

## Endocrinología y psiquiatría

por el doctor

**Juan M. Vilaclara**

La Psiquiatría ha encontrado siempre como obstáculo para su desenvolvimiento, el hecho de considerar que la psiquis no tenía una base orgánica, y, por tanto, sus trastornos caían fuera de la técnica médica corriente. Algunos, debatiéndose contra esta dualidad, buscan en la anatomía patológica el medio de encontrar la base material de lo psíquico; no es que esta orientación no pueda proporcionar elementos que ilustren sobre la etiopatogenia de las enfermedades mentales, sino que es imposible que puedan con ello abarcar todas sus modalidades. El curso esencialmente crónico de las afecciones mentales, sus frecuentes recidivas, sus largos periodos de latencia, incluso en ocasiones la aparición de síndromes alternos opuestos (psicosis maníaco-depresiva), hacen ver la dificultad de atribuirlos a una lesión que en cierto modo tiene un sentido de mayor estabilidad. Por el contrario, la idea de un trastorno funcional cuadra mejor con las características de la enfermedad mental, y el tipo de las enfermedades funcionales son sin duda, las enfermedades endocrinas. Estas glándulas de secreción interna están íntimamente unidas con el sistema nervioso de la vida vegetativa; al simpático están asociados el tiroides, la hipófisis y las cápsulas suprarrenales; al parasimpático, la secreción interna del páncreas. Las paratiroides y las glándulas

sexuales parecen más alejadas de esta acción inmediata.

Sabemos que hoy se tiende a localizar la afectividad en el diencéfalo, fundándose en los trastornos post-encefalíticos; y como a su vez el diencéfalo es el origen de la cadena ganglionar simpática, esto nos hace comprender la trabazón entre las funciones psíquicas y las secreciones internas a través del sistema nervioso vegetativo.

La influencia de las secreciones internas en el campo de la psiquiatría puede enfocarse bajo tres puntos de vista:

1.º Influencia de estas secreciones en la constitución, fiel reflejo, según la teoría constitucionalista, de la reactividad psíquica.

2.º Importancia del factor endocrino ya determinante, ya predisponente, en el desarrollo y aparición de las enfermedades mentales.

3.º Síndromes mentales que acompañan a las enfermedades endocrinas.

La acción de las glándulas de secreción interna en la morfología es indiscutible, hasta el extremo que ha hecho exclamar a LEVY "que en la mano de un hombre está su pasado, su presente y su porvenir, porque nuestro destino depende del estado psíquico y el estado psíquico del estado endocrino reflejado en la mano". Sin llegar a estas exageraciones, es indudable

que las secreciones internas determinan en gran parte la constitución individual.

Sabido es que los tipos fundamentales descritos por KRETSCHMER no son aplicables a la mujer, y PENDE ha ideado una clasificación de la tipología femenina que tiene el valor de mostrar la influencia que en cada uno de los tipos ejerce la fórmula endocrina individual.

Para su clasificación se funda en tres índices de feminidad:

1.º La relación del diámetro bitrocantéreo y el bisacromial; el primero es un centímetro y medio mayor que el segundo en la mujer normal, siendo tanto mayor cuanto más intensa sea la función ovárica.

2.º La relación de la longitud del muslo, con la de la pierna; cuanto más desarrollada sexualmente es una mujer, tanto más se acerca la primera a la segunda.

3.º La anchura del cráneo "diámetro biparietal) es tanto mayor en relación con la longitud y la altura cuanto más desarrollo ovárico tenga la mujer.

Partiendo de estos tres índices, PENDE establece tres tipos fundamentales con subgrupos y a cada uno corresponde un predominio endocrino.

El primer tipo corresponde a la mujer sexualmente normal, con un desarrollo medio de los tres índices. En él encontramos dos subtipos; uno el llamado postpúber o prematural que corresponde a la mujer después de una crisis puberal normal; en él encontramos una armonía estética entre las dos mitades del cuerpo, con un ligero predominio adiposo de la mitad inferior, con mamas poco desarrolladas; este tipo corresponde a un predominio de la hormona folicular del ovario y del tiroides; por esto PENDE ha podido decir que una mujer es un ovario y un tiroides, y sólo el predominio de las funciones de estas glándulas explica la morfología y la psicología femenina. El se-

gundo subtipo es el llamado maternal, caracterizado por un predominio de la mitad inferior del cuerpo con mamas bien desarrolladas; en ocasiones es debido a la evolución normal del tipo anterior, otras veces es primitivo y está ligado a una hiperfecundidad constitucional; este tipo corresponde al predominio luteína-córtico-suprarrenal, cuyo parentesco histológico y químico ha demostrado MULÓN.

Otro tipo sería el prepuberal con diámetro bitrocantéreo pequeño y los otros índices disminuídos, con mamas poco desarrolladas, es el tipo tan perseguido por la moda actual y que afortunadamente tiende a desaparecer; está producido por una insuficiencia folicular con hipertimismo. Dentro de esta modalidad distingue el autor además un subtipo con hipocorticalismo suprarrenal, astenia, ptosis, delgadez, pigmentación de mano y párpados, y otro con signos de dispituitarismo, ya con talla pequeña, y manos y pies infantiles, ya con rasgos acromegáloides.

Finalmente describe el tipo intersexual atenuado que, ya reviste la forma pícnica, brevilinea, descrita por MARAÑÓN; ya son sólo ligeros rasgos compatibles con una sexualidad casi normal; lo explica por un aumento en la función de las células de Berger del hilio ovárico, análogas a las de Leydig del testículo y que esta imperfección podría ser determinada ya por una hiperfunción del cuerpo lúteo (virilización pasajera en el embarazo) o por ciertas hormonas de la corteza suprarrenal (virilización en caso de nefromas extrarrenales).

Todo lo expuesto hasta aquí nos demuestra la influencia decisiva que en la constitución ejercen las secreciones internas, y esto podríamos generalizarlo a los tipos de Kretschmer; pero en el hombre tal vez no se llegase a tal precisión por lo desconocidas que son las hormonas testi-

culares; no obstante, se comprende que a la acción endocrina se deba la constitución individual, pues en realidad un hombre no es más que lo que sus glándulas endocrinas le dejan ser.

Vista ya la importancia del factor endocrino, cualquier perturbación de orden hereditario-infeccioso, por ejemplo, es capaz de modificar la constitución, y, por lo tanto, de variar las formas reaccionales del individuo.

Vamos a pasar al segundo apartado; por lo que se refiere a la influencia endocrina en las enfermedades mentales, nos movemos exclusivamente en el terreno de la hipótesis, porque en realidad si un proceso mental se comprobara que tiene su origen indiscutible en una disfunción endocrina, dejaría de llamarse enfermedad mental y entraría a formar parte de la patología endocrina; no hay más que recordar el hecho histórico de que CHARCOT consideró en su tiempo el bocio exoftálmico como una neurosis, siendo aceptado por TROUSSEAU, GERHARD, etc.

Podríamos señalar las relaciones del síndrome manía con el hipertiroidismo en cuanto a sus características psíquicas, e incluso el parecido entre los episodios de la psicosis maniaco-depresiva y la crisis menopáusica (un primer período de inestabilidad emotiva y un segundo período de depresión; al hablar del último apartado, volveremos a insistir sobre este síndrome).

Nosotros nos fijaremos sólo en dos enfermedades: la esquizofrenia y la epilepsia.

De la esquizofrenia sabemos que en la vida sexual de estos enfermos es frecuente encontrar diversas perversiones, de las cuales la más frecuente es la masturbación; presentan también una retracción hacia las relaciones con el sexo contrario. MOTT examinó en cien casos los testículos de esquizo-

frénicos en los distintos estadios de su vida, y encontró en un primer grado un aumento del tejido conjuntivo, la membrana propia de los túbulos arrugada, las células de Sertoli cargadas de granos lipóideos y la espermatogénesis menos intensa.

En un segundo grado háy una detención de la espermatogénesis, pero quedan todavía espermatogonias y espermatoцитos.

En un tercer grado no quedan otras células en los tubos que las células de Sertoli.

En los ovarios encontró falta de madurez de los folículos y alteraciones en el núcleo de los óvulos. Las atrofiastesticulares fueron encontradas también por LEWIS, pero MORSE las encontró también en testículos de sujetos caquéticos y tuberculosos. Las observaciones sobre el tiroides, la hipófisis y las suprarrenales son todavía menos concluyentes; KRETSCHMER considera que, siendo las alteraciones neuronales parecidas a las de las células generadoras, debe aceptarse una cierta correlación química entre cerebro y complejo glandular.

Al estudiar las relaciones de la epilepsia con las glándulas de secreción interna, nos fijaremos sólo en la patogenia que rigel estallido del acceso convulsivo, estudiada por DANIELOPOLU; este autor, después de pacientes estudios en el perro y en el hombre epiléptico con excitaciones del seno carotídeo, acepta que existe en todo acceso epiléptico una causa eficiente (excitación directa o refleja de la corteza cerebral) y una predisposición ya de orden local, ya general, que hace bajar el dintel de la excitación de la corteza. En el caso que la predisposición sea general, es indudable la importancia del factor endocrina, especialmente de un factor hiperparatidoideo que desvíe el equilibrio ácido-básico de la sangre en el sentido de la alcalosis. Pero es que hay todavía otra in-

fluencia endocrina a lo que DANIELOPOLU denomina "círculo vicioso". Una vez iniciada la crisis convulsiva, la excitación motora del sistema de la vida de relación influye en el vegetativo y éste actúa liberando las secreciones internas, lo que mantiene el estado de excitabilidad cerebral a pesar de haber desaparecido el factor determinante.

Y vamos a entrar en el tercero y último aspecto de este trabajo, es decir, los síntomas psíquicos que acompañan a los síndromes clínicos identificados con una alteración en el funcionamiento de las glándulas de secreción interna.

Podríamos, para llenar este apartado, recurriendo a cualquier tratado de endocrinología, ir señalando las características psíquicas que acompañan a cada trastorno endocrino; pero no lo hacemos, porque la mayoría de los endocrinólogos tienen más en cuenta para diagnosticar a sus enfermos, más que el estado psíquico, los síntomas somáticos, y como consecuencia, al describir en sus libros la parte destinada al psiquismo, se nota un poco de artificio en sus descripciones, producto más bien de otras lecturas que de la experiencia individual; además una exposición de esta índole tiene poca trascendencia en el aspecto psiquiátrico, ya que lo que a la psiquiatría interesa, es sacar consecuencias que puedan influir en dilucidar los problemas patogénicos que tiene planteados.

Nosotros, pues, en vez de un examen de detalle, procuraremos, basándonos en hechos comprobados, intentar crear una doctrina que pueda ser útil al psiquiatra.

Los hechos en conjunto que observamos en estas alteraciones psíquicas, podemos esquematizarlos en la siguiente forma:

*Primer hecho.* — Los trastornos psíquicos que observamos en las enfermedades

endocrinas se nos aparecen todos ellos en el sentido, ya de un aumento de la actividad psíquica (excitabilidad, inestabilidad emotiva), ya, por el contrario, en el sentido de la depresión. Como ejemplo del primer estado tenemos el del hipertiroidismo con rapidez de ideación, que PENDE ha denominado taquipsiquis; el tránsito fácil de la depresión a la euforia, su conducta más atentos al episodio que al porvenir, con gran imaginación. Ya menos estudiados encontramos dentro de este orden el síndrome mental de la hiperfunción córtico-suprarrenal en casos de hipernefomas, que, si se dan en los niños, producen un desarrollo psíquico precoz, y en los adultos se observan, como en el caso de Holmes, síntomas de mayor excitabilidad psíquica.

Corresponde a este grupo el síndrome inicial de la menopausia, que endocrinológicamente no puede atribuirse a ninguna secreción precisa por interesar su desenvolvimiento varias glándulas de secreción interna.

En el polo opuesto, es decir, en los casos en que la característica psíquica es la depresión, la indiferencia afectiva, la lentitud del pensamiento, encontramos en primer lugar el mixedemā; conocido es de todos su cuadro psíquico que se adapta en un todo a este tipo. En este mismo grupo encontramos la enfermedad de Addison, la caquexia hipofisaria, la acromegalia, la diabetes, el síndrome adiposo-genital y el segundo período de la menopausia; ya fuera del campo estricto de la endocrinología, todos hemos podido observar un estado parecido en la mayoría de los casos graves de insuficiencia hepática.

*Segundo hecho.* — Los estados de aumento de la excitabilidad psíquica coinciden con el aumento de secreciones, cuya influencia en la aceleración metabólica es

indiscutible. En la mente de todos está la función tiroidea como aceleradora de las combustiones; más adelante hablaremos de la cortical suprarrenal.

Por el contrario, los estados de depresión coinciden con la disminución de una secreción que favorece el metabolismo. La insulina en la diabetes, la tiroxina en el mixedema, la cortical suprarrenal en la enfermedad de Adisson. En la insuficiencia hipofisaria puede explicarse ya por faltar las hormonas que normalmente segregaba esta glándula excitantes de la secreción interna del tiroides y de las cápsulas suprarrenales, o por supresión de la hormona acetoniante de Hofmann, que sería la que aceleraría la oxidación de las grasas.

Una sola contradicción aparente encontramos en estos hechos; vemos que la acromegalia, considerada como un síndrome de hiperfunción, da una depresión psíquica análoga a la de los síndromes de hipofunción; esto podría explicarse considerando que la acromegalia es en realidad una hiperfunción electiva de la hormona aislada por PUTMAN y BENEDICKT; y decimos esto, porque un síntoma frecuente en la acromegalia femenina es la amenorrea, siendo así que el impulsor de la maduración folicular, el prolán reside en este mismo lóbulo que consideramos en hiperfunción; así, pues, para los efectos metabólicos podemos considerar la acromegalia como un síndrome endocrino hipofuncional.

*Tercer hecho.* — Hay una serie de trastornos patológicos hasta cierto punto desligados de la patología endocrina, en los cuales observamos al lado de alteraciones psíquicas, trastornos importantes en el metabolismo perfectamente comprobados; nos referimos al síndrome aislado por JIMÉNEZ DÍAZ con el nombre de miastenia

menor, a las miopatías esenciales, y finalmente a la obesidad o delgadez que podríamos llamar constitucional.

JIMÉNEZ DÍAZ ha tenido ocasión de observar varios casos de enfermos, que sin ningún síntoma orgánico apreciable presentaban, al lado de una astenia profunda, un tipo de neurosis de angustia; pues bien, verificando en estos enfermos el dosaje de la lactacidemia antes y después del esfuerzo, ha encontrado cifras anormalmente altas.

Conocido es el metabolismo de los hidratos de carbono en el músculo en sus dos fases; una primera anoxibiótica, en la que el glucógeno se combina con el fosfato bipotásico, dando lugar a la formación de una molécula de glucosa y cuatro de hexoso-fosfato-bipotásico (lactacidógeno), el cual a su vez se escinde en el fosfato primitivo y en ácido láctico, y una segunda fase oxibiótica, en la que, al quemarse la molécula de glucosa, el ácido láctico regenera el glucógeno. Ahora bien, la existencia de este aumento de lactacidógeno, con una llegada normal de oxígeno, no puede ser debida más que a una detención en la primera fase del metabolismo hidrocarbonado, y esta detención se ha demostrado que depende de tres clases de hormonas principales: las del propio músculo, las hepáticas y las córtico-suprarrenales, pues JIMÉNEZ DÍAZ ha encontrado en varios casos de enfermedad de Adisson cifras anormalmente altas de lactacidógeno.

En las miopatías primitivas es extraordinariamente frecuente el hallazgo de alteraciones psíquicas en el sentido de una disminución funcional; formas oligofrénicas en la infancia y depresivas en el adulto; pues bien, THOMAS y MILHORAT han comprobado que en estos enfermos existe un trastorno metabólico de la creatina, que así como normalmente se elimina en forma de creatinina por adición de

glucocola, en estas enfermedades se elimina en forma de creatina; de aquí que se proponga para tratar estos enfermos la adición de glucocola, y en estos últimos tiempos, la administración de extracto cortical, posible regulador de este metabolismo.

Finalmente conocida es la distinta personalidad psíquica del gordo y del flaco esencial, de la que tantos ejemplos hay en la literatura y que estudia MARAÑÓN en su libro gordos y flacos; el gordo expansivo, el flaco retraído, con tendencia a la melancolía; y además (y de esto tengo una observación), de paso rápido de la obesidad a la delgadez que llevó aparejado un cambio en las reacciones psíquicas. Esto podría explicarse admitiendo que la glucemia es un excitante de la secreción insular (CHABANIER y ADLERSBERG) y posiblemente de otras secreciones que influyen en el metabolismo en definitiva, pues el estado psicológico de gordos y flacos depende de sus glándulas de secreción interna.

De todo lo anteriormente expuesto, deduciremos nosotros una orientación doctrinal; la necesidad de que el psiquiatra se interese por el metabolismo de sus enfermos, pues hasta hoy, excepto algunas determinaciones de la cifra de glucemia y de metabolismo basal, poco más se ha hecho en este sentido, y que hay grandes indicios de que puedan explicarse síndromes mentales por este procedimiento, atribuyéndolos a trastornos endocrinos. Y aun en el caso de que no se llegase a una conclusión, siempre se conseguirá separar del lote de enfermos psíquicos a enfermos que pertenecen a la medicina interna y que podrían beneficiar de su terapéutica, ya importante en la actualidad en este aspecto, y que debemos esperar sea cada día más completa.

## BIBLIOGRAFIA

1. FALTA. Tratado de las enfermedades de las glándulas de secreción interna.
2. CURCHMAN. Enfermedades endocrinas.
3. RIVOIRE. *Nouvelles acquisitions en endocrinologie.*
4. MARAÑÓN. La edad crítica.
5. MARAÑÓN. Gordos y flacos.
6. PENDE. Les types constitutionnelles de féminité somatique et leur formule endocrinienne. *La Presse Medicale*, 27-12-33.
7. V. PAUCHET. Psychologie et glandes endocrines. *Journal des praticiens*. Enero del 29.
8. PLICHET. Les glandes endocrines et quelques psiconeuroses. *British Journal*, 6-2-32.
9. DANIELOPOLU. Sur la pathogenie de l'épilepsie. *La Presse Medicale*, 1-2-33.
10. JIMÉNEZ DÍAZ. Sur la miastenia minor. *La Presse Medicale*, 19-9-31.
11. RAVINA. Tratamiento de las miopatías primitivas. *La Presse Medicale*, 24-4-34.
12. RIVOIRE. Dinitrophenol. *La Presse Medicale*, 12-5-34.

## RESUM

*Descriu l'autor les relacions entre la Endocrinologia i la Psiquiatria, i els quadres clínics en els quals, trastorns de les glàndules de secreció interna influeixen en el psiquisme de l'individu.*

## RÉSUMÉ

*L'auteur décrit les relations entre l'Endocrinologie et la Psychiatrie et les cadres cliniques dans lesquels les troubles des glandes de sécrétion interne exercent une influence sur le psychisme de l'individu.*

## SUMMARY

*The author describes the relations between the endocrinology and the psychiatry and the clinical symptoms in which the troubles of the internal secreting glands have an influence upon the psychism of the patient.*