

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

saliente, que la atención es atraída hacia una posible lesión hemorrágica para local o de origen endocrino, practicándose entonces erróneamente el tratamiento sintomático sin pensar en la causa general que determina el proceso.

El procedimiento más simple y probablemente el más seguro, en algunos casos, para llegar al diagnóstico exacto es el examen de una extensión de sangre y su coloración. Esto suele tener más valor que un recuento de plaquetas, la que sólo se practica por excepción, ya que en los pequeños laboratorios no se puede esperar que sea hecho a la perfección. En realidad el examen directo de las plaquetas no nos da una cifra, pero tampoco da cifras equivocadas. Si la sangre es extendida debidamente, de preferencia sobre un cubreobjeto, bien limpio, y bien teñida, las plaquetas deben estar regularmente distribuidas y su número es fácil de determinar. Normalmente deben encontrarse plaquetas, aisladas o en grupos, en cada campo de inmersión en aceite. Con una moderada reducción, los grupos se ven rara vez y las plaquetas aisladas se encuentran en número de 3 a 6 por campo. Si la reducción es franca se las encuentra en menor número, 2, a lo sumo, por campo, y hasta ninguna en varios campos.

Generalmente, en la púrpura idiopática no sólo están disminuidas las plaquetas sino que cambian también de forma; su tamaño es mayor, como grandes hematíes, y a veces son ovales, alargadas o redondas.

La confirmación de la trombocitopenia revelada por el extendido puede obtenerse con el recuento de plaquetas, tiempo de sangría, prueba del torniquete y prueba de retracción del coágulo.

En nuestro laboratorio hacemos el recuento de plaquetas por el método indirecto de Dameshek, que permite hacer al mismo tiempo el recuento de reticulocitos. El número normal de plaquetas oscila entre 400.000 y 900.000 por milímetro cúbico. Para el tiempo de sangría usamos el método de Duke y el de Ivy. Normalmente el tiempo de sangría es de 1 a 3 minutos. Como regla general, cuanto menor es el número de plaquetas tanto más prolongado es el tiempo de sangría. Si pasa de cinco minutos el tiempo de sangría es francamente anormal, y si es mayor de 10 minutos, se acompaña generalmente de una gran reducción en el número de plaquetas.

La prueba del torniquete se practica ya sea colocando un lazo alrededor del brazo durante algunos minutos, o más exactamente, por el método de Wright y Lilienfeld. Consiste este método en la aplicación de un manguito de un aparato de presión arterial a una tensión media entre la máxima y la mínima, durante 15 minutos y se cuenta el número de petequias que se encuentran en un círculo de 2,5 cm. de diámetro a 4 cm. por debajo del pliegue del codo. En general, cuanto menor es el número de plaquetas tanto más positiva es esta prueba, es decir, tanto mayor es el número de petequias.

La retracción del coágulo se determina observando el coágulo de 1 cm³ de sangre en un tubo de ensayo con intervalos de media, una, dos y veinticuatro horas. Normalmente la retracción del coágulo comienza a los 30 minutos, es apreciable al cabo de una hora y es completa después de tres a veinticuatro horas.

En presencia de abundantes plaquetas en la extensión de sangre, un tiempo de sangría normal y una prueba del torniquete negativa, la púrpura trombocitopénica y cualquier otro desorden hemorrágico que puede tener una mujer, puede descartarse. En presencia de abundantes plaquetas, franco aumento del tiempo de sangría y prueba de torniquete positiva, se puede hacer diagnóstico de una púrpura de tipo vascular, inclusive la denominada pseudohemofilia. En este último caso la prolongación del tiempo de sangría constituye la manifestación saliente y se debe probablemente a un trastorno en la retractibilidad capilar después del trauma. Difícilmente es necesario pensar en un aumento del

tiempo de coagulación como causa de hemorragia en la mujer. Se puede determinar en forma fácil y segura el tiempo de coagulación colocando 1 cm³ de sangre en un tubo de ensayo limpio y observar la presencia o no de coágulos cada 5 minutos inclinando suavemente el tubo.

De modo que, con algunas pruebas simples se puede hacer fácilmente en el domicilio de la enferma o en el consultorio del médico, el diagnóstico de un trastorno hemorrágico grave. Pero, lo importante para el médico es no olvidar que la hemorragia puede traducir un desorden hemorrágico más bien que una lesión uterina o endocrina.

En el diagnóstico de la púrpura trombocitopénica la observación de una gran disminución del número de plaquetas es de primordial importancia. En un laboratorio en el que el recuento de plaquetas no se hace en forma sistemática, este recuento, por diversos métodos, puede dar lugar a error. El método más simple para el recuento aproximado es el de un extendido de sangre bien hecho y bien coloreado en un cubreobjetos. Con un poco de experiencia es fácil reconocer una disminución franca de plaquetas y la confirmación se obtiene con las otras pruebas. La punción esternal es de gran importancia, no sólo como medio para excluir la leucemia y otros estados anormales de la médula ósea, sino para descubrir las características histológicas de la púrpura trombocitopénica, a saber, mayor número de megacariocitos y gran disminución del número de plaquetas.

Debe pensarse en la esplenectomía tan pronto como se ha hecho un diagnóstico definido de púrpura trombocitopénica idiopática.

ALERGIA

ALGUNOS PRINCIPIOS Y PROBLEMAS BÁSICOS DE ALERGIA

Dr. FRANK A. SIMON

No es nuestro propósito ni sería posible en este espacio ocuparnos de muchos hechos o problemas pendientes en materia de alergia clínica, sino más bien considerar brevemente algunos de los aspectos más salientes y fundamentales dentro de lo que se conoce en la materia.

Es literalmente cierto que todos somos alérgicos a muchas cosas, porque cada uno de nosotros es acosado diariamente por la amenaza de invasión de gérmenes, y al movilizar las defensas orgánicas para la lucha contra tales invasiones, se desarrollan numerosas reacciones específicamente alteradas. Tales alergias son, en general, beneficiosas para el huésped infectado. Pero la alergia no siempre está dirigida contra gérmenes infectantes, ni es siempre un fenómeno beneficioso. Ocurre lo que parecen ser aberraciones o perversiones de este proceso, de modo que muchos de nosotros somos alérgicos a alimentos, pólenes y otras sustancias inofensivas de por sí, pero que por nuestra defensa excesivamente celosa y mal dirigida se tornan dañinas.

No se sabe por qué la alergia se desarrolla en algunas personas mucho más rápidamente que en otras o por qué la alergia es dirigida contra ciertas sustancias y no contra otras. Se sabe que algunas sustancias son más sensi-