

Conferencia en Inglaterra.—En Bath se celebró una conferencia sobre las afecciones reumáticas, bajo la presidencia de Sir George Newman, primer médico del Ministerio de Sanidad, quien declaró que el objeto era considerar planes de campaña para la conquista o dominio del reumatismo. Sir Walter S. Kinnear presentó algunas estadísticas sorprendentes, declarando que la sexta parte del tiempo porque se paga subsidio de enfermedad e incapacidad a los hombres, se pierde debido al reumatismo. Como la incapacidad de ese género en la Gran Bretaña representó 34,000,000 de semanas en 1927, la debida al reumatismo equivale a 5,500,000 semanas, con un desembolso de \$25,000,000, a lo cual hay que agregar pérdidas de \$60,000,000 en salarios. Sir Humphry Rolleston declaró que el término de “afecciones reumáticas” resultaba cómodo, como una especie de paraguas, pues comprendía las infecciones agudas y crónicas, figurando en un extremo el reumatismo agudo que cede a los salicilatos y en el otro la osteoartritis, que es en gran parte, si no del todo, una afección degenerativa que no reacciona a dicho medicamento. La característica lesión del reumatismo son los nódulos, grandes en los tejidos subcutáneos, y submiliares en el corazón. En la artritis y osteoartritis reumatoidea se encuentran a menudo nódulos subcutáneos, pero no cardíacos. Va ganando terreno la etiología estreptocócica del reumatismo agudo. Sir William Wilcox declaró que el reumatismo virulento, tan frecuente hace treinta años, no es tan común hoy día, lo cual atribuye en gran parte a la higiene escolar. Para él, en el reumatismo crónico no deben administrarse vacunas, sino después de una investigación detenida y de la eliminación de focos infecciosos, hallándose contraindicadas si existe sensibilización a las toxinas de la infección o bocio exoftálmico. Las vacunas stock son muy inferiores a las autógenas.

Bocio

Etiología y profilaxia.—En 1911 Messerli⁵⁰ demostró que el agua potable de las regiones bociosas procedía casi siempre de manantiales superficiales, y se hallaba siempre infectada. En 1914 produjo bocio en las ratas blancas, haciéndoles tomar agua procedente de una parte de Suiza en que el bocio era endémico. En 1923–24 logró lo mismo haciéndolas tomar agua previamente hervida y pasada luego por heces humanas. Sin embargo, el agua infectada no es el único factor etiológico, pues el éstasis intestinal desempeña también su papel. El “estreñimiento tiroideo” es frecuente en los bociosos y desaparece tras el tratamiento. En cambio, el tamaño del bocio disminuye gradualmente cuando el enfermo se purga suavemente durante

⁵⁰ Messerli, F. M.: Rev. Méd. Suisse Rom. 48: 190 (mzo. 25) 1928.

cierto tiempo. En los niños disminuye marcadamente el bocio después del masaje abdominal y tras ejercicios gimnásticos. Como profilaxis Messerli recomienda: (1) Medidas higiénicas generales, y en particular que mejoren el agua; (2) medidas por el estilo de la yodoterapia.

Factor bacteriano.—Houda⁵¹ afirma que el microbio encontrado habitualmente en los tejidos bociosos de la vecindad de Tacoma, Washington, es un coco pleomorfo positivo al gram. Según él, los limitados datos procedentes de distritos muy separados de los Estados Unidos dejan poca duda acerca de la existencia de un factor bacteriano en el bocio. El tratamiento postoperatorio con antígeno autógeno, seguido de la desaparición de los residuos de las formas tóxicas del bocio, deja poca duda en cuanto al origen infeccioso de la enfermedad. La profilaxis de las recurrencias debe encaminarse contra esa causa específica mas bien que contra sus efectos, el bocio.

Bocio simple.—McCarrison publica en un libro⁵² la memoria que presentó en la Conferencia Internacional del Bocio celebrada en Berna en 1927. Su declaración de que apenas puede dudarse de que la diferente arquitectura del bocio endémico procede de diferencias en la altura y composición del terreno, dureza y pureza bacteriológica del agua potable, higiene social y personal y sobre todo, en la calidad y composición de los alimentos, resume en general las ideas actuales acerca de la etiología del bocio, aunque es difícil comprender cómo esos factores, aún variando, pueden producir tres distintas formas clínicas o morfológicas. Para McCarrison, hay que mezclar juiciosamente la teoría de la deficiencia del yodo y la de la infección o toxina, pero la causa definitiva del bocio endémico radica en un factor tóxico procedente de las infecciones gastrointestinales, dado que los antisépticos intestinales, las vacunas, y la purificación y esterilización del agua logran la curación y profilaxis. La primera parte de la obra describe las diversas formas del bocio simple, y la segunda comprende 143 gráficas y fotografías que demuestran las varias formas del cretinismo observado en el norte de la India, y la producción y curación del bocio simple en el hombre, las aves, las ratas, y las cabras.

España.—Una obra reciente de Marañón⁵³ discute el bocio en España, y en particular la epidemiología y patogenia. El libro presenta una ilustración iconográfica muy notable con profusión de fotografías y reproducciones de cuadros famosos. Sus datos se basan en múltiples viajes por todos los ámbitos de la Península, información proporcionada por los médicos de las diversas regiones, y su experiencia como endocrinólogo. Para él, es tan anticientífico incluir la endemia bociosa entre las enfermedades del tiroides como sería seguir tratando

⁵¹ Houda, E. O. Northwest Medic. 27: 240 (mayo) 1928.

⁵² McCarrison, R.: The Simple Goitres, William Wood & Co., New York, 1928.

⁵³ Marañón, G.: El Bocio y el Cretinismo. Madrid: Editorial Páez, 1927.

la pelagra entre las dermatosis. Es interesante que en España sea relativamente raro el cáncer del tiroides. En el Instituto del Cáncer de Madrid, de 1,142 tumores de todas clases y órganos, sólo 17 asentaban en el tiroides, y sólo 3 fueron malignos. Quizás lo único que pueda dar carácter nacional a la semiología del bocio en España es la relativa levedad de las manifestaciones. Ni en las Canarias ni Mallorca existen focos endémicos. En cualquiera de los grandes centros operatorios de España el número de bocios operados es mucho menor que en los análogos de otros países. Un hecho clínico muy visible en la Península Ibérica es la frecuencia de la caries dentaria en las zonas bociosas. Marañón afirma que la Conferencia del Bocio en Berna puso de relieve el fracaso de todas las teorías que se proponen explicar exclusivamente la génesis del bocio endémico. No se trata de una enfermedad que obedezca a una etiología única, sino de un modo peculiar de reaccionar el organismo ante un conjunto de factores probablemente muy variados. En la susodicha conferencia de Berna, los médicos franceses e italianos, y hasta los mismos suizos, aportaron testimonio de la atenuación gradual espontánea de la epidemia bociosa en los últimos decenios. En España, lo mismo que en los otros países, el bocio y el cretinismo han disminuido con extraordinaria rapidez sin ser atacados científicamente. Hay distritos en que todos los habitantes eran bociosos hace cincuenta años, y hoy sólo restan 4 ó 5 casos. La enfermedad disminuye a medida que mejoran las condiciones de la vida. En el más típico foco de España, Las Hurdes, las poblaciones más afectadas son precisamente las más altas, las que viven más aisladas. La alimentación deficiente y la lesión de las glándulas secretorias actúan sobre los dos grandes procesos orgánicos: el crecimiento y el desarrollo, pareciendo que esos glándulas, faltas de ciertos principios alimenticios, se ven privadas del material necesario para fabricar sus hormonas. La deficiencia alimenticia parece vincularse en particular con proteínas animales, carne, leche, huevos, lo cual hace pensar inevitablemente en la pelagra. Parece muy probable que la insuficiencia de yodo procede de que la enfermedad incapacita al tiroides para aprovechar el yodo del ambiente. Diversos factores, la falta de yodo en los alimentos, las infecciones, la desnutrición, pueden dar lugar al parecer al mismo síndrome bocioso, obrando como coadyuvantes del único factor constante: la hipoalimentación y la miseria. Siendo varia la patogenia, no puede haber una sola cura, pero en la endemia el Estado debe combatir la miseria y el aislamiento sin perjuicio de emplear los medios particulares que exija cada foco. El problema es, pues, de civilización. La solución le compete señalarla al médico, pero su ejecución debe realizarla el Estado.

Distribución suiza.—Según Stiner,⁵⁴ la mayor frecuencia del bocio en la Suiza alemana, comparada con la latina, se debe a losmo dos

⁵⁴ Stiner, O.: Schweiz. mediz. Wehnschr, 58: 401 (abr. 21) 1928.

de preparar verduras y cereales, que les hacen perder en gran parte los minerales y vitaminas.

Disminución en Austria.—Wagner-Jauregg comunicó recientemente a la Sociedad de Medicina Interna de Viena⁵⁵ los resultados de la cruzada antibociosa iniciada en gran escala en Austria en 1923 por medio de una sal que contenía 5 miligramos de yodo por kilogramo. Cada habitante recibe, pues, de 0.03 a 0.05 mg. diarios de yodo. Wagner-Jauregg recalcó que todas las personas, aún las no bociosas, deben recibir yodo. Los padres y sus células germinales deben recibirlo, pues en las regiones en que el bocio es endémico los recién nacidos lo manifiestan frecuentemente. En 1923, 57 por ciento de los escolares no tenían bocio. Cuatro años después el número había subido a 69 por ciento en los de menos de 10 años, y a 56 por ciento en los de 10 a 14 años. En 1923, 1.6 por ciento de los niños de 6 a 10 años tenían bocio pronunciado, y en 1927, sólo 0.16 por ciento. A la edad de 10 a 14 años las cifras son 2.56 y 0.43 por ciento. En otras palabras, la sal yodada ha hecho disminuir el bocio marcado a la décima parte, y en los niños mayores a la sexta parte. Otra disminución recayó sobre el número de operaciones por bocio, pues en 1923 se operó a 1,308 personas por bocio en Viena, y en 1927, sólo a 806, o sea 60 por ciento. En el Austria baja, la disminución sólo llegó a 22 por ciento.

Definición.—Para Bram,⁵⁶ el bocio exoftálmico puede ser definido como una disfunción neuroendocrina crónica, raramente aguda, caracterizada por hipermetabolismo basal, pérdida de peso, temblores, emotivismo, persistente aceleración cardíaca, fiebre debilidad, dermatografía, y por lo común, pero no siempre, hiperplasia tiroidea, y exoftalmía. La existencia de exoftalmía o bocio no es imperativa, por lo cual el término de "bocio exoftálmico" resulta confusional.

Yodo sanguíneo.—Los resultados de De Quervain y Smith⁵⁷ demuestran que varía muy poco el contenido de yodo en la sangre periférica y tiroidea. En seis casos de bocio atóxico, el yodo tiroideo superó ligeramente al periférico, en cuatro sucedió lo contrario, y en uno el resultado fué casi idéntico. La secreción yodada del tiroides llega, pues, casi íntegra, directamente a la circulación y no por el aparato linfático. Los cretinos excretan yodo en la orina algo más rápidamente que los sujetos normales. Al administrar la misma cantidad de yodo, la sangre de un sujeto normal contiene bastante más yodo que la de un cretino.

Semiología y terapéutica.—Entre 2,272 casos de bocio, se encontró tumor maligno del tiroides en 112 casos.⁵⁸ En 62 por ciento hubo un bocio preexistente. La edad de los enfermos varió de 20 a 90 años. La malignidad primaria acusó un pronóstico peor que las metástasis.

⁵⁵ Carta de Viena: Jour. Am. Med. Assn. 91: 187 (jul. 21) 1928.

⁵⁶ Bram, I.: Endocrin. 12: 190 (mzo.-abr.) 1928.

⁵⁷ De Quervain, F., y Smith, W. E.: Endocrin. 12: 177 (mzo.-abr.) 1928.

⁵⁸ Barthels, C.: Beitr. klin. Chir. 142: 711, 1928.

De 82 tumores examinados, 46 eran carcinomas, 8 estroma proliferante de Langhans, 8 papiloma, y 20 sarcoma. La duración más larga de la vida después de instituir el tratamiento fué de seis meses, muriendo dos tercios de los enfermos en las primeras cuatro semanas. La intervención cruenta así como la irradiación modifican muy poco el pronóstico. En las antiguas estadísticas el pronóstico era malísimo en la malignidad tiroidea, pero desde 1912 el porcentaje de sobrevivencias de más de un año se ha elevado en la clínica de Breslau de 10 a 46. Ese mejoramiento se debe a la operación más temprana y al empleo más frecuente de la irradiación.

Profilaxis con yodo.—Trikurakis⁵⁹ declara que los resultados de la profilaxis yodada entre los escolares del cantón de Gignod han sido en general favorables durante un período de cuatro años de prueba. Pastillas achocolatadas de yodo fueron administradas por vía bucal, y en algunos casos se emplearon inhalaciones de tintura. Los niños revelaron más beneficio el primer año que en los tres siguientes, y los más pequeños reaccionaron más favorablemente que los mayores. En los casos más graves con degeneración e hipofunción tiroidea, los extractos tiroideos surtieron buenos efectos. En el cretinismo los resultados fueron muy alentadores. Aunque el ambiente geográfico puede producir hipertrofia tiroidea, intervienen otros factores, tales como miseria, alcoholismo, consanguinidad y sífilis congénita, habiendo encontrado el autor signos por lo menos de uno ellos en todas las familias cretinas. La mayoría de los niños con bocios mayores eran hijos de alcohólicos. Los matrimonios consanguíneos constituyeron la causa de los casos más graves.

Mortalidad.—Entre 1,069 casos de bocio exoftálmico en que se practicaron 1,099 intervenciones cruentas, hubo seis defunciones, o sea una mortalidad de 0.56 por ciento. En 421 casos de bocio adenomatoso con hipertiroidismo, se produjeron cuatro defunciones, o sea, una mortalidad de 0.95 por ciento. Sólo hubo una muerte entre 368 casos de bocio adenomatoso sin hipertiroidismo, o sea una mortalidad de 0.27 por ciento. Pemberton⁶⁰ divide en tres grupos los factores potenciales que intervienen en la mortalidad quirúrgica del bocio oftálmico: (1) accidentes, debidos a menudo a errores en la técnica; (2) crisis postoperatorias agudas del basedowismo; y (3) extenuación del paciente, por lo común debida a un hipertiroidismo prolongado. El cuidado postoperatorio inicial del paciente debe ser principalmente sintomático, administrándose sistemáticamente yodo. Si el sujeto es un mal riesgo, se utilizan dosis masivas de 2.5 a 3.8 cc. No debe confiarse en la intensa administración preoperatoria, pues el enfermo tal vez sea la víctima de tal política. Se requiere, además, yodo después de la operación, a dosis diarias de 0.6 cc., durante los dos o tres meses consecutivos a la operación.

⁵⁹ Trikurakis, G. A.: *Difesa Sociale* 7: 8 (mzo.) 1928.

⁶⁰ Pemberton, J. de: *New York St. Jour. Med.* 28: 243 (mzo. 1) 1928.