

REVISTA

DE

Medicina y Cirugía prácticas

PABELLÓN MÉDICO (1860) ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATIA Y PEDIATRIA (1890)

Fundador: D. RAFAEL ULECIA Y CARDGNA

Director: D. FEDERICO TOLEDO DE LA CUEVA

TOMO CXXIV

MADRID

IMP. DEL ASILO DE HUÉRFANOS DEL S. C. DE JESÚS

Calle de Juan Bravo, 3.

1919

PURPURA HEMORRAGICA

POR

D. ENRIQUE GIMENEZ DE AZCARATE

Médico titular de Caparroso. —Correspondiente laureado de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.

Por tratarse de un curiosísimo caso de esta afección, tan poco frecuente en nuestra clínica diaria, me voy a permitir exponer a mis distinguidos compañeros la historia clínica de un enfermo con todos los caracteres de la púrpura maculosa de Werlhoff. Como es lógico, me refiero a la púrpura como entidad patológica, pues el sistema hemorrágico lo he visto en las diversas enfermedades que se acompañan de esta diátesis.

Muchacho de 16 años de edad, nacido en Santander y serrador de oficio; hijo de padres sanos, así como sus diez hermanos; de fuerte constitución y sin antecedentes propios ni hereditarios, pues a pesar de un minucioso interrogatorio no pude hallar hemofilia ni otras diátesis hemorrágicas.

El historiado hacía dos días que había llegado de su pueblo a ejercer su oficio, de Soto de Milagro iniciándose la enfermedad por una intensa epistaxis que le duró toda la tarde, cohibiéndose la hemorragia por taponamiento externo y abluciones de agua fría en la nuca. Al siguiente día, repitió la epistaxis por el mismo orificio nasal (izquierdo) y entonces el padre decidió su traslado a Caparroso para aquí ser asistido convenientemente; en el tren tuvo una gran hemorragia bucal, y aunque cedió espontáneamente, fué para reaparecer en seguida. Al cuarto día de enfermedad me encargué de su asistencia, encontrándole en el lecho en decúbito lateral derecho y babeando un líquido rojo claro en el que no pude descubrir ningún coágulo sanguíneo. Explorada la boca observé las encías hinchadas, friables e isquemiadas, así como toda la mucosa bucal, y, por el reborde gingival de ambas mandíbulas, fluía en sábana gran cantidad de sangre; lengua saburral y húmeda; la cara y párpados estaban edematosos, de color blanco mate, y los labios decolorados. Aunque en poca cantidad, fluía sangre por los orificios nasales, observándose que al taponamiento externo sobrevenía un intenso edema de la mitad de la cara correspondiente al orificio obstruido; destaponado éste, rápidamente desaparecía la intensidad del edema. En el cuello no existían infartos ganglionares, y fuera de una gran taquicardia (125), no encontré nada torácico por percusión y ausculta-

ción; pulso pequeño, frecuente y blando; apirexia; nada gástrico ni génito-urinario; hígado normal y bazo con ligera tumefacción. Examinado el tegumento externo, se percibieron algunas pequeñas petequias en el tronco y muslos; por la tarde encontré al enfermo animado y con poca hemorragia nasobucal; la noche transcurrió normalmente, pero en la visita de la mañana, por el examen microscópico de la orina sospeché la presencia de sangre. Ensayado el procedimiento de Heller, comprobé materia colorante hemática; las petequias habían aumentado en número y extensión, sobre todo en el plano anterior del tronco y miembros inferiores en el lado de la extensión; también se percibían en el dorso de las manos; estos dos síntomas demostraban se trataba ya, no de simplemente una afección hemofílica, sino de una verdadera diabetes hemorrágica de pronóstico grave. El pulso era más frecuente (140); la sed, intensa y la temperatura ascendió a 38°. El resto del día lo pasó igual, así como la noche; pero en la madrugada tuve que intervenir urgentemente para cohibir una epistaxis que cedió al taponamiento externo con gelatina e inyecciones de ergotina; el enfermo empeoraba rápidamente, las petequias eran ya verdaderos derrames sanguíneos confluentes, que invadían todo el tegumento externo, el cual se encontraba edematoso, recordando por su aspecto brillante y pastoso el esclerema de los recién nacidos. La más ligera presión sobre el dermis producía en seguida extravasación sanguínea, formándose un nódulo pastoso y algo cianótico que indicaba marcando el sitio contusionado y que durante algunas horas podía aún percibirse, constituyendo un verdadero dermografismo coloreado y persistente.

En los sitios de aplicación de las inyecciones hipodérmicas quedaba la región indurada, y por el orificio hecho por la cánula fluía un hilito de sangre; también se iniciaron entonces hematemesis y melena, síntomas que agravaban el pronóstico por la pérdida de sangre a que daban origen. Un hecho pude observar al finalizar este día, y fué la formación de un coágulo sanguíneo, debido indudablemente al efecto terapéutico de los coagulantes empleados (calcio y soluciones salinas.)

La última noche de su vida la pasó el enfermo con relativa tranquilidad, pues no tuvo pérdidas sanguíneas y descansó parte de ella; pero en la visita de la mañana le encontré con una taquicardia intensísima (160) y una arritmia tan alarmante, que la consideré precursora de un colapso mortal; la temperatura se elevó a 39° y la disnea era considerable (35°): las encías seguían tumefactas y de un color amarillo oscuro, y las

hemorragias habían cesado totalmente. A última hora de la tarde, el pobre niño, agónico ya, aun conservaba energías para hablar y conocer su próximo fin; el pulso se hizo incontable, la piroxia ascendió a 40°, la dipsnea era ya ortopneica y sin lesión orgánica de examen clínico, falleció el enfermo por el intenso descenso en su presión sanguínea, debido a la falta impulsiva cardíaca.

Diagnóstico.—Aunque en mi primer reconocimiento pensé en el escorbuto, la falta de etiología y de las lesiones características de las encias me hizo desechar esta enfermedad, sobre todo cuando observé las petequias y pude practicar el análisis de la sangre, encontrando sumamente disminuido el número de hematias (3.500.000) y una pequeña leucocitosis: la hemoglobina, investigada en el Hemoglobinómetro de Boehringer, estaba reducida al 70 por 100; el método de Duke fué practicado, y la hemorragia originada por la punción en el lóbulo de la oreja duraba ocho minutos. La leucemia y pseudo-leucemia, presentan síntomas que también existían en nuestro historiado; pero las lesiones características del examen microscópico de la sangre y la falta de infartos ganglionares en la leucemia, así como el número normal de glóbulos rojos, en la pseudo, me hicieron abandonar el diagnóstico de ambas afecciones. La anemia perniciosa tiene como característica la etiología, enorme disminución de leucocitos y hematias (así como su deformación) y soplos cardíacos, síntomas que no tenía nuestro enfermo; ¿pudo aquí tratarse de alguna infección aguda en las que suele presentarse diátesis hemorrágica?... Categóricamente no puedo negarlo, pues muy bien pudo existir contagio e incubación, pero me inclino a no aceptar este diagnóstico. El hecho de que en siete días de enfermedad no pude hallar un solo síntoma de sarampión, viruela, gripe, tifoidea, tifus exantemático, difteria, reumatismo, neumonía, meningitis cerebro-espinal, sífilis, tuberculosis, lesiones cardíacas, hepáticas o renales, así como tampoco encontré origen tóxico (animal o mineral), medicación, intoxicación, etc., etc.; teniendo además en cuenta los caracteres típicos de la púrpura, de forma hemorrágica, su distribución en el sitio de extensión de ambas extremidades, infiltración de la piel, formando grandes equimosis, análisis hemático, hemorragias múltiples y piroxia, creo se trató de un caso típico de púrpura hemorrágica o enfermedad maculosa de Werlhoff.

Etiología.—Por lo dicho con motivo del diagnóstico, puede deducirse la imposibilidad de establecer la etiología, pues el resultado interrogatorio fué nulo respecto a herencia, así como

a las numerosas causas que originan estas diátesis (tóxicas, auto-intoxicaciones, insolación, frío, humedad, impresiones psíquicas, ponosis, etc.).

Pronóstico.—Gravísimo desde el primer examen y mortal de aparecer las múltiples hemorragias, y si el enfermo pudo sobrevivir algunos días a la enorme disminución de supresión arterial, creo fué debido a la relativa lentitud de las hemorragias y a la probable integridad de su aparato vascular.

Tratamiento.—En primer lugar dispuse quietud absoluta en el lecho, alimentación láctea y fría, y bebidas abundantes (gaseosas y limonada sulfúrica), agua oxigenada a 10 volúmenes en colutorio y taponamientos nasales; también utilicé localmente la solución de antipirina al 10 por 100 y la gelatina. Al interior, desconociendo el origen de la hemorragia, utilicé sin resultado notable los vaso-constrictores (ergotina, adrenalina y pituitrina), los dilatadores (inyección de emetina); los coagulantes, calcio, gelatina, y el suero fisiológico en bebida y enemas. En vista de la dificultad para la absorción hipodérmica, desistí del suero fisiológico, así como tampoco creí del caso la transfusión sanguínea. Al final prodigué las inyecciones tónicas-cardíacas, pero nada sirvió, y el pobre enfermo sucumbió rápidamente a consecuencia de su púrpura hemorrágica de forma aguda.

Tendencias actuales en el tratamiento del aborto

POR LOS

DRES. P. CONVERT Y H. VIGNES

Cuando hay *amenaza de aborto* todo lo que podemos hacer en el estado actual de nuestros conocimientos consiste en moderar el número y la intensidad de las contracciones uterinas:

1. Permanencia en el lecho.
2. Inmovilidad.
3. Abstenerse del reconocimiento vaginal, cuyo efecto es aumentar las contracciones (De Lee) (1).
4. No hacer inyecciones calientes, que tienen el mismo inconveniente (Wallich).
5. Vejiga de hielo aplicada al hipogastrio.

(1) *Principles and Practice of Obstetrics.*