

llaman al mal edema avitaminótico. La mortalidad fué alta: 39.5 por ciento. En estos casos, no desempeñaron mayor papel etiológico el parasitismo intestinal, la tuberculosis y la sífilis. (En Centro América, Goens en 1934 describió con el nombre de caquexia hídrica, fenómenos semejantes, con una mortalidad de más de 60 por ciento.) (Peña Chavarría, A., y Rotter, Werner: *Rev. Méd.*, 536, ab. 1937.)

**Beriberi en Francia.**—Malard y Delprat hacen notar que, entre las tropas negras radicadas en la XVIII Región Militar de Francia, el beriberi ha ocasionado varias epidemias de 1926 a 1936, habiéndose observado 430 casos, con nueve defunciones (2%), aunque en ciertas epidemias la mortalidad respectiva ha sido mucho mayor. Las muertes siempre tuvieron lugar entre los primeros beribéricos que permanecieron desapercibidos en su cuerpo de tropa. Todos los enfermos vistos a tiempo curaron perfectamente, de modo que los autores subrayan la necesidad de que todo médico militar se familiarice con la patología especial del mal. A la asistencia se debió exclusivamente la gravedad y la mortalidad, de modo que en todo beribérico que manifieste taquicardia, deben esperarse accidentes graves. La fiebre de tipo infeccioso fué observada en la mitad de los casos agudos, mientras que las formas ligeras o frustras son siempre apiréticas. La polineuritis fué rara (sólo en dos de los 430 casos). Hay que buscar en particular: abolición o atenuación de los reflejos rotulianos (35%); edema pretibial (94%); invasión cardíaca (taquicardia, soplos sistólicos, ensordecimiento o desdoblamiento de los ruidos, dilatación, en 52%). En esos tres signos debe basarse el diagnóstico. La etiología en las epidemias observadas debe ser atribuída a un régimen alimenticio con exceso de arroz blanco, aunque ciertas causas predisponentes parecen influir sobre la aparición del mal. Las reglas clásicas de tratamiento y de profilaxia no deben modificarse. (Malard, y Delprat: *Rev. Serv. Santé Mil.*, 91, eno. 1937.)

---

## BOCIO<sup>1</sup>

**Argentina.**—En la Argentina, y en particular para las provincias de Salta y Tucumán, desde 1924 Lewis y de la Barrera y Pacella, y de la Barrera y Oyarzábal, hicieron estudios que dan una idea de la importancia del problema del bocio, aunque hasta la fecha no se ha iniciado una lucha sistemática contra el mal. Lewis y de la Barrera examinaron en Salta 5,240 escolares de diversos distritos, encontrando 3,057 (82.4%) con bocios, divididos éstos casi por igual entre ambos sexos, y 1,862 de primer grado (tiroides palpable), 1,089 de segundo grado (tiroides visible y palpable), y 106 de tercer grado (deformación del cuello), sin encontrar cretinos. Mazzocco, que estudió minuciosamente el contenido de yodo en el agua, la tierra y los principales alimentos de la provincia de Salta, comparándolo con el de la Capital Federal, declaró que el bocio endémico se encuentra en Salta en relación directa con el contenido de yodo en dichos alimentos, y que existe una diferencia apreciable en el porcentaje de yodo en las regiones bocígenas con relación a la Capital Federal. De estos trabajos, Secco deduce que falta aun averiguar en muchas partes la cantidad y distribución del bocio; que para juzgar la eficacia de la yodoprofilaxia la acción de las autoridades sanitarias no debe ser aislada y fugaz, sino continua y permanente; que en los sitios de trabajo es indispensable contar con personal idóneo, y que en la profilaxia del bocio endémico, según Mazzocco, el empleo del cloro para purificar el agua de consumo no es lo más indicado, sino quizás el yodo. (Secco, F. E.: *Bol. San.*, 158, fbro. 1937.)

<sup>1</sup> La última crónica sobre Bocio apareció en el *Boletín* de mayo 1937, p. 455.

Del estudio publicado por Alvarez despréndese que en la Provincia de Mendoza, en el año 1937, se descubrieron 728 personas con bocio entre 27,031 escolares examinados. En el Departamento de Monteros, de la Provincia de Tucumán, entre 1,793 niños examinados en 1924, 64% resultaron con bocio, y en el Valle de Lerma de la Provincia de Salta, de 1,278 escolares, 111 (86.89%). En las localidades de Perico del Carmen y Perico de San Antonio, de la Provincia de Jujuy, según Sola, en 1931, el porcentaje de bocio llega hasta 100 en algunas zonas. Leiro ha declarado recientemente que en el Puerto Bemberg del Territorio de Misiones, existe el bocio, pero sin dar estadísticas. (Alvarez, Raúl J.: *Bol. Ob. San. Nac.*, 454, ab. 1938.)

Fundándose en el estudio de 85 bociosos que pudieron ser seguidos antes y después de la operación con pruebas del metabolismo basal y tratamiento médico, Padín y Perinetti afirman que no se observa sino raramente en Mendoza la forma de mixedema y cretinismo que años antes era muy común. De los 85 casos, 43 eran nodulares y 31 adenomas tóxicos benignos, indicando el elevado número de formas nodulares, y la gran cantidad de jóvenes atacados, que Mendoza sigue siendo zona bociígena. En cambio, el Basedow es poco frecuente (sólo tres casos). Para el autor, la terapéutica debe ser profiláctica y dirigida a los jóvenes, mientras que la gran mayoría de los adultos requieren tratamiento quirúrgico. (Padín, C., y Perinetti, H.: IX Reun. Soc. Arg. Pat. Reg., 672, 2° tomo, Buenos Aires, 1937.)

Describiendo los métodos de lucha contra el bocio endémico, y en particular la campaña profiláctica librada por el Departamento Nacional de Higiene con bombones yodados de 0.01 y 0.005 gm para adultos y niños, y cartillas de instrucciones populares, Martone y Carrero sumarizan así el resultado: tratados desde septiembre 1932 a julio 1933, 1,132 niños y 980 adultos; primer semestre de 1934, 1,587 niños y 1,228 adultos; 1935, 1,482 y 1,074; 1936, 1,061 y 1,142. En algunas regiones bociígenas de Tucumán y Salta, las estadísticas de Mazzocco y Lewis y de la Barrera señalan coeficientes superiores a 80%. Para los autores, la prevención en dichas regiones debería basarse en los siguientes puntos: suministro a precio mínimo de substancias frescas cuyo contenido en yodo sea bien conocido; creación de cantinas maternas y distribución de leche para las madres lactantes y gestantes, y a los niños hasta la adolescencia; lucha contra el alcohol, coqueo y venéreas; mejoramiento económico, incluso de la vivienda, evitando la creación de escuelas en zonas endémicas; propender a la salubridad del suelo y a proveer abastos de agua potable; administración permanente de sal yodada a los portadores bien establecidos de bocio endémico, y en particular a las mujeres durante 10 a 15 días durante el embarazo y lactancia, y a los niños y adolescentes en la primavera y otoño, y monopolización por el Estado de la venta de dicha sal, para asegurar su precio e inocuidad. (Martone, F. J., y Carrero, V. A.: *Día Méd.*, 452, jun. 14, 1937.)

**Paraná.**—A estatística do Serviço de Medicina do Hospital Militar de Curitiba, no curto período de dois anos, acusa um número (250) grande de incapacidades físicas definitivas para o serviço militar, em indivíduos portadores de bócio, de variadas formas, havendo uma predominância de bócio endêmico. De diferentes cidades do Paraná, recebem-se no serviço, portadores de tal enfermidade, especialmente nas épocas de incorporação e, não obstante a sistemática recusa das Juntas Militares de Saúde, grande tem sido a quota de indivíduos que, após uma curta permanência na caserna, apresentam-se com a tireóide desenvolvida e grande deficiência para a atividade militar. (Duarte Nunes, Ari: *Rev. Med. Mil.*, 260, jul.-sbro. 1938.)

**Bocio congénito en Chile.**—Kohan describe un caso de bocio congénito en un recién nacido cuya madre también padecía del mal. Cree que el caso es el primero de su género en la literatura chilena. (Kohan: *Arch. Arg. Ped.*, 313, sbro. 1938.)

**La cirugía en Michigan.**—Analizando el efecto del empleo de sal yodada durante 12 años en la región austral del Estado de Michigan, E.U.A., tal como se refleja en el total de operaciones verificadas en siete hospitales, McClure declara que no cabe duda que existe carestía de yodo en la alimentación de los habitantes, de modo que conviene agregarlo en alguna forma, para lo cual en Michigan han escogido la sal yodada. Cuando comenzó el empleo de ésta en 1926-1927, hubo un aumento de las tiroidectomías de 1,294 a 1,452, pero desde entonces se ha observado una disminución casi constante: sólo 607 en 1936. El aumento en la mortalidad debida al bocio, según aparece en las estadísticas sanitarias, alcanzó su máximo en el segundo año de haberse introducido la sal. El hipertiroidismo no aumentó, salvo en el bocio nodular o adenomatoso. La frecuencia del bocio endémico o hipertrofia tiroidea, casi ha descendido a 0 desde que se divulgó el empleo de la sal yodada, y hoy día no pueden verse casos que revelen el más ligero efecto nocivo debido a dicha substancia. A juzgar por estas observaciones, es menos probable que se presente bocio nodular y difuso tóxico cuando no ha habido previa hiperplasia tiroidea (bocio endémico). A medida que ha cesado la propaganda en pro del empleo de sal yodada, también ha descendido la venta de ésta, de modo que según uno de los principales detallistas de la ciudad de Detroit, sólo la mitad de la sal vendida es yodada. Ese abandono ya se ha traducido por un ligero aumento en la proporción de bocios en las escuelas y en las salas de operación. (McClure, R. D.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 782, sbre. 4, 1937.)

**Uruguay.**—Entre 39,386 niños observados en la Clínica Infantil y el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura de Montevideo en el decenio 1926-1936, los autores descubrieron 38 casos de perturbaciones tiroideas; es decir, un caso por cada 1,036 niños. Analizando 17 casos conocidos de los autores, 13 resultaron en mujeres. La edad varió de 2½ a 15 años. En el Uruguay no se observan zonas de mixedematosos, aunque es bastante general el hipertiroidismo puberal. En ciertos casos de distiroidía el factor racial extranjero, de origen inmigratorio, juega un rol preponderante. En lo tocante a bocio exoftálmico en la infancia, en el Río de la Plata hay pocas observaciones señaladas, si bien en la Argentina se han señalado casos en las provincias andinas, y en el Uruguay en 1913 Felfort observó un caso en un niño de 10 años. El autor ha observado tres, todos en mujeres de 9 y 13 años de edad. Una adolescente de 15 años con bocio exoftálmico desde los 12, fué operada con resultado brillante por Armand Ugon. La cirugía del bocio en el Uruguay fué empleada por primera vez por Lamas en el adulto, viniendo después Quintela y Prat. (Jaureguy, M. A.: *Arch. Ped. Ur.*, 147, mzo. 1937.)

**Aumento en Nueva Zelanda.**—En el último informe demográfico de Nueva Zelanda aparecen datos sobre la frecuencia del bocio en el país. En un estudio de certificados de defunción desde 1885, Hercus y Purves han observado pruebas de aumento desde 1889, pues el coeficiente de 1929, 4.8 por 100,000, es más de nueve veces mayor que entonces. Como en otras partes, el coeficiente es más elevado en las mujeres, variando de 30 a 108 por 100,000 a distintas edades, con excepción de la edad de 0 a 5 años, en que es más elevado en los varones. El bocio tóxico no fué separado del atóxico hasta 1900, en que se introdujo el sistema de Bertillon en la clasificación de las muertes. Los ingresos en los hospitales públicos para todas las enfermedades del tiroides revelan un aumento notable de 1889 a 1933, y la velocidad del aumento es hoy día dos veces y media mayor que antes de la guerra, representando 55 por 100,000. Los casos exoftálmicos también han revelado incremento ascendente, y en 1929-1933 representaron 57.5% del total de tiropatías. No se ha encontrado ninguna correlación positiva entre la frecuencia del bocio y el cáncer tiroideo en Nueva Zelanda. Las muertes debidas al último son raras, y no pasan de 10 al año. Aunque se han instituído ciertas medidas

profilácticas, se necesitan estadísticas más completas para apreciar su efecto. (Carta de Australia: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2095, jun. 18, 1938.)

**Embarazo.**—Peralta Ramos y colaboradores señalan que entre 40,000 embarazadas por ellos atendidas no han observado ningún caso de bocio exoftálmico que comenzara durante la gravidez. En su serie de seis casos, cuatro fueron exoftálmicos, agravándose en todos el síndrome basedowiano durante el embarazo. No sucedió esto en los dos de adenoma tóxico. Para los autores no cabe duda de que la gestación ejerce un influjo sobre el bocio exoftálmico, que en general, se observa raramente en dicho estado. En 1919 uno de los autores (Peralta Ramos) declaró no haberlo observado en 12,000 grávidas de su práctica hospitalaria, y sólo en dos de su clientela privada. Entre más de 30,000 partos de 1917 a 1935 en la Clínica Eliseo Cantón de Buenos Aires, Bustos Morón sólo encontró tres historias de bocio exoftálmico, un hipertiroidismo y un basedowismo. Los seis casos descritos fueron observados desde 1928 en el Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires. (Peralta Ramos, A.; Schteingart, Mario, y Urisón, Ida Ch. de: *Prensa Méd. Arg.*, 1331, jul. 7, 1937.)

**Psicosis.**—Entre más de 5,000 casos de bocio exoftálmico, Bram encontró en 42 antecedentes de psicosis, principalmente maniaco-depresivas. Del total, 12 se presentaron en casos no tratados quirúrgicamente, y el resto en enfermos tiroidectomizados meses o años antes. De los 30 casos postoperatorios, la historia indicaba existencia preoperatoria de la psicosis en 10. En todos los casos postoperatorios, a pesar de los residuos exoftálmicos, el metabolismo basal no fué excesivo, variando de más 20 a menos 8%, sin que en ningún caso pudieran descubrirse antecedentes familiares de psicosis. A pesar de la coexistencia, no pudo encontrarse una relación etiológica bien definida entre ambos estados, aunque uno u otro puede sobreponerse y ocasionar agravación respectiva. (Bram, I.: *Jour. Nerv. & Ment. Dis.*, 152, agto. 1937.)

**Roentgenoterapia.**—De 68 casos de bocio exoftálmico (36 de ellos moderadamente graves y seis graves) en que se administró la roentgenoterapia, casi siempre ambulante, de 1922 a 1933, el examen subsecuente reveló reposición absoluta en 70.6%; casi completa en 7.4%; mejoría en 10.3%; y estacionamiento en 7.4%; sólo un enfermo murió de bocio exoftálmico, y dos de otras causas. Del total, 85.3% recobraron su capacidad completa para el trabajo, y 5.3% parcial. Sólo hubo seis recurrencias (8.8%). El bocio desapareció del todo en 64%, y por completo o en parte en 78%. La reposición tardó en presentarse de uno a dos años. El tratamiento promedió 11.9 meses. (Raagaard, O.: *Ugeskr. Laeger*, 453, ab. 29, 1937.)

Presentando una serie de 30 casos, Poulton y Watt declaran que la roentgenoterapia profunda constituye un método eficaz para el tratamiento del bocio tóxico, actuando igualmente bien, ya haya recibido o no el enfermo antes los rayos X en la forma habitual. Aunque en los últimos casos hay cierto peligro de telangiectasia, la roentgenoterapia profunda también actúa bien sobre las recurrencias postoperatorias y debe resultar efectiva en los casos graves y en los jóvenes. Por supuesto, este tratamiento debe ser complementado con el médico. El primer caso que trataran los autores en esta forma fué en 1924, en un muchacho de 16 años que había tenido el mal por espacio de año y medio; para 1934 su serie ya había subido a más de 100. (Poulton, E. P., y Watt, W. L.: *Proc. Roy. Soc. Med.*, 371, febrero. 1938.)

**Sal yodada.**—Los estudios realizados por Kimball en Michigan y Ohio, demuestran que puede yodarse la sal con exactitud y eficacia, resultando así el menos costoso y más satisfactorio de todos los métodos propuestos hasta ahora para combatir el bocio en los distritos endémicos. Un estudio verificado en el Condado Houghton, de Michigan, demostró que el abandono de la sal yodada fué seguido de un marcado aumento en el bocio dentro de tres años. El autor recomienda a

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.)

## ESCORBUTO<sup>1</sup>

**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.)

## ESPRÚO<sup>2</sup>

**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

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

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