

bar, en particular si es unilateral (y una vez fracasada toda terapéutica médica general o local) es la resección del cornete medio, siempre que sea posible (1), abriendo después la célula etmoidal posterior, operación entonces fácil sin los inconvenientes que se le atribuyen, entre ellos la hemorragia, y que pueden evitarse siguiendo una técnica perfecta. Con ello es muy probable se consiga la curación o una acentuada mejoría del trastorno ocular. Además, esta intervención pone al descubierto la cara anterior del seno esfenoidal, con lo que se facilita de un modo notable el cateterismo, o la propia trepanación radical de este seno, que podrá hacerse en una segunda sesión, caso de no dar resultado la operación transetmoidal. En estas condiciones, la vía de la fosa nasal es la más práctica.

Si la lesión radica en ambos lados, siendo más reciente o menos intensa en uno de ellos, es preferible comenzar por el más afectado, siempre que no se haya iniciado ya la atrofia óptica. De todas maneras, cuando existen ciertos signos de presunción respecto de sinusitis esfenoidal doble, y si el rinólogo tiene medios y condiciones para ello, la vía transeptal de Hirsch-Segura es la más racional y la que reúne mayores ventajas.

Estas aumentan y obligan a indicar dicha operación en todos los casos claramente *bilaterales*, hechas ya de antemano las reservas apuntadas y después de una decisión común entre especialistas. En efecto, con esta intervención, cuyo conocimiento no es del todo nuevo (2), no se altera la arquitectura intranasal, resulta menos mutilante que la anterior, se ponen a la vista y se drenan de una vez ambos antros esfenoidales y la hemorragia no es abundante. En cambio, en muchos casos resulta incompleta, pues deja intacto el laberinto etmoidal posterior, región a la que suele considerarse culpable, a pesar de las dudas de Segura, de la complicación óptica. Además, aunque parece fácil en manos de su autor y de los que le han seguido de cerca, creo que además de ser más laboriosa que la transetmoidal, presenta algunas dificultades técnicas, que quizá el tiempo, la práctica y los perfeccionamientos ulteriores logren vencer con favorable éxito.

Septicemia grave, producida por el bacilus fecalis

Por el DOCTOR ROIG RAVENTÓS

La observación de un enfermo que se aparta de lo que la clínica corriente nos ofrece, me induce a escribir un comentario que voy a leer bajo los auspicios de vuestra benevolencia.

Se trata de una septicemia. Pero antes de abordar el estudio de esta forma clínica, he de trazar un bosquejo que nos conduzca a un fiel estudio de la realidad. Creo que la palabra septicemia, en muchas ocasiones, nos sirve de escudo para defendernos de las asechanzas de los desconfiados que nos rodean y a fuerza de preguntas quieren descubrir nuestra ignorancia. Siempre que un médico examina con método y conciencia un enfermo y no halla ningún órgano afectado que le induzca a diagnosticar una flogosis local, debe pensar en la posibilidad de una septicemia. Pero hay que contar con dos factores capaces de inducir a error: el factor tiempo, necesario para que una localización llegue a adquirir personalidad clínica para impresionar nuestros sentidos y la falta técnica de una exploración incompleta.

En Pediatría, que debemos renunciar buena parte del interrogatorio, la sagacidad clínica se impone, y sólo con una sistemática exploración podemos llegar a la conquista del diagnóstico. El niño que se queja del vientre, en las afecciones graves del aparato respiratorio como la pulmonía y la pleuresía; el niño que con síntomas alarmantes está afecto de una otitis media, que, si no atináis a explorar el aparato auditivo os exponéis a que en una de las visitas la familia os enseñe la almohada sucia de pus,

(1) Si hay desviación del tabique que estorbe, resecarlo primeramente.

(2) Fué empleado por primera vez, en 1920, por el profesor Hirsch, de Viena, para abordar la hipófisis; Spiess, de Francfort, propuso seguir esta vía para abrir los senos esfenoidales, en el Congreso de Stuttgart (1913), y Segura, de Buenos Aires, perfeccionó la técnica e instrumental en 1915.

aclarando el diagnóstico que no habéis formulado; el niño que padece una pielitis que sólo se halla buscándola sistemáticamente; el niño que presenta una angina en el transcurso de una afección indeterminada y que de no explorar cada día las fauces puede escapar al práctico, son hechos que cada día nos dan lecciones muy dignas de glosar al ocuparnos de septicemias.

Respecto al tiempo, hartamente sabido es que muchas enfermedades necesitan su tiempo para formarse y alcanzar su desarrollo suficiente para ser accesibles gracias a los síntomas propios. La existencia de entidades clínicas como la tifoidea y las neumonías de foco oculto que a veces se diagnostican cuando el enfermo se halla en plena crisis, son escollos que la naturaleza ha puesto al médico que se impacienta y habla de septicemias, y que andando el tiempo se convence que sufre error, cuando un órgano da señales evidentes de estar afecto y ser el único causante de todos los síntomas observados.

Por estos motivos resulta hartamente difícil el diagnóstico prematuro de una septicemia, y en contados casos andamos firmes sobre el terreno de la verdad. Las septicemias quirúrgicas son casi las únicas que se vislumbran desde los primeros momentos que nos hallamos ante un enfermo. Es indudable que una puérpera o un operado despierta en nosotros la idea de una septicemia cuando tiene fiebre alta, pero cuando no ha habido un traumatismo anterior no es posible sospechar una septicemia. Triste es confesarlo, pero ni la clínica, ni el laboratorio, nos sacan del apuro hasta que han transcurrido unos cuantos días.

Más difícil resulta nuestro diagnóstico cuando las septicemias son secundarias a una afección de un órgano accesible. En pleno curso de una bronconeumonía, el enfermo, sin que empeore de sus síntomas torácicos, se agrava con síntomas septicémicos y entonces invaden nuestro espíritu las ideas de una intoxicación y una septicemia, y como el examen del tejido hemático no se lleva a cabo, nos quedamos sumidos entre dudas.

La septicemia es una infección de la sangre que puede ser primitiva, sin órgano afecto, sin puerta de entrada conocida. Es indudable que existen septicemias cuyo causante ha penetrado en la sangre por un órgano sin dejar la menor huella de su paso. Parece que los microbios hubieran sorprendido la naturaleza descuidada y sin herir ningún centinela han penetrado en nuestra fortaleza. Hallamos el enemigo dentro y no sabemos explicarnos cómo ha entrado. Esto, que parece garrafal, no tiene para mí rareza ninguna, ya que es muy verosímil que se halle afectada una mucosa del organismo inaccesible al examen clínico. Una agresión de la pituitaria, de una encía, de una trompa auditiva, de un bronquio, puede existir sin que el enfermo note molestia sobrada para llamarle la atención como sería, en el caso de que supiera que por allí penetró el germen de su muerte. Acordémonos de la terrible meningitis epidémica y parálisis infantil que pueda producir una septicemia penetrando por las amígdalas o la pituitaria sin producir molestias al paciente. Sólo cuando en plena epidemia el temor agudiza la sensibilidad de los enfermos, se pueden recoger datos que en épocas normales pasan inadvertidos.

Por esto la concepción de las septicemias criptogénicas es en muchas ocasiones una humillación clínica y no debemos desconfiar de que un día la ciencia nos ofrezca un medio seguro para conocer cómo y cuándo empieza una septicemia, ora primitiva, ora secundaria.

No debemos olvidar que en otras ocasiones hablamos de una septicemia que se localiza, y saludamos, como un dato de buen agüero el hallazgo de una flogosis en una entraña de un enfermo cuyo examen era del todo negativo. Si la sangre pudiera verse a trasluz y en ella pudiéramos observar las colonias nadando como los peces dentro de un globo de vidrio, ¡cuántas veces los hechos nos humillarían!

Estamos persuadidos de que abusamos de la palabra septicemia, y llega el momento de que precisemos qué debe entenderse por tal. ¿La septicemia es un síndrome clínico? ¿Es algo reservado al laboratorio? ¿Hay septicemias con análisis negativos y hay análisis positivos sin septicemias?

Hoy día, debe considerarse como una septicemia el cuadro clínico caracterizado por fiebre alta, insomnio, manifestaciones cutáneas (eritemas y exantemas), albuminuria y metástasis supurativas frecuentes y cuyo análisis descubre el microbio en la sangre.

Antiguamente se diferenciaban dos modalidades clínicas: la septicemia propiamente dicha y la piemia. Actualmente se sabe que es una misma afección, y que las metástasis purulentas dependen de la virulencia del microbio, de la reacción del organismo y del tiempo que tenga la enfermedad para desarrollarse.

El hallazgo del agente causante de la enfermedad no da derecho a llamar septicemia si el cuadro clónico no está caracterizado por los síntomas antes mencionados. Puede, pues, haber microbios en la sangre, sin septicemia. Como dice muy bien el doctor Moragas, en la tifoidea, la neumonía y la fiebre mediterránea, puede ser descubierto el microbio correspondiente a las enfermedades citadas en enfermos no septicémicos, o sea con un cuadro clínico que no corresponde a la septicemia. En estos casos debe adoptarse el término propuesto por Jochmann de *bacteriemia*, o, siguiendo a Dopter, de *septicemia bacteriológica* y no septicemia clínica.

La presencia de gérmenes en la sangre, denominada bacteriemia, sólo quiere expresar que hay este síntoma hemático y nada más, ya que unas veces va acompañado de septicemia clínica y otras no.

Ahora bien: cuando una septicemia clínica va acompañada de un análisis positivo, la presencia del germen en la sangre confirma el diagnóstico. En este caso la septicemia se nos presenta con todos los atributos de su personalidad genérica y específica. Genérica por cuando se descubre clínicamente; específica por cuanto nos es dable conocer, por el laboratorio, la especie microbiana que causa la enfermedad.

Pero por desgracia los hechos clínicos no son tan sinceros, y con harta frecuencia se hallan septicemias clínicas que por estar los gérmenes causantes localizados a recónditas porciones de la economía humana, no son hallados en la sangre, y para estos casos reservamos la denominación de toxinoemia.

Y aquí surge otra dificultad. La diferenciación entre septicemia clínica y toxinoemia es imposible no sólo como formas distintas de afecciones, sino que no poseemos datos que nos induzcan a aclarar la evolución de ambos procesos. Hoy nos es imposible descubrir en qué momento un enfermo deja de ser toxinoémico para ser un septicémico. Además, las denominaciones de septicemia y de toxinoemia traducen una idea genérica y de ningún modo nos dan idea de qué especie es la causante de las afecciones y sólo, en contados casos, podemos hablar alejados del error de septicemias estreptocócicas, estafilocócicas, tíficas, etc. Andando el tiempo, la ciencia, debe reservar procedimientos fáciles y seguros para alcanzar la verdad y poder precisar qué especie de septicemia o de toxinoemia tenemos ante nuestra vista.

Hay más. Las septicemias no son siempre puras o mejor dicho simples, esto es, producidas por una sola especie microbiana, sino que se dan muchas mixtas, y en este caso surgen dificultades para desenredar el legajo de las múltiples asociaciones que la clínica nos ofrece. Las simbiosis constituyen legión; cada día y a cada paso nos hallamos con análisis que nos descubren diversas especies microbianas halladas en un mismo paciente.

Por desgracia, estas septicemias simbióticas no se diferencian de las otras clínicamente, y sólo cuando un órgano enfermo empieza la afección se nos antoja que la septicemia consecutiva deba de ser producida por la especie microbiana que generalmente afecta aquel órgano. Así en la septicemia puerperal la calificamos empíricamente de estreptocócica, la consecutiva a la neumonía neumocócica, y no debe ser excepcional nuestro error, ya que muchas muertes consecutivas a neumonías parecen ser debidas al estreptococo, que, en los exámenes efectuados durante el último período de la enfermedad, se hallaba casi siempre en los esputos, como lo demostraron las investigaciones del doctor Dalmau en la nefasta epidemia de gripe que pasó trágicamente hace unos años.

Acontece en algunas ocasiones, que una septicemia bacteriológica puede en un momento dado convertirse en una septicemia clínica. La idea de una septicemia bacteriológica remeda en los casos leves, los *porteurs* de bacilos, que en ciertos casos, pueden recaer por no estar lo suficientemente inmunizados. El día que se descubra el modo de medir el grado de inmunidad, podremos asistir paso a paso a la transformación clínica de la tolerancia hemática (para los bacilos infectantes), al fracaso completo de las defensas, representado por la aparición de la septicemia clínica, en un septicémico bacteriológico. Hoy nos está vedado apreciar el mecanismo biológico que preside la armonía o discordancia entre los factores virulencia, defensas, inmunidad, que son las que deciden el desarrollo de las septicemias bacteriológicas y las clínicas.

En sentir de Lesage, la septicemia es toda la patología del recién nacido y considera como septicémico todo enfermo, con fiebre o con hipotermia, que no presenta una localización neta y precisa. Describe tres formas de septicemia en el recién nacido: (hipotérmica propia de los prematuros), la hemorrágica (melenas, hematemesis, hemorragias del cordón) y la febril. En esta forma, la diarrea constituye un síntoma tan constante, junto con la fiebre, que cree Lesage que el capítulo de diarreas febriles persistentes deberá ser substituído por el de las septicemias del niño de pecho.

La vulnerabilidad septicémica de los niños de pecho se explica por el hecho de que la piel y las mucosas son más delicadas, además de que el epitelio del intestino es permeable para las bacterias y las sustancias albuminoideas, y la aptitud para producir cuerpos de defensa hemática es insuficiente. Estos factores hacen que el organismo del niño sea más fácil de septicemiarse, que el adulto.

Hecho el bosquejo de la inmensidad clínica de lo que pueden abarcar las septicemias y demostrada su enorme dificultad de diferenciar sus combinaciones diversas, vamos a ocuparnos de una septicemia rara que hemos tenido la fortuna de observar, y que como una curiosidad voy a ofrecer con la misma ilusión que el naturalista entomólogo muestra un ejemplar poco conocido.

Un niño robusto, de ocho años, sin antecedentes patológicos, perfectamente constituído, hijo de padres jóvenes, con todos los atributos de una resistencia biológica irreprochable, enferma súbitamente en plena vida escolar. El enfermo, desde el primer momento presenta a estos síntomas asaz vulgares de afección general, sin ningún determinismo, y, que, corrientemente, corresponden a infecciones intestinales que después se aclaran, con los síntomas que aparecen después de una semana. Mi interven-

ción médica fué inocente e inofensiva, reducida a lograr una evacuación intestinal y desinfectar el tubo digestivo, después de unas horas de dieta hídrica.

Pasan días, y a cada nueva exploración, siempre negativa, mi espíritu sentía gravitar la idea de una septicemia clínica. Fiebre alta, lengua seca, facies rubicunda, sistema nervioso excitado, delirio, insomnio, deposiciones raras y sin un carácter peculiar. Cabía pensar en una fiebre tifoidea, teniendo en cuenta que en la infancia, tal infección, es muy distinta de los adultos por ser su cuadro sintomático, una silueta del que se obserba en edades ulteriores. La fiebre tifoidea, como sabéis mejor que yo, en la infancia, es muy pobre en anatomía patológica y que las temibles hemorragias, perforaciones intestinales y hasta la roséola característica, son raras en la infancia. Es un esbozo. Es más breve, más leve y esencialmente hemática, y al decir esto, quiero decir que los síntomas no los hallamos en los órganos, sino en la sangre. Creo que muchos de nosotros hemos visitado niños con tifoideas sin dar con el diagnóstico, y que por discreto del cuadro clínico las hemos clasificado como simples catarras gástricos.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y acuciado por la familia, que a cada visita me preguntaba el diagnóstico, requerí al doctor Moragas para que le examinara la sangre.

La primera impresión fué desconcertante. El resultado fué negativo para un enfermo con síntomas claros de septicemia. Era desconsolador para mí, ya que les habían hablado en este sentido y he de confesar que la familia debía tener fe ciega en el médico para seguir mis prescripciones, a pesar de que el análisis, no me daba la razón. Hubo unos días de inquietud familiar, y al fin el recelo médico cesó cuando el mismo doctor Moragas se apresuró a comunicar que en los cultivos se desarrollaba un germen: el bacillus fecalis. Se trataba claramente de una septicemia. Mi conciencia de médico se tranquilizó. En los ojos de la familia vi la serenidad de antes.

Como me hallaba ante un caso completamente desconocido por mí, agudicé todos mis sentidos para recoger síntomas, y con ellos crear una imagen clínica que se grababa en mi mente para enriquecer mi pobre arsenal psíquico. Fué inútil. No pude observar ningún síntoma que diera personalidad a la septicemia que veía por primera vez en mi vida, y ahora no os puedo dar la más leve impresión que pueda conducir a una diferenciación con las demás. El mismo cuadro clínico encaja perfectamente con la fiebre tifoidea infantil grave o con el paratífus A o B. Sólo una particularidad me parece digna de mención, y es que la última semana de la enfermedad el paciente presentaba grandes oscilaciones térmicas, ya que por la mañana amanecía apirético y por las tardes alcanzaba a 39 y 40°.

En vano he buscado por muchos tratados de patología. En ninguno de ellos se cita la septicemia producida por el bacillus fecalis, y por lo tanto no me atrevo a dar por definitiva la descripción clínica que podría hacer. Harto sabido es que todas las entidades nosológicas revisten una gama variadísima de formas, que sólo después de observadas varias de ellas puede lograrse dar una descripción justa. Sólo creo que puede clasificarse de septicemia primitiva enterocócica producida por el bacillus fecalis, que, como el colibacilo, reside normalmente en el intestino sin ocasionar ningún trastorno. No podemos precisar si esta septicemia es frecuente, porque los análisis clínicos, que se hacen corrientemente, no pueden descubrirlo, pero es muy verosímil que sea esta enfermedad menos rara de lo que parece, y que confundida entre los miles de casos de infecciones gastrointestinales sin que se practique análisis, pase inadvertida.

Gracias a la amabilidad del doctor Moragas, puedo consignar que A. de Magalhaes halló en la sangre de un enfermo, sospechoso de fiebre tifoidea, el bacillus fecalis alcaligenes que después aglutinó con suero del mismo enfermo.

A. Rochaix y H. Morotte han encontrado en la sangre el bacillus fecalis en dos enfermos con síntomas de afección intestinal benigna. El suero de estos enfermos no aglutinó el paratífus; aglutinó el Eberth a 1:199 y 1:50, y en cambio aglutinó el bacillus fecalis a 1:1200 y 1:1500.

Hasta hoy sólo se han publicado cinco casos de bacillus fecalis en la sangre. Así lo afirma el boletín del Instituto Pasteur.

El cultivo de nuestro caso fué en caldo peptonizado, adicionado de citrato de sosa. Apareció la cultura al quinto día.

Del estudio que acabamos de hacer podemos, deducir que:

El bacillus fecalis alcaligenes puede ser patógeno y producir infecciones similares a la fiebre tifoidea y a la paratifoidea.

Que estas infecciones pueden llegar a ser graves hasta el punto de presentarse en forma de septicemias.

Que sería muy conveniente que en todos los casos se pensara en la posibilidad de su existencia, para explorar los enfermos y llegar a una estadística, y con ella a una orientación terapéutica-similar a la establecida en otras septicemias.