

varias artritis, indica que el resultado ha variado mucho, sin que ningún método sea netamente superior a los demás. En los casos infecciosos inespecíficos crónicos (atróficos), se han comunicado curaciones en una proporción de 0 a 25 por ciento, marcado alivio en 0 a 7, moderado en 25 a 50, y resultados nulos en 13 a 75 por ciento. Del total de enfermos tratados, un promedio de 10 por ciento fueron comunicados como asintomáticos, 25 por ciento como marcadamente aliviados, 35 por ciento moderadamente aliviados, y 30 por ciento sin variar. En la serie de los autores, de 60 enfermos de artritis infecciosa crónica, ninguno se alivió del todo; 18 por ciento se aliviaron marcadamente, 12 por ciento moderadamente, 20 por ciento ligeramente, y 50 por ciento quedaron sin mejoría; en otras palabras, 70 por ciento obtuvieron muy poco o ningún alivio. En cambio, en la artritis blenorragica, se aliviaron marcadamente o curaron 90 por ciento de los 16 casos de los autores, corroborando así las estadísticas de otros. (Hench, P. S., Slocumb, C. H., y Popp, W. C.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1779, mayo 18, 1935.)

En 25 casos de artritis reumatoidea, Short y Bauer probaron la diatermia general, administrando a cada enfermo de uno a 15 tratamientos y manteniendo por lo general una temperatura de 40°C por cuatro horas. Aunque ningún enfermo sufrió mayor cosa, a todos les molestó mucho el tratamiento. Un 80 por ciento de los casos manifestaron mejoría temporal, pero sólo en 20 por ciento del grupo duró ésta algún tiempo. Para los autores, el método sólo está raramente justificado, y no debe excluir el tratamiento general. (Short, C. L., y Bauer, W.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2165, jun. 15, 1935.)

#### RECTIFICACIÓN

*Dosis de digital.*—En el trabajo del Dr. Lyon sobre diagnóstico y tratamiento del reumatismo cardiaco en los niños, publicado en el BOLETÍN de marzo de 1935, en el tercer párrafo de la página 229, al consignar la dosis de hoja de digital según el método de Eggleston, debe decir "0.01 gm por cada 4.5 kg de peso" en vez de "cada 4.5 gm de peso," según aparece en el texto.—RED.

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

*Muerte en Nueva York.*—La primera muerte de beriberi observada en el Estado de Nueva York en 15 años, tuvo lugar recientemente en Buffalo, remontándose la anterior a la ciudad de Nueva York en 1919. En los últimos 20 años ha habido cuatro muertes de la enfermedad en la porción septentrional del Estado. (Apud: *Jour. Am. Med. Assn.*, 762, sbre. 8, 1934.)

*Guayaquil.*—Valenzuela hace notar que cada año se ven en Guayaquil epidemias de beriberi limitadas a una casa, una manzana o un barrio, en condiciones tales que no es posible atribuir las a la avitaminosis, y en las cuales se impone la existencia de otro factor etiológico. En el año 1914, en la Provincia de Esmeraldas, una epidemia de beriberi atacó a algunas familias, en cuya alimentación no había deficiencia. Los primeros casos observados por el autor fueron en 1904 a bordo de un crucero colombiano procedente de Panamá y Buenaventura, en que existía una verdadera epidemia, siendo casi todos los casos de la forma mixta, algunos de la hidrópica y muy pocos de la seca. Con ese antecedente, el autor comprendió que la gran mayoría de los casos anteriormente clasificados simplemente de

<sup>1</sup> Las últimas crónicas sobre enfermedades de carencia aparecieron en el BOLETÍN de obre. 1934, pp. 932-941.

polineuritis, eran típicos de beriberi. En el Ecuador, la enfermedad no existe en la zona alta interandina y, en cambio, es endemoepidémica en las regiones bajas y húmedas, tanto en la costa como en las llanuras donde nacen los afluentes del Amazonas. En ambas zonas se observan además recrudescencias periódicas en la estación más lluviosa y calurosa, es decir, de diciembre a marzo. (Valenzuela, A. J.: *An. Soc. Méd.-Quir. Guayas*, 85, mayo 1934.)

*Observaciones en Argentina.*—Todos los autores están acordes en que en las regiones bociosas la forma exoftálmica no adquiere mayor frecuencia; por ejemplo, Lewis en Salta en sitios donde está afectada hasta 80 por ciento de la población escolar, sólo pudo ver dos casos con síntomas de hipertiroidismo. En cambio, en la zona del litoral en la región agropecuaria que rodea a Rosario, el basedowismo es frecuente, sobre todo en la campaña. Otro hecho que demuestra la íntima relación que existe entre el bocio exoftálmico y el esporádico, es que el primero es frecuentemente hereditario o familiar. Entre unas 100 observaciones en seis años, el autor ha podido comprobar el papel de la herencia en siete, una vez en madre e hija, otra en dos hermanas, y otra en tres miembros de la misma familia. A veces un miembro tiene un bocio exoftálmico y otro un bocio simple. En un caso de bocio exoftálmico en una mujer de 27 años que curara con la radioterapia en 1926, hace poco las dos hijas manifestaban un bocio simple. La transformación del bocio simple en exoftálmico sólo ha sido observada por el autor en 11 de sus 100 casos. De las 11, sólo siete tuvieron embarazo, y en tres el hipertiroidismo coincidió con éste, sin que hubiera relación alguna en los otros. El embarazo no es frecuente en las basedowianas, y Peralta Ramos en 1919 en los registros de dos maternidades que sumaban 10 a 12,000 embarazos, no encontró un solo caso. Para su informe tuvo, pues, que utilizar dos casos de su clientela privada y otros dos referidos, y de los cuatro, en tres más bien había mejorado la enfermedad durante la gestación. Alvarez sólo ha observado un caso, y la enferma tuvo dos embarazos, que si bien agravaron su enfermedad también fueron tolerados sin grave perjuicio. Aparte del factor constitucional, puede decirse que se ignora la causa que motiva el desarrollo del bocio, y más que en factores internos, quizás hubiera que buscarla en modificaciones del ambiente. (Alvarez, C.: *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, 1373, dbre. 1934.)

*Concepción.*—Entre 2,498 casos autopsiados o biopsiados en la ciudad de Concepción, Chile, en 3½ años se encontraron 45 bocios o sea 1.8 por ciento, correspondiendo 26 a autopsias y 19 a biopsias, 37 a mujeres y ocho a hombres. Una indagación de la procedencia reveló que no existen en la provincia focos seguros de bocios endémicos y muy pocos casos eran de otras zonas, correspondiendo todo el material a enfermos provenientes de regiones bajas y cerca del mar. En cuanto a formas los casos se distribuyeron así: coloideo difuso, 16 casos; nodular, 15; maligno, 7; basedowiano, 4; quistes grandes del tiroides, 2; y coloideo difuso y nodular, 1, llamando la atención la relativa frecuencia de los casos malignos. Para el autor, un estudio más detenido quizás revele un número mayor de bocios, aunque no parezca muy probable. Respecto a las demás regiones del país, todavía no hay datos muy precisos pero, en lo referente a la zona sur, se tiene la impresión de que el bocio en general no es muy frecuente, sucediendo otro tanto con las formas basedowianas y malignas. En la región central (valle longitudinal), cerca de Curicó, en un terreno llano tosco, lejos de la costa pero regado por el río Teno, Alvarez Andrews ha observado bocio endémico y cretinismo, pero faltan estudios anatomopatológicos. Cerca de Santiago, en el Cajón de Maipo, también se han observado bocios frecuentes. De su estudio, el autor saca una conclusión relativamente poco favorable a la teoría etiológica del déficit de yodo, pues la Provincia de Concepción es vecina al mar, del cual saca parte de su alimentación. El agua potable sí es muy pobre en sales calcáreas. (Suazo Figueroa,

L.: "Estudio sobre la frecuencia y formas anatómo-patológicas del bocio en Concepción," 1934.)

*Perú.*—Burga consigna que el bocio o coto está muy extendido en el Departamento de Amazonas, Perú, con tendencia a propagarse. Todo el valle de Huayabamba es bociógeno, y hay distritos en que la totalidad de los habitantes se encuentran afectados. En la región bociógena del Departamento se pueden considerar dos zonas: la comprendida entre 1,000 y 1,800 m, y la comprendida entre 1,800 y 2,500 m. El coeficiente varía, pero el mayor porcentaje se encuentra en la zona baja. En la zona alta, los distritos bociosos se encuentran más o menos dispersos, teniendo en común la característica de hallarse por lo general situados en las faldas de los cerros, con un clima frío y seco, proviniendo el agua de consumo de quebradas, vertientes y pozos. (Burga, B.: "Geografía médica y profilaxia del bocio o coto en el Dpto. de Amazonas.")

*Yodoprofilaxia.*—Para Marine, ya hay suficientes pruebas de que durante el último siglo el coeficiente del bocio ha disminuído con lentitud, probablemente como efecto directo del mejoramiento económico general, y en particular los medios más rápidos de transporte. El cambio y purificación de los abastos de agua, han sido practicados por más de un siglo, y métodos profilácticos fueron buscados por las comisiones nombradas por el Gobierno de Cerdeña en 1845, el de Austria en 1860, el de Francia en 1863, el de Suiza en 1908, y más recientemente por el de Italia. La teoría promulgada por Chatin en 1852, de que el bocio se debía a insuficiente ingestión de yodo, hubiera con toda probabilidad conducido rápidamente a la yodoprofilaxia, de haber existido suficientes datos fisiológicos, patológicos, farmacológicos y químicos. Esos estudios comenzaron con el descubrimiento de Baumann y su escuela en 1896, de que el yodo era un componente normal del tiroides. En 1909-10, Marine y Lenhart llevaron a cabo en una colonia de unas 400,000 truchas, una demostración de que el yodo, agregado al agua en cantidades que no pasaban de 1 mgm por litro, impedía absolutamente la aparición del bocio, y provocaba la involución de las hiperplasias tiroideas. Luego se demostró que el cambio de régimen, de hígado fresco de cerdo a pescado, era igualmente eficaz. McClendon ha hecho notar recientemente que el bajo coeficiente de bocio simple en el Japón se debe probablemente al mucho consumo de alimentos marinos, y en particular algas. Después de los experimentos en truchas, se hicieron otros semejantes en ovejas, bovinos, cerdos y aves de corral. Los experimentos en gran escala en el hombre fracasaron hasta 1917, en que por mediación del Dr. O. P. Kimball se logró hacerlo en los escolares de Akron, Ohio, decidiéndose administrar 2 gm de yoduro de sodio a dosis de 0.2 gm durante un período de dos semanas en la primavera y el otoño. El examen de los niños al cabo del primer año reveló el mismo efecto preventivo y curativo ya observado en los animales. En Suiza, Klinger comenzó experimentos semejantes en 1918, con resultado tan notable que para 1922 la Comisión Nacional del Bocio recomendó la introducción de medidas profilácticas en todo el país. El yodo es efectivo como profiláctico tanto en esa forma como en otras, lo cual tiene sus ventajas y desventajas, las últimas consistentes en la selección de la forma más conveniente. Histórica y empíricamente, la sal marina fué el primer medio de administración, y desde 1920, en que se introdujo la sal de mesa yodada en Estados Unidos por indicación del Dr. H. G. Sloane, de Cleveland, ha suplantado en gran parte a los otros medios de administración. En los 17 años transcurridos desde que se iniciara la profilaxia en gran escala del bocio simple en el hombre con yodo, se ha extendido al Canadá, Suiza, Alemania, Austria, Italia y Nueva Zelanda. Las críticas que surgieron en los primeros años han desaparecido casi por completo en los últimos cinco o seis. Plummer en 1931 y McClure en 1934, mencionaron el marcado aumento en el número de operaciones por bocio en 1926 y 1927 en Michi-

gan y Minnesota, pero principalmente en los enfermos con los llamados adenomas tóxicos, que habían sin duda recibido demasiado yodo. En 12 casos en que los médicos creían que la exacerbación se debía al empleo de sal yodada, el autor demostró que se habían empleado simultáneamente otros preparados de yodo, y desde 1821 Coindet hizo notar que la administración de yodo a individuos con bocio adenomatoso resultaba a menudo nociva. En los casos adenomatosos, Kocher ya en 1910 se opuso al empleo de yodo, y Plummer en 1928 demostró en una serie numerosa y bien estudiada, que en esos casos, en vez de producir una remisión temporal el yodo más bien aumentaba el coeficiente metabólico. La eliminación de los casos de bocio adenomatoso antiguo, confutará en gran parte el reparo más importante que se ofrece a la yodoprofilaxia. En el experimento de Akron, que duró tres años, sólo se observaron 11 casos de yodismo leve y ninguno de bocio exoftálmico entre 2,190 niñas de 10 a 20 años, y Klinger en 1921 no observó un solo caso, ni de uno ni de otro en más de 1,000 niños observados por 16 meses. Se ha dicho, aunque no se han establecido con seguridad los requisitos orgánicos normales de yodo, que de 0.04 a 0.08 mgm diario probablemente cubrirá las necesidades de un adulto. A las sales yodadas más empleadas se les agrega de 5 a 10 mgm de yoduro de potasio, o su equivalente, por kilogramo, o sea de 1/200,000 a 1/100,000. En Suiza han empleado la primera concentración por los últimos nueve años sin efectos contraproducentes, y de Quervain hizo notar en 1934 que la frecuencia del bocio en los escolares ha descendido de 100 a 5 por ciento, y ha quedado eliminada la forma congénita, pero sin alterar el coeficiente en las grávidas o en los reclutas militares. Esto patentiza que esas dosis profilácticas quizás resultan insuficientes como curativas, y que fueron insuficientes para llenar los requisitos mayores de yodo en las épocas fisiológicas de la pubertad y el embarazo. Para Marine, debe preferirse la dosis de 10 mgm por kilogramo. Entre los varios efectos subsidiarios de la profilaxia del bocio que pueden mencionarse, el primero es la eliminación del bocio congénito y del cretinismo, y el segundo la disminución en el número de individuos que necesitan semestrumectomías que, según las observaciones de McClure, disminuyeron en siete hospitales de Michigan de 1,452 en 1927 a 591 en 1933; y por fin, la disminución en los epitelomas benignos y malignos del tiroides, pero para corroborar esto precisará un decenio más. Wegelin ya ha publicado cifras para Berlín, donde el coeficiente de bocio es bajo, y para Berna, donde es alto, que demuestran que en Berlín hubo 15 cánceres del tiroides entre 13,426 autopsias, mientras que en Berna hubo 159 para 15,250. (Marine, D.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2334 jun. 29, 1935.)

*Forma infantil hereditaria.*—Jaureguy relata tres observaciones de hipertiroidismo infantil, en una de las cuales la abuela y la madre también estaban afectadas de bocio exoftálmico; y en otra la bisabuela, abuela y la madre. La tercera enfermita falleció de tuberculosis pulmonar. En el Uruguay, es muy raro el bocio común, ya sea por la proximidad de las costas marinas, o por no haber grandes montañas, y el bocio exoftálmico aun más. Del río de La Plata, en la literatura sólo aparecen el caso del Pelfort en 1913 en el Uruguay, y algunos de Argentina, pertenecientes a las provincias del norte. (Jaureguy, M. A.: *Arch. Ped. Uruguay*, 135, ab. 1935.)

*Chile.*—Haciendo notar que ciertas enfermedades parecen hoy día ya proscritas de los hospitales, y que sólo figuran en los textos de patología, Leyton y Contreras mencionan dos casos de escorbuto observados en dos reos de Curicó, en que por algún tiempo permaneció en duda el diagnóstico por no pensarse en la enfermedad. (Leyton, F., y Contreras, E.: *Med. Moderna*, 422, mzo. 1935.)

*Tratamiento del escorbuto infantil.*—De tres observaciones, Abt y Epstein deducen que la administración bucal del ácido cevitámico (ascórbico) curó aparentemente el escorbuto infantil. La dosis fué de 20 a 40 mgm diarios por espacio

de una a tres semanas. La marca comercial lleva el nombre de "Cebione." En los casos en que las náuseas y la emesis dificultan o impiden la retención de los jugos vegetales, puede retenerse la dosis más pequeña del ácido, lográndose así la curación. (El ácido cevitámico fué empleado por primera vez en el hombre por Schultz en 1933 en un adulto, curando el escorbuto. Desde entonces se han publicado cuatro observaciones más, tres de ellas en lactantes.) (Abt, A. F., y Epstein, I. M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 634, fbro. 23, 1935.)

Dalldorf y Russell mencionan que la inyección parentérica de ácido cevitámico ejerce un efecto rápido y prolongado sobre la resistencia capilar de individuos cuyos capilares frágiles son debidos a insuficiencia dietética, o a absorción deficiente de ácido cevitámico. Dalldorf reconoce que el primer informe acerca del efecto del ácido cevitámico sobre la fragilidad capilar, fué el publicado por Wright en diciembre de 1934. (Dalldorf, G., y Russell, H.: *Ibid.*, 1701 mayo 11, 1935; Dalldorf, G.: *Ibid.*, 2384, jun. 29, 1935.)

*Embarazo.*—Van Steenis comunica 38 casos de esprúo en mujeres, 33 de éstas casadas y en la edad de la gestación. De 12 casos observados durante el embarazo, ocho eran primarios y cuatro recurrencias. Por regla general, los síntomas se presentaron después del sexto mes. Después del parto se observó reposición general o marcada mejoría. En el esprúo gravídico, los síntomas no se diferencian marcadamente de los observados en otros casos. En cuatro de los 12 se presentó como complicación ezeema durante el séptimo y octavo mes, o poco después del parto. (Van Steenis, P. B.: *Nederl. Tjdschr. Geneesk.*, 2062, mayo 4, 1935.)

*Síndrome avitaminótico en Cuba.*—Al describir cinco casos, Castellanos apunta que existe en Cuba un cuadro clínico peculiar en los niños, que se asocia con una avitaminosis B de pronóstico muy grave, de no aplicarse tempranamente el tratamiento adecuado; parece afectar más frecuentemente a los niños negros y mestizos, y por su semiología podría recibir el nombre de síndrome pelagroide-beribérico. (Castellanos, A.: *Bol. Soc. Cubana Ped.*, 5, eno. 1935.)

*Consumidores de mijo.*—Corkill observó un estado pelagroso en 103 miembros de una tribu del Sudán, debido sin duda al consumo de mijo. Presenta una nueva teoría de la etiología y naturaleza de la pelagra, a saber: el estado fundamental es una falta de colesteroína y vitaminas A y D, con la C como factor contribuyente. Por ser un estado en gran parte alérgico, la deficiencia contribuye al síndrome, así como también los efectos de la toxamina del cereal. Para él, la vitamina antidermatítica es la D, y no la hipotética hidrosoluble B<sub>2</sub> (G). (Corkill, N. L.: *Lancet*, 1387, jun. 30, 1934.)

*Raquitismo infantil en Buenos Aires.*—Garrahan y Muzio buscaron sistemáticamente en un grupo de 408 niños de Buenos Aires, la mayoría prácticamente sanos y criados al pecho, la craneotabes y el rosario costal, encontrando en los dos primeros años de vida 30 por ciento de casos de raquitismo, entre los cuatro y cinco meses 50 por ciento, y en el segundo semestre algo menos de 30 por ciento. En el segundo trimestre de vida hay mucha craneotabes. El raquitismo florido es raro en Buenos Aires, y el mediano poco frecuente. La craneotabes congénita es menos frecuente en Buenos Aires que en Europa, pues de 1,383 recién nacidos observados por los autores y la Dra. Winocour, 5.6 por ciento estaban afectados, siendo la proporción mayor en los recién nacidos de menor peso. Según la estadística, la estación influye sobre la frecuencia. En 67 casos, bien con craneotabes o con ésta y rosario costal, se investigó la fosfatemia, encontrándose en 27 un índice de menos de 4. El ergosterol hace aumentar la cifra casi siempre, así como la calcemia, y los autores emplean en los casos de raquitismo mediano 30 gotas diarias durante 40 a 50 días y, como profiláctico, 10 a 15 gotas diarias por dos o tres meses o más. (Garrahan, J. P., y Muzio, E.: *Semana Méd.*, 1805, dbre. 13, 1934.)

*Craneotabes en Buenos Aires.*—Para Garrahan y Traversaro la craneotabes congénita es menos frecuente en Buenos Aires que en las ciudades europeas, en las que se ha investigado el punto. Entre 1,383 recién nacidos observados por los autores y por la Dra. Winocour, la frecuencia llegó a 5.6 por ciento, y a 7.2 por ciento en la serie de 370 de Winocour. El coeficiente fué mayor en los recién nacidos de menor peso. Las observaciones de los autores militan en favor del influjo estacional en la producción de la craneotabes, y en contra de la intervención etiológica de la heredolúes y la premadurez. (Garrahan, J. P., y Traversaro, J. C.: *Rev. Assoc. Méd. Arg.*, 1429, dbre. 1934.)

*Ergosterol irradiado.*—Fundándose en sus observaciones en una serie de 114 casos de craneotabes, 34 no tratados y 80 tratados con ergosterol, Garrahan y colaboradores afirman que dicho medicamento, aun a dosis diarias de 30 gotas en tratamientos prolongados más de dos meses, resulta ineficaz en la mayoría de los casos. Esa observación no justifica el abandono del ergosterol, aconsejable por lo menos como profiláctico en los lactantes que presentan ablandamiento craneano. Cuando el tratamiento se inicia tarde, a los cinco o seis meses, la curación más rápida puede deberse a la evolución espontánea, y algunos casos curan así sin tratamiento. En dos casos de recurrencia, la acción rápida del ergosterol pareció manifiesta. (Garrahan, J. P., Traversaro, J. C., y Muzio, E.: *Arch. Arg. Ped.*, 100, fbro. 1935.)

*Leche irradiada.*—Gerstenberger y colaboradores estudiaron en el Hospital de Lactantes y Niños de Cleveland, la relativa eficacia antirraquítica de dos tipos de leche producida y controlada en la Estación Agronómica Experimental de Ohio. Una leche fué tratada por la irradiación, y para la otra, se administró a las vacas levadura irradiada. De su detenido análisis, deducen que la primera contenía 80 unidades-rata Steenbock por litro, y la última sólo unas 55, de modo que la leche irradiada contenía más vitamina D y así lo demostraron los ensayos profilácticos y terapéuticos. Trece niños raquíticos recibieron diariamente 720 o 480 cc de esa leche, tomándose roentgenogramas semanales, y determinándose a plazos de una a tres semanas los valores del calcio y fosfato sanguíneos. Fundándose en esas observaciones, los autores deducen que, para los niños raquíticos, no existe diferencia apreciable entre una y otra leche, con tal que la toma diaria represente el mismo número de unidades Steenbock, de haber alguna superioridad, consideran que corresponde a la leche irradiada. El factor antirraquítico en ambas leches, representado por 40 unidades-rata Steenbock al día, bastó para evocar el proceso curativo en la sangre dentro de 49 a 61.7 días, y la calcificación de las lesiones óseas dentro de 10.5 a 11 semanas. De la leche de vacas que recibieron levadura, una toma diaria que representaba 27.5 unidades bastó para evocar alteraciones curativas, pero precisando de 74 a 155 días en la sangre, y de 16 a 24 semanas para las lesiones óseas. En esos niños, pues, 27.5 unidades-rata Steenbock constituyeron el mínimo necesario para la curación del raquitismo activo. Los estudios publicados e inéditos de los autores les hacen aconsejar suma cautela al tratar de comparar el relativo valor antirraquítico del aceite de hígado de bacalao por una parte y de las leches irradiadas por otra, pues precisan más datos antes de poder aceptar que primero sea decididamente inferior a la de las últimas. (Gerstenberger, H. J., y otros: *Jour. Am. Med. Assn.*, 816, mzo. 9, 1935.)

*Absorción percutánea de vitamina D.*—Ya desde 1927 Hume y colaboradores habían comunicado sus experimentos en conejos y ratas, los cuales indicaban que la vitamina D era absorbida por la piel. Los experimentos de Astrowe y Morgen aportan nuevas pruebas de ello, pues tras la administración de un régimen raquitógeno a las ratas, y aplicación de ergosterina en suspensión oleosa (petrolefina líquida irradiada) a la piel depilada, se logró protegerlas contra el raquitismo, en tanto que los testigos, que recibieron fricciones de petrolefina líquida

irradiada, manifestaron ese estado. Parece, pues, probable que la vitamina D sea absorbida directamente por la piel. Sin embargo, queda en duda la utilidad práctica de esa comprobación, pues los datos disponibles indican que no es económica la absorción dérmica comparada con la entérica. En los experimentos descritos, la cantidad de ergosterina utilizada al día era 40 veces mayor que la dosis oral aceptada como eficaz. Es posible que la absorción dérmica sea de utilidad en los lactantes o sujetos que no pueden asimilar los lípidos administrados por vía oral. (Astrowe, P. S., y Morgen, R. A.: *Am. Jour. Dis. Child.*, 912, mayo 1935.)

## INFLUENZA—NEUMONÍA<sup>1</sup>

*Chile.*—Carvajal hace notar que la epidemia de gripe en Chile en 1933 se caracterizó por el gran porcentaje de complicaciones broncopulmonares, las cuales aparecieron en 69.9 por ciento de 182 enfermas observadas por la autora. La complicación más frecuente fué la córtico-pleuritis, de pronóstico benigno. Las complicaciones graves son la bronconeumonía y la neumonía lobular, con una mortalidad respectiva de 53 y 10.5 por ciento. El germen etiológico pareció ser siempre el neumococo, pues se encontró constantemente, y sólo por excepción el bacilo de Pfeiffer. (Carvajal, María: "La epidemia de gripe del año 1933 y sus complicaciones broncopulmonares," 1934.)

*Mortalidad por sexos.*—Discutiendo las cifras de la mortalidad neumónica para el área de registro de los Estados Unidos de 1924 en adelante, Doull y colaboradores declaran que en la juventud la mortalidad masculina es mucho mayor que la femenina, pero esa diferencia disminuye gradualmente, desapareciendo hacia la pubertad, sin que guarde relación alguna con el medio ambiente, pues se observa por igual en los distritos urbanos y rurales. La mortalidad excesiva en el varón puede, pues, atribuirse a susceptibilidad inherente. A la edad de 15 a 19 años, hay un marcado exceso de la mortalidad neumónica en los varones sobre las mujeres. De los 20 a los 69 años, la mortalidad masculina continúa superando, correspondiendo los coeficientes mayores al quinto decenio, pero manifestando una tendencia marcada a variar en razón directa a la urbanización, de modo que el exceso desaparece en ciertos distritos rurales. En la vejez, la mortalidad femenina suele exceder a la masculina, y la explicación quizás resida en que para entonces la población masculina ya es más resistente. (Doull, J. A., Harmon, G. E., y Fisher, B.: *Am. Jour. Hyg.*, 628, nbre. 1934.)

*Yucatán.*—Los trastornos no tuberculosos de las vías respiratorias son frecuentes en todos los trópicos durante la estación lluviosa, y la mayor parte de los casos vistos por Shattuck y colaboradores fueron en niños. En Muna, entre 358 enfermos reconocidos, había 40 casos, y allí y en otros sitios el trastorno revelaba forma epidémica. (Shattuck, G. C., y otros: "The Peninsula of Yucatan, Medical etc. studies," 473, 1933.)

*Virus porcino.*—Eckeles declara que para los bacilos de la influenza se ha comprobado muchas veces filtrabilidad y él mismo se ha convencido de esta posibilidad en sus experiencias. No debe, pues, ser rechazada completamente la idea de que el virus relacionado con la aparición de la influenza procediera del bacilo de la influenza. El autor también ha hecho una serie de pruebas de transmisión con filtrados de cultivos de bacilos de influenza, en diversas combinaciones. Esos experimentos han sido interrumpidos, pero parecen dignos de ser continuados. Smith, Andrews y Laidlaw fueron los primeros que lograron transmitir al hurón el virus de la gripe de cerdo puesto por Shope a su disposición. Este último ha

<sup>1</sup> Las últimas crónicas sobre estos asuntos aparecieron en el *Boletín* de sbre. 1934, pp. 841 by 844.