

La investigación de la bacilemia tuberculosa con el hemocultivo

(Método de Loewenstein)

Por el Dr. BOURGEOIS

Director de los Laboratorios de análisis A. Baílly

Es una adquisición reciente en el terreno del laboratorio. Hace ya mucho tiempo que numerosos autores habían intentado buscar el bacilo de Koch en la sangre, porque desde Villemin sabíase que el bacilo tuberculoso pasaba al torrente circulatorio; en los experimentos, que habla verificado inoculando sangre de tuberculoso a animales, éstos acababan tuberculizados. La investigación directa del bacilo en la sangre con el examen microscópico, después de haber sometido la sangre a diversas preparaciones, sólo da resultados muy inconstantes y la inoculación directa de la sangre dista mucho de ser siempre absoluta. La dificultad en estos dos exámenes es conseguir homogeneizar la sangre y concentrar los bacilos en buenas condiciones.

Pero, puesto que la *bacilemia* tuberculosa parece indudable y que el germen se cultiva como los demás gérmenes — aun cuando en medios especiales — el hemo-cultivo debía ser posible. Esto es lo que ha intentado resolver Loewenstein, de Viena, y por cierto con éxito.

Su método ha sido y es objeto aún de numerosos trabajos en todos los países. Más lejos ve-

remos los resultados obtenidos por su autor, las críticas de que han sido objeto y lo que prácticamente cabe esperar de ellos.

TÉCNICA

1°—*Recogida de la sangre.* — Es la parte importante a la que el práctico deberá prestar toda su atención. Es la única en realidad que le interesa directamente. Al igual que para un hemo-cultivo ordinario necesita: una jeringa de 20 c. c., un tubo y una solución de citrato de sosa al 5 %, todo ello esterilizado. Previa desinfección rigurosa de la piel en el pliegue del codo, se practica la punción venosa clásica y se extraen 10 c. c. de sangre aproximadamente; inmediatamente después se mezcla esta sangre en el tubo estéril con 2 c. c. de la solución también esterilizada de citrato de sosa. Así tratada, la sangre puede ser mandada al laboratorio; lo que debe hacerse después es del dominio del bacteriólogo. Si el práctico tiene cerca un laboratorio, lo mejor que puede hacer es pedirle se encargue de practicar la extracción de sangre.

2°—*Preparación de la sangre.* — *Siembra.* — La sangre citrada será entonces centrifugada

chosos, en los que no da resultado la investigación directa del bacilo: en el curso de una tifobacilosis, septicemias mal definidas en las que el hemocultivo acostumbra resultar estéril. El hallazgo del bacilo de Koch con este procedimiento en el curso de una infección no específicamente bacilar, como el reuma-

tomo, mostrará que mobablemente esta infección evoluciona en un terreno bacilar, siendo a veces el bacilo de Koch en cierto modo un germen "de sauda": permite entonces al práctico tomar tortas las disposiciones útiles para el porvenir de su enfermo. —De Clinique et Laboratoire—

Tratamiento de las hemorragias dentales

EO GATTO: *Tratamiento de las hemorragias dentales.* — *La Estomatología*, abril mayo de 1934.) — De ordinario la extracción de un diente produce una pequeña hemorragia de breve duración, que se detiene espontáneamente; pero a veces las hemorragias son abundantes e incoercibles, al punto de producir graves anemias y por último la muerte.

Las causas de las hemorragias dentales son locales (estados patológicos de los dientes o de los tejidos circunstantes) o generales (enfermedades infecciosas, afecciones del metabolismo, avitaminosis, enfermedades nerviosas, intoxicaciones, diátesis hemorrágica). Por lo tanto para el tratamiento causal se utilizan los medios locales y generales.

Entre los medios el autor da la preferencia al taponamiento de la cavidad alveolar, medio eficaz y de resultado inmediato. Antes de taponar la cavidad, se extrae el contenido de ella por medio de la cucharilla y se destruyen y se extirpan los fragmentos de la fractura alveolar o las partículas de tártaro quo

impiden que se forme un coágulo resistente. En seguida se irriga la cavidad con solución fisiológica estéril a la temperatura de 45 a 50°. Después de la detersión se introduce un tapón formado con gasa estéril en el fondo de la cavidad, encima se ponen otros tapones más gruesos, con objeto de que sobresalgan de la cavidad alveolar y al cerrar los maxilares, se produzca una compresión permanente y suficiente. El tapón se empapa de una solución de antipirina al 10 o al 20 por 100, con lo cual generalmente a los cinco minutos se obtiene la hemostasia.

Al cabo de media hora se puede quitar gradualmente el taponamiento. Pero si la hemorragia reapareciese será preciso renovarlo, dejándolo por lo menos veinticuatro horas y fijándola con cera previamente reblandecida.

El tratamiento general se elegirá en relación con la patogenia. En las hemorragias ligadas a una elevada presión sanguínea están indicados los hipotensivos; en las debidas a defecto de contractilidad de los vasos,