

CRÓNICAS

BERIBERI

United Fruit Company.—En los hospitales de la United Fruit Company¹ trataron en 1930, 34 casos de beriberi, comparado con 68 en 1929, 42 en 1928, y 32 en 1927. De los casos de 1930, 1 correspondió a Cuba; 18 a Honduras; y 15 a Colombia.

Tiki-tiki.—En las Filipinas,² el número de defunciones de beriberi ha aumentado de 5,569 en 1910, a 19,204 en 1926, en tanto que en Manila han descendido de 1,441 a 526. Las estadísticas demuestran que el beriberi adulto constituye 20 por ciento de esa mortalidad, y el infantil el 80 por ciento restante. La disminución en Manila se debe sin duda al empleo del extracto de tiki-tiki. Hasta ahora, los médicos, antes de administrar el extracto, esperan que nazca el niño, y si revela enfermedad, entonces lo tratan. En otras palabras, se ha descuidado el tratamiento de la madre beribérica, que es la causa de la enfermedad en el hijo. Ese descuido causa la muerte de millares de niños, por llegar el tratamiento demasiado tarde y, además, no cura los casos agudos, cardíacos o perniciosos. En cambio, si se curara a las madres, los hijos no contraerían la enfermedad, y podrían salvarse millares de vidas infantiles. La calidad del extracto es un factor importante en el tratamiento, pues no todos los preparados contienen la misma cantidad de principios activos, por lo cual debería establecerse una unidad que sirviera de pauta. Con el extracto utilizado por el autor, se curó un 74.1 por ciento de 27 casos en adultos, y 18.5 por ciento mejoraron. Para el autor, ese método no tan sólo mermaría enormemente la mortalidad del beriberi adulto, sino que constituiría un magnífico profiláctico contra la forma infantil.

Naturaleza.—Ante la Sociedad de Medicina e Higiene Tropical de Francia, Dumas³ declaró que el beriberi no es una enfermedad de carencia, sino más bien una toxiinfección, y citó en apoyo de su teoría varios casos observados en las colonias, en los cuales la enfermedad no se debía a deficiencia, pues había abundancia y variedad de alimentos, sino a un mal que afectaba al arroz. El arroz descascarado se descompone rápidamente, en tanto que el íntegro, protegido por el epicarpio, es contaminado menos frecuentemente por criptógamas. En cuanto al escorbuto, nada demuestra que se trate de una enfermedad de escasez. Léger comparte las opiniones de Dumas sobre la patogenia del beriberi, y ha observado casos contagiosos en Hanoi. En cambio, Labernadie declaró que en las Indias el beriberi afecta las re-

¹ XIX Ann. Rep. U. F. Co., 1930, p. 13.

² Hizon, R. P.: Rev. Filip. Med. & Farm. 22: 215 (jul.) 1931.

³ Carta de París: Jour. Am. Med. Assn. 96: 702 (fbro. 28) 1931.

giones en que descascaran el arroz mecánicamente, y en la Indochina jamás observó un caso de contagio en el hospital. Nattan-Larrier citó los casos de contagio observados por Jeanselme. En las plantaciones de Cochinchina, en que descascaran cada día al arroz que van a consumir jamás hay casos de beriberi. (No se mencionó la reproducción experimental del beriberi en los animales por un régimen deficiente, y su curación con un régimen normal, lo mismo que se ha hecho en el raquitismo.)

BOCIO

Clasificación y nomenclatura.—La Asociación Americana para el Estudio del Bocio ha aprobado la siguiente clasificación clínica del bocio: tipo 1, difuso atóxico; 2, difuso tóxico; 3, nodular atóxico; y 4, nodular tóxico. En cuanto a nomenclatura, recomienda la terminología más sencilla, a la par que más descriptiva, evitando el empleo de nombres propios y neologismos. Sobre todo, no deben confundirse las variedades y las secuelas con las formas. Términos tales como exoftálmico, hemorrágico, quístico, adolescente, coloideo, intratorácico, subesternal y congénito tienen razón de ser para designar variedades; pero para los tipos o formas, sólo deben utilizarse características constantes.

Un ensayo de tratamiento del bocio endémico que el Instituto Bacteriológico de la Argentina sigue en Salta desde 1924 en más de 5,000 niños, ha mostrado a Barrera y Riva ⁴ la necesidad de una clasificación de las hipertrofias tiroideas. La clasificación más seguida actualmente es la propuesta por Kimball y Marine en 1917, que divide los tiroides en: normales, levemente hipertrofiados, moderadamente hipertrofiados, y marcadamente hipertrofiados. Los autores clasificaron así a 736 niños de 6 a 14 años de las escuelas de San Isidro, provincia de Buenos Aires, libre de bocio. En 70 comprobaron muy ligeras hipertrofias, y en 2 moderada hipertrofia. De los 2, 1 procedía de una región bociosa y otro era extranjero. El porcentaje llegó a 9.79. Antes de establecer los índices de bocio es necesario efectuar numerosos exámenes semejantes en regiones indemnes.

Estudio en la Argentina.—Mazza y colaboradores ⁵ estudiaron sistemáticamente todos los factores de una región limitada, caracterizada por la alta frecuencia del bocio, o sea los departamentos de Perico del Carmen y Perico de San Antonio, de la parte sur de la provincia de Jujuy, Argentina. De 27 muestras de agua, 25 presentaron una mineralización baja, siendo muy pobres en cloruro y bicarbonato de sodio; ricas en calcio y magnesio, y habiendo yodo sólo en 2. El contenido de yodo fué, por lo general, bajo en la tierra: 1.5 mg. por kilogramo. En 103 escolares se examinó la sangre sin encontrar en nin-

⁴ Barrera, J. M. de la, y Riva, A.: Act. V Reun. Soc. Arg. Pat. Reg. Norte 2: 793 (1930).

⁵ Mazza, S., Trelles, R., y Frías, D.: Act. V Reun. Soc. Arg. Pat. Reg. Norte 2: 842 (1930).