

## CRÓNICAS

### BERIBERI—BOCIO—ESCORBUTO—ESPRŪO— PELAGRA—RAQUITISMO<sup>1</sup>

*Vitamina cristalina.*—Hermano y Eubanas han utilizado la vitamina anti-neurítica cristalina en el tratamiento de 12 casos de beriberi, incluso niños y adultos. En siete casos, el resultado del tratamiento fué alentador; otros dos parecían curados, salvo por algún entumecimiento en las piernas la última vez que se presentaron; y otro más, con el mismo síntoma en los dedos. Los últimos tres no se presentaron más, después de administrarles otra inyección. El material empleado consistía en clorhidrato cristalino de vitamina B<sub>1</sub> preparado de cáscara de arroz por Williams y colaboradores, administrándose por vía muscular en inyecciones de 1 mgm en 1 cc de solución esterilizada. (Hermano, A. J., y Eubanas, F.: *Phil. Jour. Sc.*, 277, jun. 1935.)

*Etiologie.*—Pour Lecoq, une meilleure connaissance des causes capables de provoquer expérimentalement, chez le pigeon, l'apparition de crises polynévritiques typiques, permet d'interpréter avec plus d'exactitude l'étiologie du bérubéri. L'avitaminose B paraît être exceptionnellement à l'origine de cette maladie, le plus souvent en dehors des contrées où elle sévit à l'état endémique. Par contre, dans les régions où le bérubéri règne habituellement, il semble devoir être attribué à un déséquilibre alimentaire, lequel se manifeste aussi bien en présence de l'argès proportions de vitamines B dans le régime. Ce déséquilibre aurait le plus souvent pour cause une intoxication acide de l'organisme, due à l'intervention dans le tractus digestif de microbes non spécifiques qui, tels le *Bacillus asthenogenes*, agissent en produisant aux dépens des glucides abondants dans la ration, de fortes quantités de dérivés acides. (Lecoq, Raoul: *Progrès Méd.* 1386, 24 août, 1935.)

*Clinica y patogenia.*—El estudio de Platt y Gin comprendió 100 casos de beriberi en Schangai, todos en chinos, y figurando sólo dos mujeres. El enfermo más joven tenía 10 años. Los autores no han observado casos infantiles, aunque los pediatras opinan que la enfermedad no es rara en los lactantes de Schangai. Los autores discuten las teorías etiológicas de la avitaminosis. Han observado frecuentemente que un excesivo trabajo muscular precede el comienzo de la enfermedad, afectándose invariablemente las piernas. Los trastornos metabólicos acompañados de fiebre, pueden aparentemente acelerar o acentuar el comienzo de los síntomas, de haber ya una avitaminosis B. Los trabajos verificados en la India parecen indicar que las condiciones bajo las cuales se producen toxinas en el arroz, son también las que destruyen la vitamina B. Los autores también recalcan la asociación del beriberi con la carencia de otras vitaminas. (Platt, B. S., y Gin, S. Y.: *Trans. IX Cong. Far East. Assn. Trop. Med.*, Nanking, 1934, Vol. II, p. 407.)

*Embarazadas argentinas.*—Peralta Ramos, en 1919, declaró no haber observado bocio exoftálmico en 12,000 embarazadas de su práctica hospitalaria y sólo en dos de su clientela civil. En la Clínica Obstétrica y Ginecológica "Eliseo Cantón," Buston Morón ha hallado desde 1917, entre más de 30,000 partos, tres historias de bocio exoftálmico bien constituido, un hipertiroidismo sin bocio y un

<sup>1</sup> La crónica anterior sobre enfermedades de carencia apareció en el *Boletín* de agosto, 1935.

bocio basedowificado, es decir, que entre más de 30,000 embarazadas sólo hubo cinco casos reales de hipertiroidismo, tres de ellos de enfermedad de Basedow. Es posible que los hipertiroidismos leves sean más frecuentes, pasando inadvertidos por faltar síntomas visibles. (Bustos Morón, Remigio: *Sem. Méd.*, 1282, obre. 1935.)

*Brasil.*—No Brasil existem grandes povoações de papudos em quasi todos os estados. As zonas de Lassance, Capella Nova, Ouro Branco, Herval, etc., em Minas, Guaranhim, no Rio Grande do Sul apenas referem focos de renome pelo alto indice endemico, em dous dos estados mais prosperos do paiz. O typo anatomo-pathologico é sempre o bocio parenchymatoso, segundo a regra. Acompanha-o habitualmente o quadro do cretinismo, da imbecilidade, ao lado do desenvolvimento physico deficiente. Entre os factores adjuvantes estão certamente os alimentares, os infecciosos e a má higiene geral combinando-se. Entre os factores infecciosos domina em importancia a doença de Chagas. Seria interessante, talvez, provocar-se a localização do *Trypanosoma cruzi* em thyreoides de animaes mantidos em dieta sem iodo. Viria então, possivelmente, a elucidação da doença de Chagas, no que diz respeito ao bocio, sob aspecto hygienico. Em relação a dosagens de iodo, poucos são os trabalhos nacionaes. G. Villela e Penna de Azevedo dosaram o iodo nas thyreoides em casos de bocio simples existente no Rio. Em Minas foram feitas identicas verificaçãoes por G. Villela e Baeta Vianna. O ultimo autor dosou ainda o iodo nos alimentos usuas das populações de Capella-Nova e Ouro Branco (Minas), reputando-o em baixo teor, embora admitta não sejam os seus estudos conclusivos. E inadiavel que as autoridades sanitarias ao menos estabeleçam o problema, fazendo um inquerito estatistico para delimitar as zonas bocigenas. E que estabeleçam a tão facil, prophylaxia pelo sal iodado. (de Couto e Silva, O. B.: *Folha Med.*, p. 293, jun. 15, 1935.)

*Chile.*—Cabello R. y Zúñiga publican un estudio de la composición mineral de la tierra y del agua en el Distrito La Punta, Provincia de O'Higgins, que es una reconocida región bociógena. Los análisis revelaron bajas cantidades en el yodo en la tierra y en el agua, pero más altas las de fierro que en la ciudad de Santiago. En lo relativo al cobre, no se apreció ninguna diferencia importante. (Cabello R., Julio; y Zúñiga, Joaquín: *Rev. Med. & Alim.*, 42, obre. 1935.)

*México.*—Cuervo afirma que el bocio existe en México, encontrándose regiones con un porcentaje elevado de casos. En Veracruz se ven sobre todo enfermos que llegan de los poblados situados a orillas de ríos. Hernández Mejía en 1920 ya se refirió a la frecuencia de la enfermedad en el Estado de Sinaloa. El bocio recibe en México los nombres de hushuecho, papera, y buche. El autor ha operado 14 casos, con una muerte. El bocio más voluminoso extirpado pesaba 1,400 gm. (Cuervo, R.: *Rev. Méd. Ver.*, 1655, nbre. 1, 1935.)

*Remedios.*—Fundándose en las investigaciones realizadas en Rumanía, Danielopolu, Stoitchitza y Cosma, recomiendan las siguientes medidas profilácticas encaminadas contra los factores determinantes y predisponentes del bocio. Como se ha confirmado la opinión de que es principalmente el agua proveniente de las capas superficiales, que es tórgena, conviene cambiar el abasto de la población afectada, abriendo pozos más profundos. Como el bocio es una enfermedad de la infancia, que aparece sobre todo en la pubertad, no debieran crearse escuelas en las regiones muy endémicas, sino situarlas en otros distritos, alejando así a los niños de la región bociosa en la época más susceptible. Visto que uno de los factores predisponentes más importantes es el económico, esto exige un plan de rehabilitación comprendiendo cultivos, vías de comunicación y colonización. La profilaxia yodada debe aplicarse conforme a los principios

siguientes: a) la carencia de yodo juega el importante papel de factor predisponente siendo el yodo un antagonista importante del factor tirogeno específico; b) en las regiones donde este factor específico existe, la cantidad de yodo absorbido por el organismo no basta para impedir que se produzca la epidemia; y, c) hay motivos para creer que hay que administrar mucho más yodo que el contenido en la sal yodada, que no contiene más que 5 mgms por kg de sal. La medida propuesta por los autores al Ministro de Sanidad de Rumanía, consiste en: 1, administración permanente en las regiones endémicas de sal yodada a toda la población, creando para ello la fábrica necesaria y el monopolio del estado en las regiones endémicas; 2, administración cada primavera y otoño a los niños y adolescentes, de una preparación de yodo, por 15 días, la cual puede consistir en media gota a una gota de solución de Lugol por año de edad; y 3, administración de yodo durante el embarazo y la lactancia (de 10 a 15 días por mes). (Danielopolu, D., Stoitchitza, y Cosma: *Bull. Mens. Off. Int. Hyg. Pub.*, 296, fbro. 1936.)

*Tripanosomiasis.*—Romaña presenta varios argumentos contrarios al origen tripanosomiasico del bocio endémico en las regiones donde existen ambas enfermedades. Hace notar que el edema de aspecto mixedematoso de la enfermedad de Chagas no es privativo de ésta, pues puede observarse en otras tripanosomiasis del hombre y de los animales; si bien es cierto que existen zonas en el Brasil y la Argentina donde coinciden y se sobreponen tripanosomiasis americana y bocio endémico, también se encuentran otras regiones en el mundo donde se conoce desde ha tiempo la última enfermedad, sin haber sido señalada la primera; a la zona bociógena sin tripanosomiasis enclavada en el corazón de la región tripanosomiasica mejor estudiada en el Brasil, o sea el Estado de Minas Geraes, que describiera Lobo Leite, el autor ha agregado en la Argentina el estudio de una zona libre de bocio endémico y donde no es raro el hallazgo de casos agudos y crónicos de la enfermedad de Chagas; deduce que en el norte santafecino, la enfermedad de Chagas no es la causante del bocio endémico; analizando los casos agudos de enfermedad de Chagas estudiados en 1933 por Penna de Azevedo, con respecto a la anatomía patológica del tiroides, se hace notar que tres presentaban el tipo de bocio de recién nacido, que no puede ser atribuido a infección tripanosómica congénita, pues los síntomas se presentaron varios meses después del nacimiento con el aspecto clínico de infecciones iniciales; y, por fin, se agrega que en la larga experimentación de laboratorio con la tripanosomiasis americana, ningún autor ha señalado localizaciones de predilección del parásito causante al nivel de los tiroides de los animales en experiencia, ni tampoco hipertrofias de la glándula en los mismos. (Romaña. C.: *Semana Méd.*, 897, mzo. 21, 1935.)

*Tifoidea.*—Ying llama la atención al hecho de que el beriberi puede presentarse, bien concurrentemente, o como complicación de la tifoidea. De 229 casos de tifoidea tratados en un hospital de Schangai durante las epidemias de 1929 y 1930, 14, o sea 6.1 por ciento, tenían beriberi. Los casos que se desarrollan concurrentemente con la tifoidea o durante el primer período de ésta, tienden a asumir carácter fulminante y suelen ser fatales en poco tiempo, simulando neumonía, miocarditis con decompensación y mielitis aguda progresiva, haciendo difícil el diagnóstico. Cuando el beriberi se presenta en los últimos períodos de la tifoidea, es más susceptible de tomar la forma seca paralítica, y no parece afectar el pronóstico, aparte de retardar la convalecencia. La vitamina B no ha dado resultados apreciables en casos fulminantes, ni en los estados complicados con tifoidea. (Ying, Y. Y.: *Trans. IX Cong. Far East. Assn. Trop. Med.*, Vol. 2, p. 415, 1934.)

*Paratirotapia.*—Recapitulando los conocimientos actuales, Aub declara que la virtud terapéutica del extracto paratirotideo depende de su influjo sobre los

valores del calcio y fósforo sanguíneos, de manera que su uso principal es en el tratamiento de la tetania aguda hipocalcémica, en cuyo estado puede salvar la vida. También puede servir para otros fines terapéuticos, debiéndose su efecto beneficioso a la liberación y excreción mayor de las sales derivadas de los huesos. (Aub, J. C.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 197, jul. 20, 1935.)

*Leche de cabra tiropriva.*—Al comunicar seis casos, Pasquini López declara que considera el tratamiento del bocio exoftálmico por la ingestión de leche de cabra tiropriva, superior muchas veces a los otros tratamientos médicos en uso, y aun a la solución yodoyodurada de Lugol. Actúa especialmente sobre la taquicardia y pérdida de peso, así como otros síntomas secundarios, produciendo mejorías prolongadas y aun estables. También obra beneficiosamente en los casos muy graves, estabilizándolos de tal modo que pueden tolerar sin mucho riesgo la intervención quirúrgica. El tratamiento no tiene contraindicación alguna, pero la dosis de leche debe ser alta. En Tucumán el tratamiento resulta relativamente fácil, por poderse mantener en las casas cabras lecheras. Del tercero al quinto día de extirpársele el tiroideo a la cabra, ya puede ser ordeñada. El tratamiento comienza con medio vaso de leche por la mañana y por la tarde, aumentando paulatinamente hasta dos o tres vasos diarios. En un caso, a causa de los vómitos, fué necesario principiar por cucharadas. La mayor parte de los enfermos tratados habían rehusado la operación, después de haber agotado casi toda la otra terapéutica disponible. (Pasquini López, C.: *Prensa Méd. Arg.*, 1340, jul. 10, 1935.)

*Carne.*—Gatti, Menéndez y Knallinsky describen sus observaciones relativas al escorbuto y la carne durante la guerra del Chaco. El escorbuto sólo apareció en forma esporádica y muy de vez en cuando, mientras el ejército podía proveerse de carne fresca. Cuando el avance impidió obtener carne fresca y se utilizó carne seca o enlatada, a los pocos meses comenzó a desarrollarse el mal en forma alarmante, contándose los casos por centenares sino por millares. Las victorias de 1934 condujeron al ejército paraguayo a un extenso territorio poblado de ganado vacuno y desde entonces desaparecieron el escorbuto y los numerosos casos de anemia y adelgazamiento que podían atribuirse a una avitaminosis C. Esta evidente relación entre el escorbuto y el consumo de carne fresca, impulsaron a los autores a hacer una experimentación en el cobayo. Tomando 5 animales de la misma familia, los sometieron a un régimen alimenticio semejante al del soldado del Chaco, dejando fuera la yerba mate y el azúcar, por no contener factor antiescorbútico apreciable. En dos cobayos que recibieron carne fresca no hubo lesiones apreciables ni en la autopsia, sucediendo lo contrario con uno que recibió carne seca. En otros casos, el jugo del limón mostró facultad profiláctica, y en uno fracasó el aceite de hígado de bacalao. (Gatti, C.; Menéndez, P.; y Knallinsky, A.: *Rev. San. Mil.*, 3, sbre. 1935.)

*Factor en el mate.*—Para Gatti y colaboradores, la aparición de numerosos casos de escorbuto entre los combatientes del Chaco, sometidos a una dieta desprovista de carne, frutas y verduras frescas, mas que tomaban cantidades regulares de mate, hace presumir que si esta yerba posee un factor antiescorbútico, como han alegado algunos, no lo cede en las infusiones, por lo menos en cantidades suficientes para resguardar contra el escorbuto. Los autores, admitiendo la posibilidad de la existencia de vitamina C en la yerba, investigaron en el cobayo si existía tal factor realmente en las infusiones en frío o en caliente de mate. El desarrollo del escorbuto con la misma semiología, y más o menos en el mismo plazo en los animales testigos y en los que consumieron un régimen escorbútigeno mezclado con mate o tereré (tereré: infusión acuosa en frío; y mate: infusión acuosa en caliente), demuestra que esas infusiones no poseen una cantidad experimentalmente apreciable del factor antiescorbútico. La asociación de la inanición en un

grupo en que al alimento escorbútigeno se agregó yerba mate pura, modificó el resultado, pero en un animal pudieron apreciarse signos de una avitaminosis C sobrepuesta a los de la caquexia por inanición. Estos resultados y las observaciones en soldados, permiten afirmar que la yerba mate del comercio no posee factor antiescorbútico biológicamente apreciable. (Gatti, C., Menéndez, P., y Knallinsky, A.: *Rev. San. Mil.*, del Paraguay, p. 3, agto. 1935.)

*Costa Rica.*—Pupo menciona varios casos en que familias enteras han contraído el esprúo. Para él, el mal es contagioso, pues se encuentra en las costas, en las mesetas, en las alturas, al nivel del mar, en pobres y en ricos, y si parece más frecuente en los últimos, es porque consultan más. Tampoco ha podido notar el influjo de la alimentación desequilibrada, pues existe esprúo en Guanacaste, donde no se comen verduras, y en la casa del hortelano; donde hay vacas, y donde la leche sólo se conoce de nombre; entre los consumidores de agua pura y de acequias; los aficionados a los espíritus y los abstemios; los comedores de pan y de macarrones, y los que prefieren tortilla y carne. La edad tampoco parece intervenir, pues el autor ha visto la enfermedad en recién nacidos y en personas de edad avanzada. Los parásitos intestinales tampoco guardan relación, pues puede faltar la dolencia en los más parasitados e, igualmente, en los que no los albergan, lo cual es muy raro en Costa Rica. El pronóstico es favorable en cuanto a la vida en la mayoría de los casos, pero muy pocos se curan. Una niña de 15 años había padecido de esprúo desde la edad de un mes; con un régimen mejoró y se desarrolló y se casó, y desde hace varios años tiene épocas buenas y malas, lo cual es una característica del mal. Este puede acusar remisiones hasta de siete años. El tratamiento es en gran parte sintomático. Hay casos que parecen responder a un régimen dado, como el lácteo; y otros a la eliminación de ciertas sustancias, como azúcar y harina. El efecto favorable del reposo en cama parece indudable. Los climas fríos, húmedos y ventosos no convienen para enfermos delicados. (Pupo, C.: "Memorias II Cong. Méd. Centroam.," 1934, p. 35.)

*El Salvador.*—Palacios observó un caso de esprúo en 1924 y otro en 1925, sin ver ninguno más hasta 1927 en un oficial del Ejército, pero sin poder poner en claro en el último si se trataba de esprúo o de otra enfermedad perniciosa. De 1931 a la fecha ha observado unos 15 casos, por lo general en jóvenes. La enfermedad parece ser igualmente frecuente entre los naturales del país como en los extranjeros que han regresado a su país de los trópicos. En El Salvador, Funes y Castro están tratando de investigar la frecuencia de la enfermedad celiaca y sus relaciones con el esprúo, según las teorías de Thaysen. El autor conviene con autores como Nolens, Elders, Reed y Ashford en la etiología semejante del esprúo y la anemia perniciosa; es decir, que los factores causantes engendran esprúo cuando actúan en la primera mitad de la vida, y anemia perniciosa en la segunda. (Palacios, A.: "Memorias II Cong. Méd. Centroam.," 1934, p. 39.)

*México.*—Ramírez Ulloa afirma que no es raro observar en México síntomas diarreicos que corresponden al esprúo y que no suelen ser identificados, aunque médicos de larga experiencia, tanto en la capital como en muchos estados, afirman no haber atendido nunca enfermos de dicho mal. El autor describe cinco casos. (Ramírez Ulloa, J.: *Rev. Gast.-Ent. Méx.*, 243, eno.-fbro. 1936.)

*Tratamiento.*—En el Hospital Lakeside, de Cleveland, de 1926 a 1930 la mortalidad entre 73 casos graves de pelagra ascendió a 54 por ciento, a pesar de recibir los enfermos asistencia esmerada. En los últimos cinco años el autor y sus colaboradores han logrado reducir esa mortalidad a 5 por ciento. En realidad, los casos graves son raros, pues diagnosticada y tratada precoz y adecuadamente, la enfermedad pocas veces llega a esa fase. El tratamiento consiste en la ingestión de un régimen suficiente, complementado de preferencia por unos 28 gm

de levadura de cerveza desecada, extracto de hígado o 56 gm de germen de trigo diarios. Esa medicación por vía oral es fácil de tomar y acorta el período de convalecencia. Los preparados utilizados han de ser de la mejor calidad, agradables al paladar, y elaborados por fabricantes acreditados. Los enfermos que todavía no presentan los síntomas más avanzados, como vómito y diarrea incoercibles o alteraciones del sistema nervioso central, pueden tratarse con un régimen equilibrado de alto tenor calórico (4,000 calorías diarias); pero conviene siempre complementarlo con la medicación indicada. La levadura puede tomarse a dosis de 10 a 20 gm en un vaso de leche fría cada tres o cuatro horas, hasta ingerir un total de 75 a 100 gm diarios. El tratamiento más eficaz consiste en la administración parentérica de extracto de hígado (tres a cinco dosis de 20 cc al día), y la ingestión simultánea de levadura o germen de trigo a pasto. Aunque la tintura de opio a dosis de 2 cc hasta 5 o 6 cc puede utilizarse, no suele surtir efecto contra la diarrea, pues ésta sólo cede cuando el síndrome pelagrino se ha curado. No debe suspenderse la medicación aun de presentarse dolor abdominal o vómito, que pueden cohibirse a veces con sedantes. Las lesiones cutáneas mejoran rápidamente con el tratamiento general indicado, pero además pueden empaparse con un antiséptico suave, como permanganato de potasio al 1/5,000. Cuando el enfermo presenta mejor semblante, tiene apetito, aumenta de peso, y consume un régimen suficiente y bien equilibrado, es porque se halla en vías de curación, pero debe continuar la vigilancia por lo menos durante dos o tres semanas, para estar a la mira de recidivas. Desde luego, están indicados el reposo y la higiene general y en algunos enfermos hay que atender ciertos estados predisponentes, como alcoholismo crónico, afecciones infectocontagiosas agudas y crónicas, mala dentadura, diabetes, caprichos dietéticos y estados gastrointestinales. (Debido al empleo, cada día más generalizado, de la levadura en el tratamiento de la pelagra, y a fin de salvar las dificultades que entraña la diversidad de productos del comercio, y su distinta potencia y calidad, ha sido incluida la levadura en la Farmacopea de los Estados Unidos que acaba de publicarse, a fin de normalizar ese producto.—RED.) (Spies, T. D.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1028, sbre. 28, 1935.)

*América Latina.*—Participando en una encuesta realizada por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Lara Quiroz de Bolivia dice que en Potosí el raquitismo es bastante frecuente en esta ciudad, en la clase media del pueblo y la minera. La forma de raquitismo que se observa es la atenuada. Respecto a la espasmofilia, se han observado pocos casos, los más son hijos de alcohólicos; algunos enfermitos afectos de esta dolencia eran raquíticos. En Cochabamba, tomando solamente dos de los últimos años como el 1930 y 31, por ejemplo, el porcentaje de niños enfermos de raquitismo es mínimo, fundándose únicamente en los casos clínicos, macroscópicos, es decir, el raqueitism con lesiones llamativas, prescindiendo de las incipientes. Los enfermos observados en el Servicio del Hospital y en la clientela particular, pertenecen en mayor número a los niños que habitan la capital (Cochabamba), siendo pocos los que vienen de la campiña, con la citada enfermedad, hecho que comprueba una vez más la acción antirraquítica de los rayos solares. Los casos observados de espasmofilia arrojan un porcentaje mayor que el del raquitismo. Entre las modalidades encontradas, la más frecuente ha sido el laringo-espasmo, siguiendo después en orden decreciente la eclampsia infantil y la tetania, siendo esta última muy rara. En el Beni tampoco constituye un problema sanitario el raquitismo que alcanza en la región poco desarrollo.

Luiz Barbosa do Rio de Janeiro declaró que não possui o Brasil estatísticas ou dados demográficos, suficientemente instructivos, que autorizem uma resposta segura sobre a frequência do rachitismo. Ha apenas observações iso-

ladas de alguns clinicos que fazem concluir pela sua existencia, em pequena escala e sob fórmas benignas. Predominam no Brasil as formas attenuadas ou incompletas, em vez das intensas ou typicas. O rachitismo inveterado constitue, pelas informações colhidas até hoje, doença rara nas principaes cidades do Brasil, tal como acontece com o rachitismo completo do lactente e da criança pequena. A espasmophilia da primeira infancia, raras vezes tem sido encontrada nas crianças brasileiras, pelo menos sob a forma ostensiva.

En el Ecuador, según dice Carlos Velasco, el raquitismo es excepcionalmente observado. En el servicio de niños del Hospital Eugenio Espejo de la Capital de la República, de entre 1,500 enfermitos asistidos en dos años, se ha comprobado un solo caso. En los otros lugares de la República es análogo el fenómeno.

Maurice Armand dit que le rachitisme en Haiti est une affection relativement rare pour ne pas dire exceptionnelle. Sa rareté n'est pas due à ce que la race noire constituant la majorité de la population y soit réfractaire, mais au climat et aux habitudes alimentaires des indigènes. La syphilis est extrêmement fréquente. En se basant sur les seuls examens de sang, le Dr. Giordani, Chef du Laboratoire Central du Service d'Hygiène à Port-au-Prince, trouve 45 à 50 pour cent de Kahn positif, dans la clientèle hospitalière. À l'encontre du rachitisme, la spasmophilie est, au contraire, un état relativement fréquent.

Manifiesta P. H. Ordóñez Díaz que el raquitismo se presenta muy poco en los niños de Honduras. Los casos que se presentan son de mediana intensidad y de forma ligera.

Luis A. Suarez, del Perú, dice que para Lima, que cuenta con unos 300,000 habitantes, las estadísticas tanto del Instituto Nacional del Niño como del Hospital del Niño, en donde se asiste por término medio a más de 32,000 niños por año, representan para los años 1933, un 0.18 por ciento, y para 1934, 0.16 por ciento. Con referencia a la espasmofilia, de las estadísticas correspondientes al Instituto Nacional del Niño y Hospital del Niño, sobre una mediana de 32,000 por año, se observan los siguientes porcentajes: año 1933, 0.11 por ciento; año 1934, 0.09 por ciento.

Según Roberto Berro, el raquitismo es poco frecuente en el Uruguay, tanto en las ciudades como en la campaña. La poca frecuencia debe atribuirse más que nada al clima y a la alimentación. La espasmofilia no es tampoco frecuente en el Uruguay. En estos últimos años la bibliografía se ha enriquecido con algunos casos presentados a la Sociedad de Pediatría y publicados en los *Archivos Uruguayos de Pediatría*. (1933 y 1934).

Resumen: el raquitismo es poco frecuente en el Brasil; en Cochabamba y Beni, en Bolivia; en el Perú; en Honduras; en el Uruguay; en Ecuador, y en Haití. Sólo aparece como bastante frecuente en la región de Potosí, en Bolivia. En la primera edad predominan las lesiones en los huesos del cráneo; más adelante retardo del desarrollo, rosario costal e incurvamiento de las tibias; las deformaciones óseas mayores son habitualmente tardías. El raquitismo atenuado que se observa en América es debido a la influencia profiláctica del sol y de la alimentación a pecho en la primera infancia, y rica en vitaminas luego aunque no sea correcta en su forma y ausencia. Barbarosa e Ygartúa (Brasil) consideran a la sífilis como un factor predisponente innegable al favorecer diversos géneros de distrofia ósea; Villarroel (Bolivia) le atribuye un rol importante; De Sierra (Bolivia), Velasco (Ecuador) y Ordóñez (Honduras) consideran dudosa la relación entre ambas enfermedades. Armand (Haití) y Berro (Uruguay) destacan el hecho de la frecuencia de la sífilis, casi 50 por ciento de la población en Haití, y 10 por ciento en Montevideo, y de la escasa frecuencia del raquitismo. En el Brasil (Ygartúa) hay pocos casos de espasmofilia, no son intensos y están a menudo ligados al raquitismo. En Bolivia, pocos casos en Potosí, mayor frecuencia que

el raquitismo en Cochabamba, un solo caso en Beni. En Haití, la espasmo-filia es relativamente frecuente, sobre todo en el momento de la primera erupción dentaria. En Perú, Ecuador, y Uruguay no lo es. (*Bol. Inst. Int. Amer. Prot. Inf.*, 244, eno. 1936.)

*México.*—Ramos Espinosa afirma que en México nunca se han visto huesos elásticos, blandos o engrosados con osteofitos, o doblados o torcidos por el raquitismo, a pesar del gran porcentaje de niños desnutridos que viven en malas condiciones higiénicas. Solamente sabe de un caso de raquitismo florido que se relató en México, y ése en una niña que nunca pudo andar y que probablemente pasó su vida en una pieza oscura. Rosarios costales y craneotabas son más frecuentes, pero Torroella ha insistido siempre en que muchos de esos casos son de procedencia sifilítica. (Ramos Espinosa, A.: *Medicina*, 76, fbro. 25, 1936.)

Carrillo hace notar los pocos trabajos que se han escrito sobre raquitismo en México, siendo Cosío seguramente el primero en comunicar que entre 6,357 niños sólo se habían anotado 21 casos (0.33 por ciento) de raquitismo, y atribuyendo esa cifra baja a la benignidad del clima y a la lactancia materna, sin haber encontrado ni un solo caso sifilítico ni de raquitismo tardío. Torroella en 1927 declaró que no había encontrado un solo caso entre 6,000 niños de un centro de higiene y atribuyó el fenómeno a los rayos ultravioletas del sol, la alimentación rica en calcio y la amamantación. Carrillo mismo, entre 500 niños de la Casa de Cuna, sólo encontró un caso, y Gama en 49 años de ejercicio profesional no ha visto uno solo. Por otro lado, Escontría declara que ha observado algunos niños con pequeños accidentes de raquitismo bien desarrollado y Baz Drech en 1930, opina, aunque sin estadísticas, que el raquitismo es relativamente frecuente en el Distrito Federal, si bien no en forma completa u ostensible. El mismo autor en 1932 presentó un caso de tetania, y poco después Torroella manifestó que prácticamente no existe la tetania en México, y dado su estrecho parentesco con el raquitismo, no es de extrañar esto. Ramos comenta que la tetania existe en México pero es poco frecuente, agregando que el raquitismo sí es frecuente aunque no se vean las formas floridas. En 1936 González y Soto declaran que la forma de craneotabas adquirida que se observa en México es de naturaleza raquítica y casi siempre de origen sifilítico. Para el autor es dudoso el valor patognomónico de la craneotabas en el raquitismo, añadiendo que son excepcionales los casos de raquitismo observados después de los dos años. Rodríguez, en 1872, hizo notar la ausencia de osteomalacia puerperal en el país y la rareza del raquitismo, lo cual han confirmado después varios tocólogos. Duque de Estrada en un estudio verificado en 1916 apuntó la frecuencia de la pelvis infundibuliforme en México, pero sin haber encontrado ninguna de tipo raquítico. Espinosa y de los Reyes, entre 500 pelvimetrías en 1920, tampoco pudo encontrar ninguna. Carrillo termina declarando que el raquitismo en México no es problema de salubridad pública. (Carrillo, R.: *Pasteur*, 73, ab. 1936.)

*Ergosterol selectivamente irradiado.*—Para Rider y colaboradores el método de Sperti que consiste en la irradiación con una escala selectiva de rayos de onda larga, puede transformar casi por completo la ergosterina en una forma de elevada actividad antirraquítica y sin contaminación con productos de descomposición. El producto obtenido consiste en una solución de aceite vegetal del factor antirraquítico, cuya potencia ha sido graduada a 10,000 unidades F. E. U. X. por gm. La dosis viene a ser de 0.06 a 0.25 cc. diarios, pero la debe fijar el médico a discreción. En Holanda Reerink y van Wijk también han obtenido una ergosterina que parece muy eficaz después de ser tratada con rayos de onda larga (de más de 275 milimicras). (Rider, T. H., Sperti, G., Parke Goode, G., Cassidy, H. G.: *Am. Med. Assn.*, 452, fbro. 8, 1936.)



*Aceite de tiburón.*—De sus experimentos en ratas albinas, Asenjo y colaboradores deducen que el aceite de hígado de tiburón (género *Carcharinus*), pescado en la costa norte de Puerto Rico en el mes de julio, contiene más de 13,300 unidades Sherman de vitamina A por gramo. (Asenjo, C., Dalmau, Luz M., y Axtmayer, J. H.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 163, sbre. 1935.)

*Profilaxia.*—En una encuesta verificada por el *Zeitschrift für Vitaminforschung* (obre. 1935) entre numerosos pediatras del mundo entero, sólo 10 de 37 opinaron que la profilaxia del raquitismo con leche irradiada parece posible y deseable, aunque agregando la mayor parte de los 10 que por ahora la ejecución práctica de esa profilaxia no parece muy factible. La curación del raquitismo con leche irradiada ya parece posible a muchos pediatras, por lo menos en los casos benignos, aunque algunos no creen que ese efecto sea constante. La mayor parte de los autores se muestran hostiles al empleo de una leche enriquecida sistemáticamente con vitamina antirraquítica, no por irradiación sino por una mezcla de ergosterina irradiada. El aceite de hígado de bacalao tuvo numerosos partidarios y la ergosterina irradiada no menos. (Vignes, Henry: *Prog. Méd.*, 488, mzo. 21, 1936.)

### ENCEFALITIS—MENINGITIS—POLIOMIELITIS<sup>1</sup>

*Epidemia en Tokio.*—Durante el verano de 1935 hubo una epidemia de encefalitis en Tokio y cercanías, y de enero a julio sólo se denunciaron 13 casos, pero a fines de agosto hubo 813, la mayor parte leves. A medida que enfrió el tiempo en septiembre, disminuyó el número. En conjunto, del 21 de agosto al 8 de septiembre se denunciaron 1,374 casos con 364 defunciones (26.5 por ciento). Los casos en menores de 10 años ascendieron a 791 (60 por ciento). Rara vez se observó más de 1 caso en la misma familia. Hacia fines de septiembre se calculó que el total de casos en el país era de más de 1,600, pero por lo general leves. Mitamura y sus colaboradores del Instituto de Investigación de Enfermedades Infecciosas inyectaron tejido cerebral glicerinado de casos humanos en 23 monos, pero sin observar signos de enfermedad. En cambio, las inyecciones de tejido cerebral de ratones infectados transmitieron la enfermedad a los monos. Yamada experimentó con mosquitos como el más probable vector, y después de conservar, de una semana a un mes, mosquitos que habfan picado a enfermos, los inoculó en forma de emulsión a los ratones, los cuales, a los 3 días, manifestaron síntomas de encefalitis. Takeuchi y colaboradores de la Universidad Imperial de Tokio han aislado un virus filtrable en los ratones, que para Inada, tarde o temprano se demostrará ser la causa de la encefalitis japonesa. (Carta del Japón: *Jour. Am. Med. Assn.*, 312, eno. 25, 1936.)

En las epidemias de encefalitis observadas en Tokio últimamente, y en particular en 1935, la forma japonesa B, tal como se observa en los occidentales, resultó semejante en todos sentidos a la contraída por los japoneses. En el reciente brote en Tokio, no se encontró dificultad alguna para transmitir la enfermedad a los ratones, confirmando así lo observado en la epidemia de 1933 en San Luis. La forma japonesa B y la de San Luis (1933) resultaron idénticas, no sólo clínica y patológica, sino etiológicamente. En Tokio, en agosto 1935, hubo un brote súbito, con 1,362 casos denunciados para el 10 de septiembre. La morbilidad fué de 22 por 100,000 habitantes, y la morboletalidad de menos de 30 por ciento, es decir, que la enfermedad fué mucho más leve que la observada en

<sup>1</sup> La crónica anterior sobre estas enfermedades apareció en el *Boletín* de agosto, 1935.