

dad gravísima, pues en cifras globales produce un 80 a 90% de mortalidad. El pronóstico es tanto más sombrío cuanto más corto es el período de incubación y más rápidamente se extienden las contracturas; de todos modos, cuando no ha ocurrido la muerte antes del quinto día, pueden tenerse fundadas esperanzas de que se salve el enfermo.

TRATAMIENTO.— Una terapéutica intensísima, aplicada precozmente, es la clave del tratamiento del tétanos, en consecuencia, se debe aplicar la antitoxina tetánica y se aconseja lo siguiente:

- 1o.—Ver el grado de sensibilidad del paciente al suero que se va a aplicar.
- 2o.—Preguntar si al enfermo se le ha aplicado una inyección anterior de antitoxina o de suero. Ej.: anti-alacrán, anti-diftérico.
- 3o.—Investigar si el enfermo ha presentado en alguna época de su vida manifestaciones alérgicas, Ej.: urticaria, prurigo o una alergia bronquial.

Una vez obtenidos todos los datos de interrogatorio, se pasará a la demostración práctica y objetiva de si existe en realidad estado de sensibilización. Para este fin, se efectuarán intradermoreacciones usando inyección de 0.1. c.c. de la sol. al 1x10. de la antitoxina tetánica, si existe sensibilización se aplicará la antitoxina cada quince minutos; aumentando poco a poco la dilución (cantidad y concentración) seguirá aumentando paulatinamente hasta que se pueda aplicar la antitoxina pura a dosis adecuada.

Los peligros de la administración de antitoxina y en general de cualquier suero son de dos tipos, inmediatos y tardíos.

- 1o.—Los inmediatos son anoxia rápida, edema glótico, taquipnea, taquicardia, sensación de asfixia y muerte inmediata.
- 2o.—Los tardíos, que se conocen como la enfermedad

del suero, que aparece a los 7 u 8 días de haber administrado el suero y consisten en edema grave alveolar, gran urticaria, prurito, fiebre y edema glótico.

Los peligros enumerados en el primer inciso ceden con la aplicación de adrenalina intravenosa y anti-histamínicos como por ejemplo: Benadryl, Piribenzamina, Avapena; para los tardíos está indicada la aplicación de los anti-histamínicos arriba mencionados.

Una vez desembarazados los peligros de la sensibilización, se procederá a la administración de antitoxina a dosis de 60,000 a 80,000 u. diarias. La primera dosis de antitoxina tetánica si es posible usar la mitad intravenosa y la otra mitad intramuscular. Es inútil prolongar la antitoxina para un curso mayor de 12 días. Algunos autores recomiendan la infiltración de antitoxina de 10,000 u. a 40,000 u. alrededor del sitio de la herida.

Si la reacción antitetánica es negativa se administrará por vía intravenosa 50,000 u. de antitoxina diluida en 300 c.c. de sol. salina a 30 a 40 gotas por minuto. Al mismo tiempo puede aplicarse igual cantidad de antitoxina por vía intramuscular.

EMPLEO DE SEDANTES.—Es de mayor importancia la aplicación de sedantes según la intensidad del cuadro clínico. En casos leves, el fenobarbital puede ser suficiente, en la experiencia de algunos autores, la sedación se requiere durante un periodo de dos semanas, pasados los cuales pueden ser reducidos gradualmente, a medida que el paciente lo permita.

Uno de los mejores sedantes es la avertina por vía rectal ó el amital sódico por vía bucal. La atropina puede ser utilizada a dosis corrientes como una ayuda para reducir la contracción muscular y disminuir las secreciones respiratorias.

ANTIBIOTERAPIA.—Las sulfamidas y penicilina deben administrarse como profilácticos para las infecciones se-