

LA INFECCION FOCAL DENTARIA COMO CAUSA DE ENFERMEDAD LOCAL O GENERAL

*Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía de Bogotá por el
Profesor Jorge Bejarano.*

La reciente discusión que hubo en esta Sociedad a propósito de la extirpación de las amígdalas, me ha llevado a detener por breves instantes la atención de los Miembros de la Sociedad de Cirugía sobre un tema que considero de mucha actualidad a pesar de que él viene debatiéndose desde hace muchos años en la Escuela Médica Americana, en donde ya parece haber llegado a una etapa definitiva. Me refiero a la cuestión de lo que en términos generales se ha denominado infección focal, pero que en el presente caso deseo particularizar en la "infección focal de origen dentario".

En estos últimos años la cuestión de las enfermedades producidas por focos dentarios ha adquirido tan enorme importancia en los Estados Unidos, que puede asegurarse que este punto de patología ha superado en importancia a la infección focal de localización amigdaliana o de localización apendicular. No está por demás retrotraer ahora el punto que olvidé mencionar cuando la discusión sobre amigdalectomía y que fué señalar las benéficas consecuencias de la tonsilectomía como preventiva de la parálisis infantil. Los últimos estadíos del doctor Aycok en los Estados Unidos muestran que en las últimas epidemias de parálisis infantil que se han sucedido en la ciudad de New-York, se ha podido encontrar la menor frecuencia de esta enfermedad en los niños que han sufrido esta operación. Sus estadísticas a este respecto son bien demostrativas y ellas concuerdan con el hecho ya bien demostrado, de que el virus de la parálisis infantil tiene también como puerta de entrada o como localización primitiva la amígdala, hecho que está ya comprobado experimentalmente y que me sirve ahora para reforzar mi opinión expresada en esa ocasión de que la amigdalectomía constituye para el niño o el adulto una operación de excelentes e insospechados resultados desde el punto de vista de su salud futura.

Volviendo a la cuestión que va a ser tema de esta discusión debo señalar que ella ha adquirido tan enorme preponderancia en la Escuela Médica Americana, que hoy es frecuente encontrar en los Estados Unidos compañías de Seguros de Vida, que, no hacen el seguro

de un cliente o lo hacen mediante una prima más fuerte, si el informe del médico examinador contiene el dato de que el asegurado presenta en su boca puentes, casquetes o dientes muertos. En esta forma las compañías de seguros creen amparar sus intereses absteniéndose de hacer el seguro de un individuo que en concepto de la Escuela Médica Americana tiene muchas probabilidades de adquirir una enfermedad, especialmente de su aparato circulatorio, por el hecho de llevar una infección focal de localización dentaria.

Historia: El reconocimiento de la enfermedad general o local como consecuencia de un foco infeccioso localizado en cualquiera de los elementos del sistema dentario, no es adquisición reciente como lo son en general muchos de los grandes conocimientos médicos. En efecto, hace ya más de un siglo, en 1818, que Benjamín Rusch, escribía al referir muchos casos de enfermedades sistemáticas como consecuencia de focos dentarios: "Estoy muy feliz por el hallazgo hecho también por otros médicos en punto a la conexión que existe entre la extracción de un diente o muela infectados y la curación de una enfermedad cuyo origen no era otro que este foco infeccioso". Y luego agrega: "Si consideramos cómo los dientes están expuestos a toda suerte de irritación proveniente de los alimentos calientes o fríos, el traumatismo causado por la masticación y vemos como la boca está en íntima conexión con todos los sistemas, podremos fácilmente darnos cuenta de que en ella reside una causa de enfermedad general y en particular de perturbaciones del sistema nervioso. No es necesario para confirmar esas sospechas que la pieza dentaria haya llegado a sufrir manifestaciones dolorosas. El hecho, que nadie podrá negar es que, aún muchas enfermedades crónicas, son mejoradas o aliviadas por la pérdida de una pieza dentaria".

Siguiendo la vía trazada por Rusch, otros clínicos vienen en años posteriores a confirmar la tesis de que el diente infectado debe ser considerado como foco posible de enfermedad general o de disturbio local. Black en el año de 1842 refiere o relaciona muchas enfermedades o lesiones de los ojos con focos dentarios. Garreston en 1890 describe también varias manifestaciones como espasmos, enfermedades de la piel, diarrea y aún fiebre, provenientes de focos dentarios. Miller en 1891 escribía: "En años futuros crecerá la convicción tanto entre médicos como entre dentistas, de que la boca es un maravilloso incubador de diversos gérmenes patógenos, que tiene un significativo papel en la producción de virus, de desórdenes del cuerpo humano y que muchas enfermedades cuyo origen está aún envuelto en el misterio, seguramente no tendrán otra fuente ni habrán sido originados en otra parte que en la cavidad oral. "El mismo autor refiere desde aquella época numerosos ejemplos de enfermedades que sería imposible no poder atribuir a la infección dental. Según él, se explican estas manifestaciones de extensión directa de la infección

en la profundidad de los tejidos, ya por una invasión de la sangre, que produce una septicemia, ya extendiéndose el pus en el contorno del diente o siendo finalmente motivo de reacción refleja por la inflamación de la pulpa dentaria. Las vías que sospechaba Miller son las que hoy en nuestros días podemos considerar como explicación de la enfermedad producida por la infección focal.

Pero el desarrollo de la concepción de la infección focal como factor de enfermedad y especialmente el conocimiento de la frecuencia de la infección dental crónica, es debida ante todo a la obra excelente de William Hunter en Inglaterra. Fué él quien en 1898 empleó por primera vez el término "Oral sepsis" en el cual estaban incluidos varios tipos de infección focal. En numerosas publicaciones llama siempre la atención sobre los peligros del oral sepsis y a la frecuente relación causal entre ella y las infecciones piógenas. Así él menciona en 1900 la pleuresía, el empiema, la nefritis, la pielitis, el absceso perinefrítico, la colecistitis, la anemia y la endocarditis como resultados de la infección dentaria y de la penetración de las bacterias en el organismo humano. Otros clínicos ingleses llegan a hacer similares observaciones. Hunter en 1910 presenta en Montreal en una conferencia de la Asociación Médica Británica, la cuestión de la "Oral sepsis" como factor de gran importancia en medicina.

La concepción presente de la infección focal dentaria como factor etiológico de diversas enfermedades, es debida a un grupo de clínicos, de patólogos y de investigadores que realizan en Chicago una gran obra bajo la dirección de Frank Billings. Tórnase en esta serie de investigaciones realizadas por Billings y sus colaboradores, a indicar la importancia de las infecciones crónicas localizadas en la etiología de la miocarditis, de la nefritis, las artritis y otras enfermedades de carácter general.

La concepción fundamental pues, de la infección focal ha quedado definitivamente aceptada por los clínicos de todo el mundo. Pero como la aceptación de toda nueva teoría en medicina depende en una gran parte de que ella sea sustanciada por la obra de la experimentación, interviene, afortunadamente para dar esta base experimental, la obra brillante del doctor Edward C. Rosenow.

Rosenow en efecto ha prestado una contribución fundamental en esta materia demostrando bacteriológicamente que las bacterias que se encuentran en los focos de infección dentaria, son muy sensibles al oxígeno, cultivables y que todos ellos reproducen en el animal las lesiones que producían en el hombre. Entre todos esos organismos que ha podido aislar el doctor Rosenow y el que más usualmente se halla presente en estos focos de infección, es el estreptococo el cual ha podido encontrar en pacientes que sufrían de reumatismo agudo febril, en la úlcera del estómago y del duodeno, en la miositis, en la endocarditis, la parotiditis, la colecistitis y otras numero-

sas enfermedades que ha podido reproducir en el animal por inoculación intravenosa obteniendo de esta manera lesiones y síntomas análogos a los que presentaba el enfermo. Como se deja dicho pues, la obra de Rosenow da las bases experimentales del concepto de infección focal desde que él pudo demostrar experimentalmente la relación causal entre el foco de infección y las lesiones ofrecidas por el enfermo.

Frecuencia de la caries dentaria en los Estados Unidos.— Para quien repase la literatura médica en Colombia concerniente a la frecuencia de la infección dentaria y del proceso de la caries en niños como en adultos, no deja de ser consolador hallar que en países de una mejor alimentación, de un alto standard de vida y formados por la mezcla de vigorosas razas europeas, la caries dentaria es afección de tal manera frecuente, que ella llega a ser mirada con angustia por todos los que ven en ésto un índice de degeneración o al menos un rasgo fatal y común del hombre civilizado. En efecto las siguientes estadísticas dadas por diferentes autores que se han ocupado del estudio de la caries dentaria en niños de diferentes estados de la América del Norte, demuestran que ésta es afección en exceso común en aquel país. Talbot que ha estudiado cerca 118.781 escolares en Cook County Illinois encontró a 51.340 que padecían de dientes defectuosos y cariados; en Milwaukee sobre 26.685 escolares, 23.173 tenían también iguales manifestaciones. En Detroit sobre 92.000 niños 98.9% padecían de los dientes. En la ciudad de New-York sobre 885.577 examinados, 524.356 tenían dientes malos. En Chicago al examen de 33.381 niños de las escuelas públicas, se halla 30.044 que padecen de los dientes. En Toronto, sobre 49.081 niños, el 45% presentan dientes dañados. Estas estadísticas permiten pues afirmar que un 75 a 95% de los niños por debajo de 8 años de edad en los Estados Unidos, presentan afecciones de los dientes. De aquí puede deducirse pues, la extrema frecuencia de la caries dentaria en el adulto y esto justifica la inmensa preocupación que hoy ofrece en todos los países del mundo esta afección que ha querido imputarse a factores alimenticios entre los cuales aparece como el más posible el abuso de determinados alimentos como la avena y el trigo. En efecto, según Pattison y Mellambi, dos investigadores ingleses que han llevado a cabo interesantes estudios acerca de las relaciones que puede haber entre alimentación y caries dentaria, un régimen formado de cereales, especialmente por avena, es desfavorable a la buena dentadura porque se produce así una disminución del contenido de calcio de la saliva. Según Zullig, es el calcio salivar el que puede prevenir la extensión de la carie dentaria depositándose donde ésta haya principiado y llenando así una función verdaderamente curativa que se suma a la preventiva que él desempeña.

En la observación clínica, los doctores Nelson, Drain y Boyd de

los Estados Unidos, hacen observaciones no menos interesantes, respecto de lo que ocurre en los niños diabéticos en los cuales la caries dental es rara o si existe, no progresa. Atribuyen este fenómeno a que estos niños están sometidos a un régimen restringido en azúcares y cereales. Han llevado ellos su observación a niños no diabéticos en quienes han logrado detener el proceso de la caries mediante una alimentación pobre en hidratos de carbono y mesurada en azúcares.

En 1932, el Profesor Morhardt, jefe de una expedición sanitaria inglesa, encuentra en el Atlántico una pequeña isla llamada Tristan Da Cunha, habitada por 163 personas, en quienes no encontró caries ni piorrea a pesar de su falta de higiene y aseo dental. Al investigar la alimentación de estos habitantes encuentra que su régimen está formado por huevos, pescado, papa y leche. En cambio nunca comían ni cereales ni harinas ni pan. Esta observación confirma pues, la que hacen los clínicos que se ocupan del cuidado de niños diabéticos y la afirmación de Pattison y Mellambi de que la alimentación de cereales baja o disminuye el calcio salivar.

Si pues en los Estados Unidos existe hoy este flajelo de las razas civilizadas, no debemos sorprendernos que él aparezca entre nosotros con caracteres más intensos por defectos alimenticios que saltan a la vista y por el abuso especial que hacemos sobre todo de los azúcares y volvamos entonces médicos e higienistas, nuestra vista hacia la alimentación primitiva del aborigen que con el tiempo podrá demostrarse que es la más racional porque ella aproxima al hombre a la naturaleza.

Tipos de infección dental crónica. No creo invadir el terreno de los dentistas al enumerar los cuatro tipos de infección dental crónica capaces al decir de Rosenow, de determinar una enfermedad más allá del foco de infección. Ellos son: 1º infección periapical crónica de la pulpa dental; 2º la piorrea alveolar y los pequeños puntos de pus alrededor de aparatos dentarios reconstructivos; 3º la infección crónica de la pulpa, y 4º la infección alveolar consecutiva a una extracción dentaria.

Al decir de todos los autores la infección crónica periapical es la más común de las infecciones dentarias responsable de enfermedades sistematizadas. En ella puede decirse que están fundidas la gran mayoría de las infecciones de los adultos. Y sin embargo, es de advertirlo, la radiografía de una pieza en tales condiciones, apenas si se desvía o diferencia de otra en perfecto estado normal. En las demás puede ser evidente la destrucción del hueso y del apex. Este proceso puede ser debido a verdaderos abscesos formados en el área del diente que destruyen el hueso y que pueden formar verdaderas celdas de pus. Usualmente afirman los radiólogos especialistas en la materia, que el hueso puede estar erosionado ligeramente y reemplazado

por un tejido de granulación que lleva a la formación de un granuloma. El granuloma afección hoy observada con extrema frecuencia, es un quiste vascular de contenido bacteriano igual al que puede presentar cualquier otra suerte de infección dentaria.

Bacteriología de la infección dental crónica. — Sabemos que muy diferentes tipos de bacterias pueden estar presentes en la boca. Una gran parte de ellas está constituida por puros saprofitos que no son causa ni de afección local ni de enfermedad general. Solamente los estreptococos y los estafilococos son los patógenos. Las bolsas de pus de la piorrea o las formadas en cualquier otra suerte de infección dental contienen habitualmente cocos Gram positivo, bacilos gram positivos y espiroquetas. Los cultivos están constituidos por estreptococo no hemolítico. Sin embargo, Moody cultivando 55 infecciones alveolares crónicas halló como germen predominante el estreptococo viridans Hartzell y Henrici cultivando 282 casos de infección alveolar crónica hallaron siempre presente el estreptococo ora puro, ora combinado con el estafilococo albus. Lucas practica 181 cultivos de los cuales 155 resultan positivos a los mismos gérmenes. Shmit en infecciones dentales de niños halla siempre presente el estreptococo en todos sus tipos asociado al neumococo y al estafilococo. Rickert usando dextrosa en caldo de cerebro hizo cultivos para cerca de 200 pulpas dentales y encontró el 51% positivos. Los cultivos fueron hechos raspando el apex expuesto antes de la extracción.

Los diferentes medios de cultivos usados han sido glucosa en caldo de cerebro, glucosa, cerebro y agar-agar; caldo carbohidratado, es decir adicionado de lactosa y manita con adición de azúcar; sangre humana citratada adicionada de agar-agar.

Igualmente se han cultivado fragmentos de raíces que han dado también resultados positivos aún en casos en que la radiografía había sido considerada como negativa y en todos los innumerables cultivos que se han hecho de diferentes partes de un diente o muela infectados, se ha hallado por Rosenaw y sus discípulos, presente el estreptococo en un 92% de los casos; los bacilos Gram positivos solamente 58% y los estafilococos en un 19%. En cuanto al tipo de estreptococo se halló siempre que el no hemolítico era el más frecuente en tanto que el hemolítico pareció serlo en una menor proporción.

Tipos de enfermedades asociadas a la infección dental crónica:

La infección dental crónica puede causar enfermedades por extensión directa a los tejidos adyacentes o por metástasis en partes distantes del cuerpo. La infección se inicia en el diente por un proceso alveolar produciendo una ostiomielitis difusa que al inflammar también los tejidos blandos, produciendo una verdadera celulitis, desencadena una reacción de los ganglios que puede llegar hasta la ver-

dadera linfadenitis muy extendida. Sabemos que el seno maxilar puede infectarse frecuentemente sobre todo en las infecciones de las morales bicúspides. Autores hay que señalan las trombosis de los senos como consecuencia directa de la extensión de una infección dental aguda. Raramente, dicen ellos, también las bacterias penetrando al torrente circulatorio y multiplicándose allí pueden producir una septicemia mortal. Las enfermedades que pueden resultar metastásicamente de un foco dental, son debidas al transporte de las bacterias del foco infeccioso a las diferentes partes del cuerpo. Los organismos son llevados por la sangre o por el sistema linfático desde el puesto de localización hasta el órgano o tejido en el cual van a alojarse. Al mismo tiempo las bacterias del primitivo foco permanecen encapsuladas y desde allí por medio de sus toxinas pueden producir alteraciones funcionales o cambios estructurales en los diferentes órganos del cuerpo. Las enfermedades generales engendradas por un foco dental pueden ser también debidas al desarrollo de un fenómeno alérgico. Aquí la sensibilidad individual al absorber la toxina del foco producirá los síntomas característicos a esa hipersensibilidad.

Tipos de enfermedades más comunes determinados por focos dentales.

La Escuela Médica Americana viene desde hace mucho tiempo señalando a la consideración de todos los científicos, que hay un grupo de enfermedades más particularmente resultado de la infección focal. Ese concenso de la opinión se ha hecho alrededor de las artritis; de las enfermedades de los riñones, el corazón y los vasos, el tubo digestivo; los ojos, la sangre y muchas de naturaleza nerviosa.

Anemia. La anemia es hoy reconocida como uno de los síntomas cardinales del oral sepsis. Esta anemia es del tipo secundario y sabemos que muchos clínicos atribuyen la anemia perniciosa al resultado de infecciones focales. Lo prueban quienes tales afirman, en el hecho de que la anemia puede temporalmente detenerse al suprimir el foco infeccioso y consideran que aun cuando ésta no desaparezca de manera definitiva su origen primario es debido a la infección local. Personalmente he podido ver cómo un caso de hemofilia tenía por causa en un niño un pésimo estado dentario y la cual desapareció al hacerse la extirpación de los dientes dañados. Mi observación está corroborada por las afirmaciones de otros autores quienes han encontrado también que la trombopenia crónica podía ser debida a infecciones dentales.

Enfermedades Mentales y Nerviosas de origen dental.

Si hay algún órgano que pueda ser sensible a la acción de los fo-

cos infecciosos dentales, es el sistema nervioso. Su sensibilidad no admite siquiera diferencias según la edad del individuo. Lo mismo reaccionan a esta espina irritativa el sistema nervioso del niño o del adulto y con observaciones múltiples se podría corroborar el hecho de que esa reacción nerviosa no solamente se hace bajo el influjo de la infección, sino que la erupción normal de los dientes o el fenómeno tan frecuente de piezas impactadas, desencadenan fenómenos nerviosos de todo orden que no tienen otra explicación que el de la irritación nerviosa causada por el diente.

Entre los accidentes más frecuentes producidos por la infección focal se señalan: la neuralgia del trigémino la ciática y otras formas de neuritis así como también casos de encefalitis.

Cotton, en un estudio que ha publicado sobre tratamiento y prevención de ciertos desórdenes mentales, hace especial hincapié hacia la frecuencia de las enfermedades mentales en relación con los focos infecciosos dentales; refiere cómo muchas de ellas, la neurastenia especialmente han desaparecido al removerse o quitarse el foco dental. Otros autores señalan también verdaderos estados de perturbación mental mejorados a la eliminación del foco dental.

Enfermedades de los ojos:

Las relaciones clínicas entre la oral sepsis y las infecciones del tractus uveal, han sido reconocidos desde hace largo tiempo. Black, haciendo un sumario de la literatura que concierne a las enfermedades oculares que resultan de lesiones dentales, cita muchos casos clínicos que han venido siendo publicados desde el año de 1842. Butler en un estudio de 100 casos de infección del tractus uveal, afirma que el 12% eran debidos al oral sepsis. Lang anota 71 entre 176 casos de infecciones de los ojos debidas a focos sépticos dentarios y William Lang dice que la piorrea ha podido ser responsable en 139 veces de 215 casos anotados por él. Irons Brown y Nadler estudian un estreptococo aislado de los tejidos infectados en un paciente que sufría de dacriocistitis e iritis. Ellos mismos obtienen un alto porcentaje de lesiones oculares inyectando por vía intravenosa en los conejos cultivos frescos de este estreptococo. Rosenow cuenta casos de infecciones oculares por pulpitis con reproducción de las mismas lesiones por inoculación en los animales.

Enfermedades del Riñón:

Después del sistema nervioso no hay quizá un órgano más electivamente atacado por las bacterias provenientes de infecciones focales, que el riñón. Un clásico ejemplo de ello reside en la glomerulonefritis que ocurre en la escarlatina y que es de origen tónico se-

gún todos los autores. Ocasionalmente la infección dental puede ser el foco de una lesión determinando sea una nefrosis o una nefritis difusa crónica.

La infección del riñón como la de la pelvis renal en ausencia de toda obstrucción urinaria, puede ser probablemente debida también a una infección hematógena. Así podría explicarse lo concerniente a la llamada "pielitis", término con el cual es costumbre designar en la práctica médica, el complejo sintomático caracterizado por escalofrío, fiebre, dolor en la región renal y piuria, síntomas que son los clásicos de una pielonefritis con lesiones principales en la medula del riñón. Es habitual hacer responsable de estas condiciones a la infección coli-bacilar. Pero sabemos hoy desde las investigaciones de Rosenaw que el ataque inicial del riñón puede ser debido al estreptococo o al estafilococo. Bumpus y Meisser han demostrado experimentalmente que las infecciones del riñón son frecuentemente producidas por bacterias provenientes de arias de infección dental crónica.

Hunner refiere la relación que existe entre estas infecciones crónicas y ciertos tipos de úlcera situada en la vejiga o en la región ureteral y Rosenaw y Meisser demuestran experimentalmente la posible relación entre una infección focal y los cálculos renales. Otras infecciones más raras del tractus genito-urinario, como la prostatitis, la epididimitis, la ovaritis y aún las salpingitis, han resultado provenir de una infección focal dentaria.

Enfermedades del corazón y de los vasos:

Hace mucho tiempo que se sabe que el endocardio es otro órgano esencialmente vulnerable a las infecciones focales. En los individuos jóvenes el foco está habitualmente situado en las amígdalas y en el tejido adenoideo, así como también en las infecciones dentales. Noción de medicina corriente y elemental, es buscar cuidadosamente en todo enfermo de endocarditis el foco infeccioso en las amígdalas o en los dientes que haya podido ser el origen del mal. Indudablemente que a la extrema frecuencia con que es atacado el endocardio por los focos dentarios disimulados, se debe la previsión de muchas compañías de seguros de vida que no quieren correr el riesgo de individuos que estuvieran por esta causa tan seriamente amenazados en su vida.

Al igual de la endocarditis, la miocarditis es también complicación de frecuente ocurrencia como complicación de los focos dentales y raras veces nos ocurre pensar enfrente de ella, que tal pueda haber sido su origen. La fibra muscular cardíaca, lesionada como cualquier otro órgano va siendo gradualmente reemplazada por un tejido fibroso que es el que constituye la lesión anatómica. Muchos

observadores afirman que el proceso inicial de la miocarditis suele hacerse por influencia de la infección focal y si es verdad que él puede ocurrir durante una infección aguda como la fiebre tifoidea o la neumonía, puede seguirse acentuando a favor de la continua absorción de toxinas en un largo período de tiempo por causa de un foco crónico de localización dental. Muchas arritmias han sido también señaladas como dependientes de causa análoga.

En lo que respecta a la arteriosclerosis y la hipertensión arterial muchos autores creen que hay en la infección focal un factor influyente para determinarlas. En cuanto a la flebitis y la arteritis. Rosenaw entre otros autores, le atribuyen también en algunos casos, el oral sepsis.

Enfermedades del Aparato Digestivo:

En estos últimos años se ha construido la tesis de que la úlcera gástrica como duodenal podían tener su origen en una infección dentaria. Bevan, piensa que el infarto séptico hematógeno de la mucosa gástrica podía tener un papel en la causa común de ambas lesiones. Eusterman, edifica la teoría de que la infección es la causa de la úlcera y para él es indudable que ésta teoría avanzará hasta aclararse más un día.

Rosenaw, hace saber que la inyección intravenosa de estreptococos en animales puede ser seguida de úlcera del estómago y del duodeno; que el estreptococo es el más comúnmente encontrado en la úlcera del hombre y que la inyección de estreptococo aislado de una úlcera y de un foco dentario en pacientes que sufrían de úlcera péptica, produjo en el animal úlcera del estómago y del duodeno semejantes a las del hombre. Nakamura, colaborador de Rosenaw en su laboratorio, inyectó 66 animales con cultivos provenientes de tonsilas acompañados de úlceras gástricas también y obtuvo lesiones gastro-duodenales en 70% de los casos.

Los resultados experimentales dejan pues la sensación de una nítida evidencia de causa a efecto entre la infección focal y la úlcera péptica. Esto está corroborado por la evidencia adicional de la mejoría que se produce en ese proceso a la extracción de los dientes enfermos.

La colitis crónica ulcerativa, entidad que comienza hoy a estudiarse y merecer toda la importancia que es de rigor, ha sido también recientemente atribuida como la úlcera gastro-duodenal a la infección focal. Bargen en una excelente serie de experimentos hace saber que esta enfermedad es debida a un estreptococo no hemolítico y cuya presencia es absolutamente frecuente en los focos dentarios. Afirma él los maravillosos resultados clínicos obtenidos en este género

de colitis por la eliminación del foco de infección dentario y por el tratamiento con vacunas hechas con el agente causal.

La apendicitis y la colecistitis pueden también ser el resultado de focos dentales. La infección dental puede ocasionar metástasis y Haden afirma en su obra "Dental infection and systemic disease" que la colecistitis crónica es muy frecuentemente debida a la infección focal. Barker, citado por el mismo autor, refiere casos de hepatitis debidos a la piorrea alveolar.

Enfermedades de las Articulaciones:

No hace menos de 20 años que el reumatismo y las artritis que no encajaban dentro de manifestaciones neiserianas, han sido atribuidas al factor focal.

Es evidente que la teoría fué muy exagerada y que a todos nos consta que innumerables enfermos han hecho el sacrificio de todas sus piezas dentales sin encontrar ninguna remisión en su enfermedad. Pero al lado de estos casos hay también los no menos numerosos de pacientes que han hallado su curación radical con la extracción de las piezas causantes de la inflamación articular.

Barker citado ya y que es una de las más altas autoridades en esta materia, afirma que la mayoría de las artritis infecciosas en la mitad de la vida y después de esta época son seguramente atribuibles a infecciones dentarias. Wilcox, Cecil y Archer en abundantes estadísticas llegan a la conclusión de que un 65% de ellas son debidas a infecciones focales.

CONCLUSION

Paréceme conveniente antes de las dos observaciones clínicas que entre otras muchas ilustraré este trabajo, resumir el criterio o concepto de causalidad de las enfermedades que pueden ser producidas por focos sépticos. Ese criterio, como en general en medicina, es desde luego, de probabilidad y no de certeza; pero sí se acepta como definitivo.

Cuadra pues dentro de esta noción la admirable y completa definición que de sepsis focal nos da Horder. "Por tal, dice él, debe entenderse la presencia de una infección local crónica, con pocos síntomas o con ellos, pero pudiendo determinar estados de toxemia con o sin bacteriemia, y dando lugar a varios trastornos generales o locales distantes del foco de infección".

Es verdad que en muchas ocasiones el foco local que se sospecha como causante del disturbio, se extirpa y sin embargo, la manifestación patológica continúa su curso. Es presumible que en tal caso

se extirpó un foco equivocado o que subsiste otro que pasa oculto en otro órgano y que también es causa de la manifestación patológica.

Debemos entonces pensar que las amígdalas, el apéndice, la vesícula biliar también pueden determinar reacciones a distancia y ser lugares muy frecuentes de sepsis focal. En estos últimos años, el doctor Wiltsie, de New-York, se hace el líder de la teoría de que la infección focal del colon es elemento frecuente e importante en la etiología de la artritis reumática y por esto aconseja lavados del colon y mantener este órgano lo más libre de gérmenes patógenos que sea posible, continuando su desinfección por varios meses.

OBSERVACIONES CLINICAS

Señora M. de B. Se presenta a mi consulta para ataques de asma que viene padeciendo desde hace 10 años, (la enferma tiene actualmente 42 años). Sin antecedente hereditario a este respecto, me refiere que ha seguido varios tratamientos y regímenes alimenticios que la mejoran temporalmente. Últimamente había hecho —a raíz de un acceso bastante intenso— una permanencia en clima cálido que la alivió y le trajo reposición rápida.

Crando veo a esta enferma, se encuentra fuera de su accidente asmático. Mujer inteligente, me hace una síntesis admirable de su vida en la que no descubro cosa alguna que merezca mencionarse.

Casada a los 25 años, nada hay tampoco en su pasado y presente genital digno de anotarse. Dos hijos constituyen todo su haber familiar. Me refiere sus accidentes asmáticos que se reproducen en forma intensa cada dos o cuatro meses.

El examen general de esta enferma nada revela de especial. Corazón normal. Tensión arterial 13 x 9. Pulmones clínica como radiológicamente normales. Vías digestivas normales.

Al examinar la boca, encuentro tres puentes con casquetes y dientes cubiertos en oro. Solicito de ella una radiografía que hace ejecutar y la cual descubre dos piezas muertas y dos abscesos indolores en las bicúspides superiores. Pido a la enferma suprimir los puentes y hacer extraer las muelas que aparezcan con infección y uno de los dientes muertos.

Hace ya un año que la enferma no presenta ningún acceso de asma a pesar de algunos catarros que hubieran podido desencadenarla. La mejoría se sostiene y todo hace pensar que en este caso la infección focal era la causa determinante de las crisis de asma.

Señor N. N. de 45 años. Casado y padre de 5 hijos. Sufre en el año de 1936 una bronco neumonía que lo trajo a las puertas de la muerte y de la cual mejoró al mes y medio de iniciada.

Todavía convaleciente de su muy grave enfermedad y sin que mediara antecedente alguno, sobreviene un violento ataque de reumatismo agudo, febril y de localización en las articulaciones del puño y del hombro derechos.

Se hace el tratamiento de rigor, ayudado de una permanencia en Tocaima. El enfermo regresa a la ciudad un poco mejor pero siempre con articulaciones hinchadas y dolorosas, especialmente la del cuello del pie derecho que se ha afectado durante la permanencia del enfermo en clima cálido.

El mal estado de los dientes y muelas de este enfermo, me hace enviarlo en consulta a su dentista quien en vista del resultado de las radiografías, opta por la extracción total a la cual accede el enfermo con resultado asombroso para sus manifestaciones reumáticas articulares que comienzan a desaparecer días después sin dejar la menor huella dolorosa ni inflamatoria.