

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

Autores: Macpherson, A. I. S. Revista Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. Abreviación, J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. Tomo 49. Páginas 368-396. Fecha, Agosto, 1942.

### **OBSERVACIONES SOBRE LA ETIOLOGIA Y PROFILAXIS DE LA DEFICIENCIA EN PROTROMBINA Y LA ENFERMEDAD HEMORRAGICA EN EL RECIEN NACIDO**

El autor considera diversas afecciones del embarazo y parto (toxemia del embarazo, parto prematuro, deficiencia dietética de alimentos ricos en vitamina K. alumbramiento prolongado) en casos vistos en la Royal Infirmary de Edinburgo, en relación con el grado y duración de la hipoprotrombinemia en el recién nacido.

De estas afecciones, ninguna ha resultado tener un afecto constante sobre el índice de protrombina del recién nacido salvo la dieta deficiente durante el embarazo. Los hijos de madres que dieran una historia de tales deficiencias dietéticas durante su embarazo se vio que presentaban de manera uniforme valores bajos en el índice de protrombina.

El parto prolongado *per se*, no afectó de manera adversa al índice de protrombina del recién nacido. En cambio, cuando un alumbramiento prolongado estuvo complicado con interferencia repetida bajo anestesia con cloroformo, el índice de protrombina se vió que era tan bajo, incluso en el momento del nacimiento, que implicaba que la síntesis protrombinica en el hígado fetal había sido deprimida por la acción del cloroformo. El autor sugiere que el cloroformo pueda ser tóxico para el feto en el útero de manera similar y en las mismas circunstancias que para la madre.

Las pruebas obtenidas de la crianza de 4 niños hidrocéfalos, con una dieta absolutamente carente de Vitamina K desde el momento del nacimiento, indica que las condiciones de ingestión y absorción de Vitamina K en el recién nacido no afectan al descenso inicial en el índice de protrombina, pero que influyen sobre el restablecimiento subsiguiente hacia la normalidad. Parece ser, además, que a falta de un origen dietético, la Vitamina K no puede ser sintetizada por la flora intestinal y absorbida por la mucosa en cantidades suficientes para mantener el nivel del índice de protrombina.

El autor da cuenta detallada de 15 casos de enfermedad hemorrágica del recién nacido. En 2 de estos casos, la hemorragia se presentó como una complicación de eritroblastosis fetal (icterus gravis).

En todo caso de enfermedad hemorrágica simple en que fué investigada la dieta pre-natal, había habido ingestión deficiente por la madre de alimen-

tos con elevado contenido en Vitamina K. La incidencia de otros caracteres del embarazo y parto fué completamente irregular.

El lugar de hemorragia más frecuente fué gastro-intestinal y se sugiere que esto pueda estar relacionado con la hiperacidez del jugo gástrico en ayunas del recién nacido.

La hemorragia cerebral se demostró que se había presentado en 4 de los 15 casos de enfermedad hemorrágica. Dos de estos casos fueron en niños muy prematuros. En cada caso, los síntomas indicaron que el efecto del trauma del alumbramiento se había acentuado debido a la hipoprotróمبinemia.

El autor concluye que sería posible evitar la enfermedad hemorrágica del recién nacido mediante una adecuada vigilancia de la dieta materna durante el embarazo. Cuando esto no ha sido factible, puede conseguirse el mismo fin por medio de administración adecuada de Vitamina K a la madre en la última parte del embarazo o durante el parto.

Autores: Ross, J. P. Revista, British Medical Journal. Abreviación Brit. med. J. Tomo 1. Páginas 589-591. Fecha 9/5/42.

### SEPSIS EN HERIDAS DE GUERRA DE LAS EXTREMIDADES

El tratamiento de las heridas de guerra infectadas es un tema al cual están dedicando mucha atención los cirujanos, bacteriólogos y bioquímicos de la Gran Bretaña. En el presente trabajo, un distinguido cirujano de Londres pasa revista al tema a la luz de la reciente experiencia.

Las condiciones que predominan en la mayor parte de las heridas de guerra, favorecen la invasión bacteriana y no son favorables para la reparación de tejidos. No obstante, la experiencia enseña que las heridas se cicatrizan a menudo mejor de lo que hubiera de esperarse de tales condiciones, y la explicación de dicha discrepancia reside en gran parte en la diferenciación entre contaminación e infección.

**Contaminación.** La presencia de micro-organismos en la superficie es inevitable en las heridas de guerra, aunque rara vez se encuentran organismos virulentos en las primeras fases. Esta contaminación superficial puede limpiarse haciendo la excisión de la herida lo más pronto posible. La introducción de sulfanilamida en la herida después de excindida ésta puede ser beneficiosa y no puede perjudicar a condición de que no se utilice como alternativo de una excisión completa. Sólo en condiciones excepcionales será permisible suturar heridas por completo incluso en esta primera fase.

La excisión significa la eliminación de tejido muerto o dañado y deberá practicarse con el cuidado debido para conservar todo el tejido sano, y especialmente aquellas estructuras importantes, tales como nervios y tendones. Si las condiciones son favorables al desarrollo de gangrena gaseosa; fracturas abiertas, heridas laceradas de músculo contaminadas con polvo de ladrillo, escombro o tierra, y heridas punzantes a través de las ropas— y en particular si se produce algún retraso inevitable en la excisión de la herida, deberá administrarse una dosis profiláctica de antitoxina anti-gangrenosa. Esta puede ser o bien antitoxina de 7.500 unidades internacionales de *Cl. welchii* administrada sola, o bien una mezcla de antitoxina para *Cl. welchii* (3.000 unidades internacionales), *Cl. septique* (1.500 unidades internacionales) y *Cl. oedematiens* (1.000 unidades internacionales). El uso profiláctico de antitoxina lleva consigo la inyección intramuscular de suero inmediatamente, sin esperar a que la herida resulte sospechosa.

Aquellas heridas en las que la infección se encuentra ya establecida al ser vistas por primera vez, no deberán ser excindidas, y como los organismos habrán penetrado profundamente en los tejidos, la aplicación superficial de sulfonamidas es de escaso valor aunque su administración oral sea útil. La herida deberá abrirse de manera que se encuentre todo material extraño y se elimine, estableciendo drenaje libre. Tiras de gasa vaselinada colocadas suavemente entre los bordes de la herida son una buena cura, debiendo immobilizarse el miembro en escayola. Las ventajas de este método no son solamente que descansa la parte afectada y es cómodo, sino asimismo que, evitando el edema, reduce la absorción linfática y obvia asimismo los riesgos de curas frecuentes.

No es posible subrayar bastante la importancia de la infección secundaria (hospital). La mayor parte de las heridas que, al cabo de algunos días o semanas en el hospital están fuertemente infectadas por organismos virulentos —en particular estreptococos hemolíticos y estafilococos pyogenes— se hallaban libres de tal infección al ingresar en el hospital, y ha quedado demostrado que dichos organismos han entrado generalmente en las heridas procedentes de las manos o gargantas del personal de asistencia o del aire de la sala cuando se hacen las curas. La experiencia ha demostrado no solamente que estas infecciones secundarias se producen frecuentemente, sino asimismo que tienen efectos serios en retrasar la cicatrización, causando difusión local de la inflamación y produciendo brotes de amigdalitis y pirexia "sin explicación", así como indisposiciones tanto en los pacientes como en el personal de la sala. Por consiguiente, deberán llevarse a cabo cuantos esfuerzos sean precisos para bloquear las vías de acceso de este género de infección.

Investigaciones recientes en Gran Bretaña han demostrado que son imperativas las precauciones siguientes si se desea evitar la infección secundaria de heridas. Todos cuantos tomen parte en las curas deberán llevar capetas, con una capa de papel u otro material impermeable entre las capas de gasa. No se permitirá nunca a los dedos entrar en contacto con los apósitos, la herida o la piel en sus proximidades. Todas las manipulaciones deberán realizarse con instrumentos, o el que practique la cura deberá llevar guantes. Las ropas de cama, fuente principal de polvo, pueden hallarse fuertemente contaminadas y con el fin de disminuir la infección por el polvo, no deberán hacerse las curas por lo menos hasta una hora después de haber hecho las camas y el barrido de la sala, excluyéndose toda corriente de aire. Los instrumentos esterilizados, lociones, apósitos y vendas, y la misma herida, sólo deberán exponerse al aire cuando sea necesario, y deberán mantenerse cubiertos el resto del tiempo. Debe tenerse sumo cuidado en los detalles de la esterilización de instrumentos y utensilios, en limpiar los baños, al cambiar la escayola y al poner las heridas al descubierto en los departamentos de Rayos X o Masaje, con el fin de evitar la infección hospitalaria. A este respecto conviene hacer observar que a menudo se concede demasiado confianza al alcohol empleado en cirugía, que no es un desinfectante que la mereza.

Si se evita la infección secundaria, la cicatrización seguirá normalmente a condición de que se mantenga la nutrición general y la ingestión de vitaminas, especialmente de vitamina C. La aplicación local de sustancias estimulantes del crecimiento no es necesaria pero debe llevarse a cabo injerto cutáneo precozmente si la lesión original iba asociada con pérdida de piel.

Autores: Broops, W. D. W. Revista, British Journal of Tuberculosis. Abreviación Brit. J. Tuberc. Tomo 36. Páginas 49-61. Fecha, Abril, 1942.

### ABCESO PARAVERTEBRAL CON RUPTURA EN LA PLEURA O PULMÓN

En la literatura se han registrado algunos casos aislados de ruptura transpleural de un abceso paravertebral, originado a consecuencia de enfermedad vertebral o mediastínica. La complicación se considera generalmente bastante rara. El autor, que es miembro del personal del Brompton Hospital de Londres, ha visto seis casos en el espacio de tres años y llega a la conclusión de que, la notable naturaleza de las secuelas intratorácicas de tal ruptura, la sintomatología de caries espinal relativamente poco llamativa y frecuentemente ligera, y las dificultades técnicas para hacer un diagnóstico completo, se han combinado para dificultar el diagnóstico en muchos de estos casos. De los seis casos comunicados en el presente trabajo (se dan historias completas de los mismos) cinco fueron debidos a caries tuberculosa y uno a caries vertebral actinomicótica. Tres de los casos estaban siendo tratados por su lesión espinal conocida cuando se produjo la ruptura, y en los otros tres pasó completamente desapercibida la caries espinal con abceso paravertebral.

Cuando tuvo lugar la penetración en el pulmón, los pacientes fallecieron a consecuencia de supuración pulmonar más o menos aguda. El pronóstico fue mejor en los dos casos en los que solamente la pleura parietal había sido penetrada.

La tomografía, o delineación de la fistula con lipoidol, sirvió mucho de ayuda para establecer el diagnóstico con seguridad.

El análisis de las historias clínicas demostró que en cada caso los síntomas prodrómicos de irritación pleural (tos seca y dolor pleural) se anticiparon a la ruptura del abceso algunos días y a veces semanas. Por consiguiente, el conocimiento del síndrome y la aparición de síntomas premonitorios permite la aplicación de una terapia adecuada con objeto de conjurar la catástrofe.

La aspiración repetida del abceso (o su extensión pleural) puede bastar o si parece probable que esto falle, es esencial el drenaje quirúrgico libre y deberá ir siempre combinado con inmovilización de la columna vertebral en un corsé o escayola. Si la ruptura en el pulmón se ha producido ya, el paciente, luego de drenaje quirúrgico del abceso, deberá ser colocado en una postura en el corsé, de tal manera que la fistula bronquial se halle encima como se demuestra mediante lipoidol. En tales casos, aunque el pronóstico es muy grave, una operación plástica puede ayudar a cerrar la fistula.

Autores: Craik, K. J. W., Vernon, M. D. Revista, British Journal of Psychology. Abreviación, Brit. J. Psychol. Tomo 32. Páginas 206-230. Fecha, Enero, 1942.

### PERCEPCION DURANTE LA ADAPTACION A LA OSCURIDAD

Es bien sabido que los individuos difieren en su capacidad de "ver en la oscuridad". Se ha supuesto generalmente que las diferencias en capacidad obedecían a diferencias en el umbral absoluto de la visión y sus modificaciones durante la adaptación a la oscuridad. "Capacidad de ver en la oscuridad"

implica, pues, "capacidad de percibir en la oscuridad", y nunca se ha demostrado que la variación de capacidad perceptiva durante la adaptación a la oscuridad sea sólo la función de variación en el umbral absoluto. Parece probable que operen otros factores.

Los autores describen ciertas pruebas encaminadas a aislar las posibles variaciones de acuerdo con el material y la situación. Dichas pruebas fueron:

1. Una sencilla determinación perceptiva: Se rogó al sujeto que dijese cuál era la orientación de una manilla de reloj blanca sobre una esfera negra.

2. MÁS complicada. Se ofreció al sujeto una serie de siluetas de cosas, dibujadas en negro sobre un fondo blanco, y se le pidió que dijese lo que veía.

3. Sencillo material perceptivo combinado con un sencillo ejercicio motor, en el cual el sujeto tenía que seguir con un punzón un sencillo laberinto dibujado en blanco sobre fondo negro.

Las curvas para el umbral absoluto de visión en 18 sujetos se obtuvieron continuamente después de un período de 55 minutos de adaptación a la oscuridad, a continuación de adaptación completa a la luz. En las curvas se hallaron ciertas diferencias características, de las cuales las más importantes fueron el umbral relativamente elevado después de adaptación de los conos, junto con un umbral relativamente bajo después de la adaptación de los bastones; lo contrario se aplica a los demás casos. La capacidad de realizar pruebas sencillas se relacionó estrechamente con el umbral absoluto de visión. La percepción de material más complicado sólo se determinó parcialmente mediante umbral absoluto en la visión de conos, y todavía menos mediante el umbral absoluto en la visión de bastones; a este respecto, la educación de la inteligencia, y la familiaridad con la situación influyen en el resultado.

(Resumen adaptado del Bulletin of War Medicine 2, 498, Julio 1942).