

EL CONCEPTO Y EL TRATAMIENTO DEL BLOQUEO BIOLÓGICO

EN LAS INFECCIONES AGUDAS

POR LUIS G. GRET

I

En el tratamiento de las enfermedades infecciosas tiene capital importancia la forma de interpretar los conocimientos que sobre la infección en sí, la acción del bacterio sobre el organismo y la reacción de éste frente al primero, poseemos en la actualidad. Se han formado así varias escuelas que tratan de llegar a la meta (curación del paciente) por caminos en ocasiones totalmente distintos.

El doctor Julio Méndez, ilustre maestro a cuyo lado tenemos el honor y privilegio de colaborar desde hace años, es el autor de la *Teoría argentina de la inmunidad*, que consideramos la más aproximada a la verdad en el estado actual de nuestros conocimientos y uno de cuyos conceptos, riquísimo en posibilidades de orden científico y terapéutico, el del *bloqueo biológico*, vamos a exponer en este trabajo.

Antes de abordar lo que entendemos por bloqueo, recordaremos los puntos fundamentales de la *Teoría biológica argentina de la inmunidad*, base de nuestra concepción.

Para Méndez, un germen o toxina que penetre en el organismo, se comporta como cuerpo extraño hasta tanto no sea desagregado o peptizado, dando origen recién entonces a dos grupos de substancias diametralmente opuestas en su acción sobre el organismo, llamadas lisinas y haptinas.

Las primeras, de composición química análoga a la de los amino-ácidos, se fijan rápidamente en los protoplasmas, combi-
nándose con el oxígeno que toman del plasma intersticial y
ejerciendo una acción tóxica sobre la célula. Resultan entonces
las lisinas, sustancias nocivas para todos los tejidos.

Las segundas o haptinas, tienen una composición química
análoga a la de las globulinas. No siendo dializables, circulan
en la sangre, mediante la cual llegan al antígeno de origen, al
que contribuyen a peptizar; es decir, son los agentes biológicos
que encarrilan o favorecen el proceso de curación mediante la
destrucción del antígeno dentro de las normas naturales del
organismo.

Siendo así que las lisinas son sustancias tóxicas y las hap-
tinas curativas, es menester: evitar la formación y la fijación
de las primeras y favorecer la producción de las segundas.

Estos postulados se cumplen en los casos de infecciones inci-
pientes mediante la aplicación de la *Haptinogenoterapia* única-
mente; pero no ocurre lo mismo cuando la infección está más
avanzada y la gran reacción orgánica ha formado alrededor del
sitio de la lesión una zona de bloqueo que aísla al foco del resto
del organismo.

Entramos así en la concepción del bloqueo según la teoría de
Méndez, que se aleja de lo clásico en cuanto lo considera como
un inconveniente para la curación de la enfermedad en vez de
ser un factor beneficioso.

Debemos también mencionar otras sustancias, que con Mén-
dez hemos llamado necrolisinas; tienen las mismas propiedades
que las lisinas, pero se originan de distinta manera, pues pro-
ceden de las células destruídas por el proceso infeccioso, de
cuyas necroalbúminas peptizadas nacen.

Estudiaremos a continuación la manera de reaccionar el orga-
nismo frente al antígeno, es decir, las distintas etapas de la
evolución natural del proceso de la inflamación, tal como nos-
otros lo consideramos, y también lo qué entendemos por bloqueo.

II

Un germen o toxina que asiente o actúe sobre un tejido cualquiera del organismo, provoca una irritación debida a sus lisinas, que trae como consecuencia la exudación seroleucocitaria que rodea a los gérmenes formando un núcleo de concentración; esta exudación progresa y comprime los tejidos circunvecinos, alterando la estructura celular de éstos y favoreciendo la fijación de nueva lisina, que termina por destruir el protoplasma de las células; de estos protoplasmas destruídos y peptizados se originan necrolisinas, también de acción tóxica, las que unen esta acción a la de las lisinas propiamente dichas, aumentando considerablemente su poder deletéreo. El resultado es el aumento de la inflamación y la complicación de ésta, o sea, la colección purulenta. Y hacemos notar especialmente que, para Méndez, esta colección no es en manera alguna la evolución natural del proceso, sino una complicación de la inflamación.

Aumentando ésta y el edema del foco, se produce la compresión de los linfáticos primero, y de las venas después, con el consiguiente éxtasis y aumento de la exudación, formándose un círculo vicioso que acarrea el aislamiento del foco del resto del organismo por supresión de la circulación. Se impide de esta manera la llegada de las haptinas en la cantidad necesaria, las células no se nutren o lo hacen muy mal, con lo cual se reduce su reacción frente al antígeno y del foco difunden lisinas y necrolisinas que por ser solubles y dializables, lo hacen fácilmente.

Es así que el block se agranda progresivamente:

1° Por la llegada sin salida de exudado inflamatorio, por vía arterial, la cual resiste por su constitución histo-anatómica la compresión que el exudado efectúa;

2° Por la compresión progresiva del edema sobre los linfáticos y venas, impidiendo la circulación de retorno;

3° Por las compresiones irritativas de las terminaciones nerviosas, lo que aumenta desproporcionadamente la reacción orgánica frente a la acción, constituyendo el « círculo vicioso de la inflamación » ;

4° Por la compresión tisural y vascular, que impide la nutrición normal de la región y que es causa importantísima de la destrucción de los tejidos y consiguiente formación de necroalbúminas.

Este estado de la inflamación es lo que llamamos *bloqueo anatómico* o de Méndez, y que hasta ahora se ha solucionado mediante la intervención quirúrgica, la cual evacúa el exudado y descomprime el foco, permitiendo la llegada de anticuerpos (haptinas) ya formados y circulando en el torrente circulatorio, los cuales peptizan el germen y permiten la curación. Claro está que nosotros, con el concepto expuesto anteriormente del bloqueo, nos limitaremos a extraer el exceso de exudado, introduciendo a la vez *in situ* Haptinógeno, el cual formará gran cantidad de haptinas que encarrilan la peptización del antígeno.

Dejando para más adelante la forma de tratar biológicamente estos estados, pasemos al estudio del Bloqueo Estructural.

Al tratar de resolver el problema terapéutico planteado por el bloqueo anatómico, nos encontramos con otro estado histobiológico tanto o más interesante que el anterior y que es el bloqueo estructural, caracterizado por un cuadro clínico e histoanatómico solamente deducible si se estudia la histología del proceso infeccioso *en función* ; esta manera de estudiar es lo que llamamos ya en otros trabajos anteriores Histología o Histo-biología Dinámicas, cuyos resultados son muy distintos de los obtenidos con la histología clásica o estática ; es así que las resultantes terapéuticas de una y otra técnica ofrecen fundamental diferencia.

Por ejemplo, si observamos microscópicamente en cortes obtenidos en fresco, los tejidos que limitan el foco infeccioso, nos encontraremos con que las células, si bien no presentan

signos de degeneración y conservan su estructura, tienen un protoplasma difícil de colorear, debido al estado hidrópico en que se encuentra el mismo.

Este estado hidrópico celular se explica claramente, según nuestra manera de pensar, siguiendo a Méndez: las lisinas y necrolisinas producidas en el foco difunden desde él y penetran en las células de los tejidos peri-focales, donde combinan con el oxígeno que obtienen de los plasmas intersticiales, formando agua; ésta queda en el interior de la célula y trastorna los intercambios nutritivos, llegando a provocar su paralización total, con la consiguiente degeneración y hasta muerte celular.

Este estado histo-biológico que denominamos de bloqueo estructural, es variable de un momento para otro según la marcha del proceso infeccioso, la medicación, etc. Pero es indudable que esta barrera, interpuesta entre el foco de infección y el organismo, impide la llegada o la dificultad, de anticuerpos específicos; por otra parte, ya hemos dicho que el estado hidrópico puede incluso acarrear la muerte celular, lo que da lugar a la formación de necroalbúminas que, peptizadas, originarán a su vez necrolisinas.

Estos conceptos que hemos expuesto, nos permiten utilizar en el tratamiento de los enfermos, métodos de resultados excelentes y curar casos en que se acusaba a la falta de reacción orgánica lo que en realidad era nada más que desconocimiento de lo íntimo del proceso inflamatorio.

También hemos logrado comprobar los fenómenos de acidosis local y general, en los cuales no entraremos para no salir del tema que estamos tratando.

CÍRCULO VICIOSO DE LA INFLAMACIÓN ASÉPTICA

Llamamos *círculo vicioso de inflamación aséptica* a los estados patológicos que se caracterizan porque no se resuelven a pesar de la inmunización del paciente; tal es el caso del enfermo

inmunizado en forma activa o pasiva y en cuya sangre, por lo tanto, circulan gran cantidad de anticuerpos específicos o haptinas, y a pesar de lo cual no cura, siguiendo la inflamación un curso progresivo e inexplicable. Otro hecho nos servirá mejor para aclarar esta paradoja biológica: en muchas circunstancias se observa que una substancia medicamentosa cualquiera, inyectada, se enquista produciendo un proceso inflamatorio igual que si se tratara de un germen, es decir, temperatura, dolor, malestar general, gran tumefacción y por último colección purulenta que, aun drenando, sigue una marcha tórpida y a veces cuesta mucho curar. Como en este caso no hay gérmenes a quienes incriminar la inflamación, es necesario interpretarla como un proceso de reacción orgánica excesiva con relación a la irritación, lo que ocasiona un bloqueo del foco por irritación nerviosa y compresión tisural circunvecina. Estamos en presencia, nuevamente, del bloqueo de Méndez.

TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS DE BLOQUEO DE MÉNDEZ, DE BLOQUEO ESTRUCTURAL Y DEL CÍRCULO VICIOSO DE LA INFLAMACIÓN ASÉPTICA.

Para el tratamiento de estos estados es necesario ante todo lograr la descompresión discreta del foco bloqueado; y decimos discreta, por cuanto si fuese brusca, como ocurre en la abertura quirúrgica, pasarían al torrente circulatorio gran cantidad de lisinas y necrolisinas existentes en la zona bloqueada y altamente nocivas. Para aclarar la explicación citaremos un caso típico: la mastitis en las púerperas, y veremos su tratamiento. Este consiste en lo siguiente:

1° Evacuación, mediante la punción del foco, de la mayor cantidad de exudado posible;

2° Inyección por la misma aguja, de una ampolla de haptinógeno Estáphilo más un centímetro cúbico de anestésico. Este puede ser clorhidrato de cocaína, Pantopón o Novocaína al 0.50

por ciento. El objeto de este medicamento es sedar rápidamente el dolor y calmar la irritación de las terminaciones nerviosas que contribuyen a mantener y exacerbar el bloqueo.

El resultado inmediato del tratamiento es excelente, por cuanto la paciente nota de inmediato una notable atenuación del dolor y una sensación de mejoría acentuada.

En los días siguientes se continúa punzando y extrayendo el exudado e inyectando haptinógeno en la forma descripta. En la segunda punción ya se puede observar la resolución del foco, que se traduce por un considerable aumento de la secreción, que se hace más serosa, reduciéndose luego paulatinamente; descomprimido por completo el foco, se continúa el tratamiento con haptinógeno por vía subcutánea, en la región infraclavicular de preferencia, técnica que ya puede utilizarse por cuanto los intercambios entre la lesión y el organismo están restablecidos por la desaparición del bloqueo.

TRATAMIENTO DEL BLOQUEO ESTRUCTURAL

Como ejemplo de este tratamiento tomaremos el reumatismo gococócico agudo y la sinusitis aguda, procesos sumamente rebeldes a la medicación común y muy dolorosos.

Comenzamos por la inyección subcutánea de una ampolla del haptinógeno específico: Gono en el primer caso y Neumo en el segundo. Si la lesión no está bloqueada, las haptinas formadas llegan al foco y al cabo de unas horas, por la destrucción del antígeno, desaparece el dolor. Si esto no ocurre, deducimos que existe bloqueo y es necesario tratar ante todo a éste.

Con este objeto inyectamos por vía endovenosa veinte a treinta centímetros cúbicos de solución al veinte por ciento de cloruro de sodio, una o dos veces diarias. El resultado es extraordinario, pues el enfermo nota a los pocos minutos la sedación del dolor, permitiéndole en el caso del reumatismo gonocócico

movimientos pasivos, que a la segunda o tercera inyección, a más tardar, ya pueden ser activos.

Interpretamos estos resultados realmente notables, como debidos a la extracción de agua que hace el cloruro de sodio hipertónico, extracción que se efectúa especialmente donde ésta se encuentra en mayor cantidad y en forma anormal, como sucede en la zona de bloqueo; la expoliación de agua permite la reanudación de los intercambios celulares y la nutrición de los tejidos, que recobran así su normalidad funcional, seriamente afectada por el edema celular.

En el caso de las sinusitis, la atenuación del dolor es rapidísima y la curación del proceso se logra con gran facilidad, siempre por las razones apuntadas.

Volveremos ahora a los casos de inflamación aséptica, de los cuales tomaremos dos : el ya citado de enquistamiento del medicamento y otro que consiste en la inyección fuera de vena de una substancia cáustica tal como el cloruro de calcio o el bicianuro de mercurio. Tanto en uno como en otro, se produce una inflamación aguda, seria, muy dolorosa. La terapéutica médica común en presencia de uno de estos procesos resulta en general ineficaz, por cuanto curan por evolución natural, a lo sumo ayudados por la medicación. Nosotros la dejamos de lado por completo y basamos el tratamiento en la *Inhibición celular terapéutica*, cuyos fundamentos hemos expuesto en artículos anteriores.

En cualquiera de los dos tipos de lesiones citadas, efectuamos la inyección en el foco mismo y en toda su periferia de abundante cantidad de suero fisiológico más solución de novocaína al 0,50 por ciento. Con esto logramos : mediante el anestésico, suprimir el dolor, tan molesto para el paciente, y anestesiar las terminaciones nerviosas, con lo que se rompe el círculo vicioso de la inflamación aséptica; con el suero, diluimos el cáustico y evitamos o reducimos su acción irritativa. El resultado es romper el bloqueo y la absorción del medicamento.

Cuando el tratamiento se aplica precozmente, es suficiente una sola inyección para curar, pero si la inflamación lleva

algún tiempo, se necesita repetirla una o dos veces diarias, hasta lograr la curación, la que se obtiene, por otra parte, muy rápidamente.

Con estas líneas creemos haber dado una idea general de nuestra manera de proceder en una serie de casos de curación difícil por otros métodos y en los cuales nuestra concepción biológica del proceso nos ha dado una técnica eficaz y segura, de resultados magníficos, que para los pacientes, en ocasiones, rayan en lo milagrero.

ABSTRACT

The concept and the treatment of the biological blockade in acute infectious, by Dr. Luis G. Gret, Associate Professor of Bacteriology, La Plata National University Medical School.

The germs or the toxins introduced into the organism are decomposed (peptonized) in two orders of substances : lisinas (toxic) and haptinas (curative).

The lisinas are fixed in the cells, provoking sero-leukocytic exudation and cellular edema, which originate the anatomical blockade.

In the periphery of this zone another structural blockade is formed due to the hidropic state of the cells. From this results the isolation of the focus from the rest of the organism, regarding the interchange of tissue reactions.

It is due to this, that the curative substances, Haptinas or Antibodies do not reach the site of the lesion, or it is done insufficiently.

Thus causing the malnutrition of the cells, their death, and the formation of toxic necrolisinas.

The encystments of medicinal substances is also due to the same blockade.

The treatment which is instituted must :

1st Cure the blockade through decompression of the focus, be it by evacuating punctions, or by intravenous injections of hypertonic sodium chloride.

2nd To avoid the irritation of the endings of the nerves through anaesthesia of the same.

3rd To favour the production of Haptinas by *Haptinógeno* which is injected in situ if there is blockade, and subcutaneously if there is none.

4th To dilute the Caustic and to avoid the nervous irritations in cases of encystment of medicinal substances, through injections of solution of physiological salt and anaesthetic.