

**BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE.
3, HANOVER STREET.—LONDON, W. 1.**

Autores: Davidson, L. S. P., Davis, L. J., Innes, J. Revista British Medical Journal. Abreviación. Brit. med. J. Tomo 2. Páginas 31-34. Fecha 11/7-42.

ANEMIA MEGALOBLASTICA DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

La anemia que se presenta en el embarazo y el puerperio en los climas templados, aparte de la anemia aparente causada por dilución fisiológica de los corpúsculos, resultante del aumento de volumen del plasma en el embarazo, es generalmente del tipo por deficiencia en hierro hipocrómico. Rara vez puede ser de la clásica variedad perniciosa addisoniana pero más a menudo, aun pareciéndose a este tipo, difiere de él en ciertos rasgos y se denomina con frecuencia "anemia perniciosa del embarazo".

En el presente trabajo, el Profesor Davidson y sus colegas describen 16 casos de esta última variedad de anemia vistos en el Departamento de Medicina de la Universidad de Edinburgo. La anemia fué grave en todos los casos. El análisis de los hallazgos en la sangre periférica, indicaron en muchos de los casos una deficiencia doble de hígado y hierro por cuanto aun cuando la macrocitosis y el elevado índice colorimétrico fueron frecuentes, dichas características no fueron tan pronunciadas ni tan constantes como en la clásica anemia perniciosa addisoniana. En algunos de los casos, los índices colorimétricos estuvieron por debajo de la unidad. En el jugo gástrico de muchos de estos casos estuvo asimismo presente ácido hidroclorehídrico libre. Un hallazgo constante fué sin embargo un cuadro megaloblástico en frottis hecho con médula del esternón obtenida por punción del mismo. En consecuencia, para este tipo se ha propuesto el nombre de "anemia megaloblástica del embarazo y el puerperio".

Muchos de los casos fueron temporalmente refractarios al tratamiento con extracto hepático, hierro y otros hematínicos, pero la persistencia con dicho tratamiento y el mantenimiento de la vida mediante transfusiones de sangre cuando fué necesario, con el tiempo condujeron al completo restablecimiento en todos los casos, con excepción de dos en que el fallecimiento sobrevino debido a causas incidentales.

Autores: Kitching, E. H. Revista, British Medical Journal. Abreviación, Brit. med. J. Tomo 1. Páginas 754-757. Fecha 20|6|42.

SINTOMAS MENTALES DE INTOXICACION POR BROMURO

El autor que es Psiquiatra de la Royal Infirmary de Manchester, hace notar que cuando se produce intoxicación por bromuro se piensa generalmente en erupciones cutáneas, y que los síntomas mentales son comunes pero menos extensamente conocidos. El bromuro es una de las drogas usadas más comúnmente y se incluye en por lo menos cinco millones de recetas al año en la Gran Bretaña. En el presente trabajo se describen nueve casos en los cuales la intoxicación por bromuro se manifestó principalmente por síntomas mentales.

El primer caso fué el de una mujer con una concentración de bromuro en sangre de 325 mg. por 100 cm.³ que falleció. Se describen otros siete casos de grados graves de intoxicación por bromuro que se restablecieron, así como un caso de intoxicación leve.

El diagnóstico de intoxicación por bromuro depende de la historia, síntomas físicos y mentales, el nivel de bromuro en sangre y la respuesta al tratamiento. Una historia de tomar medicina "salada" es, naturalmente, importante. Los síntomas mentales son los siguientes: Existe disminución de la percepción que conduce a desorientación y a verdadera confusión, por ejemplo, oscurecimiento del conocimiento con falta de atención al medio ambiente, y falta de respuesta a los estímulos externos. Invariablemente se halla presente inquietud motora y existe inestabilidad emocional, de ordinario de tendencia depresiva. Las ideas paranoides son sumamente comunes, pero son flotantes y cambiables. Por último, los hábitos personales sufren detrimento en las fases extremas.

Los signos físicos son los de un estado tóxico, con tez sucia, lengua sarrosa, temblor de dedos y sudor. El nivel de bromuro en sangre se halla por encima de los 200 mg. por 100 cm.³ (nivel normal 0 — 2.5 mg. por 100 cm.³). No debe darse importancia a los niveles por debajo de 100 mg. por 100 cm.³. Los niveles entre 10 y 200 mg. por 100 cm. es probable que causen síntomas en los pacientes ancianos con enfermedad renal o cardiovascular y con una ingestión de sal disminuída. Los niveles por encima de los 300 mg por 100 cm.³ producen síntomas y son a veces fatales.

El tratamiento consiste en la administración de cloruro de sodio y la respuesta teatral al mismo es una de las pruebas diagnósticas. La eliminación adicional de bromuro se consigue mediante punción lumbar, purga y solución salina intravenosa.

El autor concluye que, en tanto que el bromuro es un medicamento de los más útiles e indispensables, existe un riesgo concreto de que pueda dar lugar a síntomas de envenenamiento, pero dichos síntomas pueden ser identificados y tratados con facilidad si se recuerda el peligro.

Autores: Gillies, H. D. Revista British Dental Journal. Abreviación Brit. dental J. Tomo 71. Páginas 351-359. Fecha 1|12|41.

REDUCCION Y CONTROL DE LAS FRACTURAS MAXILO-FACIALES

El autor insiste en la necesidad del diagnóstico y tratamiento precoz de las fracturas de la cara. Las fracturas del hueso malar muchas veces pasan desapercibidas, cuando el caso es examinado por primera vez. Las fracturas

del maxilar superior y las de la parte central de la cara, deben ser tratadas tan pronto como sea posible, siendo el shock, y no las lesiones concurrentes, la contraindicación para la cirugía precoz. Los huesos desplazados deben ser movilizadores y fijados en posición correcta; si es necesario pueden fijarse a un casco de yeso cranial. Si la reducción se retrasa, el cirujano puede verse obligado de hacer esfuerzos considerables para movilizar estas fracturas faciales y, aún, a usar extensión continua, aplicada al maxilar superior, para obtener una oclusión dental perfecta. Al final, las deformidades resultantes pueden ser disimuladas con injertos óseos. Lo ideal sería, tanto en los casos recientes como en los antiguos, fracturar de nuevo los huesos, siguiendo las antiguas líneas de fractura, y volver a colocarlos en posición normal.

El autor describe un método más precioso el tratamiento de la diplopia producida en las fracturas antiguas del hueso malar, con desplazamiento de los tejidos blandos de la órbita. Bajo anestesia local (ya que es necesario que el enfermo indique cuando la diplopia está corregida) se hace una incisión en el suelo de la órbita, a través de la cual se pasa un aparato especial calibrado que eleva el contenido orbitario hasta que la diplopia desaparece. Con ello se obtiene el grosor de hueso que es necesario para un nivel normal y entonces, con anestesia general, se puede obtener el injerto deseado.

En el tratamiento inicial de las fracturas graves de la mandíbula inferior, que tienen un mal pronóstico en lo que a infección se refiere, debe tenerse en cuenta la conveniencia de un drenaje profiláctico. En el tratamiento de las fracturas del maxilar inferior infectadas, por "toilette" quirúrgica y un tubo de drenaje, el autor insiste en la necesidad del examen con Rayos X, repetido tantas veces como sea necesario antes de la operación, para que pueda establecerse, con certeza, la necesidad de la operación y la importancia de la misma. Todo el mundo está de acuerdo en la importancia de un drenaje radical en los casos precisos, por ejemplo, en los casos de supuración persistente, con presencia de secuestros o que afecta a los dientes. (Los dientes, aunque no estén en la línea de fractura, también pueden infectarse).

El autor cita diez casos tratados por el método de la doble aguja oblicua; aconseja que se siga este método principalmente para el tratamiento de los casos con fragmento posterior sin dientes o en el caso de un fragmento central libre. Puede ser aplicado inmediatamente y produce un control perfecto con posibilidades de movimiento precoz. Contraindicación de ello, son las cicatrices externas, o la infección local, aun de carácter leve. En las fracturas antiguas, los fragmentos deben estar completamente libres de adherencias antes de que puedan ser mantenidos en la posición correcta por el método de las dos agujas; creer que el método de las dos agujas permite el perfecto control, aún de fragmentos imperfectamente movilizados, ha producido contrariedades.

(Resumen adaptado del Bulletin of War Medicine, 2, 468, julio de 1942).

Autores: Mellanby, K. Johnson, C. G., Bartley, W. C. Revista British Medical Journal. Abreviación Brit. med. J. Tomo 2. Páginas 1-4. Fecha 4/7/42.

EL TRATAMIENTO DE LA SARNA

Existe bastante inseguridad en cuanto a los mejores métodos de tratar la sarna y Gordon & Seaton (1942b) han dado recientemente un resumen completo de la literatura últimamente aparecida sobre el tratamiento de esta

afección. Dichos autores han estudiado en este y en un trabajo posterior (Gordon & Seaton, 1942 b), el efecto de diferentes tratamientos en infestaciones por *Notoedres* en animales.

Sin embargo, la sarna es producida por una invasión de la cutícula humana por un parásito *Sarcoptes scabiei* de *G. var hominis*, y puede hacerse una apreciación final del valor de diversos tratamientos por su capacidad de destruir al parásito en condiciones clínicas. Los presentes autores han desarrollado métodos por los cuales creen que más de 90% de los parásitos hembras adultos pueden ser descubiertos, y en sus experimentos han calculado curaciones mediante examen de los parásitos obtenidos de los casos humanos. La mayor parte de las hembras adultas *Sarcoptes* que infestaban cada caso fueron quitadas y examinadas veinticuatro horas después del tratamiento, anotándose la proporción destruida. Aquellos medicamentos que fueron eficaces dieron resultados igualmente buenos cuando se aplicaron a la piel sin baño o fricción preparatorios.

Una sencilla aplicación a fondo de ungüento de azufre al 10%, de ungüento de Marcussen, de benzoato de benzil a una concentración mayor del 10 por ciento ya sea en una solución alcohólica o en emulsión acuosa, o de dimetil difenilene disulfido, destruyó más del 98% de los parásitos. Las siguientes sustancias resultaron menos eficaces: Piretro, emulsión de rotenone, loción de raíz de derris, beta naftal y lethano. Los métodos que produjeron una capa de partículas de azufre en el cuerpo (empolvamiento con azufre precipitado, pincelación con thiosulfato seguida por ácido hidrociorhídrico, tabletas de espuma de azufre) resultaron muy ineficaces. El azufre tomado internamente no tuvo efecto sobre los *Sarcoptes*.

La pincelación con una emulsión de benzoato de benzil necesita cierta habilidad y a menos que se disponga de personal entrenado es aconsejable a veces utilizar un ungüento de azufre que, incluso cuando se aplica de cualquier manera, se extenderá el solo por todo el cuerpo. No se necesitan más de dos aplicaciones de un medicamento eficaz aunque se observará que en muchos pacientes los síntomas tales como picazón pueden tardar muchos días en desaparecer, pero desaparecen con el tiempo sin ningún otro tratamiento.

Referencias:

- Gordon, R. M. & Seaton, D. R. (1942 a), Ann. trop. Med. Parasit. 35, 247. (Véase resumen B. M. I. S. N° 971).
- Gordon, R. M. & Seaton, D. R. (1942 b), Brit. med. J., 1, 685.