

## ARRIBOFLAVINOSIS—BERIBERI—ESPRÚO<sup>1</sup>

**Arriboflavinosis.**—Sebrell y Butler describen la producción experimental de un síndrome clínico, uno de cuyos principales síntomas tempranos consiste en queilosis (lesiones de la comisura bucal). Los síntomas experimentales se aliviaron administrando pequeñas dosis de riboflavina sintética cristalina, pero no con 100 mg diarios de ácido nicotínico, de modo que parece tratarse de una deficiencia de riboflavina, para la cual proponen el nombre de arriboflavinosis. La queilosis y los otros síntomas son idénticos o semejantes a los descritos por Goldberger y Tanner en 1925, y Wheeler en 1933. Con respecto a las lesiones de aspecto semejante, descritas por Aykroyd y Krishnan en 1938 en la India, cabe cierta duda, pues las últimas se beneficiaron con un preparado de levadura tratada de manera que destruyera la flavina. (Sebrell, W. H., y Butler, R. E.: *Pub. Health Rep.*, 2282, dbre. 30, 1938.)

**Valoración del extracto de tikitiki.**—Recapitulando su estudio, Hermano y Aguila declaran que una dosis de 0.05 cc del extracto de tikitiki preparado por la Oficina de Ciencias de las Filipinas, resultó equivalente a 1 Unidad Internacional de vitamina B<sub>1</sub>. Una dosis de 40 a 50 mg del extracto, suministrado a diario a las ratas albinas, dió resultados comparables a los obtenidos con el empleo de 10 mg de la vitamina B<sub>1</sub>, patrón internacional. (Hermano, A. J., y Aguila, P. J.: *Phil. Jour. Sc.*, 335, dbre. 1938.)

**Esprúo en el Perú.**—Al presentar un caso de esprúo observado en Andahuaylas, Apurímac, Perú, Pesce hace notar que Monge describió el primer caso en el país en 1931. (Pesce, Hugo: "Un caso de sprue tratado 'a la antigua' y el síndrome espruiforme 'Chahuatam Akan' en Andahuaylas (Apurímac-Perú)," Lima.)

---

## BOCIO<sup>2</sup>

**Argentina.**—En la Argentina el bocio es conocido desde la época de la Conquista, siendo endémico en la parte central del país, y en la zona llamada precordillera, y además, en las gobernaciones de Misiones y Formosa. Las provincias de Salta, Tucumán y Jujuy son las más atacadas, habiendo valles con más de 80% de enfermos. Los términos medios dan: para Salta, 50%; Tucumán, 75%; Jujuy, 74%; La Rioja, 32%; Mendoza, 68%; Córdoba, 23%; y Misiones, 55%, ignorándose datos concretos para Catamarca, San Juan, Neuquén, Río Negro y Chubut. La mayoría de los casos observados actualmente son de bocio discreto, apenas visible, y sólo a veces palpable, siendo muy raras las grandes deformaciones del cuello. La profilaxia se basa en la distribución, entre la gente pobre, de comprimidos de yoduro de potasio. (Alonso Mujica, J. C.: *Bol. San.*, 63, fbro. 1939.)

El bocio es una endemia sumamente difundida en las provincias del norte de Argentina, donde es conocido desde hace muchísimos años con el nombre de coto. El Departamento Nacional de Higiene inició una campaña de yodoterapia en 1924, que ha sido reanudada en 1938. Los índices para los diversos departamentos de la provincia de Tucumán arrojan cifras casi semejantes, o sea 23.24% para la provincia en los grupos estudiados, y 20.16% para la ciudad de Tucumán misma, entre 4,150 niños estudiados. (Lobo, M. M.: *Bol. San.*, 673, sbre. 1938.)

<sup>1</sup> Las últimas crónicas sobre Beriberi y Esprúo aparecieron en el BOLETÍN de eno. 1939, pp. 50 y 55 respectivamente.

<sup>2</sup> La última crónica sobre Bocio apareció en el BOLETÍN de eno. 1939, p. 51.

En la provincia de Jujuy, Carrillo encontró 472 casos en 17 localidades, la mayoría del tipo No. 1. (Carrillo, D. F.: *Ibid.*, 696.)

En la provincia de La Rioja, Ocampo observó índices de 29.7 a 34.9% entre 1,502 escolares, siendo de notar en una población el retroceso pronunciado al proveerse agua potable en cañerías. (Ocampo, Elías: *Ibid.*, 702.)

En la provincia de Salta, Samsón vió índices de 15 a 45% entre 3,500 alumnos de la capital. Para fines profilácticos, el Departamento Nacional de Higiene reparte comprimidos de yodo de 0.01 y 0.005 gm. (Outes, J. D.: *Ibid.*, 706.)

**Pronóstico del bocio maligno.**—Ward señala la relación del cuadro microscópico con el pronóstico en el bocio maligno, presentando el resultado en 77 de 84 casos. El carcinoma papilar ofrece un pronóstico mejor que ninguna otra forma de malignidad del tiroides. El grado del estado maligno puede estimarse por la desviación de la forma papilar, y mientras mayor ésta, más maligno el tumor y peor el pronóstico. Sólo cabe esperar un resultado favorable en la forma papilar (46%) y en el adenoma maligno (24%). (Ward, R.: *Western Jour. Surg., Obst. & Gynec.*, 437, agto. 1939.)

**México.**—Un censo realizado por el Departamento de Salubridad Pública de México reveló más de 60,000 atacados de bocio endémico en el Distrito Federal, distribuidos entre 55 poblados situados al sur de la Capital. En gran parte de esos lugares, la endemia es fuerte. Una encuesta verificada por la Sección de Bocio del Departamento de Salubridad, señaló 350 municipios de la República como bociosos, y estas cifras no corresponden al total. La endemia reviste importancia muy variable, según la entidad considerada. En general, las Mesas del Norte y Central están poco afectadas. El Estado de Aguascalientes parece estar indemne, y en los Estados de Guanajuato, Querétaro y Zacatecas, solamente existen contados focos de escasa importancia, y otro tanto sucede en Baja California, Coahuila, Tamaulipas y Yucatán. De Campeche y Quintana Roo no hay datos. Los Estados más severamente castigados parecen ser Michoacán, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Hidalgo, Puebla, Veracruz y Sonora. Esperando que termine el censo para tener datos más exactos, no parece aventurado estimar en 500,000 el número de bociosos en el país. Los lugares montañosos de la Sierra Madre Oriental y Occidental y de las cordilleras volcánicas son los que más sufren la endemia, como se puede ver con toda claridad en el Distrito Federal, pues la ciudad de México propia se encuentra indemne, exceptuado Mixcoac, donde 15% de los escolares están afectados de formas ligeras. Los análisis practicados indican que, tanto en los lugares endémicos como en los indemnes del Distrito Federal, las tierras son pobres en yodo, pero no sucede esto con las aguas. La diferencia quizás proceda de que la ciudad de México recibe alimentos de muy distintas regiones, y probablemente con suficiente yodo. Una tabla publicada por el autor revela falta de relación entre la frecuencia del bocio y el grado de contaminación de las aguas potables. Entre los escolares el mal afecta casi por igual a hombres y mujeres en el Distrito Federal, lo cual choca con lo observado en otros países. En los adultos, en cambio, la proporción es de 66% para las mujeres. La opinión corriente de que el bocio ha ido desapareciendo gradualmente en las generaciones nuevas, no es corroborada por los exámenes del autor. Por otro lado, el hipertiroidismo no es muy frecuente como complicación, pues entre 5,600 sujetos examinados en el Distrito Federal, el autor sólo encontró 28 casos de adenoma tóxico, y ninguno de basedowismo. En cambio, las distrofias hipertiroideas son frecuentes, pues en Michoacán entre 627 bociosos había 11 cretinos y cretinoides, y en los poblados del Distrito Federal también existen, si bien no en tan alta proporción. Las pruebas psicométricas demostraron el atraso mental de los escolares bociosos. Teniendo en cuenta los notables resultados obtenidos en otras partes, el Departamento de Salubridad Pública de México se propone utilizar la sal yodada contra el bocio en el país, apenas

haya terminado el censo en progreso. (Stackpoole, Herbert: *Endocrinología*, 103, obre. 1938.)

Perú.—Burga Hurtado señala que el bocio endémico o coto está muy difundido en el Departamento de Amazonas, Perú, estando señalados los distritos de Mendoza, Huambo, Omia, Totorá, Santa Rosa, Longar, Cochamal, Limabamba, Milpuc, Chirimoto, Vista Alegre, Soloco, Cheto, Levanto, Sonche, Conila, Ocumal, Pisuquia, Molinopampa, Chilibiquin, Ocallí y Yambrasbamba como bocígenos, todos ellos situados entre 1,000 y 2,800 m sobre el nivel del mar, y habiendo ciertas diferencias entre los de la zona alta (1,800 a 2,800 m) y los de la baja (1,000 a 1,800 m). En la zona alta la principal endemia es el tifo exantemático, mientras que en la baja existen, además del coto, lepra, carate, úlcera tropical, paludismo, disentería, y pian. El mayor porcentaje de bocio corresponde a la zona baja, pues hay distritos en que 90% de los habitantes están afectados, siendo la mayoría cretinos, deficientes mentales, y hasta algunos sordomudos. En la zona alta el porcentaje mayor llega a 30. La mayor proporción se presenta en la adolescencia, aunque puede observarse el mal hasta en recién nacidos, e igualmente en los animales. El consumo medio diario de sal en la región viene a ser de unos 17 gm, o sea 6.343 gm al año, de modo que para hacer efectiva la yodoprofilaxia, habría que agregar 0.5 gm de yoduro de potasio por cada 100 kg de sal consumida. (Burga Hurtado, B.: *Ref. Méd.*, 967, obre. 15, 1938.)

Puerto Rico.—Según Passalacqua, el bocio no es frecuente en Puerto Rico, pues entre 19,045 casos recibidos en una clínica quirúrgica de Ponce hasta abril 1938, sólo 12 fueron operados por bocio, observándose, además, cinco casos adenomatosos sin hipertiroidismo, que no se consideraron quirúrgicos. Los casos adenomatosos son interesantes, pues se trata de naturales de la isla, que han pasado toda su vida en la costa. En la serie estaban representados los tres tipos clínicos de la dolencia: el simple o coloideo, el adenomatoso tóxico y no tóxico, y el exoftálmico. (Passalacqua, L. A.: *Gac. Hosp.*, 15, obre. 1938.)

Personas mayores.—Bram señala que, aunque la frecuencia del bocio exoftálmico en la infancia es aproximadamente de 1 varón por 20 mujeres, y en los jóvenes de 1 varón por 5 mujeres, en una serie de 322 enfermos de 50 a 78 años la proporción era de 1 varón por 2 mujeres. A esa edad los enfermos suelen constituir malos riesgos quirúrgicos, y el tratamiento debe ser a menudo conservador. (Bram, I.: *Pennsylvania Med. Jour.*, 117, obre. 1938.)

## PELAGRA<sup>1</sup>

Argentina.—Castellano y Garzón describen dos casos de pelagra observados en mujeres en Buenos Aires. En Argentina la primera observación de la enfermedad fué la de Maximiliano Aberastury en 1923, siguiendo la de Mazza, Cornejo A. y Jorg en 1933, y las de Niklison en 1937. (Castellano, Temístocles, y Garzón, Rafael: *Prensa Méd. Arg.*, 192, eno. 25, 1939.)

Paraguay.—Al reproducir la crónica sobre pelagra que apareció en el *Boletín* de enero 1939, p. 57, *Revista de Sanidad Militar* (ab.-jun. 1939, p. 949) señala que en una reunión de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Asunción, Gatti y González presentaron casos de pelagra, constatados por el primero por primera vez en el Paraguay.

Niños.—El estudio de Spies y colaboradores denota que en una zona en que la pelagra es endémica, el mal es frecuente en lactantes y niños, según revela el diagnóstico positivo en seis de los primeros y 194 de los últimos en un grupo de más de 800 pelagrinos. Los antecedentes a menudo revelan que las madres

<sup>1</sup> La última crónica sobre Pelagra apareció en el *Boletín* de eno. 1939, p. 57.