

LA INFECCION FOCAL

CONCEPTO BIOLOGICO Y SUS APLICACIONES TERAPEUTICAS

Por el Dr.

DANIEL HUGO NEGRETE

Todos los organismos que acostumbramos a considerar como normales albergan un infinito número de gérmenes saprofitos y patógenos. Los primeros no molestan al ser que los cobija y hasta pueden serles útiles; los segundos viven, en unos casos, sin determinar perturbaciones de la salud (portadores sanos), y en otros, sea directamente, o previo un período de latencia, se hacen virulentos produciendo una enfermedad manifiesta.

No existe, pues, un organismo en perfecta salud desde el punto de vista biológico.

Todos los seres están infectados por gérmenes patógenos pudiendo éstos ser eliminados, permanecer en estado de latencia o perturbar la salud.

¿Por qué existen estas diversas posibilidades para un determinado germen?

Es razonable pensar que tal hecho depende, en último extremo, del terreno cuya constitución, distinta en cada caso desde el nacimiento, puede sufrir variaciones por acción de factores ocasionales internos o externos durante el curso de la vida.

Lo dicho no implica desconocer la influencia que tiene, para el desarrollo de la enfermedad, la infección por cantidades grandes de gérmenes y la virulencia de los mismos.

Sin embargo, la cantidad y virulencia de los gérmenes in-

fectantes sólo ejerce una influencia relativa sobre las posibilidades de infección, ya que existen individuos totalmente refractarios a una enfermedad, los cuales pueden convivir con enfermos en tiempo de epidemia sin contraer dicha enfermedad, a pesar de recibir continuamente una gran cantidad de virus infectante altamente virulento.

El organismo constituye un medio de cultivo bueno o malo para los distintos gérmenes que alberga, permitiendo el desarrollo de unos e impidiendo el de los otros.

Un sujeto refractario a adquirir una enfermedad, en determinado momento puede perder su resistencia por acción de factores exógenos o endógenos y transformarse en un excelente medio de cultivo para el germen causal.

Es el caso de una persona que adquiere diabetes. A partir de entonces su organismo se transforma en un buen medio de cultivo para gran cantidad de gérmenes y se halla predispuesto a adquirir diversas enfermedades infecciosas tales como las estafilocócicas (ántrax, furúnculos), la tuberculosis, etc.

Por otra parte, es conocida la frecuencia con que se instala el muguet en los pacientes afectados de acidosis.

Desde el individuo refractario hasta el predispuesto a contraer una infección, existe toda una serie de estados intermedios de resistencia que dependen de la mayor o menor capacidad defensiva del terreno.

En efecto, la llegada de gérmenes virulentos en cantidad infectante a un organismo puede seguirse de las siguientes eventualidades:

1º) Que el sujeto no se enferme eliminándose los gérmenes.

2º) Que se enferme determinándose una infección aguda la cual llegue luego a la curación total.

3º) Que la curación no sea total y pase a la cronicidad o a la latencia (curación clínica y no biológica).

4º) Que se produzca una afección crónica desde el comienzo, es decir, sin fase aguda previa.

5º) Que quede latente desde su iniciación sin pasar tampoco por una etapa aguda de comienzo.

La infección tuberculosa constituye un buen ejemplo de las posibilidades expuestas.

El foco séptico o infección local es un estado que se determina en las infecciones localizadas cuando el terreno no es capaz de reaccionar determinando su curación total, pero en cambio impide que se generalice.

En estas condiciones, el foco séptico persiste indefinidamente permaneciendo por temporadas en latencia y manifestándose cada vez que se establece pasaje de cantidades reducidas de gérmenes o de toxinas al medio interno.

En algunas oportunidades las pequeñas siembras que se originan pueden determinar, por vía humoral, la aparición de focos secundarios a distancia con las mismas características biológicas que el foco primitivo.

¿Cómo se llega a la infección focal?

La formación de un foco séptico puede producirse a raíz de una infección que se instala silenciosamente, sin síntomas locales ni generales que llamen la atención. Tal cosa ocurre frecuentemente en los casos de piorrea.

Otras veces, la infección focal se establece a continuación de un proceso inflamatorio fugaz que no llega a la completa curación, por ejemplo, un pequeño flemón dentario seguido de una periostitis latente.

En otras oportunidades, es una inflamación aguda con intensa reacción local y general la que, al curar incompletamente, deja tras de sí un foco séptico, como ocurre con algunas amigdalitis flemonosas.

Finalmente, puede tratarse de una afección crónica que lentamente tiende a la curación, pero sin lograrla en su totalidad, pues quedan focos de resistencia que persisten en forma indefinida.

Todos estos casos tienen la misma resultante ya que se establecen análogas condiciones biológicas en todos ellos: los gérmenes permanecen acantonados y son rodeados por un tejido de inflamación que los bloquea.

El organismo trata en esta forma de impedir la generalización del proceso y lo logra por lo menos parcialmente. Sin

embargo, las defensas no alcanzan a curar la afección en forma total y se establece la latencia del foco.

En estas condiciones existe un equilibrio inestable cuyas fluctuaciones dependen, en último término, de la capacidad mayor o menor del terreno para defenderse. Cuando las defensas son eficaces, se establece un medio poco apto para la vida de los gérmenes, los cuales pierden virulencia y viceversa.

Según esta manera de considerar el tema, casi todas las enfermedades y casi todos los gérmenes patógenos pueden generar estados de infección focal, cuando el terreno posee determinado grado de sus elementos defensivos.

Muchos autores, sin embargo, consideran como infección focal solamente a los focos microbianos de resistencia que se generan en las vías respiratorias superiores o en sus dependencias, consecutivamente al desarrollo de ciertas afecciones piógenas.

El foco séptico es una zona circunscripta de tejido inflamatorio que alberga gérmenes patógenos y se presenta con apariencia innócuca, pudiendo constituir la puerta de entrada en un estado de bacteremia crónica.

Tal estado se constituye toda vez que el organismo, al no poder eliminar los gérmenes acantonados en un tejido, forma en su derredor una barrera inflamatoria que bloquea la zona e impide la propagación del proceso a la vecindad. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los gérmenes pueden pasar en determinados momentos por vía linfática al torrente circulatorio, originando bacteremias de tipo crónico y formación de focos secundarios a distancia, de acuerdo con la afinidad de los microorganismos por determinados tejidos o sistemas.

El proceso infeccioso así establecido, tiene tendencia a perdurar indefinidamente, pues si bien, según se ha dicho, no puede extenderse por contigüidad a las partes vecinas debido a la barrera defensiva, tampoco pueden llegar libremente hasta el foco los elementos curativos que envía el organismo.

Aparte de la posibilidad de las siembras a distancia a que nos hemos referido, la infección focal también actúa sobre el organismo debido a las toxinas microbianas y necrolisinas tex-

ticulares, que por ser cuerpos difusibles pueden atravesar el tejido inflamatorio perifocal y pasar al medio interno.

Durante el curso de la intoxicación crónica que así se produce, aparecen episodios de intoxicación aguda, debidos al pasaje de pequeñas cantidades de gérmenes a la circulación, los cuales mueren y liberan bruscamente sus endotoxinas.

El estado de intoxicación crónica aludido trae frecuentemente como consecuencia el establecimiento de la alergia en el enfermo de acuerdo con nuestra concepción ⁽¹⁾.

En efecto, la liberación en forma continuada de una toxina en el medio interno, va desgastando el mecanismo de defensa, específico para ella, con el cual el organismo logra impedir que actúe sobre las células.

Cuando tal cosa ocurre, decimos que se ha producido sensibilización: una pequeña cantidad de toxina es ahora capaz de sobrepasar las posibilidades defensivas del organismo y desencadenar síntomas de enfermedad, si se fija sobre las células del parénquima, o de alergia, si actúa sobre el mesénquima o ambas clases de síntomas a la vez, cuando obra sobre todos los elementos.

De acuerdo con lo expuesto, en el curso de la infección focal se establecen dos clases de equilibrios inestables:

1º) Equilibrio entre el germen y el organismo.

2º) Equilibrio entre las toxinas y el terreno.

En el mantenimiento del primero intervienen por parte del organismo, los procesos de inmunidad tanto texticular como humoral (sistema retículo-endotelial, fagocitos, anticuerpos, variaciones físico-químicas del medio que lo tornan adverso para el cultivo de los gérmenes), y por parte del germen, la virulencia, reproducción y adaptación a las variaciones del ambiente.

En lo que respecta al segundo, es sabido que el organismo dispone de medios de defensa distintos para cada una de las sustancias extrañas que le llegan. Mediante ellos las trans-

(1) Ver “La Semana Médica”, N° 53, de 1942. “Nueva concepción de la alergia”.

forma, destruye, deposita o aprovecha valiéndose de las funciones que denominamos de metabolismo e impidiendo que actúen sobre sus células sin previa transformación.

Las toxinas que diariamente recibe un sujeto portador de un foco séptico son al principio neutralizadas, pero su acción continua desgasta los mecanismos defensivos.

Se establece así un equilibrio inestable entre la cantidad de toxinas y la capacidad de neutralización del terreno. Este equilibrio puede sufrir oscilaciones dependientes de las variaciones que experimentan los factores que lo generan. Así, cuando la cantidad de cuerpos tóxicos es superior a la capacidad de neutralización del organismo, aparecen síntomas de enfermedad o de alergia según el territorio donde actúen dichas toxinas. En caso contrario, cuando los elementos tóxicos son inactivados en su totalidad, el foco séptico permanece silencioso.

Según nuestro concepto, “la alergia es una modificación del terreno, verdadera carencia de elementos defensivos para un agente mórbido determinado, la cual, en general, se ha establecido debido a la acción masiva o repetida del mismo y a la incapacidad por parte del organismo para restablecer dichos mecanismos defensivos. En estas condiciones, una pequeña cantidad de alérgeno, pudiendo fijarse libremente sobre las células endoteliales, determina manifestaciones morbosas intensas que se localizan en los territorios donde la carencia de defensas es mayor. Esto explica por qué las manifestaciones alérgicas son tan variables en su forma y afectan tan distintas regiones”.

“La especificidad casi absoluta de la alergia se explica porque la carencia de los elementos defensivos es relativa solamente para el agente que la engendró”.

La alergia es, en un sentido amplio, una alteración del metabolismo y se halla íntimamente vinculada con el equilibrio iónico que rige, en último extremo, la permeabilidad de las membranas celulares.

De acuerdo con los conceptos expuestos, ¿qué conducta terapéutica debe adoptarse frente a un portador de foco séptico?

- 1º) Si por su situación anatómica y por las buenas condiciones biológicas del organismo (eritrosedimentación pequeña, leucocitosis, etc.), puede extirparse, debe procederse quirúrgicamente y, a continuación, instituir el tratamiento biológico dirigido contra el germen, colocando al mismo tiempo en buenas condiciones metabólicas al enfermo.
- 2º) Si por su localización no fuese accesible a la terapéutica quirúrgica, se mantendrá en tratamiento biológico sostenido.
- 3º) Si el estado general impidiese proceder quirúrgicamente, se realizará la preparación del enfermo mediante la terapéutica biológica.
- 4º) Si luego de extirpar un foco séptico persistiesen las molestias debido a la presencia de focos secundarios no accesibles, corresponderá mantener una forma prolongada de medicación biológica.

¿Qué debe entenderse por tratamiento biológico?

Cuando un agente patógeno se instala en el organismo determinando un foco de infección, ésta puede ser yugulada de inmediato llegándose a la curación espontánea y total. También es dable observar casos, en que habiendo pasado a la cronicidad, se establece un foco séptico el cual cura después de un tiempo sin otra intervención que la de las defensas naturales del enfermo.

De lo dicho se desprende que el organismo es capaz de curar una afección mediante elementos naturales que emplea de acuerdo con un mecanismo biológico determinado.

¿Por qué no es posible la curación espontánea en todos los casos?

Debido a una serie de factores como ser la magnitud del proceso infeccioso, la virulencia de los gérmenes, la falta de inmunidad, la mala nutrición, la fatiga, la existencia de otras enfermedades, etc., que impiden al organismo desarrollar los procesos de defensa naturales. Consideremos ahora cuáles son

los mecanismos de defensa que emplea el enfermo para combatir la infección :

- 1º) Acción contra los gérmenes para lo cual se vale de la fagocitosis y la producción de anticuerpos.
- 2º) Fenómenos locales de bloqueo y reparación de las lesiones mediante la proliferación celular y la movilización de diversas sustancias y células fagocitarias hacia el foco.
- 3º) Dirección de estos medios defensivos de modo que su acción se desarrolle en forma armónica, lo cual se realiza mediante los sistemas de correlación nerviosa y humoral.

Según lo dicho, el tratamiento biológico, en un sentido amplio, es la reunión de todos los procedimientos terapéuticos cuya finalidad sea excitar o facilitar los procesos de curación natural que emplea el organismo.

Esquemáticamente, puede dividirse de la siguiente manera :

- 1º) Agentes terapéuticos dirigidos contra el germen : vacunas y otros antígenos que actúan excitando el proceso de inmunidad, (inmunización activa).
- 2º) Medicación del terreno.
 - a) Modificadores generales, que comprenden todos aquellos agentes terapéuticos capaces de restituir un equilibrio metabólico desviado.
 - b) Modificadores locales, que actúan sobre la parte lesionada facilitando la curación del foco.

En este último grupo tiene suma importancia la vacunoterapia local, en inyecciones perifocales, cuya acción es la de atraer las defensas hacia el lugar y romper el bloqueo del foco, determinando su curación.

La existencia de focos sépticos en el organismo indica que se ha producido un desequilibrio biológico en los medios de defensa el cual debe ser restituido mediante la aplicación razonada y especial para cada caso, de los medios terapéuticos arriba indicados.

La vacunoterapia debe ser específica previa investigación del o de los gérmenes inculpables.

Determinan resultados aún mejores las autovacunas.

Convendrá iniciar la vacunación por vía general. Si los resultados son poco apreciables, debe recurrirse a practicarla en forma perifocal, siempre que el foco sea accesible a tal tratamiento.

Para que actúe eficazmente la vacunoterapia requiere un terreno en buenas condiciones metabólicas que permita el desarrollo del proceso de inmunización activa .

De acuerdo con esto, toda vez que se trate de enfermos debilitados, convendrá administrarles concomitantemente una medicación reconstituyente, corregir la anemia frecuente en ellos, instituirles un a d e c u a d o régimen higiénico-dietético, mantenerlos en reposo, etc.

En pacientes alérgicos, considerando a tales estados como índice de fijación de las toxinas sobre los elementos del sistema retículo-endotelial, será necesario restituirles su equilibrio mineral desviado, para lo cual será conveniente administrarles soluciones isotónicas de los distintos iones (Mg., Ca., K., Na., etc.), en forma de dermoclisis, o hipertónicas por vía endovenosa.

El tratamiento biológico tiene la ventaja sobre la quimioterapia de poder ser administrado en todos los casos sin temor a acciones tóxicas secundarias.

En el tratamiento de la infección focal, proceso crónico y rebelde que exige una medicación prolongada, debe emplearse de preferencia el procedimiento biológico que no ofrece inconvenientes y no la terapéutica química (sulfanilamidas, urotropina, etc.) que da brillantes resultados en las infecciones agudas.

La acción quimioterápica prolongada trae fenómenos de intolerancia que obligan a suspenderla y que pueden agravar el estado general del enfermo sin determinar mayores beneficios.

Dentro de los numerosos casos en que hemos comprobado

las enormes ventajas del tratamiento biológico expondremos a continuación uno de ellos por ser el más demostrativo:

Enferma: O. P. Argentina. Soltera. 28 años. Empleada.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Hace 8 años padeció de difteria. En esa oportunidad, al caer una de las placas, queda a nivel del polo superior de la amígdala derecha una cripta. Desde entonces, con relativa frecuencia, padece de dolor a ese nivel llenándose la cavidad de caseum que le produce halitosis al expulsarlo. Tiene astenia, anorexia, enflaquecimiento y dolores epigástricos acompañados de digestiones pesadas.

Enfermedad actual: Concorre a consultarme a raíz de uno de los episodios arriba mencionados porque se nota, además, fiebre (37°) por la tarde y gran decaimiento, así como disnea de esfuerzo.

Estado actual: Revela: Fauces rojas. Ambos pilares anteriores enrojecidos.

A nivel del polo superior de la amígdala derecha existe una fosa, cuya expresión da lugar a la salida de sustancia caseosa mal oliente.

Esta maniobra se acompaña de dolor local y cefalea intensa. Además despierta en estado nauseoso. Ambas amígdalas se muestran ligeramente hipertrofiadas, rojas y de consistencia dura. En el cuello, el ganglio tonsilar derecho se palpa aumentado de tamaño y doloroso. Hay taquicardia de 95 latidos por minuto y fiebre de $37^{\circ}8$. La articulación metacarpo-falángica del índice izquierdo es dolorosa y se encuentra ligeramente tumefacta.

Exámenes de laboratorio: Los exámenes directos del exudado faríngeo denotan, dentro de una variada flora microbiana, la predominancia enorme del estafilococo.

Hemocultivo: Negativo.

Eritrosedimentación: 60 a la hora.

Recuento globular: G. R. 4.500.000. G. B. 10.800.

Fórmula leucocitaria: Revela mononucleosis.

Esquema de Arneth: Désviado a la izquierda.

Prueba de Vigo-Schmidt: Positiva.

Tests cutáneos: Intradermo-reacción positiva para el estafilococo.

Diagnóstico: Foco séptico amigdalino a estafilococos con focos secundarios.

Evolución y tratamiento: Dada la eritrosedimentación y el índice de Arneth se resuelve esperar para realizar la amigdalectomía y como la enferma ya hacía dos días que tomaba sulfanilamida se mantiene tres días más dicho tratamiento, debiendo suspenderse por manifiestos síntomas de intolerancia, entre ellos marcado tinte anémico, y por no ceder las molestias de su dolencia.

Se realizan a partir de entonces 10 inyecciones fenilcineoninato de hexametilentetramina.

La enferma no mejora, acentuándose la palidez y apareciendo pequeñas gingiverragias y hematuria. Se suspende este tratamiento y se realiza una nueva eritrosedimentación que da 82 a la hora y un recuento globular que acusa 2.900.000 G. R., 4.500 G. B., y 50.000 plaquetas. La fórmula leucocitaria indicaba una granulocitopenia de 53 %. Se imponía el diagnóstico de hipoplasia medular tóxica medicamentosa, por lo cual se suspende la quimioterapia.

Con el objeto de iniciar un tratamiento biológico se comprime suavemente la amígdala derecha con la finalidad de extraer material de cultivo y preparar una autovacuna.

Dos horas después de realizada esta leve expresión el cuadro clínico se agrava inesperadamente: Aparecen palpitaciones, se eleva la temperatura a (38°5) y se producen náuseas, dolores precordiales, cefalea intensa y taquisfigmia de 130 pulsaciones. Al incorporarse la enferma aparece un estado sincopal con pérdida de conocimiento y bradicardia intensa de 40 latidos, algunos extrasistólicos. Los tonos cardíacos sumamente apagados, la dilatación del área y la hipotensión (9 y 6) nos hacen pensar en una complicación miocárdica.

Se indica cafeína, estricnina y adrenalina y se mantiene a la enferma en posición de Trendelenburg. Un nuevo examen hematológico revela: G. R. 2.100.000 G. B. 3.900 y fórmula leucocitaria con 42 % de polinucleares. El examen de orina arroja resultados normales.

Tres días después el estado cardíaco había mejorado notablemente y se inicia la aplicación de la autovacuna en forma progresiva.

Después de 15 días de tratamiento la enferma había mejorado en forma tan notable, que sólo presentaba los síntomas locales del foco y una febrícula de 37°2, por las tardes. Los exámenes de laboratorio confirmaban la mejoría clínica: Eritrosedimentación a la hora 11. Recuento g l o b u l a r : G. R. 3.800.000 G. B. 12.300. Plaquetas 85.000. Fórmula leucocitaria normal. Índice de Arneth desviado levemente a la derecha.

En estas condiciones se practica la amigdalectomía con toda felicidad y en el postoperatorio se mantiene la autovacuoterapia, agregándose medicación de terreno (reconstituyentes, etc.) con lo cual se restablece completamente la salud de la enferma siendo dada de alta a los dos meses de operada.

CONCLUSIONES

- 1º) Desde el punto de vista biológico la infección focal es un estado especial del organismo frente a uno o varios gérmenes patógenos en el cual se establece un doble equilibrio entre la infección y las defensas (inmunidad) y entre la intoxicación y los mecanismos antitóxicos.
- 2º) Fisiopatológicamente, está constituida por uno o varios focos que albergan gérmenes patógenos, rodeados de una barrera de tejido inflamatorio que los bloquea. Este bloqueo impide la propagación por contigüidad pero no el pasaje intermitente de gérmenes al medio interno con la consiguiente bacteremia crónica. Tampoco impide el pasaje continuado de toxinas a la

sangre, lo cual determina los síntomas generales y el estado alérgico.

En cambio, dificulta el arribo de los elementos celulares de defensa al interior del foco.

- 3º) Todo foco séptico debe ser tratado quirúrgicamente.
- 4º) Si la situación anatómica del foco no lo permitiese, debe elegirse el tratamiento biológico, aplicado en forma razonada, de acuerdo con cada caso y con el momento por que atraviesa.
- 5º) Si las condiciones biológicas del organismo contraindicasen el acto operatorio debe tratarse de restituir el equilibrio mediante la adecuada aplicación de los medios terapéuticos biológicos y luego proceder quirúrgicamente.
- 6º) Si después de la operación, debido a la presencia de focos secundarios inaccesibles a la cirugía, se mantuviese el estado de sepsis crónica, deberá tratarse a ésta mediante la terapéutica biológica.
- 7º) No deberá olvidarse que dicha terapéutica se compone de medios que actúan sobre el germen mediante la excitación del proceso de inmunización activa y de agentes que obran sobre el terreno restituyendo el equilibrio biológico y facilitando, en esta forma, el desarrollo del mecanismo de inmunización provocado por los primeros.
- 8º) En los casos en que un foco séptico bloqueado, que no puede ser tratado quirúrgicamente, no obedece a la vacunoterapia general, debe intentarse aplicarla localmente en forma perifocal, con el objeto de atraer las defensas y desbloquear las lesiones.
- 9º) En los pacientes alérgicos es menester restituir el equilibrio iónico para evitar la acción de las toxinas sobre las células.

Nota: El presente trabajo fué escrito en 1943. Desde entonces hasta la fecha ha aparecido una importante novedad relacionada con el tema. Nos referimos al advenimiento de la Penicilina, terapéutica aplicable a los casos de infección focal.

Del resultado de mis investigaciones sobre el empleo de esta medicación, he arribado a las siguientes conclusiones:

- 1º) Si las afecciones capaces de generar un foco séptico fuesen tratadas desde el comienzo con Penicilina, se evitaría la constitución de dichos focos, pues en la mayoría de los casos la curación sería total, es decir, no dejaría secuelas.
- 2º) Una vez constituida la infección focal la Penicilina no logra la inactivación total del proceso pero cuando se determinan siembras con posibilidad de creación de focos secundarios, puede hacer retroceder tales complicaciones y volver al foco primitivo a la latencia.
- 3º) Constituye, por las razones mencionadas y, además, por su casi absoluta inocuidad, un elemento terapéutico de sumo valor para el tratamiento de las infecciones focales.

BIBLIOGRAFIA

1. *Castex, Mariano R.* — El estado actual del problema de la infección. La Prensa Médica, N° 4, año XVII.
2. *Castex, Mariano R.* — La doctrina de la infección focal. La Prensa Médica, N° 5, año XVII.
3. *Castex, Mariano R.* — Infección focal. El foco séptico dentario. La Prensa Médica, N° 7, año XVII.
4. *Castex, Mariano R.* — El foco séptico amigdalino. La Prensa Médica, N° 18 y 19, año XVII.
5. *Castex, Mariano R.* — Infección focal. La infección de los senos paranasales. La Prensa Médica, N° 23, año XVII.
6. *Dewwcr, Moisés y Hoberman, Samuel.* — Focos sépticos dentarios y reumatismo. Rev. Argentina de Reumatol., 1942, VII, 33.
7. *Schaefer, Joseph E.* — Concepto actual sobre la infección focal. Bol. dent. Arg., 1936, XVII, n° 10, pág. 20.
8. *Ríos, Ricardo.* — Infección focal. Sus relaciones con los distintos estados de alergia y en especial con los factores cósmico-telúricos. Anales Odonto-médicos del y Servicios odontológicos de la Soc. de Beneficencia de la Cap., 1938, n° 2 y 3.
9. *Durante, Arcellanal.* — Estado actual de la infección focal. Rev. del Círc. Odont. de Rosario, 37, IX, 59.

10. *Prim Abel y Tolosa Emilio.* — El foco séptico amigdalino. Actualidades Médicas, junio de 1942.
11. *Anconiotti, Dante.* — Estudio experimental sobre la infección focal. Prensa Médica Arg., 1931, XVII, 1183.
12. *Beretervide.* — Bronquiectasias y focos sépticos. Archivos arg. de enfermedades del aparato respiratorio y tuberculosis, 1937, V, 885.
13. *Bouquet.* — Las relaciones entre los focos sépticos dentarios y el organismo. Rev. Odont. Bs. As., 1930, p. 996.
14. *Negrete, Daniel H.* — El tratamiento biológico de la tuberculosis pulmonar. Interpretación y conducción del mismo. La Semana Médica, nº 40, 1941.
15. *Negrete, Daniel H.* — Nueva concepción de la alergia. La Semana Médica, nº 53, 1942.

R E S U M E

L'infection focale. — D. H. Negrete.

L'auteur présente le cas selon son point de vue biologique; il considère l'infection focale comme un état spécial de l'organisme en face à un ou à plusieurs germes pathogènes, où il s'établit un double équilibre: entre l'infection et les défenses (immunité) et entre l'intoxication et les mécanismes antitoxiques.

Physiologiquement on considère l'infection constituée par un ou plusieurs foyers qui logent des germes pathogènes, lesquels sont entourés d'une barrière de tissu inflammatoire qui les bloque. Bien que ce blocus empêche la propagation du procès par consiguïté, il ne s'oppose pas au passage intermittent de germes dans le sang avec la conséquence bactériémie chronique. Il empêche, aussi, l'arrivée des éléments cellulaires de défense au foyer et au contraire, il laisse passer à travers de lui-même les toxines, lesquelles déterminent les symptômes généraux et l'état allergique.

Pour le traitement l'auteur conseille l'extirpation chirurgicale des foyers séptiques toujours qu'on puisse réaliser cette thérapeutique.

Pour les autres cas, il recommande l'application du traitement biologique: premièrement pour rétablir l'équilibre métabolique du terrain et en second lieu, parce qu'il s'oppose à l'action des germes en employant des autovaccines appliquées en forme générale ou pérffocale.

A la fin, il se souvient que la découverte de la Pénicilline est de grande importance dans le traitement de l'infection focale, car elle évite la formation de foyers séptiques et peut faire reculer les complications. Nonobstant il croit qu'il n'est pas possible l'inactivation totale du procès lequel continue en état latent.

A B S T R A C T

Focal infection. — D. H. Negrete.

The author considers, from biological point of view, focal infection as a special state of the organism in front of one or several pathogenic germs, in which a double equilibrium is established: between infection and immunity and between intoxication and antitoxic mechanisms.

Physiopathologically, he considers focal infection established by one or several focus, which are surrounded by a bar of inflammatory tissue that insulate them. Although this blockade prevents the process diffusion it allows the intermittent passage of germs into the blood with the resulting chronic bacteriemia. It prevents, also, the arrival of cellular elements to preserve the focus but instead it allows the toxins passage through it, which determine general symptoms and the allergic state.

With regard to the treatment, the author is addicted in surgical extirpation of the septic focus, whenever such therapeutic may be done.

In other cases, he recommends the application of biological treatment: first to restore metabolic equilibrium of the place and second, acting against the germs action employing autovaccines, applied in general or perifocal form.

Finally, he reminds that Penicilline arrival is of great importance in the treatment of the focal infection, because employing it conveniently we avoid septic focus formation and we may to move the complications backward. He thinks, however, it is not possible to get total inactivation of the process which continues in a latent state.