

Unas Palabras a Propósito del Método de Finikoff para el Tratamiento de las Tuberculosis Quirúrgicas

Por el Dr. Rafael Rojas Loa¹

Hace unos cuantos días llegó a mis manos el libro del doctor Finikoff, de nacionalidad rusa, pero con raíces en Francia, a donde actualmente lleva a cabo sus estudios a propósito de las tuberculosis quirúrgicas. La mayor parte de sus observaciones las ha realizado en el Hospital Cochin, y de su acervo ya rico en enseñanzas, expone 160 casos personales y no menos de 80 observaciones de otros especialistas, cuya labor ha sido fielmente inspirada en la originalidad de sus procedimientos.

La tuberculosis, en su aspecto quirúrgico, sigue siendo un azote implacable para la humanidad, pues cuando no mata directa o indirectamente, hace a la postre de cada víctima un inválido. Ha poco tiempo y aun en nuestros días, nos vanagloriamos de haber curado una coxalgia o un tumor blanco de la rodilla, dejando un miembro atrofiado y rígido, y digo nos jactamos de haber hecho un bien relativo, porque la inmovilización eficiente y oportuna evitó la tragedia de la fistulización, las infecciones secundarias y toda aquella secuela que conduce a la muerte o a la cirugía mutilante; pero hay que convenir en que lo que llamamos curación es algo aleatorio. Nada extraño parece, pues, que todo lo que enciende un rayo de esperanza en las sombras de las investigaciones actuales se acoja con voluntad, máxime cuando lo nuevo está respaldado por autoridad tan respetada como la de Pierre Delbet. El prólogo de la obra del tisiólogo ruso está suscrita por la firma del ilustre profesor del Hospital Cochin, y de sus conceptos transcribo los siguientes: "El método de Finikoff constituye un gran progreso. Ningún otro ha curado tantos tuberculosos, ni hay procedimiento alguno que restituya la capacidad funcional a los miembros como Finikoff la restituye. Su método cura a los enfermos que nosotros no podemos curar, aun tratándose de casos que reclaman la desarticulación. Las tuberculosis quirúrgicas han dejado de ser para mí una pesadilla. Yo había establecido como regla en mi servicio que toda tuberculosis quirúrgica seguramente diag-

1 Leído en la sesión del 7 de septiembre de 1934.

nosticada reclamaba a voz en cuello la resección. Desde que vengo confiando todos los pacientes al doctor Finikoff no se hace ya resección alguna: los enfermos curan en su mayoría y la curación es magnífica. Como el método ha sufrido las pruebas del número y del tiempo, la admiración que me inspira me impone el deber de difundir el procedimiento. Esta es la causa de que haya hecho numerosas comunicaciones a la Academia de Medicina y a la Sociedad de Cirugía. Su método cura a los enfermos que nosotros no podemos curar, aun tratándose de casos que reclaman la desarticulación." Tales son las palabras del profesor Delbet.

Trataré ahora de hacer una síntesis breve de las ideas de Finikoff: "Las tuberculosis quirúrgicas—dice en su narración—son la mayoría, manifestaciones locales de procesos generales o efectos de procesos viscerales, intestinales, pulmonares, etc. Se ve a menudo iniciarse la evolución de un proceso local (tuberculosis ósteo-articulares) después de una infección general que se ha tomado equivocadamente por gripa, paludismo, etc." Habla el autor de la eficacia problemática de los recursos en uso, inclusive los biológicos, para señalar después las ventajas de sus métodos apoyado en estadísticas personales y en el acervo de autores de merecida reputación.

No haré hincapié en las consideraciones a que alude detalladamente en su tratado respecto a las vías por donde penetra el germen a la economía, y sólo diré que sostiene igual criterio que Calmette, aceptando como vía más común para la invasión bacilar el trayecto digestivo.

La tesis fundamental en que se apoya el método de Finikoff, tiene como base el concepto de defensa del organismo frente a la infección específica del bacilo de Koch. Conocida la estructura del bacilo y aceptada la naturaleza grasosa de la envoltura en que se protege, el primer acto de defensa que la naturaleza pone en práctica, consiste en destruir aquella envoltura, y ese acto está encomendado a las lipasas que existen en las vísceras, en la sangre y la linfa. A este respecto, el autor ha llevado a cabo exámenes meticulosos desde el punto de vista de la existencia de la lipasa en los seres sanos y en aquellos que son presa de la tuberculosis, particularmente en los que tienen manifestaciones externas. El resultado de sus investigaciones le permite asegurar como promedio del poder lipásico en el hombre sano, de ocho a diez unidades, mientras que en los tuberculosos sólo

rinde cuatro unidades y hasta dos y media en los que son víctimas de una infección grave. Parece, pues, demostrada, a juicio del autor, la carencia de fermentos lipásicos en los tuberculosos, es decir, de los recursos defensivos que la naturaleza otorga a los seres para luchar contra el enemigo: el bacilo de Koch. Ahora bien, si el tuberculoso no cuenta por su poca energía lipásica con los elementos necesarios para enfrentarse contra el germen, es lógico pensar en dotarlo de aquellos elementos. Veremos después cómo se hace aquella dotación.

Las lipasas tienen la propiedad de desdoblar las grasas en ácidos grasos y glicerina; pues bien, esta virtud les permite obrar sobre la envoltura grasosa del germen destruyéndola y este acto es la primera fase del proceso defensivo del organismo. Añadiremos que la acción de la lipasa exige un medio oxigenado para cumplirse debidamente.

Decíamos que, dada la escasa provisión de lipasas con que cuentan los tuberculosos, es necesario restituirlos y a ese propósito el autor hace hincapié en los efectos de la alimentación: los alimentos ricos en grasas son una fuente de energía lipásica; tal sucede con el aceite de hígado de bacalao, cuyos beneficios son conocidos de tiempo inmemorial en la cura de la tuberculosis. Muy a nuestro pesar, sin embargo, aquel régimen de alimentación es intolerado y su abolición se impone. Inspirado el autor en los beneficios que la acción de las grasas otorga al organismo, inyecta aceites vegetales y comprueba por exámenes acuciosos y repetidos el aumento de los fermentos lipásicos y de la monocitosis en la sangre y las vísceras, es decir, confirma el propósito fundamental de su tesis: aumentar los agentes defensivos, cuya misión es destruir la coraza en que se protege el bacilo. Agregaremos, que de los elementos figurados de la sangre y la linfa los mononucleados son los más ricos en lipasa y esto plausiblemente explica la acumulación de los monocitos en torno de los bacilos, en su intento de destruir su envoltura de protección.

Consumada la primera fase de la destrucción bacilar, viene la segunda etapa, aquella en que el organismo ataca al germen mismo obrando sobre las materias proteicas que lo integran. La sangre, en virtud de su acción proteolítica, realiza esta labor, particularmente por la influencia de sus elementos polinucleados neutrófilos; acrecentar, pues, la polinucleosis y con ella la existencia de los fermentos proteolíticos, es reforzar la defensa del organismo. Veremos, después, cómo pretende el autor realizar dicho acrecentamiento.

Queda, por último, la posibilidad de que, aun así atacados los gérmenes, su destrucción sea incompleta y aquí es preciso inspirarse una vez más en los recursos de la naturaleza. Es frecuente ver cómo los brotes tuberculosos quedan bloqueados en los tejidos dentro de un círculo calcáreo; pues bien, y este es el tercer capítulo del proceso de defensa, es preciso ayudar a la economía, dice el autor, suministrándole el calcio que necesita.

Concretaré las miras fundamentales del tratamiento: 1ª, aumentar el poder hipolítico de la sangre y la linfa; 2ª, aumentar su poder proteolítico y, 3ª, mineralizar intensamente al organismo.

Tal es el programa que sugiere el autor para llevar a efecto el tratamiento de las tuberculosis y de preferencia las llamadas quirúrgicas.

La primera parte del programa se cumplimenta, según el autor, recurriendo a las inyecciones de aceite vegetal, preferiblemente a las de aceite de cacahuete, de acuerdo con la técnica aconsejada por él y que anotaremos después.

La segunda parte se cumplimenta con el uso del yodo, cuyo poder leucocitígeno se conoce de tiempo atrás y que han aprovechado varios experimentadores. Hotz lo usaba en inyecciones a dosis altas con los inconvenientes de que, empleado exageradamente, su eliminación provoca con facilidad fenómenos congestivos viscerales de cierta gravedad. Finikoff lo usa a dosis mínimas y mezclado con el aceite vegetal: inyecta un centímetro cúbico de solución de yodo al 10% en diez centímetros cúbicos de aceite vegetal. Esta mezcla, afirma el propio autor, no produce las infiltraciones duraderas y dolorosas del aceite cuando se inyecta puro, sino que se absorbe en un lapso de cuatro a cinco días y su eliminación no tarda más de cinco a seis. La mezcla del aceite y la solución de yodo debe hacerse, y este requisito es inexcusable, inmediatamente antes de practicar la inyección, pues de lo contrario la acción oxidante del yodo desdobra el aceite en ácidos grasos y glicerina y, como los primeros no se absorben, se forman nódulos de duración indefinida. Es, pues, ineludible, hacer la mezcla momentos antes de practicar la inyección.

Cubre la tercera parte del programa la mineralización activa del organismo y esta parte es no menos esencial que las dos primeras. Decíamos que la envoltura cero-grasosa del bacilo se disgrega en dos

elementos: ácidos grasos y glicerina, y añadimos que esa disgregación se activa a favor de la lipasa; aludíamos también al procedimiento que, a juicio de Finikoff, favorece el acrecentamiento de los fermentos lipásicos en la sangre y las vísceras, e hicimos hincapié en estos recursos de defensa, pero aun no declarábamos los efectos tóxicos de los ácidos grasos. Ratificamos esa toxicidad y veremos cómo se contrarresta. La fuente de neutralización está en el calcio de la economía; así, pues, mientras los ácidos grasos sean más abundantes, las fuentes de calcio deberán ser más copiosas y ese calcio procede de la sangre, del esqueleto, etc., es decir, del organismo cuya descalcificación es inevitable. Las pruebas de laboratorio y los exámenes radiológicos confirman la descalcificación de los tuberculosos y la hipercalcificación cuando la infección ha quedado vencida.

La aplicación de estas doctrinas se reduce, pues, a calcificar el organismo constantemente y con intensidad creciente, para impedir así que la economía utilice el calcio de sus reservas y se descalcifique. Veremos después cómo los recursos terapéuticos y de alimentación activan el proceso de calcificación. Respecto de los medios de fijación del calcio, el autor apenas los menciona, concediendo poco interés aun a los que parecen consagrados, como los esteroides irradiados; por mi parte, no haré hincapié en este aspecto del problema, puesto que mi objeto es hacer una somera exposición de las ideas del fisiólogo ruso.

En resumen, quedan en pie tres preceptos, es decir, tres columnas sobre las que se erige el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas:

1ª Aumentar la cantidad de lipasas y la monocitosis por medio de las inyecciones de aceite vegetal absorbible.

2ª Estimular la polinucleosis adicionando yodo a dosis mínimas, capaces de ser leucocitógenas, sin ser nocivas.

3ª Calcificar intensamente al organismo para impedir la intoxicación por los ácidos grasos y la descalcificación.

Los preceptos básicos en que se sustenta el método de Finikoff, se realizan, y esta es la parte práctica de sus enseñanzas, inyectando subcutánea o intramuscularmente cada semana diez centímetros cúbicos de aceite de cacahuete neutro adicionado de un centímetro cúbico de solución de yodo al 10%; además, el autor señala como requisito

indispensable la administración constante y elevada de las sales de calcio por vía oral y endovenosa.

Las dosis de aceite yodado y de calcio, varían según la edad, el estado general del paciente y la evolución de la enfermedad. La cifra anotada, es decir, la que corresponde a diez centímetros cúbicos de aceite adicionado de la solución de yodo al décimo (un centímetro cúbico), es la más usada en los adultos; pero tratándose de niños, es preciso restringirla de acuerdo con la edad. Niños de uno a tres años recibirían un centímetro cúbico de aceite yodado al vigésimo; de más de tres años, un centímetro cúbico de aceite yodado al décimo; de cinco años en adelante, se inyectaría la misma mezcla (aceite yodado al décimo), aumentando medio centímetro cúbico por año de edad hasta llegar a la cifra de cinco centímetros cúbicos en los pacientes de doce a quince años. Los adultos pueden tolerar dosis más altas (quince a veinte centímetros cúbicos) de aceite yodado, pero no conviene rebasar estas cifras. En todo caso, las enseñanzas de la clínica y los datos hematológicos serán la norma inequívoca que autorice la frecuencia y la cantidad que debe inyectarse. Es preciso saber que después de cada inyección sobreviene una reacción general consistente en elevación transitoria de la temperatura de medio grado y una reacción local que a primera vista parece acusar agravación del padecimiento; así se ve supurar en mayor abundancia las fístulas, hacerse dolorosos los focos cerrados, etc., sin contar con que en el lugar de la inyección se nota induración dolorosa; pues bien, estos fenómenos se van atenuando en el curso del tratamiento hasta extinguirse al final de la curación, de modo que las inyecciones finales ya no despiertan reacción ninguna, ni focal ni general.

El empleo del calcio a dosis altas es un complemento necesario del tratamiento. El autor aconseja inyectar una solución de cloruro de calcio al 10% por vía endovenosa tres veces por semana: la primera inyección será de tres centímetros cúbicos; la segunda de seis, y la tercera y subsecuentes de diez centímetros cúbicos. Estas inyecciones deben administrarse en series de doce, con intervalos de descanso de diez a doce días.

No siempre, evidentemente, es posible el uso de esta vía de administración del calcio, y así queda proscrito en los niños, los ancianos, las embarazadas y los vagotónicos, sujetos estos que deben recibir el calcio por vía oral; en esta forma y si se elige el cloruro de calcio:

deben darse de cuatro a ocho gramos diarios. Esta sal se substituye a veces por la tricalcina. El uso del calcio debe prolongarse, dice el autor, un año después de la curación clínica, pues nada raro es observar en las radiografías indicios de descalcificación aun en los casos en que la clínica parece augurar una curación definitiva.

La duración del tratamiento varía según la edad, la localización, la antigüedad del proceso, etc.; sin embargo, el autor asigna un promedio de siete meses para llegar a la curación en los adultos de menos de cuarenta años y en los niños, sin que sea raro en los últimos obtenerla en cuatro o cuatro y medio meses. Haré hincapié, aunque parezca ocioso, en la necesidad de llevar a cabo el tratamiento sin la más breve interrupción. Las observaciones de los primeros tiempos de la curación, revelan una elevación transitoria de la lipasa después de las inyecciones, en tanto que al final el aumento es definitivo; es, pues, obvio el precepto de no interrumpir el método curativo hasta estar seguros del acrecentamiento y estabilidad de los factores hematológicos. Queda ya dicho que la calificación debe proseguirse un año después de que la clínica asegura la curación del padecimiento.

Enunciado a grandes rasgos el tratamiento, queda a la sagacidad y experiencia del especialista las modificaciones que se creen pertinentes en cada caso, así como el uso de nuevos elementos coadyuvantes del resultado. A este respecto, deben figurar la alimentación, la inmovilización, etc.

En cuanto a inmovilidad, que hasta hoy se consideraba inevitable y de duración casi indefinida, el autor solamente la emplea discretamente y casi la reduce al período doloroso de la enfermedad, evitando así las anquilosis, las atrofiás, los defectos funcionales, etc.

Réstanos hacer referencia a las estadísticas personales de Finikoff y las de otros autores que han seguido fielmente las ideas del autor ruso. Las primeras abarcan 160 observaciones publicadas en distintas revistas europeas. De aquellas observaciones, 102 proceden del servicio del profesor Delbet en el Hospital Cochín; once del servicio del profesor Gosset en la Salpetriere, y diez y seis del Hospital Oboukocoff, de Petrogrado. Los casos publicados por otros autores suman 85. En total, la estadística viable hasta este año, resume 245 observaciones.

Como se ve, la estadística tiene un acervo de casos, que ameritan

un honda meditación: De los 245 citados, se aseguran clínica y radiológicamente 181 curaciones, 46 mejorías y 18 fracasos. En otros términos, 6% de fracasos. Indudablemente estos datos tienen un valor práctico inequívoco, y si la doctrina es a veces objetable, mirado sin prejuicios el método de Finikoff debería ensayarse con la intención de hacer algo positivo en el desconcierto actual de los procedimientos contemporáneos.

Septicemia de Tetrágenos con Síndrome Reumatoide

Por los Dres. Tomás G. Perrín y Esteban Pous Cházaro¹

Por no haber sido presentada ante nuestra Academia una comunicación de esta índole y por no conocer nosotros, tampoco, en la literatura médica mexicana observación alguna sobre septicemia de tetrágenos, estimamos de alguna utilidad poner a la consideración de ustedes el presente breve trabajo sobre una septicemia con síndrome reumatoide y debida, al parecer, a gérmenes del tipo mencionado.

En el mes de mayo del presente año fué llamado uno de nosotros para atender un enfermo con las características clínicas siguientes: se trataba de un joven bien constituido, de 26 años de edad y sin padecimientos anteriores de importancia. Dos días después de haberse iniciado una faringitis catarral no febril, sufrió un fuerte calosfrío ascendiendo la temperatura a 40.4 grados centígrados y presentándose cefalea intensísima y persistente, fotofobia, somnolencia y dolores reumatoides, agudísimos también, musculares y articulares. Impresionado por ellos, algún distinguido colega había estimado el caso como un posible reumatismo generalizado y había establecido durante algunas semanas, sin éxito favorable, una activa terapéutica anti-reumática.

Nuestra minuciosa exploración física no dió dato alguno de valor clínico.

El cuadro señalado persistía, con dos o tres calosfríos durante el día y otros tantos durante la noche. La curva térmica se mostraba en extremo irregular, pues la temperatura descendía a horas diferentes

¹ Leído en la sesión del 14 de noviembre de 1934.