

BOCIO - ESCORBUTO - ESPRÚO - PELAGRA - RAQUITISMO¹

Chile.—Al presentar seis casos de bocio, tres tratados por la tiroidectomía total y tres con la subtotal en Chimbarongo, Chile, Ríos Ríos señala que el bocio endémico puede ser observado tanto en la cordillera como cerca de la costa del país, quizás por tratarse de un territorio netamente montañoso en una faja larga y angosta. Al ir mejorando las condiciones higiénicas del agua, se ve menos bocio, y apenas lo hay en las ciudades que tienen abastos de agua potable. La forma basedowiana es rara en la región donde trabaja el autor. (Ríos Ríos, H.: *Med. Mod.* 141, nbre. 1936.)

Uruguay.—En el período 1926-1936, entre 39,386 enfermos asistidos en las salas o consultorios de la Clínica de Niños de Montevideo, se han encontrado 38 casos de alteraciones del tiroides (aproximadamente 1 por 1,000), pero hasta la fecha no se han descubierto zonas bociosas. Es bastante general la existencia de hipertiroidismo puberal, y hay casos graves de distiroidia en los que el factor racial, extranjero, de origen inmigratorio, juega papel preponderante. (Jáuregu, M. A.: *Arch. Arg. Ped.*, 845, dbre. 1936.)

Valor diagnóstico de los folículos linfoides.—Describiendo 13 casos de bocio difuso tóxico, uno de bocio difuso atóxico, cuatro de bocio nodular tóxico, y 13 de bocio nodular atóxico, Pico Duni declara que en los bocios difusos la presencia de folículos linfoides es la regla, llamando la atención su gran número. Suelen faltar esos folículos en 25% de los casos. Exceptuada la enfermedad de Basedow, no existe enfermedad tiroidea alguna que presente los folículos con tanta nitidez y abundancia. En los bocios nodulares tóxicos y atóxicos estudiados por el autor nunca observó dichos folículos. No se pudo encontrar correlación entre la intensidad del cuadro clínico y la presencia de los folículos linfoides. (Pico Duni, R.: *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 1,659, obre. 1936.)

Yodoprofilaxia.—En el cantón de Berna, Suiza, región bociosa, desde 1924 han facilitado al público sal que contiene 5 mg de yoduro de potasio por 1 kg de cloruro de sodio, y desde 1936, ésta es la sal utilizada exclusivamente, y en otros 16 cantones de Suiza, es también empleada casi exclusivamente. Desde que se introdujera, ha habido ciertas discusiones con respecto a si el empleo de dicha sal es realmente ventajoso. En el distrito de Ausser-Rhoden, del cantón de Appenzel, Suiza, donde utilizan desde 1922 una sal que contiene 10 mg de yoduro de potasio por 1 kg de sal, el estruma congénito va en vías de desaparición. Igualmente, los experimentos de Schmelling en animales han demostrado que el tiroides de las ratas recién nacidas contiene más coloides si la madre ha recibido pequeñas dosis de yodo. Wegelin, en Berna, descubrió que, en 17 de 18 casos en que la madre había consumido sal yodada u otro preparado yodífero durante el embarazo, el tiroides sólo pesaba de 1 a 6 gm, mientras que en el caso restante pesaba 14 gm. El ayudante de Wegelin, Steinmann, ha verificado pruebas en mayor escala, obteniendo datos para el peso relativo y absoluto del tiroides de 178 recién nacidos, desde 1909 a 1934, dividiendo el grupo por quinquenios, y comparando los dos quinquenios consecutivos a 1924, es decir, los subsecuentes a la iniciación de la yodoprofilaxia, con los tres anteriores, ha descubierto un descenso notable en el peso del tiroides en los últimos años, y además, un aumento en los cuerpos más livianos (por debajo de 6 gm) en el último decenio. Como no ha habido mayor migración de gestantes, debe suponerse que esta rebaja en el peso depende prin-

¹ La crónica anterior sobre enfermedades de carencia apareció en el BOLETÍN de junio 1936, p. 555.

principalmente de la yodoprofilaxia. En otra serie de exámenes, Schnetz ha observado que a partir de 1924 también ha variado la naturaleza del tiroides en los niños y jóvenes: Tomó 8,460 casos correspondientes al período 1909-1934, y dividiéndolos por edades y también por quinquenios, observó un aumento marcado en el peso del tiroides normal de 1930-1934 en sujetos de 5 a 25 años, es decir, en aquéllos cuyo tiroides todavía se hallaba en un período sensible al introducirse la yodoprofilaxia; es decir, que ha disminuído mucho en este grupo el estruma nudoso. En los sujetos de mayor edad, la proporción de bocios nodulares ha continuado aproximadamente estacionaria. En cambio, el estruma difuso tiende al descenso entre los niños de 1930 a 1934. De estas estadísticas, cabe deducir que el bocio endémico va de capa caída en el condado de Berna, debiéndose esto sobre todo a la yodoprofilaxia, y los datos clínicos así lo confirman. (Carta de Suiza: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2,064, dbre. 19, 1936.)

Escorbuto infantil.—Eyzaguirre reproduce un trabajo preparado en 1927, refiriéndose a 6 casos de escorbuto que había observado en niños de 5 años en Lima. (Eyzaguirre, R.: *Crón. Méd.*, 169, mayo 1936.)

Escorbuto infantil en Puerto Rico.—Al comunicar un caso en un niño de unos dos años, que se curó agregando jugo de naranja a la alimentación, Oliveras Guerra señala que en Puerto Rico el escorbuto es casi desconocido, por la abundancia de la vitamina antiescorbútica en la dieta más pobre, ya que las frutas cítricas están al alcance de todos. En la literatura insular no aparece mención de casos infantiles. Stahl en 1903 se refirió al *Mal de Barlow*, pero sin mencionar ningún caso clínico en el país. (Oliveras Guerra, A.: *Bol. Asoc. Med. P. R.*, 103, mayo, 1936.)

Identidad del esprúo y la enfermedad celiaca.—Hanes y McBryde hacen notar que el nombre de "esprúo tropical" es inapropiado, por crear la impresión errónea de que el esprúo no aparece en la zona templada, y cuando se observaron casos en ella, se les designó de "esprúo no tropical," y más recientemente de "esteatorrea idiopática." Gee en 1888 publicó una breve reseña de la curiosa dolencia infantil que llamó "enfermedad celiaca," Herter publicó en 1908 su monografía titulada "infantilismo intestinal," y Heubner en Alemania poco después se refirió a "indigestión intestinal crónica." Hoy ya está reconocido que los tres autores describieron síntomas idénticos, y que el estado patológico subyacente es idéntico, tanto en los adultos como el niño, y todos ellos deben recibir el nombre de síndrome del esprúo. Durante el año pasado, los autores observaron nueve casos, dos de los cuales comenzaron en la infancia, y siete en la vida adulta, sin que ninguno de los enfermos hubiera jamás residido en los trópicos. Rhoads y Miller ya han demostrado que hasta los casos más graves y resistentes ceden rápidamente a lo que Minot llamó hepatoterapia adecuada, y las observaciones de los autores así lo confirman, creyendo que se obtendrá un resultado igual en la enfermedad celiaca. (Hanes, F. M., y McBryde, A.: *Arch. Int. Med.* 1, jul. 1936.)

Estudio clínico del esprúo.—Después de repasar la historia, distribución, causas predisponentes, etiología, cuadro clínico, diagnóstico, anatomía morbose, patología clínica, y tratamiento, Reed presenta nueve historias clínicas sumariadas, para poner de manifiesto los siguientes puntos: en tres casos hubo alteraciones roentgenológicas semejantes a las descritas en el intestino delgado por Mackie y Pound en 1935. El tratamiento general a la antigua resultó ineficaz, mientras que obtuvo un éxito notable el empleo parentérico del extracto hepático en cuatro casos, a la par que en tres surtió efecto el tratamiento general a la antigua, con un régimen y varios medicamentos, pero sin hígado. La bibliografía del autor comprende 45 fichas, siendo la más antigua la de Ketelaer, quien en 1672 ya se refirió al "Sprouw" de los belgas. (Reed, A. C.: *Am. Jour. Trop. Med.* 499, sbre. 1936.)

Brasil.—Apresentando 26 observações pessoas, Azevêdo passa em revista a sinonimia da pelagra, a sua distribuição geográfica, sua sintomatologia e etiologia e o caráter que assume no Brasil. Depois estuda a influencia do alcool sobre a doença, a relação da pelagra com as glandulas endocrinas, o diagnostico diferencial com outras entidades morbidas e os tratamentos indicados. (De Azevêdo, R.: *Bahia Med.*, 211, sbro. 1936.)

Estudios etiológicos.—Para los autores, ninguna de las teorías más en favor explica del todo la etiología de la pelagra. Para ellos, podría aceptarse la hipótesis de una deficiencia intrínseca análoga a, pero distinta de, la de la anemia perniciosa y el esprúo, relacionada con el jugo gástrico. También debe intervenir un factor extrínseco, probablemente contenido en la vitamina B₂. En el período agudo de la enfermedad se ha notado hematóporfirinuria, y la característica dermatitis puede deberse a fotosensibilización por dicha substancia. Esta teoría podría explicar la mayor parte de los fenómenos de la pelagra. (Sydenstricker, V. P., y Thomas, J. W.: *Southern Med. Jour.*, 14, eno. 1937.)

Etiología.—Recapitulando su repaso analítico de las teorías etiológicas de la pelagra, Stannus afirma que el mal tiene una distribución mundial; que existen varios estados, tanto en los climas templados como cálidos, que se parecen a la pelagra, por presentar muchos de los síntomas de ésta, aunque no la triada clásica de "dermatitis, diarrea, demencia," sin las cuales, aunque erróneamente, se suele suponer que no puede hacerse el diagnóstico; que muchos casos fuera de las zonas endémicas pasan sin diagnosticar, porque la semiología no es bien reconocida; que no existen estados separados como los llamados seudopelagra, parapelagra, pelagra alcohólica, pelagra secundaria, pelagroide, etc., tratándose meramente de casos de pelagra; que el maíz no desempeña ningún papel específico en la etiología; que todas las teorías etiológicas que postulan un elemento infeccioso específico carecen de apoyo; que una deficiencia en proteínas de alta calidad biológica no es en sí la causa de la enfermedad, y no hay pruebas precisas de que la pelagra sea una avitaminosis simple; que un estudio general de la dolencia indica una nueva hipótesis, a saber, que la pelagra es uno de varios estados debidos a insuficiencia en la producción de ciertos "principios," por la interacción de un "factor extrínseco" contenido en los alimentos con un "factor intrínseco" producido normalmente en el jugo gástrico; que en la pelagra pueden figurar uno u otro o ambos factores: un factor extrínseco debido a deficiencias dietéticas, un factor intrínseco debido a una falta de secreción consiguiente a una gastritis; que el factor extrínseco suele encontrarse en los alimentos que contienen proteína de alta calidad biológica y algunas partes del complejo vitamínico B; que el factor antipelagra se fija probablemente en el hígado, y no deben usarse en la pelagra los extractos hepáticos refinados que se recomiendan para el tratamiento de la anemia perniciosa; que esa acción es probablemente la de un catalizador que gobierna el metabolismo de las células de la piel, mucosas y sistema nervioso; que el llamado factor antipelagra puede representar realmente un complejo de factores separados; que la distribución del exantema en la pelagra se determina por alteraciones preexistentes en la piel debidas al traumatismo de muchos géneros, y que las alteraciones en las células acusan la naturaleza de una alteración en el estado coloidal del contenido en el sentido de menor dispersión de la floculación. (Stannus, H. S.: *Trop. Dis. Bull.*, 183, mzo. 1937.)

Tratamiento.—Chinn y McLester comunican el resultado obtenido en un hospital de Birmingham en el tratamiento de 73 casos graves de pelagra en una zona endémica. Durante el primer semestre de 1936, la mortalidad sólo fué de 7%, comparada con 32% previamente, y uno de los que murieron no recibió todo el tratamiento recomendado; otro murió de causas posiblemente secundarias a la pelagra, y en los demás pudieron haber intervenido otros estados. En 68 casos

la mejoría fué rápida y bien definida, y abandonaron el hospital en un período mucho más breve que el requerido en años anteriores. En resumen, el tratamiento de Spies consiste en descanso en cama, asistencia cuidadosa y un régimen rico en calorías y proteínas, junto con cantidades abundantes de substancias como levadura e hígado, que son preventivos específicos de la pelagra. En 1933, Spies, al describir el método que había aplicado en un hospital de Ohio, comunicó que en una serie de 125 casos había hecho bajar a 6% una mortalidad que era antes de 54% en casos graves, aunque comprendiendo en gran parte alcohólicos y enfermos en que la pelagra era secundaria a otros estados orgánicos. En la discusión, Sebrell hizo notar que conformándose a las indicaciones de Goldberger, el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos ha recomendado por varios años un tratamiento semejante, aconsejando 3,000 calorías, y de 15 a 30 gm de levadura diarios, mientras que Spies, Chinn y McLester administran de 4,000 a 5,000 calorías diarias, y 30 gm de levadura, y a veces 60 y hasta 90 gm tres veces diarias, aunque empleando por supuesto levadura seca. De las muertes de pelagra en Estados Unidos, 90% corresponden a los Estados del Sur. En 1930 se denunciaron 7,146 muertes al Servicio de Sanidad Pública; en 1931, 5,853; 1932, 4,134; 1933, 3,821; 1934, 3,602; 1935, 3,438, y ese descenso pronunciado se atribuye al régimen más diversificado y abundante introducido en los últimos años. (Chinn, Austin, y McLester, J. B.: *Southern Med. Jour.*, 18, eno. 1937.)

El extracto hepático en la pelagra.—De su estudio en 40 pelagrinos en un hospital de Durham, Carolina del Norte, Ruffin y Smith deducen que los extractos parentéricos de hígado contienen un factor que alivia los síntomas linguales en la pelagra, pero que sólo resulta parcialmente eficaz para la curación del mal. En cambio, se obtiene la reposición completa con la administración de dosis adecuadas de un extracto acuoso, "extracto solución de hígado (N.N.R.," sin que se produzcan recidivas después de la exposición a la luz solar. Para los autores, su estudio indica que el factor P-P de Goldberger consta de dos o más subfactores, y que los extractos parentéricos de hígado sólo contienen con seguridad uno de los mismos. (Ruffin, J. M., y Smith, D. T.: *Southern Med. Jour.*, 4, eno. 1937.)

Disminución de la pelagra en Italia.—Lutrario publica cifras demostrativas de la disminución de la pelagra en Italia, enfermedad que siempre ha afectado más en particular el norte del país mientras que el sur permanecía indemne. En 1883 se calculaba el número de pelagrosos en más de 100,000. La mortalidad ha disminuído constantemente desde que se promulgaron la ley y reglamentos de 1902-1903 sobre la lucha contra la enfermedad y el coeficiente ha disminuído de 115 en 1887-89 a 1.7 en 1933 por millón de habitantes, o sea una baja de 99 por ciento. La ley de 1902 tiene por base prohibir la circulación o empleo alimenticio de maíz impuro, húmedo, mohoso o averiado en todo sentido, ordenando además la declaración obligatoria de los casos; medidas especiales para la desecación y conservación del maíz; asistencia alimenticia en forma de panaderías, cocinas, alimentación curativa; tratamiento de los casos en las pelagroserías, y facilitando los recursos necesarios para la campaña. (Lutrario, A.: *Bull. Mens. Off. Int. d' Hyg. Pub.*, 668, ab. 1936.)

Haití.—Refiriendo los casos de raquitismo observados ocasionalmente en Haití, para el autor en esos casos predomina casi siempre la sífilis. (Fouron: *Ann. Méd. Haitienne*, 5, eno.-fbro. 1936.)

Craneotabes en México.—González C. declara que le ha impresionado el número de casos de craneotabes que se presentan casi a diario en la Casa de Cuna y en los centros de higiene de México. Para él, a pesar de otros datos contrarios, en México existe el raquitismo, pero en forma ligera y benigna por lo general, aunque alguna que otra vez florida y deformante, y la craneotabes adquirida es

en el país exclusivamente una manifestación raquífica. Por supuesto, en esos casos deben siempre excluirse las manifestaciones óseas, principalmente de origen sífilítico, y que podrían llamarse craneotabes congénita. Aunque en México la luz solar es maravillosa, pues en 1933 la ciudad tuvo 2,701 horas de sol, en cambio hay factores climatéricos que hacen disminuir el efecto antirraquífico de los rayos solares, pues la atmósfera está saturada de polvo la mayor parte del año, y llena de humedad. Además, es sabido que entre la gente baja los niños durante los primeros meses de existencia jamás son sacados al sol, y la alimentación también deja mucho que desear. (González, C., D.: *Pasteur*, 135, dbre. 1936.)

Avitaminosis mínimas.—Sumarizando su trabajo, Youmans afirma que las deficiencias de vitaminas en su forma mínima, constituyen importantes problemas en el ejercicio de la medicina, y aunque el diagnóstico es más difícil en ellas, hay métodos que pueden emplearse en muchos casos para obtener un diagnóstico exacto y temprano. Para el diagnóstico de la avitaminosis A, puede utilizarse la pesquisa de la hemeralopia leve y el examen de frotos de la conjuntiva bulbar. En la avitaminosis B₁, puede calcularse como prueba presuntiva si es adecuada, la ingestión de vitaminas, y comprobar el resultado con el tratamiento con la vitamina pura. En la avitaminosis B₂ leve, el diagnóstico depende de los síntomas indicativos, del estudio de la alimentación, y del resultado terapéutico conseguido con productos relativamente puros, tales como levadura tratada al autoclave y extractos hepáticos. Las avitaminosis C leves pueden distinguirse mediante el análisis y la reacción a dosis masivas de ensayo de vitaminas. El diagnóstico de la avitaminosis D en los adultos es difícil, debido a complicar la situación los factores relacionados con el metabolismo del calcio, el fósforo y el paratiroides. Por ahora, la avitaminosis E sólo puede sospecharse por existir síntomas clínicos indicativos, y estudiando el régimen. En la mayor parte de los casos, ya hay preparados potentes y concentrados que pueden utilizarse para el tratamiento científico. (Youmans, J. B.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 15, eno. 2, 1937.)

Hormona hipofisaria.—La Oficina de Patentes de los Estados Unidos ha expedido recientemente a la Fundación para Investigación, de los Alumnos de la Universidad de Wisconsin, dos patentes relativas al aislamiento y purificación de las hormonas gonadotropas de la porción prehipofisaria, abarcando los descubrimientos y trabajos realizados por F. L. Hisaw y H. L. Fevold. La Fundación ha declarado, que aunque contribuyó en parte a esas investigaciones con sus subsidios, tiene pensado administrar las patentes a fin de beneficiar al público, sin consideración de lucro, y sin que los doctores Hisaw y Fevold deriven la menor utilidad.

Tratamiento da angina de Ludwig.—Para Sanson e Amarante (*Fol. Med.*, fevereiro 15, 1937, p. 94), a angina de Ludwig só encontra solução no tratamento cirurgico. De nada vale a chimiotherapia ou a vaccinothérapie, a não ser quando associadas á cirurgia. A anesthesia deve ser de preferencia local, pois sem duvida a repercussão da anesthesia geral em um organismo já profundamente combalido pela intoxicacão póde ser fatal. A orientacão do tratamento está no perfeito conhecimento da anatomia. Dos 15 casos observados, 13 obtiveram cura com sequencia operatoria normal; em 2 o exito foi fatal. Destes, um chegou ao Serviço já profundamente intoxicado e o outro, além de profundamente intoxicado, com os antecedentes de insuficiencia cardiaca adeantada. Oito homens, 7 mulheres, dois lactentes, um com 10 mezes outro com 2 annos. A origem dentaria foi constatada em quasi todos os casos. Embora tratando-se de pequeno numero de casos, esta observacão permite afirmar que a angina de Ludwig evoluendo em terreno normal e attendida cedo é de bom prognostico.