

todos los distritos de endemia bociosa que compensen la insuficiencia de yodo con el empleo general de sal yodada. Conviene que un laboratorio gubernamental analice todas las marcas de sal yodada cada dos años por lo menos, para ver si contienen la cantidad necesaria. También es necesario que de cuando en cuando el Departamento de Sanidad recuerde al público las ventajas de la profilaxia del bocio, pues el método es tan sencillo que quizás desaparezca el interés en el mismo. Debe recordarse que el bocio no tan sólo produce deformidad del cuello, sino casos de debilidad mental, inmadurez, cretinismo, mixedema, y de cuando en cuando cáncer como secuela. (Kimball, O. P.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 860, mzo. 13, 1937.)

ESCORBUTO¹

Escorbuto en el Chaco.—El escorbuto apareció durante la guerra del Chaco en el Ejército Paraguayo en 1934, representando 15.55% de 1,611 enfermos atendidos de julio a diciembre en el Hospital Pedro Rodi, y 3.4% de 292 atendidos en el Hospital Villa Militar. En 1936 observáronse casos en ciertas zonas que ocupaban puestos aislados y que no recibían alimentos frescos. De los trabajos de Gatti y los suyos propios, el autor deduce que la carne es la única substancia alimenticia de la ración normal del soldado que protegiera a las tropas. Recomienda, pues, que: en el Ejército se utilice siempre una alimentación racional científica, que contenga, por lo menos una vez por semana, carne asada semicruda o bistec; se agregue cierta cantidad de leche cruda al mate cocido; se suministren hortalizas, legumbres y frutas frescas, aunque sea una vez por semana; las tropas que ocupan puestos avanzados aislados sean rotadas mensualmente; se asegure una provisión normal de carne fresca mediante depósitos de ganado; se conserven y extiendan los numerosos árboles frutales de la frontera oeste; se facilite la labor de los agrónomos militares, y que los médicos de los sectores o unidades vigilen constantemente la calidad, cantidad y confección de los alimentos proporcionados a las tropas. (Quiroz, J. D.: *Rev. San. Mil.*, 557, eno.-mzo. 1938.)

Requisitos humanos de vitamina C.—De su estudio de la excreción urinaria de ácido cevitámico en un enfermo con escorbuto moderado, que había recibido 40 mg diarios del ácido intravenosamente por 23 días, y que reveló saturación después de recibir una dosis total de vitamina C calculada en menos de 1 gm, Schultzer deduce que el requisito humano diario de dicha vitamina debe ser 40 mg por vía venosa, o posiblemente menos. (Previas determinaciones verificadas por Van Eekelen en 1936, habían indicado una dosis diaria hasta de 60 mg para un adulto normal de 70 kg, mientras que Göthlin, en 1931, sólo había obtenido de 20 a 30 mg por medio de la prueba de resistencia capilar.) (Schultzer, Poul: *Biochem. Jour.*, 1934, nbre. 1937.)

Tratamiento del escorbuto infantil.—Nobécourt hace notar que a pesar de la eficacia terapéutica del ácido ascórbico, el escorbuto infantil continúa siendo una enfermedad grave, y es mejor precaver su aparición mediante una alimentación no carente en vitamina C. (Nobécourt, P.: *Gaz. Hôp.*, 541, ab. 28, 1937.)

ESPRÚO²

Guatemala.—Soza señala que, según ha descubierto últimamente, muchas enteritis crónicas y consideradas como tuberculosas que observara en Guatemala deben haber sido en realidad esprúo. Antes de 1918, en el país no se tenía noticia del mal. En los casos guatemaltecos los signos principales han sido una diarrea

¹ La última crónica sobre Escorbuto apareció en el BOLETÍN de mayo 1937, p. 456.

² La última crónica sobre Esprúo apareció en el BOLETÍN de mayo 1937, p. 456.

especial, ligeras erosiones bucales, y por fin, relación con insuficiencia hepática y anemia. Al autor lo puso sobre la pista el caso del Gral. Christmas, que después de tratado en Guatemala fué a Nueva Orleans, donde hicieron un diagnóstico de esprúo, muriendo allí del mal. (Soza, E.: *Guat. Méd.*, 22, ab. 1937.)

Perú.—Después de presentar un caso de esprúo, Pesce se refiere a un síndrome espruideo que los indios de Andahuaylas designan *chahuátam ákan*, y se caracteriza por muchos de los trastornos asociados con el esprúo, y en particular glositis, preguntándose si se trata de casos frustrados, de un síndrome afín, de un estado prepsilótico, o de casos atípicos, pues faltan el período agudo inicial, las crisis entéricas, los cólicos hepatocolecísticos, la diarrea acentuada, y por lo general la anemia. (Pesce, Hugo: *Rev. Méd. Per.*, 9, eno. 1938.)

Etiología.—Después de repasar las varias teorías etiológicas del esprúo tropical, Hopman señala las diferentes condiciones metabólicas que existen en la zona templada y en los trópicos. Para él la obesidad, la diabetes y el esprúo vienen a ser válvulas de seguridad que protegen al organismo contra el hipercalemtamiento producido por el consumo de un exceso de calorías, de modo que en el tratamiento y la profilaxia resultan útiles la limitación de la ingestión alimenticia y el aumento de ejercicio. (Hopman, B. C.: *Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Indië*, 904, ab. 19, 1938.)

Forma familiar.—Pacheco Luna menciona seis casos de esprúo observados en tres generaciones sucesivas de la misma familia, muriendo cinco de enteritis crónica y anemia sin hacerse el diagnóstico, y uno que curó después de hecho el diagnóstico. El primero se remonta a 1859, siendo la enferma madre o abuela de varios de los enfermos subsecuentes y fundándose el diagnóstico retrospectivo, en la descripción de los síntomas y la semejanza con casos recientes. Los tres casos personales del autor comienzan con una señora en 1912, que murió en 1915; una sobrina de ésta en que la enfermedad duró de 1909 a 1920, y un hermano del caso anterior que manifestó los primeros síntomas en 1935, y curó en 1936 cuando hicieron el diagnóstico en Alemania y administraron extracto de hígado fuerte por vía hipodérmica y vitamina B₂, más una alimentación apropiada. En los seis casos dominaron la enteritis crónica y la anemia progresiva, en personas acomodadas sin pasado patológico y sinjamás haber vivido en la costa. (Pacheco Luna, R.: *Guat. Méd.*, 2, agto. 1937.)

Tratamiento.—Al comunicar una serie de 39 casos de esprúo, 29 de los cuales fueron seguidos después del alta, Miller y Barker afirman que un régimen dietético apropiado, unido a la opoterapia, proporciona alivio más completo de los síntomas gastrointestinales que el extracto hepático solo. Las inyecciones del extracto deben individualizarse, sirviendo como guía la disfunción intestinal. La inmensa mayoría de los enfermos se aliviaron por completo apenas se instaló la terapéutica adecuada, y han seguido bien por un período prolongado con un régimen terapéutico muy sencillo, y cinco de ellos han regresado a países tropicales sin recurrir los síntomas. Todos los que abandonaron la terapéutica específica por completo han tenido recaídas. (Miller, D. K., y Barker, W. H.: *Arch. Int. Med.*, 385, sbre. 1937.)

Bibliografía.—Hanes publica la bibliografía inédita del esprúo, que dejara Ashford, habiéndola ampliado considerablemente, en particular para los últimos años. La bibliografía de Ashford comprende 35 páginas, y la agregada ahora por Hanes 17 más. La historia del esprúo comienza con la descripción de Katelaer en 1669, y la mucho más precisa de Hillary en 1776, de no aceptarse como tal la que aparece en las obras de Areteo en el siglo II. (Hanes, F. M.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 427, jun. 1938.)