muy suavemente de medio lado, cerraba los ojos y entraba en un coma tranquilo durante una y a veces dos horas. Aquí también la respiración y el ritmo cardíaco se mante-

nían perfectamente normales y si practicábamos excitaciones de las diferentes sensibilidades no lográbamos que la enferma se despertara. Al cabo del tiempo ya indicado la enferma volvía en sí, perfectamente lúcida, acordándose de todo lo que le había sucedido y sin haber perdido un solo instante el control de sus esfínteres.

Desde el punto de vista físico se encontraban en ésta enferma los mismos síntomas de hipotiroidismo que en la anterior y por lo tanto el tratamiento que se le aplicó, fue exactamente el mismo.

La mejoría se inició desde el cuarto día y los "ataques" se espaciaron. Desde el séptimo día, cefalalgia y accesos comatosos desaparecieron totalmente y la enferma alcanzó a permanecer en el Servicio todavía un mes más sin que ninguno de estos dos síntomas volvieran a reproducirse. Los síntomas físicos mejoraron también notablemente hasta el punto que cuando la enferma abandonó la sala, podía considerarse como una persona normal.

A raíz de estas dos observaciones creo con toda sinceridad que el calificativo de forma comatosa del hipotiroidismo se justifica plenamente una vez que la insuficiencia tiroidiana puede, en ciertos casos particulares, suprimir por completo nuestra conciencia y dejarnos al azar del control exclusivo de la vida vegetativa.

d) *Cretinismo.*

El cretinismo puede definirse como una insuficiencia tiroidiana total o parcial de origen endémico que se acompaña generalmente de bocio y de un atraso característico en el desarrollo físico y mental del individuo.

El cretinismo puede ser hereditario, congénito o adquirido. Su origen ha sido atribuido a la constitución geológica del suelo, a la altura, a la situación topográfica, al estado del aire, a las malas condiciones de vida de los habitantes de esas regiones y a la composición de las aguas que serían terrosas, mal aereadas, mezcladas de sílice, muy ricas en sales de cal, en sulfatos de magnesia y de hierro y por el contrario muy pobres en Yodo y en Bromo. Las muchas causas que se le han atribuido prueban que su etiología es todavía poco conocida y mal determinada. Lo que parece por el momento, es que no reconoce una causa única sino que es la consecuencia de varias que al encontrarse reunidas son suficientes para producirlo.

Desde el punto de vista clínico es costumbre dividir a los cretinos en tres categorías que representan grados progresivos de degeneración y cuya sintomatología mental exclusivamente vamos a mencionar.

Esta clasificación comprende los cretinosos, los semicretinos y los cretinos completos.

a) *Cretinosos.*

En los cretinosos el nivel mental y afectivo corresponde a la imbecilidad en mayor o menor grado. Son individuos que pueden adquirir una cierta cultura y presentar en ocasiones grandes dotes musicales y una increíble memoria que hace contraste con el déficit de sus demás aptitudes intelectuales. Cuando era yo Jefe de Clínica de enfermedades nerviosas y mentales en el año de 1940, el profesor Maximiliano Rueda me refirió el caso de un cretinoso bien conocido en Bogotá que se sabía de memoria el almanaque pero que fuera de esta facultad aislada y desarrollada al exceso, sus demás aptitudes eran rudimentarias. No es raro tampoco el caso de algunos cretinosos que en los circos o en los teatros exhiben capacidades de cálculo aritmético que nos dejan sorprendidos y ésta sorpresa es tanto más grande cuanto que si los observamos en sus demás actividades, veremos que éstas están marcadas con el sello de una profunda mediocridad.

Otras características de los cretinosos son su gula, su vanidad, su orgullo y su hipergenitalismo que se satisface difícilmente. Pueden reproducirse y tener hijos que como ellos, serán cretinosos. Son susceptibles de ciertos afectos pero nunca en un grado elevado.

La abstracción es para ellos inaccesible; su cultura es en general de un orden concreto. Son individuos crédulos y sugestionables pero también sujetos a la cólera y a los actos de violencia netamente impulsivos. Son muy sensibles al dolor físico e insensibles al dolor moral. Su conversación puede a veces ser brillante en apariencia pero sin ningún sentido en el fondo.

El personaje de Cantinflas constituiría, a mi modo de ver, el prototipo del cretinoso.

En resumen, se trata de inteligencias rudimentarias que en la vida práctica no producen ningún buen resultado; antes por el contrario, a veces resultan peligrosos por sus excesos venéreos y alcohólicos y por los actos de violencia que cometen.

b) *Semicretinos.*

Los semicretinos o cretinos incompletos, representan un escalón más bajo en la jerarquía de los atrasos del desarrollo intelectual.

Su nivel mental se acerca ya a la imbecilidad, ya a la idiotez de segundo grado. La glándula tiroides conserva todavía un cierto funcionamiento el cual se muestra proporcional al grado de intelectualización de estos sujetos. Sus conocimientos se relacionan más que todo con las nociones del mundo exterior. Saben además su nombre y su edad, los meses del año y la fecha de su nacimiento. Su lenguaje es variable; hay algunos que no saben pronunciar sino algunas frases que repiten invariablemente a propósito de todo y sin saber muchas veces su significado. Otros por el contrario son

locuaces y hablan bastante bien pero lo más frecuente consiste en que los semicretinos hablen de una manera imperfecta reduciéndose generalmente a contestar por monosílabos.

La voluntad de éstos enfermos es muy deficiente pero en cambio son susceptibles de mostrar un cierto afecto para las personas que los cuidan. Pueden experimentar también sentimientos de alegría o de dolor.

Para ciertos autores, los semicretinos presentarían a menudo accesos de cólera acompañados de tentativas de suicidio. Nuestra convicción es la de que éstos son casos excepcionales y que cuando se presentan obedecen a causas determinantes de orden extrínseco como por ejemplo la intoxicación alcohólica frecuente en tales sujetos.

Los semicretinos pueden todavía reproducirse y tener hijos que serán igualmente semicretinos pues como dice el proverbio, "los bobos y los cotudos se engendran recíprocamente".

c) *Cretinos completos.*

Los cretinos completos representan el grado más avanzado de la degeneración cretínosa. Su glándula tiroides ya no funciona prácticamente en lo más mínimo pero contrariamente a los dos casos anteriores, el bocio no existe por lo general.

Mentalmente los cretinos completos se caracterizan por una ausencia total de la inteligencia, del lenguaje articulado, de las emociones y de los sentimientos. En cambio existe en ellos un predominio absoluto de las funciones vegetativas.

Desde el punto de vista de la actividad, puede decirse que tal facultad no existe en ellos y es un hecho muy frecuente ver que tales sujetos permanecen horas enteras contemplando los alimentos que delante de ellos se han colocado sin que intenten hacer el menor esfuerzo para tomarlos.

De vez en cuando lanzan gritos inarticulados que no tienen nada de humano pero que tampoco corresponden a quejas o lamentos pues su sensibilidad es completamente nula.

La atrofia del instinto de conservación y de la sensibilidad, hace contraste con la hipertrofia del instinto sexual en la que concierne la genitalidad pero afortunadamente para la especie, éstos cretinos ya no se reproducen.

De todo lo que acabamos de decir sobre el cretinismo en general se puede concluir no solamente que dicha entidad es consecutiva a una insuficiencia de la función tiroidiana sino también que sus principales características son la atrofia y la anarquía de las facultades intelectuales y que tanto la una como la otra pueden presentarse en mayor o menor grado en los cretinosos y semicretinos pero que alcanzan su punto culminante en los cretinos completos.

El tratamiento por la hormona tiroidiana aplicado aún tardíamente, realiza en las diversas formas del cretinismo transformaciones físicas y mentales de tal magnitud, que hace de éstos individuos extrasociales, personas útiles a la colectividad y a ellos mismos.

De aquí se deduce una última conclusión y es la de que existe una relación innegable de causa a efecto entre el funcionamiento tiroidiano y el cerebral y que un déficit del primero, va obligatoriamente seguido de otro proporcional de todo nuestro psiquismo.

Hipertiroidismo.

Ocupémonos ahora del problema opuesto, es decir del hipertiroidismo, cuya aparición está íntimamente ligada con la hipersecreción tiroidiana o con la adulteración de su producto hormonal, la Tiroxina.

Tanto en el uno como en el otro caso y sean cuales fueren las causas determinantes de los estados de hipertiroidismo, el resultado es siempre el mismo: exageración y desorden de nuestros procesos psico-afectivos, en oposición con los estados de hipotiroidismo en los cuales como acabamos de ver, todo es lentitud y negatividad.

A primera vista hay algo que domina el fondo psico-afectivo del hipertiroidismo y es su enorme emotividad mezclada casi en partes iguales con la inquietud y el nerviosismo llevados al extremo. Podríamos decir, sin que se nos tilde de exagerados, que son enfermos hipomaníacos en un grado atenuado pues además de la emotividad, de la inquietud y del nerviosismo que acabamos de citar, presentan una gran movilidad de la atención, de la asociación de ideas, de los gestos, de los ademanes y de la expresión verbal que los hace aparecer como individuos francamente excéntricos.

Sainton, Simonnet y L. Brouha, en su tratado de "Endocrinologie Clinique. Therapeutique et Experimentale" describen en forma admirable y sintética el estado mental de los hipertiroidianos. Estos enfermos, dicen los autores citados, "son móviles en sus emociones, en sus afectos y en sus deseos. Hállanse en un estado de tensión emocional dispuestos a reaccionar con violencia a la menor excitación; ha podido decirse que su cólera llega a la furia, que el miedo llega a la ansiedad y la alegría a la agitación. Los paroxismos bruscos, solicitados por choques emotivos sucesivos, cabalgan los unos sobre los otros. De aquí nacen las alteraciones del carácter: impaciencia, irascibilidad, impulsividad, paso rápido de la alegría a la tristeza y de la afectividad a la hostilidad. Sus ideas son móviles, tienen un verdadero desorden córeo en la inteligencia; su actividad carece de orientación sostenida; va seguida de una inercia que hace incomprensible su conducta y es la causa de disensiones familiares y conyugales. Tienen alteraciones del sueño que llegan hasta la agripnia".

Es difícil escribir algo mejor sobre el estado psicológico del hipertiroidiano y a primera vista la descripción parece perfecta. Sin embargo, estos grandes maestros de la endocrinología francesa y belga, olvidaron algo fundamental y es la influencia que ejerce el hipertiroidismo sobre la sexualidad.

En el hombre esta influencia es netamente feminizante y no es raro encontrar en los tratados de Sexología, frecuentes descripciones de franca homosexualidad en los hipertiroidianos. Aún más: algunas de estas aberraciones han sido definitivamente curadas con la extirpación o con la irradiación del tiroides, lo que prueba definitivamente que su origen era realmente la consecuencia de la abundante secreción de la tiroxina, hormona que en ciertas circunstancias es capaz de desviar la libido masculina de sus cauces naturales y transformar al individuo en un verdadero homosexual o simplemente en un personaje feminoide por sus gustos, sus ademanes y su comportamiento.

Los hipertiroidianos de este último tipo, son por lo general amigos de los chismes, envidiosos, rencorosos y tímidos. Son altamente vanidosos y muy sensibles a la adulación de donde se deduce que son también fácilmente sugestionables.

El alcoholismo y las toxicomanías constituyen casi un patrimonio de los hipertiroidianos y ponen de manifiesto la poca fuerza de su voluntad.

En la mujer, y según Marañón, el hipertiroidismo exageraría la feminidad, es decir, que tendría una influencia hiperfeminizante. Sin embargo, a pesar de estar seguro del positivo valor que como hombre de ciencia representa Marañón y a pesar de considerarlo como una de las primeras autoridades en los campos de la Endocrinología, no puedo adherir a su hipótesis pues he visto muchos casos en que lo contrario es lo que parece verdadero, es decir que la mujer se masculiniza con el hipertiroidismo. A este respecto viene a mi memoria el último caso que tuve ocasión de observar antes de escribir el presente capítulo en el Servicio de Clínica Médica a mi cargo, y sobre el cual hizo como de costumbre, una magistral exposición el profesor Trujillo Gutiérrez. Se trataba de una hipertiroidiana con un metabolismo basal de $+ 23$ y en la cual la implantación del sistema piloso revestía caracteres netamente masculinoides en el pubis, en la nuca, en las axilas, en la frente y en el labio superior. Si fuera cierta la hipótesis de que el hipertiroidismo feminiza aún más a la mujer, esta paciente no hubiera presentado nunca la disposición pilosa que acabo de resumir. Pero los argumentos que puedo citar en favor de mi afirmación son todavía más numerosos. En primer lugar, he tenido la ocasión de observar que en las pequeñas hipertiroidianas son más frecuentes los casos de hemosexualismo refrenado o sea aquellos casos de homo-

sexualismo en que los principios morales y religiosos no permiten su exteriorización sino por medio de tiernas amistades llenas de inquietud y de celos por cualquier mujer que aspire a ser muy amiga de aquella en quien ellas han depositado toda su romántica amistad.

Todo el mundo sabe que el trato entre mujeres es un trato bastante matizado de homosexualidad. El beso forma parte de sus saludos y de sus despedidas. Las alabanzas recíprocas de su belleza y de sus cuerpos es casi corriente y sobre el tono de sus correspondencias no hay que insistir.

Si dos hombres tuvieran, aunque no fuera sino en ínfimo grado este género de comportamiento, sería más que suficiente para clasificarlos inmediatamente y sin lugar a la menor duda, en la casilla sexológica que les correspondería.

Como decía hace un instante, he podido observar que en las pequeñas hipertiroidianas los sentimientos amistosos se exageran al extremo y toman un cierto carácter autoritario sobre la mujer normal pero sin que afortunadamente llegue a presentarse una franca y verdadera homosexualidad.

Otro de mis argumentos se basa en los casos de mujeres normales sexualmente hasta el momento en que presentaron un hipertiroidismo, el cual vino a determinar la franca aparición de una homosexualidad activa. Estos casos no son tan frecuentes pero no por eso menos demostrativos.

Como último argumento en favor de mi hipótesis de que el hipertiroidismo masculiniza a la mujer, se puede citar la frecuencia con que se observan intersexualidades psíquicas más o menos acentuadas en las hipertiroidianas o dicho en otros términos, no es raro encontrar en esta clase de pacientes, aptitudes intelectuales netamente masculinas que las capacitan hasta un cierto punto para ingresar en las universidades y competir con éxito con sus camaradas del otro sexo.

Encontramos no solamente en ellas un cierto grado de autoritarismo, propio de los hombres, sino también una fuerte capacidad para la abstracción que es también un distintivo sexual psíquico característico del hombre y que es el aguijón que las orienta hacia los estudios universitarios o pedagógicos en los cuales muestran una competencia casi igual y en ocasiones superior a la del hombre.

El mismo Marañón, en el más sobresaliente de sus libros: "La Evolución de la Sexualidad y los estados intersexuales", cita una historia clínica interesantísima que corrobora, aunque él no la cita en ese sentido, mi concepto sobre la masculinización de la mujer por el hipertiroidismo.

Esta observación constituye un caso típico de intersexualidad psíquica. "Se trata, dice Marañón, de una mujer de 40 años, hija única con una excelente situación de fortuna. Tipo enérgico; mar-

cha viriloide, a grandes pasos, caderas estrechas, rasgos fuertes aunque bellos, morena, vello sobre el labio superior y sobre las mejillas, voz un poco gruesa. Le gusta desde que era pequeña, la vida del campo, en donde monta mucho a caballo, caza el venado, conduce automóvil, etc., tendencia a vestirse como muchacho; no ha querido casarse. No hay nada que haga sospechar la homosexualidad. Dirige los negocios de su casa con mucha inteligencia, actividad e iniciativa. Carece de instinto materno (los niños no le interesan en lo más mínimo). Carácter autoritario. Ama extraordinariamente a su madre a quien prodiga su ternura y cuidados minuciosos que hacen contraste con su afectividad que para lo demás es más bien fría. Su madre muere y ella experimenta una crisis de desesperación intensa que le deja un síndrome de *Hipertiroidismo* (subrayado por mí) en relación con la menopausia que está avanzada. Las reglas fueron siempre irregulares. Actualmente desde la muerte de su madre, experimenta un afecto mitad materno, mitad amoroso, hacia un muchacho de 25 años de edad, hijo de un antiguo gerente". Esta admirable observación se puede interpretar muy claramente en favor de mi hipótesis, si tenemos en cuenta, en primer lugar, que la enferma no tiene sino 40 años y que por más avanzada que esté la menopausia, no puede estarlo mucho pues a esa edad más o menos es que ella se instala. Por lo general es después de los 40 años. En segundo lugar, los trabajos modernos de Endocrinología nos enseñan que existen varias formas clínicas del hipertiroidismo en las cuales los síntomas cardinales no se manifiestan sino en el momento de la menopausia. Son las formas "disfrazadas" de los autores.

En tercer lugar sabemos que el funcionamiento ovárico es antagonista del tiroidiano; y sabemos también que en los casos de castración o de menopausia natural, el lóbulo anterior de la hipófisis, que secreta entre otras hormonas, las llamadas hormonas tirotropas trabajan en exceso.

Por consiguiente es muy sencillo deducir que en la menopausia, una vez suprimido el funcionamiento ovárico, es suprimido también el freno que éste ejerce sobre el tiroides. La glándula se encuentra entonces en condiciones de funcionar libremente y aún más que libremente puesto que el trabajo prehipofisario le ayuda ahora más eficazmente gracias a las estimulinas tiroidianas que empiezan a ser secretadas en abundancia. De aquí que los síntomas completos del hipertiroidismo no aparezcan sino con la menopausia o poco tiempo después de ella. En las mujeres cuyo cuerpo tiroideo haya funcionado siempre bien, no hay razón para que en la edad crítica aparezca un síndrome de hipertiroidismo.

El organismo se adapta perfectamente al nuevo estado fisiológico y la prueba es que la gran mayoría de las mujeres climaté-

ricas, atraviezan ese período normal de su vida sin presentar desórdenes de consideración. Pero no ocurre lo mismo en aquellas cuyo funcionamiento tiroidiano era ya un poco exagerado a pesar de no manifestarse aparentemente por sus síntomas habituales.

En estos casos, cuando la menopausia llega, se suprime en consecuencia el freno ovariano y se exagera la función hipofisaria dando como resultado un funcionamiento excesivo del tiroides, el cual ahora sí, va a poder exteriorizarse clínicamente.

En mi concepto pues, mientras los ovarios funcionen correctamente, el cuerpo tiroides puede permitirse un trabajo ligeramente superior al normal puesto que las hormonas ováricas neutralizan en gran parte el excedente de tiroxina en la sangre. Ningún síntoma aparente de enfermedad de Basedow se mostrará en estas condiciones. Pero si llega la menopausia, ya vimos que no existía nada que pueda frenar ese funcionamiento tiroidiano exagerado sino que por el contrario, el trabajo prehipofisiario lo exagera aún más.

Como prueba suplementaria de la influencia ovárica sobre el tiroides, podemos citar el hecho de que cuando un hipertiroidismo, por su marcada intensidad se declara antes de la menopausia viniendo en la lucha las secreciones tiroidianas a las ováricas por su demasiada abundancia, podemos en clínica mejorar ese hipertiroidismo *reforzando* las defensas ováricas por medio de la inyección de extractos de ovario y sobre todo de cuerpo amarillo. En estas condiciones, veremos que todos los síntomas alarmantes del hipertiroidismo, van desapareciendo poco a poco. En el caso de Maraño, mi opinión personal es que esa mujer de 40 años ya poseía un hipertiroidismo que no se manifestaba sino por los síntomas de una intersexualidad psíquica pero que llegada la menopausia y gracias a los fenómenos de correlación glandular de que acabamos de hablar, pudo mostrarse en forma aparente con toda su sintomatología.

El trabajo tiroidiano había contribuido a la génesis de la intersexualidad pero no había podido ser lo suficientemente enérgico para exteriorizarse bajo el aspecto de una enfermedad de Basedow.

La menopausia, por todo lo que hemos repetido, fue la única causante de tal exteriorización.

De todo lo anterior no quiero que se deduzca que yo considero que el funcionamiento anormal de tal o cual glándula, sea el único factor que entra en juego en el determinismo de la homosexualidad, ya sea ésta puramente psíquica o psico-sexual. Creo como Maraño, que otro factor que interviene en la producción de las inversiones sexuales es el llamado "factor cromosomal", es decir la bisexualidad primitiva del organismo humano, la cual significa que el embrión posee, desde sus comienzos, la posibilidad de ser masculino o

femenino según la influencia masculinizante o feminizante que sobre dicha bisexualidad en potencia ejerzan las glándulas de secreción interna.

Pero estos dos factores, factor endocrino y factor cromosomal, que se muestran capaces muchas veces de producir formas muy llamativas de intersexualidad, tales como el hermafroditismo o la ginecomastia, no son casi nunca suficientes para producir ellos solos una homosexualidad. Para esto es necesario que entre en acción un tercer orden de factores que son los factores psicológicos los cuales muchas veces resultan ser los que revisten mayor importancia según se desprende de la lectura detenida de la mayoría de las obras de Freud.

De todo eso podemos concluir, que es hacia un punto de vista psico-biológico que tienden las más recientes y autorizadas interpretaciones de la homosexualidad.

En esta forma creo haber dejado claramente establecido que cuando afirmo que el hipertiroidismo masculiniza a la mujer hasta el grado de poder determinar en ella homosexualismos psíquicos o psicosexuales puros, quiero decir que ese funcionamiento exagerado del tiroides influye poderosamente sobre el factor cromosomal y se influencia recíprocamente con los factores de orden psíquico. El hipertiroidismo fragiliza el psiquismo haciéndolo más sensible a los choques afectivos e inversamente, estos pueden producir una exageración de las secreciones tiroidianas las cuales a su vez van a obrar sobre el cerebro.

Es como se ve, un verdadero círculo vicioso que comenzará poco a poco a socavar la integridad del sexo.

Si ahora penetramos un poco más profundamente en los campos de la patología mental propiamente dicha, veremos que no son excepcionales los estados psicóticos producidos por el funcionamiento exagerado del tiroides.

Encontramos en primer lugar casos típicos de manía aguda con su excitación psico-motora, su hiperafectividad y todos los demás síntomas que describen en detalle los tratados de psiquiatría.

Encontramos también casos de melancolía con su característica pena moral, con su depresión intelectual y física pero sobre todo, estados de melancolía ansiosa aunque diferentes del síndrome de Cotard. Este síndrome que se caracteriza por un estado melancólico con ideas de enormidad y de inmortalidad, así como también por ideas de negación y una gran ansiedad, no tiene que ver nada con el hiperfuncionamiento tiroidiano pero sí con lesiones de los núcleos bulbares del neumogástrico los cuales, al examen anatómo-patológico se muestran impregnados de pigmentos en cantidades muy abundantes. De ahí el mal pronóstico que de este síndrome se hace siempre. En cambio, en los casos de melancolía ansiosa de ori-

gen hipertiroidiano, no existe lesión alguna del encéfalo y la sintomatología se reduce exclusivamente a un estado melancólico al cual se agrega la inquietud, la duda, la inseguridad el temor de algo penoso que va a suceder y una sensación de constricción de la garganta y de la región precordial, que no es otra cosa que el síntoma denominado angustia.

Frecuentes son también en el hipertiroidismo, los casos de psicosis maniaco-depresiva es decir, de estados maníacos y melancólicos que se suceden alternativamente, ya sea en una forma continua (locura circular), o con intervalos de buena salud entre cada acceso (locura a doble forma).

Por último, citemos la no menos frecuente confusión mental que ha sido observada por varios autores como consecuencia directa del hipertiroidismo y que reviste la misma sintomatología mental que aquellas producidas por otras causas, es decir: mismo aspecto extraviado del enfermo, mismo desorden en su manera de vestir y en sus actos, misma desorientación en el tiempo y en el espacio, mismo estado onírico y mismos desórdenes de la atención, de la memoria, de la asociación de ideas, del juicio y de la afectividad. La prueba de que éstos diferentes estados psico-patológicos son verdaderamente de origen tiroidiano, es que el tratamiento médico, o la extirpación de la glándula o su irradiación, produce la desaparición progresiva de todos los síntomas morbidosos.

La demencia precoz según ciertos autores, podría resultar en ocasiones de desórdenes hipertiroidianos. Sin embargo, a este respecto he tenido la oportunidad de tratar dos casos en los cuales el metabolismo basal estaba elevado, sin que la terapéutica antitiroidiana hubiera dado ningún resultado. Al principio en ambos enfermos se manifestó una gran mejoría pero luego ésta regresó y todo volvió a quedar en su estado inicial viéndome entonces obligado a recurrir al cardiazol con el cual tuve mejor suerte.

Desde el punto de vista médico-legal, hay que tener presente que el hipertiroidismo al cambiar profundamente el carácter de los enfermos, los vuelve coléricos, agresivos e impulsivos y por consiguiente los hace capaces de cometer actos delictuosos y aún homicidios ante los cuales deberá tenerse en cuenta, para la apreciación de la responsabilidad, la existencia de lesiones tiroidianas.

Además, como ya vimos que en el hipertiroidismo pueden existir desviaciones del instinto sexual, no será raro ver aparecer reacciones médico-legales determinadas por ese instinto desviado.

Según el profesor Henri Claude, tales reacciones estarían representadas por los atentados al pudor, los violos, el exhibicionismo y el sadismo dirigido sobre todo contra niños y cuyo grado de intensidad puede ir de la flagelación hasta la provocación de lesiones con instrumentos contundentes y aún hasta la estrangulación.