

THE LANCET

Londres, Febrero 16 de 1946.

*Artículos originales:*

Los antiguos boticarios y los modernos bioquímicos.

Tratamiento de la anemia macrocítica con ácido fólico.

Meningitis neumocócica post-traumatismo craneano, tratada con penicilina intrarraquídea.

Fluorosis endémica en Kweichow, China.

La tuberculosis genital insospechada como gran causa de oclusiones tubarias.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA MACROCÍTICA CON ACIDO FOLICO

Tom D. Spies.

En agosto de 1945 se anunció la síntesis del ácido fólico (factor L. Casei) y pronto se demostró que su administración oral o parenteral determina reacciones hematológicas francas, semejantes a las producidas por extractos hepáticos fuertes, reacción que se halló pronto (Spies y asociados) en la anemia macrocítica del sprue, en Cuba.

El autor estudió unos cuantos casos de anemia macrocítica francamente perniciosa a juzgar por el cuadro hemático, pero desarrollada en el curso de la pelagra, y demostró que no era debida a falta del factor intrínseco; concluyó que el tratamiento de esa anemia era factor trascendente para el restablecimiento de dichos pacientes; con el auxilio de la Research Corporation de Nueva York y de Eli Lilly Co. se creó, un centro para el estudio de las anemias y en él se estudiaron enfermos con anemias micro y macrocíticas; las primeras no responden al ácido fólico.

En la anemia macrocítica de origen nutricional se encuentran cuadros hematológicos y mielogramas idénticos a los de la anemia perniciosa y la única diferencia entre las dos es la existencia de HCl libre en el jugo gástrico en las anemias nutricionales, y su carencia en la de Addison; no se sabe si la anemia macrocítica nutricional y el sprue son entidades diferentes, y sólo se diagnosticó el último en presencia de esteatorrea, hablando de anemia macrocítica cuando (no habiendo esteatorrea) se encontró un cuadro perniciosiforme pero el jugo gástrico contenía HCl libre, renina y pepsinógeno; si el embarazo era el único factor aparente en la producción de una anemia macrocítica, se la calificaba como anemia macrocítica del embarazo. Los casos estudiados reunían las siguientes condiciones: recuento rojo no mayor de  $2\frac{1}{2}$  millones, no haber sido tratados, no estar complicados por otros procesos y presentar megalo-blastos y detención de la línea eritroblástica, en el mielograma. Durante el tratamiento se eliminaron de la dieta la carne, productos cárneos y aves de corral, dando solamente alimentos que —se sabía— no determinaban respuesta hemopoética.

Las dosis de ácido fólico empleadas fueron:

2 pacientes: 20 mgr., vía I. V., por día.

4 pacientes: 50 mgr., I. V., diario.

2 pacientes: 20 mgr., I. M., diario.

5 pacientes: 10 mgr. o menos, vía oral, por día.

29 pacientes: 10 a 400 mgr. por día, vía oral.

26 casos respondieron al ácido fólico (5 perniciosas, 5 nutricionales, 8 sprues, 3 macrocíticas del embarazo, 3 indeterminadas, 1 con anemia macrocítica y carcinoma gástrico y 1 anemia macrocítica con alcoholismo crónico, cirrosis hepática y neuritis).

La respuesta hemopoética media fue la siguiente:

CR: 1.87 millones inicial; 2.69 millones a los 14 días.

Hb: 7.68 gr. inicial, 9.73 a los 14 días.

Reticulocitos: la reacción se inició entre el 3 y 7 días, fue máxima entre el 3 y el 8, y la media de los valores máximos fue 17.2%.

Parece que la respuesta de los pacientes que recibieron menos de 10 mgr. diarios no fue máxima.

Al lado de la franca respuesta hemática, hubo notoria mejoría subjetiva en todos los casos (aumento de fuerza, vigor, apetito).

Los casos de anemia por deficiencia de hierro, anemia aplásica y leucemia que fueron estudiados, no respondieron al tratamiento.

El autor sugiere provisionalmente la dosis diaria de 20 mgr. oral o parenteral, y concluye que, pese a que no hay otras comunicaciones que comprueben sus hallazgos, puede decirse que "el ácido fólico, vitamina que se encuentra en el hígado, y otros materiales

alimenticios, es un potente factor antianémico en individuos que presenten ciertos tipos de anemia macrócítica en fase de recaída".

## LA TUBERCULOSIS GENITAL INSOSPECHADA, COMO UNA GRAN CAUSA DE OBSTRUCCION TUBARIA

I. Halbretch-Sterility Clinic, Tel Aviv.

La mayoría de los autores consideran que la principal causa de obstrucción tubaria es la salpingitis gonocócica, pero como esta infección es rara en Palestina y sin embargo la oclusión de la trompa es la principal causa de esterilidad, era necesario descubrir su origen.

Todas las pacientes en quienes se halló obstrucción tubaria, sea por salpingografía o por repetidas insuflaciones, fueron sometidas a biopsia endometrial: en 13 de los 48 casos examinados se encontró TBC endometrial, pese a que 17 de ellos no presentaban clínicamente nada sugestivo de TBC genital. De las pacientes restantes, 2 desarrollaron procesos TBC.

Lo más característico de la TBC genital femenina es su latencia, la carencia absoluta de síntomas (distintos de la esterilidad), en casos de endometritis bacilar o de TBC tubaria, más frecuente que la endometrial y más temprana que ella (localizada particularmente hacia el ostium abdominal de la trompa); como la única manera de descubrir el proceso es la biopsia endometrial, los casos puramente tubarios permanecerán ignorados.