

# CRÓNICAS

## BERIBERI\*

*Baía.*—No ano de 1928 apareceu a maior epidemia de beriberi de que a Penitenciaria da Baía já foi teatro. Com efeito, nessa data ascendeu a 150 o número de detentos atacados pelo mal, o que, em relação a maior epidemia ali verificada até então (1908), com 112 doentes, assumiu um caráter de ineditismo e de importância impares. Daí para cá, com o amainar do surto (obituario de 4 doentes, cifra que comparada a de 1908 (66), mostra um fato clínico auspicioso), o beriberi continuou a sua marcha endêmica sem, todavia, apresentar nenhuma outra feição epidêmica, até o momento presente. Longa observação nesta Penitenciaria ensejou ao A. o afastamento das hipóteses alimentares, pelas seguintes razões: (a) Casos ha de sentenciados, com mais de 15 anos no presídio, sob o mesmo regime alimentar e que só em determinada ocasião (epidemia) apresentam a molestia; (b) guardas do presídio, com alimentação diversa, atacados também; (c) presos de poucos dias de internamento que apresentam a doença, nos quais, a falta de quaisquer substâncias devida ao regime alimentar local, ainda se não poderia manifestar; (d) a doença incide, muitas vezes, de preferência, sobre indivíduos fortes, robustos, sem nenhum fenômeno de carência anterior, respeitando, muitas vezes, também, convalescentes, asteniados em geral (os tuberculosos da casa nunca tiveram beriberi); (e) a guarda militar também atacada, apesar da alimentação superior e diferente que teem, mercê das folgas, condição econômica; (f) transferidos os doentes para outro local, mantida a mesma alimentação na Penitenciaria, não se apresentou nesta mais nenhum caso de beriberi, depois de escuados todos os motivos de contágio; (g) depois do surto de 1928, mantem-se alimentação a que não se pode acoimar de carente, e, no entanto, o beriberi continua sua marcha endêmica, havendo, anualmente, uma dezena de casos; (h) na Penitenciaria, o arroz só constitue alimento, assim mesmo em raras ocasiões, para 1 por cento dos detentos, e, no entanto, o mal não prefere êsses comedores de arroz; (i) do mesmo modo, as teorias da insuficiência em lipidas, protidas, e do peixe sêco, não podem servir de base, pois que na Penitenciaria a alimentação se caracteriza pela riqueza em gorduras e proteínas, só um grupo mui reduzido se alimentando de bacalhau, durante dois dias na quaresma; (j) os doentes saíam em estado grave da Penitenciaria, modificando-se cedo êsse estado logo que chegavam a Penha, com a mesma alimentação. Tais as razões primeiras em que estriba-se o A. para crer que o beriberi desta prisão é de natureza inficiosa, não se lhe podendo incriminar nenhuma razão alimentar das até hoje apontadas. Razões principais, sim, porque ha um sem número de outros motivos de importância inferior. A interpretação semiótica, a moda clássica, dos fenômenos cardiacos, tem que sofrer, não modificações de *fond en comble* mas adaptações ao clima científico atual do Brasil, tanto mais quanto, aos dados anteriores, se tem vindo juntar fatos científicos negáveis, métodos propedêuticos mais apurados, tudo o que norteia o cientista honesto para um caminho, onde todos os setores teem que ser trabalhados, para uma escorreita interpretação patogênica. (Mendonça, João I.: *Bahia Méd.*, 409, mço. 1934.)

\* Crônicas sobre Beriberi han aparecido en el BoLETÍN de 1933, p. 1046; 1931, 1447; 1930 . 284, 1438; 1926, 1137.

*Perú.*—Recordando que en el Perú ha habido pequeñas epidemias de beriberi, como las de las tropas del Putumayo y del Caquetá en 1911, y de la I y V División en 1929, Alarco, el Director del Servicio de Sanidad Militar, ha preparado un plan general de lucha contra la enfermedad, basado en los datos acerca del mecanismo y causa del mal, y que comprende: educación del público desde la escuela, profilaxia alimenticia, tratamiento, y legislación que conceda los poderes necesarios, incluso declaración y tratamiento obligatorio de los casos. (Alarco, G.: *Rev. San. Mil.*, 32, eno.-jun. 1933.)

*Venezuela.*—Van Praag llama la atención sobre la recrudesencia de la endemia beribérica en Guayana, Venezuela, durante la época de las lluvias. Cuando el invierno es más ríguoso, la enfermedad revela formas más y más graves, como sucediera en 1933. Todo el año azota en los lugares apartados, pues en las poblaciones los casos son verdaderamente raros. Todos los observados por el autor vienen de los campos, especialmente de las regiones mineras. Aunque algunos enfermos dicen venir de otros pueblos, la dolencia comenzó realmente cuando trabajaban en las montañas, por lo general en busca de oro. La vida allí es verdaderamente primitiva, y los individuos no sólo son presa del beriberi, sino del paludismo, anquilostomiasis, tuberculosis, etc. En la región del Alto Cuyuní, de alimentación esencialmente deficiente, el beriberi causa verdaderos estragos y los casos son rápidamente mortales. Los nativos, así como algunos exploradores, establecen una relación entre un árbol llamado guachimacán y el beriberi, pero hay muchos lugares donde no existe y, sin embargo, abunda la dolencia. El autor no ha podido ver más que un caso esencialmente grave. Levantar la estadística es difícil, por el gran número incontrolable en las montañas. Van Praag se pregunta porqué, siendo las condiciones de vida esencialmente iguales tanto en la época seca como en la lluviosa, hay una recrudesencia estacional? En los meses de sequía, es raro ver un caso. (Van Praag, R.: *Bol. Min. Sal. & Agric. & Cria*, 370, obre.-dbre. 1933.)

En unos dos meses, Celis Saune ha visto en Calabozo unos 20 casos de beriberi, encontrando entre ellos, además de las formas clásicas: seca, húmeda y mixta, una, en dos enfermos, que puede denominarse pernicioso, pues condena irremisiblemente a la muerte. Casi todos los casos fueron en personas pobres y mal alimentadas, es decir, a base de arroz y carne seca, que dejan allí al sol hasta dos y tres meses. Otro punto importante es la predilección hacia los individuos de raza negra, si bien De Milita, al referirse al Estado Apure en el Tercer Congreso Venezolano de Medicina, dice que la enfermedad ataca allí con más frecuencia a los blancos y los no aclimatados. El autor, en cambio, no ha visto un solo caso en blancos, y en las mujeres sólo ha visto uno en una anciana que murió. Un factor predisponente son las enfermedades agudas o crónicas, como el paludismo y la anquilostomiasis. El tratamiento utilizado consiste en cambio de clima y administración de estréfnicos a altas dosis gradualmente crecientes, pues los beribéricos presentan una tolerancia enorme a esos medicamentos. (Celis Saune, E.: *ibid.*, 382.)

Figarella dice que en el pueblo de Tumeremo jamás ha visto ningún caso de beriberi al cual le principiara la enfermedad en el pueblo mismo, ni en los hatos circunvecinos. Los no menos de 150 casos observados por él, siempre han provenido de regiones en donde existen aglomeraciones de obreros, llevando una vida en mancomún y observando precarias medidas higiénicas. Las personas ya aclimatadas parecen mostrar más resistencia, a tal punto que los indios de la región no se muestran nunca atacados. En el tratamiento, además de los diuréticos, buena alimentación, purgantes drásticos y estriquina, al autor le han dado buen resultado ciertos medicamentos anti-infecciosos, a tal punto que hasta la fecha no se le ha muerto ningún enfermo, no obstante habersele presentado casos graves, o sean formas húmedas con anasarca y formas cardíacas.

El enfermo, apenas llega al pueblo, ya siente el influjo favorable del cambio. Juzgando por lo leído y observado, así como por las manifestaciones epidemiológicas, el autor casi está convencido de que se trata de una infección endémica que se vuelve epidémica en ciertas circunstancias. Para él, el factor alimento no obra más que como causa predisponente. Este año, de invierno duro, el número de beribéricos también ha sido mucho más subido. (Figarella D., J.: *Bol. Min. Salbr. & Agric. & Cría*, 715, fbros.-mzo. 1934.)

*Epidemia.*—Tomasson describió en 1932 en las islas de Westman, Islandia, dos casos de neuritis de los miembros inferiores con insuficiencia cardíaca, los cuales denominó beriberi, atribuyéndolos a carencia de vitamina B<sub>1</sub>. Como la afección había sido hasta entonces desconocida en Islandia y también en Europa, el diagnóstico fué acogido con escepticismo. Kolka comunica ahora las observaciones preliminares que ha hecho con el Dr. Jonasson, entre los pescadores y marineros de las islas. La serie comprende 16 casos de desigual intensidad, todos ellos sobrevenidos durante la estación de pesca (enero a mayo). La evolución fué progresiva y los síntomas no cedieron más que a la administración de vitamina B<sub>1</sub>. La edad de los enfermos varió de la pubertad a los 40, habiendo 13 hombres por tres mujeres, en éstas después de un embarazo o período de lactancia. Parece precisar cierto período de carencia (unos 90 días) para que sobrevengan los fenómenos beribéricos, aunque la fatiga y trabajo excesivo parecen ejercer un verdadero influjo. En todos los enfermos se observó, desde el punto de vista alimenticio, empleo exclusivo de pan blanco y abstención completa de huevos, lácteos y manteca; poco consumo de carne fresca, patatas o legumbres; y, en cambio, predominio en la alimentación, de margarina, pescado fresco o salado, sopa de pescado seco, fiambres y café. Con un régimen mejor equilibrado y empleando la levadura de cerveza como único medicamento, todos los enfermos se repusieron en menos de un mes. Desde hace algunos años, los habitantes de otras partes de Islandia cometen los mismos errores dietéticos, y es de esperar que en ellos aparezca también el beriberi. En Terranova, idénticos errores alimenticios han ido seguidos de la aparición de la misma enfermedad, desconocida hasta ahora. (Kolka, P. V. G.: apud *Gaz. Hôp.*, 224, fbros. 14, 1934.)

*Identidad con la espasmofilia.*—Como hipótesis de trabajo, Cavanna afirma que la espasmofilia y el beriberi, tarde o temprano, han de identificarse. Para la espasmofilia, ya se han escrito los siguientes capítulos: hiperexcitabilidad neuromuscular, disfunción paratiroidea, y perturbación de la regulación cálcica y del equilibrio ácido básico. Deben ahora investigarse en el beriberi. Para el autor, los efectos de las dosis grandes de tiki-tiki proceden de que aportan el elemento carente, calcio, y quizás el fijador necesario, y los mismos efectos hubieran sido obtenidos simplemente con cloruro o lactato de calcio. (Cavanna, V.: *Rev. Fil. Med. & Farm.*, 4, eno. 1934.)

*Etiología.*—A Penitenciaria do Estado da Baía e o Hospital de São João de Deus forneceram a quase totalidade do material utilizado para as presentes verificações. Na população da capital (Salvador), como nas populações urbanas mais ou menos densas do Estado da Baía, casos de beriberi constituem raridades; excepcionalmente aparecem na clínica civil. Certas polineurites podem se confundir com o beriberi dificultando a diagnose. Ademais, os casos esporádicos e distantes uns dos outros no tempo, vão a pouco e pouco apagando da retentiva do profissional aquela denominação. O diagnóstico de beriberi nos casos estudados foi feito pelo corpo médico do Hospital São João de Deus, para os alienados e empregados daquele estabelecimento. Para os da Penitenciaria foi o registro do seu serviço médico que valeu. Como elementos subsidiários exploram-se os reflexos rotulianos que tinham o prestimo de uma indicação que, talvez, pudesse permitir aquilatar melhor da agressão ao sistema nervoso. É uma seqüela habitualmente verificada. No grupo dos indivíduos ali admitidos como beribéricos

encontrara-se o reflexo de Westphal abolido em 120. A persistência da abolição de reflexos durante longos prazos após a fase aguda da doença é um episódio interessante, pois é encontrada em indivíduos que tiveram a doença muitos anos antes. O fato não tem sido convenientemente respigado. Fizeram-se ao todo verificações em 165 beribéricos antigos ou recentes, em 9 de diagnóstico de beriberi duvidoso; em 52 pessoas normais em cujo passado não havia menção de beriberi, nem coisa semelhante. Os resultados distribuidos em grupos, falam eloqüentemente de si mesmos patenteando que os pontos de vista de Matsumura e de seus colaboradores não podem ser aceitos, isto é, que para o beriberi brasileiro o seu germe nada esclarece. Os indivíduos constituem três grupos, a saber: diagnóstico positivo; diagnóstico duvidoso; e pessoas que não tiveram beriberi. Cada um dos grupos foi subdividido de acôrdo com os resultados obtidos. Comparando os percentuais das primeiras subdivisões do primeiro e do terceiro grupos, verem-se para o primeiro 55.15 por cento de sôroaglutinações positivas, contra 61.11 por cento para o terceiro. As reações negativas foram respectivamente 41.81 por cento no primeiro contra 31.48 por cento no terceiro. Os resultados duvidosos, de seu lado, dão as cifras de 3.03 por cento para o primeiro e 7.40 para o terceiro. A pesquisa positiva em fêzes dá o percentual de 12.72 para o primeiro grupo e de 11.36 por cento para o terceiro. Os resultados negativos são, respectivamente, 39.39 por cento e 86.36. No terceiro grupo houvera um resultado duvidoso em pesquisa de fêzes. No grupo daqueles para os quais não foi possível firmar o ataque anterior de beriberi foi a sôroaglutinação positiva em 80 por cento e duvidosa em 20 por cento; a pesquisa do germe nas fêzes, positiva 25 por cento e negativa 75 por cento. Do ponto de vista da amostra aglutinada no caso de indivíduos compreendidos no primeiro grupo, que 8 vezes foi AH e 83 BH, que no segundo 4 vezes BH, e no terceiro uma vez AH e 32 vezes BH. Entre as amostras isoladas das fêzes encontraram-se no primeiro grupo 9 vezes AH e 12 vezes BH. No segundo grupo somente uma vez foi visto BH e no terceiro 3 vezes AH e duas vezes BH. Note-se, entretanto, que os títulos das sôroaglutinações dos germes isolados foram, na maioria dos casos, relativamente baixos. As percentagens encontradas no grupo de indivíduos que haviam tido beriberi algum tempo antes, consideradas singularmente poderiam levar a crer no poder aglutinante remanescente. A comparação com as cifras oriundas do grupo dos que nunca tiveram beriberi, patenteia que ela é bastante inferior. De outro lado a freqüência com que se encontra o germe no intestino de indivíduos que nunca apresentaram beriberi, indica que êle não deve ser responsabilizado, ao menos no Brasil. Porque é muito para admirar que indivíduos vivendo sob as mesmas condições durante vários anos e hospedando o germe não tenham sido acometidos do mal. Acrescente-se, afinal, que os A.A. tiveram ensejo de ver germes não fermentadores de sacarose aglutinando com alguns dos séros preparados com o bacilo que Matsumura teve a gentileza de enviar. O que tudo leva a concluir que o *B. beriberi* de Matsumura e col., não deve ser a causa do beriberi que devasta, de quando em vez, em surtos de epidemia mais ou menos mortífera a Penitenciária e o Hospital São João de Deus da Baía. (De Araujo, Eduardo: *Bahia Méd.*, 336, jan. 1934.)

No Brasil, sobretudo na região do nordeste brasileiro, a etiologia alimentar não logrará explicar o beriberi. A alimentação sempre a mesma para cada classe social, precária nas classes proletárias e farta nas outras classes, a molestia ataca indiferentemente uns e outros representantes, exonerando prima facie qualquer participação alimentar. Mas é facto que com o regime carente, empregados os cereais comuns na alimentação do norte brasileiro, a polineurite gallinarum foi verificada, bastando para prová-lo as experiências de Allen Walcott com farinha d'água e as de Arlindo de Assis com o feijão de mandioca. Isto quer dizer que se trata duma molestia aviária sendo de todo o ponto exagerada e infiel a generalização ao homem. Molestia aviária, aliás que nos fenômenos

clínicos se distancia da molestia humana, da qual se quer fazer a representação experimental. (Baptista, Vicente: *Folha Medica*, agto. 15, 1933.)

Bigland repasa la literatura reciente acerca del beriberi y la hidropesía epidémica. Todavía se van acumulando datos en apoyo de que el beriberi consiste en una avitaminosis B asociada con el arroz pulido. Algunos autores, como McCarrison, no acaban de convenir en que una avitaminosis sea el único factor etiológico, mencionando un posible factor tóxico extrínseco. Otros, como Bernard y Matsumura, hasta han descripto bacilos. En general, cabe decir que los autores convienen en que el beriberi está asociado a una avitaminosis B, pero que también existe otro factor probablemente tóxico. En el tratamiento, es de notar el magnífico resultado obtenido en las Filipinas con la administración del extracto de tiki-tiki. Resumiendo la literatura, para el autor la hidropesía epidémica, con su fiebre, síntomas digestivos, eritema, telangiectasia y glaucoma, y falta de neuritis, insuficiencia cardiaca súbita, y forma infantil, es una entidad clínica independiente y poco semejante al beriberi. (Bigland, A. D.: *Trop. Dis. Bull.*, 293, mayo 1934.)

*Efecto de la limitación dietética voluntaria.*—Riesman y Davidson comunican dos casos en Filadelfia, en que una limitación voluntaria del régimen alimenticio produjo síntomas beribéricos. Para uno de los autores, algunos de los ataques cardiacos observados en los pobres del Hospital General de Filadelfia desde que sobrevino la crisis económica, se deben en parte a carencia alimenticia. Mientras la moda siga exigiendo figuras esbeltas, probablemente habrá casos esporádicos de beriberi, aun entre la gente acomodada. De las fuentes de vitamina B, la levadura y el embrión de trigo son las mejores; el hígado, riñón y sesos son más ricos que el músculo en ella. Los granos íntegros, debido al embrión, contienen cantidades apreciables, en contraposición a los cereales muy pulidos. De los frutos y verduras, los tomates, repollos, espinacas y legumbres contienen más que el jugo de naranja o de limón, la cebolla, coliflor o la lechuga. En el huevo, la vitamina radica en la yema. La leche, aunque contiene bastante cantidad de la sustancia preventiva de la pelagra, no contiene mayor proporción de vitamina B. (Riesman, D., y Davidson, H. S.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2000, jun. 16, 1934.)

*Enfermedad de carencia en Yucatán.*—Resumiendo su trabajo Carrillo Gil afirma que en Yucatán conocen con el nombre de "culebrilla" una enfermedad carencial de caracteres típicos, y aparentemente idéntica a la observada en la Costa de Oro en África por Williams. También parecen ser idénticas las causas predisponentes, a saber, una dieta deficiente a base de maíz, y malas condiciones físicas e higiénicas. El autor se ha formado la impresión de que existe deficiencia en las vitaminas A, B y C. (Carrillo Gil, A.: *Rev. Méd. Yucatán*, 467, fbro. 28, 1934.)

---

## BOCIO \*

*Colombia.*—En su estudio premiado en el concurso internacional promovido por la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, Laverde Mercado repasa la distribución del bocio en el Departamento de Cundinamarca, Colombia, y analiza los datos geográficos y geofísicos de las distintas partes. En los valles de ciertos territorios cretáceos, abunda el bocio. Hay regiones, como en el valle del Cauca, donde la endemia no sólo ataca a los hombres, sino también al ganado, ya desde su edad embrionaria. En Bogotá, en el siglo pasado, había bastantes "cotos" (bocios) cuando se tomaba agua de aljibe, y el autor ha observado un caso en una señora que no ha salido de Bogotá. Boussingault, en Colombia, incriminó la falta de oxígeno del agua, y algunos autores citan en apoyo de esa teoría el caso

\* Crónicas sobre Bocio han aparecido en el BOLETÍN de 1933, p. 1049; 1931, 1448; 1930, 287, 1436; 1929, 566; 1928, 1093.