

derá sin duda de la capacidad de los enfermos para obtener una alimentación adecuada o una dosis constante de la droga, y ya se han visto recidivas después de curaciones completas, cuando la alimentación es muy inadecuada. Hasta ahora, la posología ha variado mucho, y han dado resultado las vías bucal y parentérica. El período de tratamiento también ha variado de tres días hasta cuatro meses. En general, el resultado es comparable al obtenido con dosis masivas de extracto hepático, salvo porque las lesiones cutáneas curan con más lentitud, y todavía es incierto el efecto sobre las manifestaciones nerviosas. (Sydenstricker, V. P.: *Jour. Am. Med. Ass.*, 1620, mayo 7, 1938.)

**Extratos hepáticos.**—O A. refere os brilhantes resultados obtidos pelo tratamento de 4 pelagrosos em estado gravíssimo com extratos hepáticos. Foram usadas grandes doses de suco hepático, aplicadas em injeções intramusculares. (Bertacchi, Sylvio: *Arch. Derm. & Syph. S. Paulo*, 109, mço. 1937.)

## RAQUITISMO<sup>1</sup>

**Brasil.**—Según el autor, las estadísticas de las maternidades de Río de Janeiro no consignan luxación congénita de la cadera. En la Maternidad Thompson Motta, del Hospital San Francisco de Asis, Rocha Braga examinó clínica y a menudo radiográficamente, durante varios años las caderas de más de 500 niños blancos, negros y mulatos, sin encontrar un solo caso sospechoso. En su propio servicio, entre más de 10,000 clientes llegados de casi todas las regiones del país, el autor no comprobó más que 10 casos entre negros, mulatos y blancos, sumando éstos ocho, y representando la mitad niños inmigrantes. En los Estados de São Paulo y Santa Catharina, la frecuencia es un poco mayor entre los hijos de italianos y alemanes recién llegados. En el Brasil, las malformaciones más frecuentes son las hernias, viniendo después el labio leporino y luego las deformaciones osteoarticulares (*genu valgum*, *genu varum* y *pie bot*). En Río de Janeiro no existe prácticamente ni escoliosis ni luxación congénita de la cadera. Esa ciudad ofrece prueba evidente de que interviene un factor local en ello, visto que la población alcanza a dos millones de habitantes, comprendiendo 5% de negros, 20% de mulatos, 1% de amarillos, y el resto blancos de todas nacionalidades y sus descendientes. En una encuesta entre todos los cirujanos, especializados o no en ortopedia, y en los institutos ortopédicos y hospitales de niños, no se pudieron encontrar referencias más que a 10 casos de malformación de la cadera. En el Brasil, por desgracia, como en otras partes, la sífilis domina la patología infantil y otras, y abundan todas las afecciones congénitas que tienen la sífilis como causa presunta, existiendo entre ellas el labio leporino y las hernias inguinales y umbilicales. Entre las causas de la malformación de la cadera no pueden, pues, invocarse la raza, o la sífilis, ni tampoco la tuberculosis, pues ésta está muy esparcida, y otro tanto sucede con el alcoholismo. La relación con el raquitismo, sí tiene más base, pues el mal no existe en el país. Este, aunque pobre en calcio es rico en sol, y hasta el raquitismo frustrado no existe más que en cantidad mínima. El raquitismo leve en Europa y Estados Unidos produce luxación de la cadera, provocando en el Brasil, en los negros en general, deformaciones de la rodilla. El verdadero raquitismo tampoco se encuentra en Río de Janeiro más que en los negros malnutridos y que viven en habitaciones colectivas a las que no llega jamás el sol. Las deformaciones raquílicas aun más ligeras son rarísimas, y otro tanto sucede con el pie plano. En una encuesta realizada en el Centro Cosmopolita de Río de Janeiro, el autor no encontró pie plano más que entre los mozos europeos.

<sup>1</sup> La última crónica sobre Raquitismo apareció en el *BOLETIN* de mayo 1937, p. 458.

En cuanto a raquitismo Río de Janeiro se encuentra en mejor situación que S. Paulo, en el cual el elevado porcentaje de italianos permite que la herencia se sobreponga a veces al medio. Sin embargo, no falta en Río de Janeiro el raquitismo deformador, debido principalmente a regímenes alimenticios deficientes, en particular en los lactantes. (Vianna, Barboza: "Conférences d'Orthopédie et de Chirurgie Infantile," Río de Janeiro, 1936.)

**Habana.**—Declarando que el raquitismo es en Cuba poco frecuente, y que el número de casos que han observado es limitado, los autores apuntan que no se trata, sin embargo, de una enfermedad excepcional, sobre todo en sus formas frustras. Entre 596 niños ingresados en un año en una sala del Hospital Municipal de Infancia, sólo tres manifestaron síntomas clínicos de la afección, y entre más de mil examinados en la consulta externa, sólo 10. Esto debe representar la frecuencia del mal en la Habana (1 a 2 por ciento). De los 10 enfermitos, cinco son varones y cinco hembras, confirmando que el sexo no ejerce influjo alguno sobre la enfermedad. La raza parece ser una causa predisponente importante, pues los 10 enfermos fueron negros o mestizos. En la Habana hay casos en blancos, pero el promedio entre los negros es extraordinario, debido en parte a las condiciones sociales e higiénicas. La edad de los enfermos varió de 6 a 18 meses. De los 10, sólo uno era lactado exclusivamente al pecho. Todos pertenecían a la clase pobre. Entre los 13 casos mencionados, hubo dos de craneotabes en el primer grupo, y uno en el segundo. Los autores publican minuciosas observaciones clínicas, radiológicas y químicas. Al terminar, afirman que aunque existen en la Habana formas graves de raquitismo, son en general formas raras, y las más frecuentes son las descritas, que evolucionan espontáneamente hacia la curación. (Cardelle, Gustavo; Pereiras, Raúl; y Pascual, Luis; *Arch. Med. Inf.*, 15, eno.-mzo. 1937.)

**Venezuela.**—Según Castillo, el raquitismo es poco frecuente en Venezuela, pues entre 60 niños que examinara en varios centros infantiles, sólo dos casos fueron sospechosos, y en uno era completo el cuadro heredosifilítico. Sólo se presentan algunas formas atenuadas que corresponden a las del raquitismo adquirido, aunque Gómez Malaret ha observado dos casos de craneotabes en Palo Grande. En ninguno de los casos estudiados se observó espasmofilia, pero en uno era claro el cuadro de poliavitaminosis. (Castillo, Lorenzo: "Raquitismo en Venezuela," Caracas, 1938.)

**Resistencia a la vitamina D.**—Citando seis casos observados en los últimos seis años en el Hospital de Niños de Boston, Albright y colaboradores declaran que en ciertos casos raros de raquitismo de la forma llamada *rachitis tarda*, precisa una dosis de vitamina D mayor que la habitual para la profilaxia y curación del mal. En estos casos, el raquitismo no parece deberse a una deficiencia de la magnitud habitual de la vitamina D o los rayos ultravioletas, sino a una resistencia intrínseca a la acción de la vitamina. (Albright, F.; Butler, A. M., y Bloomberg, Esther: *Am. Jour. Dis. Child.*, 529, sbre. 1937.)

**Tratamiento.**—Al repasar varias fases del raquitismo, incluso localización de las lesiones, signos clínicos, diagnóstico radiológico y humoral, evolución y patogenia, Dervillé termina declarando que los raquíticos vienen a ser niños mal alimentados, víctimas de faltas de régimen, y privados de higiene general. De ahí el empleo de tres medicaciones sencillas: La actinoterapia directa, ya natural, por medio de baños de sol, o artificial, con aparatos de rayos ultravioletas; administración de aceite de hígado de bacalao, y por fin, empleo de sustancias irradiadas, las cuales poseen la ventaja sobre el aceite de bacalao de que permiten administrar cantidades determinadas de sustancia antirraquítica. En Francia las más empleadas son soluciones oleosas al 1:100 de esteroil irradiado, tituladas de manera que 10 gotas correspondan a 4 mg de esteroil. Como el título

de la vitamina D ha sido modificado recientemente por la Conferencia Internacional de Londres, convendría que en todas partes adoptaran la unidad internacional. En vez de tratar el raquitismo, debe prevenirse, y si esto no es posible, despistarlo cuanto antes. Sabido es que de los males sociales, éste es de los que más puede beneficiarse con la profilaxia, la cual debe comenzar en la madre durante el embarazo. Ya nacido el niño, debe realizarse una buena higiene general, amamantación adecuada, suficiente aeración, y si es necesario, irradiación preventiva con la lámpara de cuarzo. Las casas-cunas, los dispensarios de lactantes, los jardines infantiles, se prestan admirablemente para la lucha antirraquítica, recordando siempre que el raquitismo dista mucho de ser hoy día la grave afección que parecía ser hace un siglo, y que con medidas bien fundadas, puede eliminarse por completo de la nosología. (Dervillé, P.: *Prog. Méd.*, 481, mzo. 27, 1937.)

El dihidrotaquisterol en la tetania hipocalcémica.—Presentando siete casos en mujeres blancas de 21 a 56 años, MacBryde señala que, con pequeñas dosis de dihidrotaquisterol (0.5 a 1 cc diarios, y a veces mayores al empezar), puede aliviarse por completo la tetania hipocalcémica y mantenerse la normocalcemia. Sólo se necesitan dosis mayores si no se suministra calcio además del contenido en los alimentos. Las pequeñas dosis de sales cálcicas por vía bucal provocan aumento notable y rápido en la calcemia si el enfermo recibe dihidrotaquisterol. Contra los síntomas agudos del hipoparatiroidismo los métodos de elección consisten en la inyección intravenosa de calcio o intramuscular de extracto paratiroideo, pero el último pierde su eficacia si se prolonga el tratamiento. Para el autor el dihidrotaquisterol es la única terapéutica que rinde resultados tan excelentes en la tetania crónica. (El dihidrotaquisterol— $C_{28}H_{46}OH$ —es uno de los productos derivados de la irradiación del ergosterol que estudiara Holtz de 1934 a 1936.) (MacBryde, Cyril M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 304, jul. 23, 1938.)

Leche de vaca.—Resumiendo dos experimentos en ratas, Depetris afirma que la adición de 3 cc de leche de vaca de consumo en la ciudad de Córdoba al régimen raquitógeno de McCollum modificado, ejerce un evidente influjo curativo sobre el raquitismo experimental de dicho animal, lográndose más fácilmente este efecto con la leche pasteurizada que con la hervida o cruda. A juzgar por la prueba de la línea, la leche de vaca de consumo en Córdoba en invierno no difiere grandemente en valor antirraquítico de la de verano. La utilizada para la experiencia representaba una muestra tomada de los 5,000 litros que recibe diariamente una de las usinas pasteurizadoras de la ciudad. En ésta consumen unos 80,000 litros de leche de vaca diarios, para una población de 289,000 habitantes (1933). (Depetris, Pedro: *Rev. Soc. Arg. Biol.*, 187, jul. 1937.)

Ultravioletoterapia.—Sumarizando el valor de la ultravioletoterapia Luce-Clausen lo declara indudable en la profilaxia y curación del raquitismo y la tetania, siendo inocua y específica cuando se administra debidamente. En las fracturas óseas la experimentación indica que posee muy poco o ningún valor. En la tuberculosis muchos autores la consideran como coadyuvante, aunque no se ha comprobado que posea eficacia específica. En las dermatosis de origen bacteriano puede ser útil con tal que los microbios queden en la escala en la cual penetran los rayos y sean destruidos o atenuados por dosis inocuas para el huésped. En otras dermatosis, tales como la psoriasis, el beneficio quizás dimane de la hiperemia producida. Como los efectos de la radioterapia no son todavía bien comprendidos, hay que mostrar cautela al aplicarla, y sin duda se necesitan más estudios de los efectos fotodinámicos de la irradiación sobre la piel, con referencia particular a la posible síntesis de hidrocarburos carcinógenos. (Luce-Clausen, Ethel: *Jour. Am. Med. Assn.*, 311, jul. 23, 1938.)