

su permeabilidad. Se espolvorearán 5 g. de sulfanilamida cristalina alrededor de los anexos para prevenir en parte las alherencias. Desde luego se hará todo lo posible para conservar la función reproductora de la paciente.

Toda enferma, cualquiera que sea su edad, con síntomas de obstrucción parcial o total por endometriosis, debe ser operada tan pronto como ello sea posible. Durante la laparotomía, puede comprobarse a nivel del sigmoide una lesión infiltrativa que no deja lugar a dudas sobre la causa de los síntomas.

En tales casos es necesario practicar una histerectomía y extirpación bilateral de los anexos. Por otra parte, en la endometriosis de mujeres de más de 40 años la panhisterectomía sola es suficiente para mejorarlas, de modo que no es necesario llegar sistemáticamente a la castración.

En los dos últimos años estamos practicando la histerectomía completa en la endometriosis del fondo de saco y úterosacra sin grandes dificultades. Desde luego es una intervención que requiere gran cuidado, pero no es extraordinariamente difícil.

Un error de técnica que se ha perpetuado es el del drenaje. En nuestro criterio este trae más daños que beneficios, al agregar el riesgo de una infección secundaria. Además, no es necesario y por mi parte lo desaconsejo formalmente.

MEDICINA INTERNA

EL TRATAMIENTO DEL TETANOS

Dres. H. M. SMATHERS Y M. R. WEED

Dearborn

SEGÚN SMATHERS y WEED, el alivio de los espasmos musculares tetánicos y la neutralización de la toxina son los principales objetivos en el tratamiento del tétanos. Los autores formulan un plan de tratamiento basado en una revisión de 86 casos de tétanos de tres hospitales de Detroit. Se presta especial atención a los casos recientes, en los que se utilizaron «intocostrina» y d-tubocurarina en cera y aceite.

El plan de tratamiento se divide en tres fases: preoperatoria, operatoria y postoperatoria. Inmediatamente después de ingresar el paciente se le somete a una prueba cutánea y una prueba conjuntival con antitoxina tetánica diluida al 1:100. Si existe hipersensibilidad, se intenta la desensibilización o se administra antitoxina «desnaturalizada» si se dispone de ella. Si puede encontrarse una herida, se administran 50.000 unidades de antitoxina por vía intravenosa y 10.000 unidades localmente alrededor de la herida. Si no se encuentra herida, se administra por vía intravenosa todo el contenido de tres ampollas de 20.000 unidades.

En cuanto se ha hecho la prueba de sensibilidad se administra por vía intramuscular 1 c.c. de d-tubocurarina en cera y aceite. Para el alivio inmediato de las convulsiones puede administrarse por vía intravenosa «intocostrina», pero los autores prefieren llevar al paciente en seguida al quirófano para la

anestesia con éter. En el quirófano, con el paciente anestesiado, se inyectan por vía subaracnoidea 20.000 unidades de antitoxina tetánica y se desbrida la herida.

Después de la operación se lleva al paciente a una habitación privada con una enfermera especial. Junto a la cama se dispone de oxígeno para administrarlo por vía nasal, de un laringoscopio, un tubo endotraqueal y un aparato de aspiración. Se prescribe la medicación apropiada para el descanso. Se administra penicilina cada tres horas para prevenir las infecciones del aparato respiratorio y por su acción sobre las heridas infectadas. La penicilina, aunque parece ejercer un efecto bacteriostático sobre el *Cl. tetani*, no influye sobre la toxina producida y no ha mostrado efecto clínico en el tratamiento del tétanos generalizado.

Se administran diariamente 5.000 unidades de antitoxina tetánica para neutralizar cualquier toxina adicional que pueda ser absorbida. Este tratamiento se continúa durante cinco días si se ha extirpado el foco infectado y más tiempo si no puede encontrarse el foco.

La d-tubocurarina en cera y aceite se administra por vía intramuscular diariamente según la respuesta clínica del paciente. El alivio del espasmo puede obtenerse sin la producción de parálisis laríngea o diafragmática. En el estado actual de nuestros conocimientos, los pacientes que reciben esta medicación deben estar vigilados constantemente por personal experto, con objeto de que pueda ser combatido inmediatamente cualquier indicio de intoxicación por el curare.

PÚRPURA IDIOPÁTICA TROMBOCITOPÉNICA Y MENORRAGIA

Dres. WILLIAM DAMESHEK Y JACK J. RHEIMGOLD

Es un hecho bien conocido que en la púrpura trombocitopénica idiopática puede haber hemorragias uterinas profusas y prolongadas, y hasta pueden constituir la primera manifestación sino la única de aquella enfermedad. Pero, la menstruación excesiva es también muchas veces atribuida a causas locales solamente, lo cual lleva a curetajes y a veces hasta la histerectomía. La observación de 4 casos de esta naturaleza, en el término de pocos meses, motiva la publicación del presente trabajo, en el que nos ocuparemos de la forma práctica de evitar tan lamentables errores.

La púrpura idiopática es una enfermedad de causa desconocida, que se presenta más frecuentemente en la mujer que en el hombre, y se caracteriza por una tendencia a las hemorragias a nivel de las mucosas y la piel. Este trastorno se acompaña de una franca disminución de las plaquetas circulantes, las cuales, en las formas graves, pueden llegar a desaparecer totalmente.

Una de las primeras manifestaciones de esta enfermedad en las niñas suele ser una menorragia muy intensa. Esta hemorragia menstrual puede acompañarse de epistaxis, hemorragias a nivel de las encías y otras mucosas de la boca, equimosis y petequias. Sin embargo, en algunos casos la menorragia puede constituir la única manifestación. Es en estos casos, o cuando la menorragia es el síntoma