



médicos aun en práctica, tratar de «madurar», o dicho de otro modo, procurar que se produzca una colección, con fomentaciones o baños calientes, por ejemplo, para luego abrirla quirúrgicamente, es favorecer indirectamente la destrucción de enorme cantidad de tejidos que no sufren por la infección en sí, sino por las compresiones de tejidos que efectúa la colección exudativa.»

El concepto requiere una aclaración para su mejor comprensión, y es la siguiente: un germen ubicado en un tejido cualquiera, provoca por su desintegración una alteración estructural de las células circunvecinas y es así como tenemos en este momento dos procesos a considerar: uno, que es el que se produce por los gérmenes mismos, o sea la formación de *lisinas* que destruyen las células, y el otro, el producido por la desintegración celular circunvecina al foco de la lesión, con formación, a su vez, de elementos deletéreos que con Méndez hemos denominado *necrolisinas*.

Las *lisinas bacterianas* y las *necrolisinas* se fijan en las células que constituyen los tejidos perifocales y provocan, a su vez, alteraciones estructurales que sin ser degenerativas aun, son causa de disfunciones tisurales.

La disfunción celular es una etapa anterior a los procesos de degradación histo-anatómica.

Los tejidos constituídos por las células en disfunción, provocan rémoras circulatorias que efectúan compresiones vasculares linfáticas y venosas y luego arteriales. Los trastornos circulatorios enunciados, al comprometer como consecuencia la nutrición celular correspondiente, crean en torno al foco de la lesión, un estado de debilidad estructural que favorece, a todas luces, la fijación de las *lisinas* y *necrolisinas*, de las cuales no se podrán librar dichas células, deteniendo su función protoplasmática, y explicando así fácilmente, el porqué de la rápida progresión de la infección.

La exudación favorece la peptización o desintegración bacteriana por los anticuerpos que lleva en su constitución, pero

cuando no los lleva, la desintegración del germen no se produce y se efectúa entonces al acantonamiento del exudado (leucocitos,



serosidad, etc.) que generalmente se llama barrera de defensa y que nosotros la consideramos, cuando es excesiva, precisamente lo contrario, pues no sirve para detener a los gérmenes y sí,

para efectuar compresiones tisurales, vasculares, linfáticas y venosas, que impidiendo la normal circulación en el foco, provocan las destrucciones celulares que hemos descrito antes y, lo volvemos a repetir, produciendo las *necrolisinas*; éstas, con las *lisinas bacterianas* y diseminándose por todo el organismo, provocan el estado de enfermedad.

El proceso así interpretado, es lo que hemos denominado nosotros con el nombre de «bloqueo de Méndez» y que no constituye, en manera alguna, protección, sino por el contrario, complicación de la infección.

Esta complicación se explica por lo que hemos expresado y también porque dicho «bloqueo», impide la llegada al foco de la lesión, de los anticuerpos o *haptinas* curativas que el organismo forma para peptizar al germen, condición *sine qua non*, para lograr la curación. El estado de «bloqueo de Méndez», es una faz interesantísima del proceso de infección, y, conociéndola, se deduce la eficacia de la aplicación de los remedios específicos haptinógenos, en el foco de la lesión, para que allí, *in situ*, se formen los *anticuerpos* o *haptinas* que no pueden llegar por el torrente circulatorio y que son indispensables para efectuar la peptización del antígeno.

Así tenemos un procedimiento que hemos sido los primeros en aplicar, demostrando sus incalculables beneficios.

Por último, cuando la infección es muy aguda, la producción de *lisinas* y *necrolisinas* es muy grande; entonces la impregnación celular por estas sustancias, abarcan grandes porciones de tejidos perifocales, dando a las células un estado constitucional especial, que interpretamos como anterior a la degeneración turbia de los anátomo-patólogos y que es el *estado hidrópico celular* o *bloqueo estructural*. Aquí el fenómeno es intra-celular y se interpreta biológicamente como una disminución al *mínimum* del metabolismo compatible con la vida de las células.

El estado de «bloqueo estructural», no tenía hasta hoy solución médica, por su desconocimiento histológico y que nosotros solucionamos, relativamente bien, provocando un desequilibrio

iónico-celular, que permite liberar a las células bloqueadas por el exceso de agua llevada por las *lisinas* y *necrolisinas* fijadas en su interior.

#### INFECCIONES SUPERFICIALES DE LA MANO

Esbozados escuetamente estos estudios de biología, vamos a hacer una aplicación práctica en los distintos tipos de infección aguda de la mano.

Comenzaremos por las infecciones superficiales, es decir, que afecten piel, tejido celular y músculos solamente. Comenzaremos por inyectar una ampolla de haptinógeno estafilo o neumó, según sea el agente etiológico que la produce, diferenciando uno u otro germen :

1° Porque las lesiones estafilocócicas tienen tendencia a circunscribirse y ganar en profundidad; en cambio, los estreptocócicas se propagan más en superficie, por capas de tejidos, que en profundidad;

2° Porque los estafilococos forman fácilmente linfangitis y adenitis, en cambio los estreptococos no; y

3° Por el examen bacteriológico de los exudados.

Pero cuando no es posible diferenciar el agente etiológico, aplicamos ambos haptinógenos neumó y estafilo conjuntamente. Localmente, aplicamos una pomada a base de haptinógenos u otros productos corrientes bien reputados como pomada de Salantale o Biodermol, etc., y la cubrimos con una tela adhesiva o gutapercha, no cambiando la curación por dos o tres días o más tiempo si no se moviliza dicho apósito. Hay que hacer resaltar las enormes ventajas de este proceder, primero por la economía de curaciones y como consecuencia de sufrimientos, y segundo por la eficacia en la curación y la restitución *ad integrum* de los tejidos. Dicha curación se conoce con el nombre de «Cavidad cerrada de Méndez».

En muchos enfermos el exudado inflamatorio y serosidades

rezuman abundantemente por los bordes del apósito, lo que da un aspecto desagradable, pero no representa prácticamente ningún inconveniente, sino por el contrario, índice de curación magnífica. Las inyecciones de haptinógenos, las repetimos diariamente o cada dos o tres días, según la evolución del proceso. Algunas veces, cuando la reacción biológica no se produce rápidamente, la provocamos mediante inyecciones leucocitógenas.

#### INFECCIONES PROFUNDAS DE LA MANO

Son infecciones profundas, aquellas que abarcan piel, tejido celular, músculos y vainas sinoviales y que siempre son procesos graves, generalmente producidas por estrepto-neumococos, al cual se asocian frecuentemente, los estafilococos.

En este tipo de afección, el proceso infeccioso llega al «bloqueo de Méndez» y algunas veces al «bloqueo estructural».

Nuestro procedimiento, es el siguiente :

Localmente aplicamos las pomadas vacunantes como en el tipo de enfermos tratados anteriormente y, conjuntamente, inyecciones de haptinógenos neumo y estafilo con solución de morfina o solución de novocaína al 0,50 ‰, en partes iguales al haptinógeno, localmente en el foco de la infección o en distintas partes del mismo foco. Las inyecciones grandes en tejidos muy distendidos, despiertan mucho dolor, a pesar de la novocaína o morfina, por cuya razón es que aconsejamos fraccionarlas en varios lugares. Pero el alivio que estos enfermos experimentan con este proceder, es realmente notable y todos los enfermos, sin excepción, solicitan nuevas aplicaciones hasta su curación. Esta manera de inyectar haptinógeno la alternamos diariamente con las subcutáneas distantes del foco y tratamos de *desbloquear* la infección con inyecciones de solución de cloruro de sodio al 20‰, con dosis endovenosas, de 20 centímetros cúbicos que efectúa en los tejidos bloqueados, un verdadero drenaje celular de los edemas compresivos de la lesión y, por otra parte, como

los electrolitos que constituyen esta sal favorecen la peptización del antígeno, su finalidad biológica tiene doble justificativo en su aplicación, una o dos veces en el día.

Si por la virulencia de la infección, el bloqueo no puede evitarse, se constituyen pequeñas colecciones purulentas, principalmente dentro de las vainas sinoviales y como éstas colecciones producen distensiones sumamente dolorosas y su absorción es muy difícil, por la distensión de sus paredes, es menester efectuar punciones con agujas bajo previa anestesia con cloruro de etilo o novocaína a fin de extraer el exceso de exudado y aprovechar la misma aguja para inyectar pequeñas dosis de haptinógeno dentro de las vainas. Con este simple procedimiento médico hemos curado y salvado funcionalmente gravísimos flemones de las vainas sinoviales de la mano. Las punciones evacuadoras del exceso de exudado inflamatorio, las repetimos diariamente o cada dos días, según sea la tensión de las vainas, que se pone de manifiesto por el dolor y la tensión.

Hacemos notar, que sólo extraemos por la punción, el exceso de exudado inflamatorio, el que efectúa compresiones celulares por su cantidad, y respetamos gran parte del mismo para que *in situ*, provoque la peptización del antígeno, por las haptinas que contiene, que es la manera natural de curar.

Es decir, nosotros colaboramos con la Naturaleza, con el mínimo de intervención, respetando su manera de ser y conociendo su función biológica.

#### LAS INFECCIONES DE LOS HUESOS U OSTEOMIELITIS

Las infecciones cuya localización es el hueso, son producidas generalmente, por estafilococos, pero como conjuntamente los tejidos blandos que rodean al foco, también sufren la inflamación, las asociaciones microbianas son frecuentes.

Procedemos en la siguiente forma: inyección de haptinógeno estafilo subcutánea, y si al día siguiente no mejora su evolución,

guiados por el dolor y la fiebre del paciente, hacemos la inyección del haptinógeno conjuntamente con morfina o novocaína subperióstica o lo más próxima posible a él. La evolución puede ser rápidamente favorable o no; en el primer caso no insistimos con la inyección local; en el segundo, sí. Es tan útil esta manera de inyectar, que por la característica del haptinógeno de resolver el proceso, licuando el exudado inflamatorio, que al día siguiente por esta misma vía de punción, se extrae perfectamente el exudado coleccionado y si por una eventualidad relativamente frecuente en procesos tardíamente tratados se producen secuestros óseos, éstos son eliminados fácilmente por las vías hechas por las punciones, después de sufrir un proceso de reblandecimiento que efectúa el mismo exudado inflamatorio.

Como es fácil imaginar, el traumatismo médico hecho para extraer los restos del exudado inflamatorio o pus del foco son tan pequeños, que nunca, pueden producirse alteraciones anatómicas que comprometan el funcionamiento ulterior de las manos.

Las inyecciones de haptinógeno estafilo y morfina o novocaína al 0,50 % locales, se repiten según sea la evolución de la afección, pues se debe suprimir los anestésicos en cuanto se note la mejoría, continuando con el haptinógeno específico. Claro está, que si este procedimiento biológico se aplica en la faz inicial de la infección, se consigue reducir al mínimo la evolución de la misma.

Esbozado el plan médico-biológico aplicado por Méndez y sus discípulos, desde el año 1914, remitimos a los que se interesen por el tema, a los trabajos originales publicados en revistas médicas del país:

#### ABSTRACT

**The infections of the hand and their treatment,** by Dr. Luis G. Gret, professor *suplente* of ~~Bacteriology~~ *Bacteriology* La Plata National University Medical School.

He divide the infections ~~hand in to~~ superficial, deep, and osseous



for their treatment. In the first category we use « Pneumo Haptinógeno » or staphylo by subcutaneous route giving an ampule daily, or every two or three days according to the evolution of the case.

In the second class of cases we use haptinógeno mixed with morphine or novocain injecting it in the same site of the lesion, and if it is necessary we extract previously the excess exudate if there were any, and at the same time making intravenous injection of 20 c.c. of 20 % sodium chloride once or twice daily.

In cases of osseous lesions we try staphylo haptinógeno subcutaneously and if there is no prompt result, we inject it mixed with anaesthetics under the periosteum or as near as possible to the focus of infection.

